Ružomberské zdravotnícke dni 2023 - XVII. ročník

Publikácia vyšla s podporou
Katolíckej univerzity v Ružomberku, Fakulty zdravotníctva
Ústrednou vojenskou nemocnicou SNP Ružomberok - FN,
Vysokou školou polytechnickou v Jihlavě - katedrou zdravotnických studií
Uniwersytetom Jana Kochanowskiego v Kielcach - Wydział lekarski i nauk o zdrowiu
Univerzitou Palackého v Olomouci - Fakulta zdravotnických věd

pod záštitou
Slovenskej lekárskej komory, Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, Slovenskej komory medicínsko-technických pracovníkov, Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov, Slovenskej komory fyzioterapeutov, Slovenskej komory zdravotníckych záchranárov

Vedecký výbor medzinárodnej konferencie

prof. Jose Manuel AGUILAR-PARRA, PhD. (Španielsko)
Mgr. Vít BLANAŘ, Ph.D. (Česká republika)
prof. MUDr. Anton LACKO, CSc. (Slovenská republika)
prof. MUDr. Anna LESŇÁKOVÁ, PhD. (Slovenská republika)
prof. Dr. Inga MILLERE, PhD. (Lotyšsko)
doc. Mgr. Mária JACKULÍKOVÁ, PhD. (Slovenská republika)
doc. MUDr. Róbert RUSNÁK, PhD. (Slovenská republika)
doc. MUDr. Eleonóra FABIÁNOVÁ, PhD., MPH. (Slovenská republika)
doc. PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD. (Slovenská republika)
Ing. Lukáš LACKO (Slovenská republika)
doc. PhDr. Mgr. Vladimír LITTVA, PhD., MPH (Slovenská republika)
doc. MUDr. Milan MINARIK, PhD. (Slovenská republika)
doc. MUDr. Ivan SOLOVIČ, CSc. (Slovenská republika)
prof. PhDr. Mgr. Helena KADUČÁKOVÁ, PhD. (Slovenská republika)
Ing. Mgr. Imrich ANDRÁSI, MPH (Slovenská republika)
doc. PhDr. Jozef BABEČKA, PhD. (Slovenská republika)
Ing. Martin BERETA, PhD. (Slovenská republika)
prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD. (Slovenská republika)
MUDr. Jaromír TUPÝ, PhD. (Slovenská republika)
PhDr. Vlasta DVOŘÁKOVÁ, PhD. (Česká republika)
prof. MUDr. Ivan MIRONYUK, PhD. (Užhorod)
Mgr. Markéta MORAVCOVÁ, Ph.D. (Česká republika)
PhDr. Mgr. Pavla KUDLOVÁ, PhD. (Česká republika)
Dr. n med. Ewa KUPCZEWIC (Poľská republika)
PhDr. Mgr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD., MPH (Slovenská republika)
PhDr. Bc. Eva MORAUČÍKOVÁ, PhD. (Slovenská republika)
Dr.h.c. prof. PhDr. Vlastimil KOZOŇ, PhD. (Slovenská republika)
PhDr. Mgr. Petr SNOPEK, PhD. (Česká republika)
doc. PhDr. Mária POPOVIČOVÁ, PhD. (Slovenská republika)
PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD. (Slovenská republika)
dr. hab. Pawel WIĘCH, prof. UR (Poľská republika

Sekretariát konferencie: Mgr. Monika OLOSOVÁ monika.olosova@ku.sk

Ružomberské zdravotnícke dni 2023 – XVII. ročník

Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie

doc. PhDr. Jozef Babečka, PhD., Ing. Martin Bereta, PhD.,
RNDr. Lucián Zastko, PhD.

Ružomberok 2023

© VERBUM – vydavateľstvo KU

Zostavovateľ

doc. PhDr. Jozef Babečka, PhD., Ing. Martin Bereta, PhD.,
RNDr. Lucián Zastko, PhD.

Edičná rada

prof. MUDr. Anton Lacko, CSc., predseda
prof. zw. Dr. hab. n. med. Stanislaw Gluszek
prof. UJK Dr. hab. Grażyna Nowak-Starz
prof.PhDr. Mária Šupínová, PhD.
prof. MUDr. Anna Lesňáková, PhD.
doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.
doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD., MPH
doc. MUDr. Milan Minarik, PhD.
doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD.
doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.
doc.PhDr. Jozef Babečka, PhD.
doc. RNDr. Soňa Hlinková, PhD.
PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Recenzenti

Mgr. Ivana Aštaryová, PhD.
PhDr. et Bc. Marek Šichman, PhD. MBA, MPH
PhDr. Mária Lehotská, PhD.
Ing. Lukáš Lacko, MPH., MSC

Sadzba

Ing. Ján Svorad

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

VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Hrabovská cesta 5512/1A, 034 01 Ružomberok
http://ku.sk, verbum@ku.sk

ISBN 978-80-561-1067-6

OBSAH

Dopad predčasného sexuálneho života na zdravie 8
Manažment rakovinou asociovanej anémie 16
Svetové pandémie 24
Posttraumatická stresová porucha u zdravotníckych záchranárov 32
Wzajemne korelacje miedzy czynnikami społeczno- zawodowymi a oceną cech pracy pielęgniarek w okresie pandemii Covid -19 41
Eliminácia vírusových hepatitíd z pohľadu WHO 50
Hodnotenie účinkov parafanga u pacienta s pohybovým ochorením 56
Jakość życia i akceptacja choroby pacjentów po zabiegu prostatektomii 62
Intermittent ELF-MF Induce an Amplitude-Window Effect on Umbilical Cord Blood Lymphocytes 71
Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych 73
Využívanie masovokomunikačných prostriedkov vo vzťahu k zdraviu u stredoškolákov 80
Výučba vojenského zdravotníctva na Katolíckej univerzite v Ružomberku v nelekárskych zdravotníckych odboroch 89
Czynniki stresogenne oraz symptomy wypalenia zawodowego pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrycznych 98
Ageizmus v intenciách zdravia 107
Znaczenie opieki pielęgniarskiej u pacjentów chorych na otępienie przebywających w środowisku domowym - studium przypadku 115
Farmakologická gramotnosť pacientov s artériovou hypertenziou 127
Stan odżywienia pacjentów po zabiegach operacyjnych na jelicie grubym w oddziale intensywnej opieki medycznej 137
Možnosti kúpeľnej liečby u pacienta s vertebro algickým syndrómom 147
Faktory súvisiace s únavou u pacientov so sclerosis multiplex 153
Laboratórna diferenciálna diagnostika akútnych leukémií 162
Wpływ żywienia na występowanie chorób psychicznych 170
Analýza nedostatku nelékařských zdravotnických pracovníků u poskytovatelů zdravotnické záchranné služby 180
Zagrożenia biologiczne na stanowisku pracy - rola personelu pielęgniarskiego w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym 185
Špecifická zdravotná starostlivosť poskytovaná Ústrednou vojenskou nemocnicou pre profesionálnych vojakov a občanov 197
Wybrane elementy zachowań zdrowotnych mieszkańców gminy wiejskiej 202
Hodnocení svaloviny jako součást nutričního screeningu 210

Skúsenosti zdravotníkov s poskytovaním odbornej pomoci vojnovým utečencom 220
Program edukacyjno-zdrowotny "wczesna rehabilitacja okołoporodowa" 228
Vzťah hlbokého stabilizačného systému s dôrazom na aktivitu a reaktivitu sympatiku a parasympatiku 234
Postawy studentów pielęgniarstwa i pielęgniarek wobec zdarzeń niepożądanych oraz ich zgłaszania. Badanie wstępne 241
Spokojnosť sestier s pracovnými podmienkami ako faktor pracovnej motivácie 256
Wpływ pracy zmianowej na występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego wśród personelu pielęgniarskiego 263
Hodnotenie kvality služieb v zdravotníckom zariadení 275
Spokojnosť pacientov s reumatoidnou artritídou s balneoterapiou 284
Czynniki decydujące o bezpieczeństwie pracy pielęgniarek w czasie pandemii Covid-19 ..290
Pracovná záťaž sestier v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti 301
Smartphones & Social Media: Tech That Shapes Modern Health. Insights from Two Cross-Sectional Studies.....310
Duchovná starostlivosť o osoby s psychickými poruchami 318
Etické aspekty individuálneho prístupu k rodičom detského pacienta s leukémiou 328
Sociálna osamelosť u seniorov poskytujúcim domácu opatrovateľskú službu 337
Prevencia nozokomiálnych infekcií novorodencov hospitalizovaných na JISN 346
Chyby a omyly v komunikácii s pacientkami v gynekologickej ambulancii 354
Poziom odczuwanego stresu, bezsenność oraz chroniczne zmęczenie pielęgniarek 362
Možné riziká pracovného vykorisťovania občanov pochádzajúcich z tretích krajín 372
Komunikácia a edukácia s pacientom pred a po rádioterapii 390
Analýza vybraných indikátorov duševného zdravia z výsledkov prieskumu 398
Komunikácia s príbuznými onkologicky chorého pacienta 408
Očkovanie a zaočkovanosť vo vybraných krajinách EÚ - príklady dobrej praxe.....416
Prehľad výskytu echinokokózy na slovensku.....425
Náročnosť komunikácie sestier so seniorom v domove dôchodcov.....429
Psychologická problematika pacientov v predoperačnom období.....437
Najčastejšie nevyslovené otázky u onkologicky chorých pacientov 445
Interdisciplinárna spolupráca a jej význam v starostlivosti o výživu rizikových pacientov....453
Stárnoucí pracovní síla v ošetřovatelství 467
Etické aspekty práce zdravotníckeho záchranára u rizikových skupín.....474
Analýza pohybového aparátu chlapcov u vybraných športov vo vekovej kategórii 9-12 rokov 482
Komunitná ošetrovateľská starostlivosť o pacientov po radikálnom chirurgickom zákroku..490

Parametre nutričného skríningu ako prediktory klinických výsledkov u pacienta po cievnej mozgovej príhode 497
Konflikty na pracovisku a možnosti ich riešenia z pohľadu manažmentu 510
Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť o pacienta v domácom prostredí 522

Abstrakty s postermi

Monitoring a hodnotenie plochonožia u detí predškolského veku a mladšieho školského veku 532
Vplyv prostredia na držanie tela detí staršieho školského veku 535

Abstrakty

Dynamické a funkčné súvislosti medzi krčnou chrbticou a ramenným kĺbom....539
Racionálna a šetrná terapia onychomykózy cestou chiropodickej ambulancie 541
Význam zdravotnej gramotnosti v liečbe seniorov 544
Využitie metódy APPP v rehabilitácií 546
Expertné a terapeutické možnosti v rehabilitácii 548
Monitoring pohybovej aktivity u aktívnych športovcov 550

Register autorov....552

DOPAD PREDČASNÉHO SEXUÁLNEHO ŽIVOTA NA ZDRAVIE

Helena Galdunová, Alena Schlosserová, Kamila Vajdová

PU v Prešove, Fakulta zdravotnických odborov, Katedra pôrodnej asistencie

Abstrakt

Predčasný pohlavný život môže na mladých ľudí zanechať zlé spomienky. Mladý človek, ktorý sa rozhodne žiť pohlavný život, by mal byť presvedčený a pevne rozhodnutý pre takýto krok. Výber partnera je veľmi dôležitý, je potrebné ho dobre poznať a dôverovať mu. Predčasný pohlavný život môže zapríčiniť nechcené tehotenstvo, alebo mať zlý dopad na zdravotný stav. Aj v našom prieskume, väčšina respondentov uvádza začiatok pohlavného života už v 16-18 roku veku.

Kľúčové slová: Pohlavný styk. Pohlavné choroby. Promiskuita. Nechcené tehotenstvo.

Abstract

Early sexual life can leave bad memories on young people. A young person who decides to live a sexual life should be convinced and firmly resolved to take such a step. The choice of a partner is very important, one needs to know him well and trust him. Premature sexual activity can cause unwanted pregnancies or have a bad impact on health. Also in our survey, most respondents report starting their sexual life as early as 16-18 years of age.

Keywords: Sexual intercourse. Sexual diseases. Promiscuity. Unwanted pregnancy.

Predčasný pohlavný život môže na mladých ľudí zanechať zlé spomienky. Tínedžerom, ktorí vyhľadávali sexuálny kontakt, len za účelom zapadnúť do partie a byť obľúbený medzi spolužiakmi, to môže spôsobiť traumu. Mladý človek, ktorý sa rozhodne žiť pohlavný život, by mal byť presvedčený a pevne rozhodnutý pre takýto krok. Predčasný pohlavný život môže zapríčiniť nechcené tehotenstvo, alebo mať zlý dopad na zdravotný stav.

Dopad na psychosexuálny a osobnostný vývin

Do prvého pohlavného kontaktu je mladý človek často tlačený okolím, či už potencionálnym sexuálnym partnerom alebo priateľmi, ktorí už majú túto skúsenosť za sebou. Takýto človek potom často upadá do depresie s otázkami či to nebolo priskoro, či to bol ten pravý/ pravá, prečo to neprebiehalo podľa mojich predstáv. Veľakrát sa bojí s týmito otázkami zdôveriť osobe s väčšími skúsenosťami a tak je jeho pohľad na svet skreslený, má strach ísť

do toho znova aj po dlhšej dobe alebo naopak začne považovať sex za niečo, čo môže praktikovať s kýmkoľvek, keďže to zvládol prvýkrát v tak nízkom veku. Mladý človek často striedajúci partnerov, môže mať v dospelosti problém nadviazať dlhšie trvajúci vzťah, pretože si rýchlo zvykne na uspokojovanie svojich potrieb na základe jednorazových kontaktov (Urbanová, 2010).

Dopad na zdravotný stav mladistvých

Pohlavne prenosné ochorenia sú jedným z rizík predčasného sexuálneho života. Mladí ľudia, ktorí nie sú dostatočne poučení o STD, môžu byť ľahko infikovaní a prenášať ochorenie ďalej. Pohlavne prenosné ochorenia sa najčastejšie prenášajú pohlavným kontaktom, čo nemusí byť len pohlavný styk, ale aj používanie sexuálnych pomôcok. Môžu sa prenášať aj krvou, podaním transfúzie, aplikáciou drog infikovanou ihlou do žily alebo pri pôrode z matky na dieťa. Výskyt pohlavne prenosných ochorení sa celosvetovo zvyšuje. Veľkým problémom je, že pohlavné prenosné ochorenia sú rezistentné ku antibiotikám a následná liečba nie je jednoduchá. Pri každom pohlavnom styku, s neistou osobou, by sme sa mali chrániť. Poznáme 3 formy prevencie. Primárna prevencia nás chráni pred vznikom ochorenia Najúčinnejšou metódou prevencie je kondóm. Kondóm chráni nie len pred nechceným tehotenstvom, ale aj pred pohlavne prenosnými ochoreniami. Ku prevencii patrí aj očkovanie, no existujú vakcíny len na niektoré ochorenia ako je napríklad HPV vírus. Druhá forma prevencie je sekundárna prevencia, ktorá znamená včasné podchytenie ochorenia, ideálne v asymptomatickom štádiu. Pri zistení pohlavne prenosného ochorenia je potrebné informovať o ochorení sexuálnych partnerov a tak predísť následnému šíreniu. Dôležitou súčasťou prevencie je informovať a vzdelávať hlavne mladých ľudí o daných ochoreniach, ich prenose, rizikách a možnostiach liečby. Ku prevencii patrí aj gynekologická prehliadka jeden krát ročne.

Medzi rizikové faktory patrí striedanie partnerov, pohlavný styk s partnerom, ktorý trpí daným ochorením, prostitúcia, nechránený pohlavný styk. Ku rizikovým skupinám patria adolescenti, homosexuáli, transgenderoví muži a ženy, drogovo závislí, tehotné ženy, HIV pozitívni.

Komplikácie a následky ochorenia sa dokážu zmierniť skorým diagnostikovaním ochorenia a nastavením správnej liečby. Pokiaľ ochorenie prebieha bezpríznakovo môžu nastať komplikácie ako je neplodnosť. U žien sa môžu baktérie dostať z pošvy cez dutinu maternice až do brušnej dutiny a následne vyvolať zápal alebo absces. Pri nepodaní včasnej liečby môže dôjsť k neplodnosti. U mužov baktérie spôsobujú zápal nadsemenníkov a semenných mechúrikov, čo môže spôsobovať neplodnosť. Pohlavne prenosné ochorenia sú nebezpečné u tehotných žien. Spôsobujú samovoľné potraty, vrodené vývinové chyby, predčasné pôrody. Nebezpečný je zápal plodových obalov, ktorý môže spôsobiť smrť dieťaťa.

V tehotenstve sa po daných ochoreniach pátra. Terciárna prevencia je zameraná na zabránenie vzniku komplikácií z daného ochorenia a jej cieľom je minimalizovať následky a zabezpečiť čo najlepšiu kvalitu života. Jej hlavným cieľom je predísť recidívam ochorenia.

Pohlavne prenosné ochorenia rozdeľujeme na bakteriálne ku ktorým patrí syfilis (pôvodca treponea pallidum), kvapavka (pôvodca neisseria gonorrhoeae), chlamýdiové infekcie (pôvodca chlamydia trachomatis), nekvapavkové zápaly močovej rúry (pôvodca ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis), mäkký vred (pôvodca haemophilus ducreyi), vírusové ku ktorým patrí HIV/AIDS, vírusové hepatitídy typu, ľudský papilomavírus HPV infekcie, genitálny herpes (pôvodca herpes simplex), mykotické, ku ktorým patria kvasinkové zápaly pošvy napr. kandidózy (pôvodca candida albicans) , parazitárne, ku ktorým patrí svrab, pedikulóza a trichomoniáza (Záhumenský, Jilich, Vaňousová, 2015).

Predčasné tehotenstvá

Predčasné tehotenstvá nastávajú hlavne u dievčat, ktoré začali žiť pohlavným životom skôr, ako je priemerná veková hranica. Pôrody pred 19. rokom života sú podľa WHO pôrody včasné. Podľa WHO sa adolescentné tehotenstvo delí na mladšie do 17. rokov a staršie do 19. Adolescentné tehotenstvo je považované za rizikové. Dievčatá v takom veku sú plodnejšie ako staršie ženy no ich telo na tehotenstvo a pôrod pripravené nie je, telo je vo vývine a panvové kosti stále rastú. Tehotenstvo môže byť postihnuté preeklampsiou, anémiou, traumou pohlavných orgánov, predčasným pôrodom alebo potratom. Novorodenci sa rodia s nízkou hmotnosťou, hypoxiou alebo s vrodenou patológiou. Pri dôslednej starostlivosti a pravidelných vyšetreniach môže aj adolescentka porodiť zdravé dieťa bez komplikácií. Predčasné tehotenstvá sú problémom aj z psychického hľadiska. Mladé dievčatá môžu byť zosmiešňované od svojich rovesníkov a trpieť pocitom hanby. V tomto veku je dôležitá podpora od rodičov a príbuzných.

Medzi príčiny predčasného tehotenstva patrí nedostatok sexuálnej výchovy, mladí ľudia nie sú poučení o tom ako sa chrániť pred tehotenstvom a nepoznajú spôsoby antikoncepcie. Nátlak z okolia, môže spôsobiť predčasnú sexuálnu aktivitu, tínedžeri nechcú zaostávať za svojimi spolužiakmi a chcú zapadnúť. Nechcené tehotenstvo môže spôsobiť aj alkohol, alebo znásilnenie (Procházka, 2020).

Antikoncepcia

Antikoncepcia je metóda, ktorá sa používa na zabránenie vzniku nechceného tehotenstva. S významom antikoncepcie, by mali byť oboznámení hlavne mladí ľudia. Nechráni nás len pred nechceným tehotenstvom, ale aj pred pohlavne prenosnými ochoreniami. Antikoncepcia má rôzne metódy. Jedna z nich je prirodzená metóda, ktorá nevyžaduje mechanické alebo farmakologické pomôcky. Patrí tam počítanie plodných

a neplodných dní na základe menštruačného cyklu, tak môžeme určiť dni, kedy nie je možné otehotnieť. Pomocou teplomera meriame bazálnu teplotu v ústach alebo v pošve, najlepšie ráno po prebudení. Počas plodných dní sa bazálna teplota zvýši o 0,3 až 0,5 stupňa Celzia. Táto metóda sa neodporúča u žien s nepravidelnou menštruáciou. Ku prirodzeným metódam patrí aj prerušovaná súlož, kedy muž ejakuluje mimo ženských rodidiel. Tieto metódy sú veľmi nespoľahlivé a neodporúča sa ich využívať.

Bariérová metóda antikoncepcie, zabraňuje spermiám vniknúť do pošvy. Kondóm chráni pred tehotenstvom, ale aj pred pohlavne prenosnými ochoreniami. No ani táto metóda nie je stopercentná. Kondóm môže prasknúť a spermie sa môžu dostať do pošvy. Pre to je dôležité vedieť ako správne nasadiť kondóm a pred použitím ho skontrolovať, či nedošlo ku poškodeniu. Vaginálne spermicidy, sú látky, ktoré sa zavádzajú pred pohlavným stykom do pošvy a inaktivujú spermie. Medzi antikoncepciu vyžadujúcu si lekársku asistenciu patrí vnútromaternicové teliesko alebo hormonálna antikoncepcia, ktorá sa podáva vo forme tabletiek, injekcií, podkožného implantátu, náplastí. Ako formu antikoncepcie považujeme aj sterilizáciu. Je to metóda, ktorá laparoskopicky uzavrie vajíčkovody, čím znemožní vajíčku aby sa dostalo do maternice a zároveň spermiám, aby sa dostali k vajíčku. Ako hormonálna metóda pred nechceným tehotenstvom po nechránenom pohlavnom styku sa používa poskoitálna tabletka. Užíva sa do 72 hodín a čím skôr sa užije, tým riziko otehotnenia klesá (Brochmann,, Stokken Dahl, 2019).

Interrupcia

Interrupcia je umelé prerušenie tehotenstva. Je to jedna z možností, ktorú môžu podstúpiť ženy, ak sa u nich potvrdí neplánované tehotenstvo. Cieľom sexuálnej výchovy, by malo byť predchádzanie vykonávania interrupcie a oboznámiť ženy s metódami modernej spoľahlivej antikoncepcie, ktoré ich budú chrániť pred nechceným tehotenstvom. Interrupcia môže byť výsledkom promiskuity, znásilnenia, nepoužitia alebo zlyhania antikoncepčných metód. Mladým ženám je potrebné vysvetliť riziká spojené s interrupciou a ich následkami. Na Slovensku sa interrupcia vykonáva do 12. týždňa tehotenstva. Zákrok sa vykonáva chirurgicky a to odsatím obsahu dutiny maternice a následnou kyretážou. Na ženách to môže zanechať zdravotné, ale aj psychické následky. Medzi zdravotné komplikácie, ktoré môžu nastať patrí perforácia steny maternice, endometritída, zápal vaječníkov a vajíčkovodov, peritonitída. Všetky tieto komplikácie môžu viesť k neplodnosti. Medzi psychické komplikácie patrí depresia, pocity viny alebo úzkostné stavy. Práve pre to je potrebné mladým ľudom vysvetliť dôležitosť antikoncepcie a ako predchádzať nechcenému tehotenstvu (Čepický, Herle, 2013).

Prostitúcia

Predčasný pohlavný život môže viesť ku prostitúcii. Začiatky pohlavného života prostitútok sú väčšinou nižšie ako pri ostatnej populácii. Už medzi mladými ľuďmi sa môžu nájsť jednotlivci, ktorí sa chvália svojimi početnými sexuálnymi vzťahmi. Myslia si, že promiskuita ich spraví zaujímavejším človekom alebo im pomôže zapadnúť do partie. Neuvedomujú si aký to môže mať dopad na ich život a zdravie. Prostitúcia sa nevykonáva len výmenou za peniaze, ale aj za drogy, alkohol alebo pracovnú pozíciu. S prostitúciou stúpajú aj nechcené tehotenstvá a následné interrupcie. Dievčatá často vyhľadávajú starších mužov, ktorí majú byt, peniaze a skúsenosti. Nechodia do školy, zhorší sa im priemer a nastávajú problémy. Príčinou prostitúcie a hlavne za jej dopadom môžu byť chyby v sexuálnej výchove.

Predčasný pohlavný styk môže byť zapríčinený zlými vzťahmi v rodine. Mladí ľudia radšej chodia von, užívajú alkohol a vyhľadajú promiskuitný život. Narušené vzťahy medzi rodičom a dieťaťom môžu zapríčiniť útek dieťaťa z domu, kedy je nútené si zarábať peniaze prostitúciou. Dobré vzťahy v rodine, dôverné rozhovory s rodičmi a sexuálna výchova na školách, môže predísť prostitúcií a chrániť mladých ľudí pred jej následkami (Ondrejkovič, 2009).

Na predloženú tému, sme v mesiaci február 2023 realizovali prieskum u mladých ľudí. Dotazník pozostával z otázok ktoré boli zamerané na prvý pohlavný styk respondentov, na užívanie antikoncepcie, na prípadne tehotenstvo, promiskuitu a pohlavne prenosné ochorenia. Ako cieľovú skupinu sme si zvolili študentov. Dotazník bol zaslaný na stredné aj vysoké školy, tiež bol zdieľaný sociálnou sieťou Instagram. Po dosiahnutí počtu 80 respondentov sme údaje spracovali do tabuliek a grafov prostredníctvom programu Microsoft Excel. Zistené odpovede sú vyjadrené v relatívnych (%) hodnotách. Odpovede na štyri otázky následne odprezentujeme.

Na otázku, v akom veku mali respondenti prvý pohlavný styk, z 80 respondentov 53 (66 %) odpovedalo, že prvý pohlavný styk mali vo veku 16 až 18 rokov. Vo veku 11-15 rokov, malo prvý pohlavný styk 16 (20 %) respondentov. Ďalej vo veku 19-21 rokov, malo prvý pohlavný styk 7 (9 %) respondentov a vo veku 22-23 rokov, mali prvý pohlavný styk 4 (5 %) respondenti.

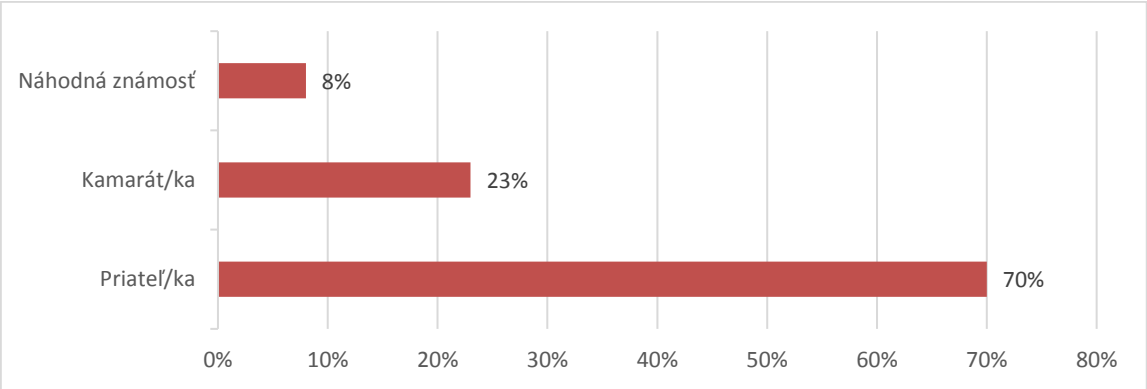
Tabuľka 1 *Kategorizácia veku prvého pohlavného styku*

vek	počet respondentov	Podiel v %
16-18	53	66 %
11-15	16	20 %
19-21	7	9 %
22-23	4	5 %

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

V ďalšej otázke sme sa respondentov pýtali, s kým mali prvý pohlavný styk. Na výber mali 3 možnosti, z ktorých mali vybrať jednu. Z 80 respondentov odpovedalo, že prvý pohlavný styk malo 56 respondentov (70 %) s priateľom/ priateľkou. 18 respondentov (23 %) s kamarátom/ kamarátkou a 6 respondentov (8 %) s náhodnou známosťou.

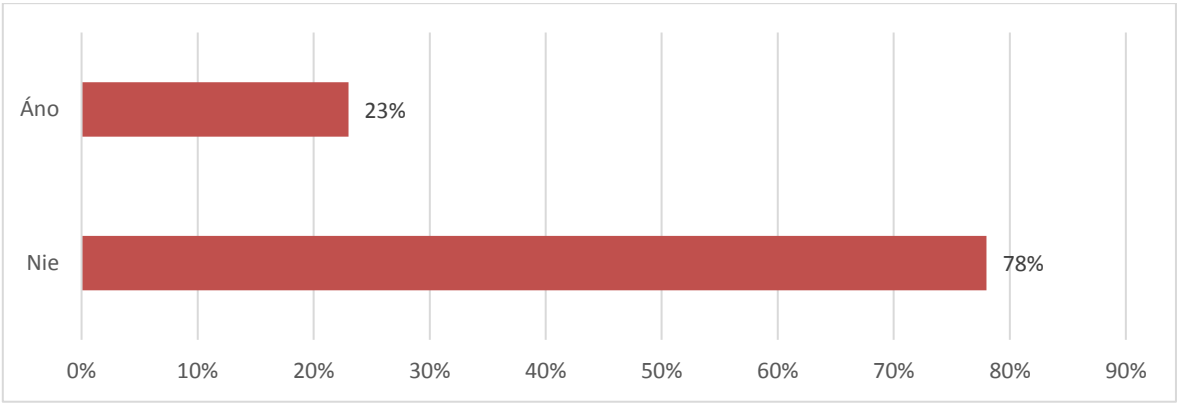
***Graf 1** Prvý pohlavný styk*



(Zdroj: Vlastné spracovanie)

V štvrtej otázke sme sa respondentov pýtali, či by zmenili svoje rozhodnutie. Z 80 respondentov odpovedalo až 62 respondentov (78 %) nie a 18 respondentov (23 %) áno.

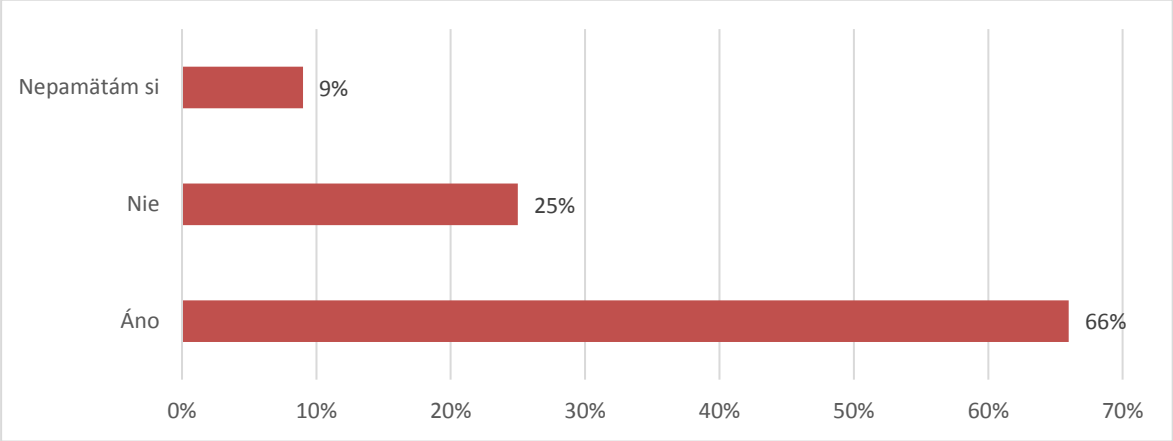
***Graf 2** Zmenili by ste svoje rozhodnutie*



(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Tiež sme sa respondentov opýtali, či použili pri prvom pohlavnom styku ochranu. Z 80 respondentov 53 (66 %) odpovedalo áno. 20 respondentov (25 %) odpovedalo nie a 7 respondentov (9 %) odpovedalo nepamätám si.

Graf 3 *Použitie ochrany pri prvom pohlavnom styku*



(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Ďalšou otázkou sme sa respondentov pýtali na počet ich sexuálnych partnerov. Počet sex. partnerov, kde mali uviesť číslicou. Z 80 respondentov 29 (36 %) odpovedalo číslom 1, 9 respondentov (11 %) odpovedalo číslom 2, 17 respondentov (21 %) odpovedalo číslom 3, 6 respondentov (8 %) odpovedalo číslom 5,3 respondenti (4 %) odpovedali číslom 6,2 respondenti (3 %) odpovedali číslom 8, 3 respondenti (4 %) číslom 9, 1 respondent (1 %) číslom 11,1 respondent (1 %) číslom 30,1 respondent (1 %) číslom 45.

Tabuľka 2 *Počet sexuálnych partnerov*

Počet respondentov	**počet sexuálnych partnerov**	**Podiel v %**
29	1	36%
9	2	11%
17	3	21%
6	4	8%
8	5	10%
3	6	4%
2	8	3%
3	9	4%
1	11	1%
1	30	1%
1	45	1%

(Zdroj: Vlastné spracovanie)

Záver

Každý človek je veľmi individuálny a pristupuje k tejto problematike inak. Pohľad na túto problematiku ovplyvňuje veľa faktorov, ktoré vplývajú na rozhodovania sa v našom živote. Myslíme si, že základom zdravého sexuálneho života je sexuálna výchova, ktorá by mala byť na školách povinná, aby bola dnešná mládež poučená o rizikách, ktoré so sebou prináša skorý pohlavný život. Počas našej praxe sme mali možnosť navštevovať rôzne školy a prezentovať prednášky aj na tému pohlavný život. Myslíme si, že to malo veľký význam a dalo to študentom nové informácie, ktoré im pomôžu chrániť sa pred pohlavne prenosnými ochoreniami, neplánovaným tehotenstvom či sklamaniu a ľutovaniu.

Použitá literatúra:

1. BROCHMANN, N., STOKKEN DAHL, E. 2019. *The wonder down under, Yellow Kite* 2019. 304 s. ISBN 978-147-366-6894
2. ČEPICKÝ, P., HERLE, P. 2013. Gynekológia pre všeobecných lekárov. Raabe 2019. 28 s. ISBN 978-808-140-0780
3. JACKQUINET, É. 2019. *Jak se osvobodit od pornografie*. Paulínky 2019. 360 s. ISBN 978-807-450-3382
4. KOLIBA, P.,WEISS,P, NĚMEC, M., DIBONOVÁ, M. 2019. *Sexuálni výchova pro studenty porodní asisitence a ošetrovateľství.* Praha: Grada Publishing, a. s. 2019. 184 s. ISBN 978-80-271-2039-0
5. MAJTÁN, Ľ. 2010. *Potrat A čo na to cirkev?* Žilinská diecéza 2010. 28 s. ISBN 978-809-704-2622
6. ONDREJKOVIČ, P. 2009. *Chudoba, prostitúcia, drogy a samovraždy- príčinné súvislosti*. Vysoká škola Danubius 2009. 148 s. ISBN 978-808-926-7286
7. PROCHÁZKA, M. 2022. *Porodní asistence*. Maxford 2022. 800 s. ISBN 978-807-345-6184
8. URBANOVÁ, E. a kol. 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie.* Martin: Osveta 2010. 256 s. ISBN 978-80-8063-343-1
9. WEISS, P., a kol. 2010. *Sexuologie.* Praha: Grada Publishing 2010. 744 s. ISBN 978-80-247-2492-8
10. ZÁHUMENSKÝ, J., JILICH, D., VAŇOUSOVÁ, D. 2015. *Základy moderní venerologie.* Maxford 2015. 176 s. ISBN 978-807-345-4296

Príspevok vznikol s podporou projektu KEGA 002PU-4/2022, **„Objektivizácia hodnotenia klinických zručností študentov pôrodnej asistencie v simulovaných podmienkach.“**

Kontakt:

PaedDr.,Mgr. Helena Galdunová, PhD.

FZO PU v Prešove

E-mail: helena.galdunova@unipo.sk

MANAŽMENT RAKOVINOU ASOCIOVANEJ ANÉMIE

Management of Cancer-Associated Anemia

Jaromír Tupý[1,2], Ivan Ondrášik[1], Miriam Tupá[1,2]

[1] Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN,
Klinika hematológie a transfuziológie,
[2]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Napriek rastúcemu používaniu cielených terapií na liečbu rakoviny zostáva anémia bežnou komplikáciou liečby rakoviny. Anémia asociovaná s rakovinou je charakterizovaná zníženou koncentráciou cirkulujúceho železa v sére a saturáciou transferínu napriek veľkým zásobám železa, čo poukazuje na zložitejší problém súvisiaci s homeostatickou reguláciou železa a ďalšími faktormi, ako je chronický zápalový stav. Obavy lekárov o bezpečnosť intravenóznych (i.v.) produktov železa a látok stimulujúcich erytropoézu viedli k tomu, že mnohí pacienti s rakovinou nedostávali žiadnu alebo suboptimálnu liečbu anémie. V súčasnosti disponujeme množstvom štúdií, ktoré preukázali, že i.v. železo môže synergizovať s ESA, čo vedie k zlepšeniu Hb odpovedí, zníženiu transfúzií červených krviniek a zlepšeniu kvality života. Napriek tomu však ostáva množstvo otázok, ohľadom bezpečnosti ESA a i.v. železa u pacientov s rakovinou, stále nezodpovedaných, čo vyžaduje väčšie, randomizované štúdie.

Kľúčové slová: Anémia asociovaná rakovinou. Terapia. Látky stimulujúce erytropoézu. Železo.

Abstract

Despite the increasing use of targeted therapies for cancer treatment, anemia remains a common complication of cancer treatment. Cancer-associated anemia is characterized by reduced circulating serum iron concentration and transferrin saturation despite large iron stores, pointing to a more complex problem related to iron homeostatic regulation and other factors such as a chronic inflammatory state. Physician concerns about the safety of intravenous (i.v.) iron products and erythropoiesis-stimulating agents have resulted in many cancer patients receiving no or suboptimal anemia treatment. We currently have a number of studies that have shown that i.v. iron can synergize with ESAs leading to improved Hb responses, reduced RBC transfusions, and improved quality of life. Nevertheless, many

questions remain regarding the safety of ESA and i.v. of iron in cancer patients, still unanswered, requiring larger, randomized trials.

Keywords: Anemia associated with cancer. Therapy. Substances stimulating erythropoiesis. Iron.

Anémia sa bežne vyskytuje u pacientov s rakovinou, najmä u tých, ktorí podstupujú aktívnu chemoterapiu s alebo bez rádioterapie. V jednej z najväčších prieskumných štúdií, European Cancer Anemia Survey (ECAS), sa zistilo, že 39 % z 15 367 pacientov podstupujúcich chemoterapiu a sledovaných počas 6 mesiacov bolo anemických s Hb <100,0 g/l. Celkovo bolo liečených iba 39 % týchto pacientov (Ludwig et al., 2004).

Patogenéza rakovinou indukovanej anémie (CIA) je komplexná, multifaktoriálna (tabuľka č. 1) a je často ťažké ju identifikovať (Schwartz, 2007). Častá je strata krvi, rádioterapia a chemoterapia môžu byť imunosupresívne a inhibovať erytropoézu. Významná časť pacientov s rakovinou s anémiou nemá žiadnu identifikovateľnú príčinu; anémia v tejto situácii je klasifikovaná ako anémia chronických ochorení (Cullis, 2013). Základné mechanizmy zodpovedné za tento typ anémie nie sú jasné, ale predpokladá sa, že zahŕňajú aktiváciu cytokínov, ako je interferón-y, interleukín-1 a tkanivový nekrotický faktor (TNF) (Nemeth et al., 2004). Tieto cytokíny môžu potlačiť produkciu endogénneho erytropoetínu (EPO), zhoršiť využitie železa a znížiť proliferáciu erytroidných prekurzorov.

***Tab. 1** Etiológia anémie u pacientov s rakovinou* (Abdel-Razeq, Hashem, 2020).

Súvisiace s rakovinou	Súvisiace s liečbou	Súvisiace s pacientom
• strata krvi (GI, GU, GYN); • hemolýza (lymfóm, CLL); • nádorová infiltrácia a deštrukcia kostnej drene; • anémia chronických ochorení (cytokíny: TNF, interferón, interleukíny).	• strata krvi (operácia); • rádioterapiou indukovaná supresia kostnej drene; • útlm kostnej drene vyvolaný chemoterapiou; • nefrotoxicita chemoterapeutických látok (zníženie EPO: platina).	• slabá chuť do jedla; • nutričný nedostatok (resekcia čreva, žalúdka).
GI - gastrointestinálny, GU - urogenitálny, GYN - pôrodníctvo-gynekológia, CLL - chronická lymfocytová leukémia, TNF - tumor nekrotizujúci faktor, EPO - erytropoetín.		

1. Anémia a kvalita života

Anémia u pacientov s rakovinou môže spôsobiť širokú škálu symptómov zahŕňajúcich takmer každý orgán. Závažnosť takýchto príznakov závisí od stupňa anémie, rýchlosti jej nástupu a existujúcich komorbidít. Symptómy môžu byť také jednoduché ako závraty, búšenie srdca, dýchavičnosť, anorexia a ťažkosti s koncentráciou až také závažné ako letargia a srdcové zlyhanie (Ludwig a Strasser, 2001). Únava, jeden z najčastejších symptómov, s ktorými sa stretávame u pacientov s rakovinou, môže nepriaznivo ovplyvniť kvalitu života pacientov (Crawford a kol., 2002). Zatiaľ čo únava z rakoviny má rôzne patogenetické mechanizmy, predpokladá sa, že anémia je významným prispievajúcim faktorom.

2. Anémia ako nepriaznivý prognostický faktor

Okrem jej dôležitej úlohy v otázkach kvality života mnohé štúdie naznačili, že anémia je nezávislým faktorom, ktorý môže nepriaznivo ovplyvniť prežitie u pacientov s rakovinou, najmä u tých, ktorí sú liečení chemoterapiou aj rádioterapiou (Shrivastava et al., 2018). Údaje týkajúce sa zlepšeného prežitia s korekciou anémie sú však rozporuplné.

Vplyv anémie na prežitie možno pripísať oneskoreniu pri začatí alebo nedokončení chemoterapeutických režimov včas. Okrem toho cytotoxicita vyvolaná rádioterapiou a niektorými režimami chemoterapie vyžaduje adekvátne hladiny kyslíka. Nádorová hypoxia môže byť faktorom, ktorý prispieva k tomu, že nádor nereaguje, pretože spôsobuje, že nádory sú odolné voči žiareniu aj chemoterapii (Wu a kol., 2015). Tkanivová hypoxia vzniká v dôsledku nerovnováhy medzi prísunom a spotrebou kyslíka. V solídnych nádoroch môže rýchlosť spotreby kyslíka neoplastickými bunkami prevážiť prísun kyslíka a viesť k hypoxii nádoru. Prísun kyslíka môže byť obmedzený neadekvátnou perfúziou vyplývajúcou zo štrukturálnych a funkčných abnormalít nádorovej mikrocirkulácie, môže byť spôsobený aj zväčšením difúznej vzdialenosti. Anémia spôsobená nádorom alebo jeho terapiou môže viesť k zníženiu kapacity krvi pre prenos kyslíka, čo ďalej prispieva k hypoxii nádoru. Hypoxia môže ovplyvniť kinetiku proliferácie a polohu bunkového cyklu; obe môžu modulovať množstvo buniek zničených po ožarovaní alebo chemoterapii. Štúdie tiež ukázali, že pretrvávajúca hypoxia nádoru môže dodatočne zvýšiť malígnu progresiu a môže zvýšiť agresivitu prostredníctvom klonálnej selekcie a zmien genómu (Vaupel, 2007).

3. Možnosti liečby

Primárne je pri CIA nutné podieľať sa na riešení etiológie anémie; liečba by mala byť zameraná na základnú príčinu. Identifikácia špecifického kauzálneho faktora však môže byť príležitostne náročná a riadená terapeutická intervencia nemusí byť účinná. Vo všeobecnosti je liečba založená na troch liečebných modalitách - transfúzii krvi, látok stimulujúcich erytropoetín (ESA) a terapiu železom.

3.1 Krvná transfúzia

Pred zavedením ESA bola transfúzia červených krviniek (RBC) jedinou metódou liečby anémie. Jeho prínos je výrazný u pacientov so závažnou symptomatickou anémiou alebo krvácaním, najmä u pacientov s rakovinou podstupujúcich chirurgický zákrok. Okrem toho sa pri rakovine s ťažkou anémiou, zvyčajne s hladinou Hb okolo 80,0 g/l, bežne podáva transfúzia. Rozhodnutie o transfúzii by sa však nemalo robiť len na základe hladiny hemoglobínu. Dôležitými faktormi sú existujúce komorbidity, rýchlosť poklesu Hb a povaha a intenzita prebiehajúcej alebo plánovanej chemoterapie alebo rádioterapie. Nedávna štúdia dospela k záveru, že reštriktívne transfúzne politiky u pacientov s rakovinou zrejme znižujú využitie krvi bez zvýšenia chorobnosti alebo úmrtnosti (Prescott et al., 2016).

Bezpečnosť transfúzie krvi sa v posledných rokoch výrazne zlepšila. Riziko prenosu známeho alebo objavujúceho sa patogénu však nie je nulové (Murphy et al., 2007). Okrem toho alogénna krv môže vyvolať trombotickú, ako aj zápalovú odpoveď; oboje môže viesť k závažným nežiaducim udalostiam (Baek a kol., 2012). Ďalší podstatný problém predstavuje imunomodulačný účinok transfúzie krvi u pacientov s rakovinou (Abdel-Razeq, Hashem, 2020).

3.2 Látky stimulujúce erytropoetín (ESA)

Látky stimulujúce erytropoetín sú biologické analógy ľudského erytropoetínu. Hlavnými cieľmi použitia ESA pri CIA je trvalá korekcia anémie a výsledné zlepšenie kvality života pri súčasnom znížení potreby transfúzií červených krviniek (Aapro, 2008). V súčasnosti sú dostupné rôzne krátkodobo a dlhodobo pôsobiace formulácie ESA vrátane krátkodobo pôsobiaceho epoetínu a dlhodobo pôsobiaceho darbepoetínu. Po schválení epoetínu a darbepoetínu pre CIA americkým Úradom pre kontrolu potravín a liečiv (FDA) v roku 1993 a 2002 sa ich používanie nesmierne rozšírilo. Odvtedy je ich používanie neustálou témou diskusií. Na jednej strane je nepopierateľný efekt na kvalitu života zvýšeným počtu Hb a znížením potreby hemosubstitúcie, na druhej signifikantné riziko tromboembolických príhod. Samostatnou rorzporuplnou kapitolou je možnosť stimulácie rastu nádoru.

Na základe vyššie uvedených obáv, American Society of Clinical Oncology (ASCO), (Rizzo et al., 2008a), American Society of Hematology (ASH) (Rizzo et al., 2008b) a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) usmernenia odporúča zvážiť ESA len vtedy, keď je cieľom liečby paliácia, nie vyliečenie a keď je Hb < 10,0 g/dl. Lekári by mali začať liečbu po tom, čo s pacientmi prediskutovali možné škody (tromboembólia a možné kratšie prežívanie (Rizzo et al., 2010a; Rizzo et al., 2010b).

Tab. 2 *Manažment medikácie ESA (rakovinou* (Abdel-Razeq, Hashem, 2020).

	Epoetin alfa		Darbepoetin alfa	
Dávkovanie a modifikácie	150 U/kg SC TIW‡	40,000 U s.c. týždenne§	2.25 µg/kg SC týždenne‡	500 µg SC Q3W§
Dávka sa zvyšuje	Zvýšte dávku na 300 U/kg s.c. TIW, ak sa Hb zvýši o < 10 g/l a zostane pod 100 g/l po 4 týždňoch liečby	Zvýšte dávku na 60 000 U s.c. týždenne, ak sa Hb zvýši o < 10 g/l a zostane pod 100 g/l po 4 týždňoch liečby	Zvýšte dávku na 4,5 µg/kg týždenne, ak sa Hb zvýši o < 10 g/l a zostane pod 100 g/l po 6 týždňoch liečby N/A	N/A
Zníženie dávok	Znížte dávku o 25 %, keď Hb dosiahne hladinu potrebnú na to, aby ste sa vyhli transfúzii, alebo sa Hb zvýši o > 10 g/l za 2 týždne		Znížte dávku o 40 %, keď Hb dosiahne hladinu potrebnú na to, aby sa zabránilo transfúzii, alebo sa Hb zvýši o > 10 g/l za 2 týždne	
Zadržanie dávky	Ak Hb prekročí hladinu potrebnú na to, aby sa zabránilo transfúzii, znova dávkujte o 25 % pod predchádzajúcou dávkou, kým sa Hb priblíži k hladine, pri ktorej môže byť potrebná transfúzia		Ak Hb prekročí hladinu potrebnú na to, aby sa zabránilo transfúzii, znova dávkujte o 40 % pod predchádzajúcou dávkou, keď sa Hb priblíži k úrovni, pri ktorej môže byť potrebná transfúzia	
Prerušiť	Po ukončení chemoterapie alebo ak nedôjde k žiadnej odpovedi po 8 týždňoch liečby (merané podľa hladín Hb alebo pokračujúcej potreby transfúzií)		Po ukončení chemoterapie alebo ak nedôjde k žiadnej odpovedi po 8 týždňoch liečby (merané podľa hladín Hb alebo pokračujúcej potreby transfúzií)	

ESA, činidlo stimulujúce erytropoézu; HbB, hemoglobín; N/A, neuplatňuje sa; Q3W, každé 3 týždne; SC, subkutánne; TIW, trikrát týždenne.
* Vrátane epoetínu alfa-epbx.
† Začnite len vtedy, ak je Hb < 100 g/l a sú minimálne dva ďalšie mesiace plánovanej chemoterapie. Použitie a dávkovanie sa u pacientov s myelodysplastickými syndrómami líši.
‡ Dávka podľa hmotnosti.
§ Pevná dávka.
‖ Pacienti, ktorí nereagujú na liečbu ESA, by mali byť prehodnotení na základnú progresiu nádoru, nedostatok železa alebo inú etiológiu anémie.

3.3 Intravenózna liečba železom

Tradične sa pacientom s anémiou z nedostatku železa (IDA) odporúča perorálna liečba železom vo forme železnatých solí (síran, glukonát, fumarát). Napriek diskusii o najlepšej perorálnej formulácii bola perorálna terapia železom náročná, pretože na to, aby bola účinná, vyžaduje dodržiavanie liečby niekoľko mesiacov. Perorálne podávanie železa je často spojené so zlou toleranciou a nežiaducimi, prevažne gastroenterologickými, účinkami (Tolkien a kol., 2015).

Intravenózne (i.v.) železo je zriedkavo používanou terapeutickou alternatívou perorálneho železa u detí aj dospelých, najmä kvôli obávaným anafylaktickým reakciám. Okrem obchádzania problému poddajnosti a gastrointestinálnej tolerancie má i.v. železo tú výhodu, že obchádza črevnú hepcidín-ferroportínovú dráhu, ktorá riadi absorpciu železa a vedie k rýchlejšiemu zvýšeniu Hb a efektívnejšiemu dopĺňaniu zásob železa v tele, čo je obzvlášť dôležité, keď je vysoký dopyt po železe, ako je to v CIA (Tupý a kol., 2019).
Nedávne dôkazy naznačujú, že i.v. prípravky železa sú účinné a bezpečné pri korekcii a prevencii anémie u pacientov s rakovinou. K dnešnému dňu viac ako tucet prospektívnych štúdií skúmajúcich úlohu i.v. železa v kombinácii s ESA pre CIA preukázalo viaceré výhody,

pokiaľ ide o hematologickú odpoveď (zvýšenie Hb), zlepšenie kvality života, zníženie požiadaviek na transfúzie a zníženie dávok ESA (Mhaskar a kol., 2016).

Avšak napriek zjavne priaznivému pomeru rizika a prínosu pre i.v. železo a publikovaným dôkazom, ktoré podporujú bezpečnosť, účinnosť a jednoduchosť podávania, jeho použitie zaostáva. Obavy spojené s neochotou intravenózneho použitia železa môžu súvisieť s nesprávnou interpretáciou a nesprávnymi informáciami týkajúcimi sa povahy a frekvencie menších reakcií na infúziu a úhrady (Tupý a kol., 2022). S takýmito presvedčivými údajmi o prínose i.v. železa buď samotného alebo s ESA, je rozumné začleniť jeho použitie do liečebnej paradigmy CIA.

Záver

S anémiou sa bežne stretávame u pacientov s rakovinou. Avšak vzhľadom na obavy týkajúce sa toxicity spojenej s ESA a možnej progresie nádoru, mnoho takýchto pacientov zostalo neliečených. Štúdie zahŕňajúce tisíce pacientov liečených na CIA ukázali, že i.v. železo môže synergizovať s ESA, čo vedie k zlepšeniu Hb odpovedí, zníženiu transfúzií červených krviniek a zlepšeniu kvality života. Najdôležitejšie je, že intravenózna monoterapia železom sa ukázala ako účinná a bezpečná bez klinicky významných nežiaducich účinkov, najmä u nových prípravkov „tretej generácie“. Napriek všetkým štúdiám, ostáva však množstvo otázok ohľadom bezpečnosti ESA a i.v. železa u pacientov s rakovinou stále nezodpovedaných, čo vyžaduje väčšie, randomizované štúdie.

Literatúra

1. AAPRO, M.S. Editorial: anemia management with erythropoiesis-stimulating agents: a risk-benefit update. Oncologist. 2008; 13 (Supplement 3): 1–3. https://doi.org/10.1634/theoncologist.13-S3-1.
2. ABDEL-RAZEQ H, HASHEM H. Recent update in the pathogenesis and treatment of chemotherapy and cancer induced anemia. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2020; 145: 102837. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.102837.
3. BAEK, J.H., D'AGNILLO, F., VALLELIAN, F., et al. Hemoglobin-driven pathophysiology is an in vivo consequence of the red blood cell storage lesion that can be attenuated in guinea pigs by haptoglobin therapy. *J. Clin. Invest.* 2012; 122 (4): 1444–1458. https://doi. org/10.1172/JCI59770.
4. CRAWFORD, J., CELLA, D., CLEELAND, C.S., et al. Relationship between changes in hemoglobin level and quality of life during chemotherapy in anemic cancer patients receiving epoetin alfa therapy. Cancer. 2002; 95 (4): 888–895. https://doi.org/10.1002/cncr.10763.

5. CULLIS, J. Anaemia of chronic disease. Clin Med. 2013; 13 (2): 193–196. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.13-2-193.
6. LUDWIG, H., et al. The European Cancer Anaemia Survey (ECAS): a large, multinational, prospective survey defining the prevalence, incidence, and treatment of anaemia in cancer patients. Eur. J. Cancer. 2004; 40 (15): 2293–2306. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2004.06.019.
7. LUDWIG, H., STRASSER, K.. Symptomatology of anemia. Semin. Oncol. 2001;28 (2 Suppl 8): 7–14.
8. MHASKAR, R., WAO, H., MILADINOVIC, B., KUMAR, A., DJULBEGOVIC, B., 2016. The role of iron in the management of chemotherapy-induced anemia in cancer patients receiving erythropoiesis-stimulating agents. Cochrane Database Syst. Rev. 2, CD009624. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009624.pub2.
9. NEMETH, E., RIVERA, S., GABAYAN, V., et al. IL-6 mediates hypoferremia of inflammation by inducing the synthesis of the iron regulatory hormone hepcidin. *J. Clin. Invest.* 2004; 113 (9): 1271–1276. https://doi.org/10.1172/JCI20945.
10. PRESCOTT, L.S., TAYLOR, J.S., LOPEZ-OLIVO, M.A., et al. How low should we go: a systematic review and meta-analysis of the impact of restrictive red blood cell transfusion strategies in oncology. Cancer Treat. Rev. 2016; 46: 1–8. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.03.010.
11. RIZZO, J.D., SOMERFIELD, M.R., HAGERTY, K.L., et al. Use of epoetin and darbepoetin in patients with cancer: 2007 American Society of Hematology/American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. Blood. 2008a; 111 (1): 25–41. https:// doi.org/10.1182/blood-2007-08-109488.
12. RIZZO, J.D., BROUWERS, M., HURLEY, P., et al. American society of hematology/ American society of clinical oncology clinical practice guideline update on the use of epoetin and darbepoetin in adult patients with cancer. *Blood.* 2010a; 116 (20): 4045–4059. https://doi.org/10.1182/blood-2010-08-300541.
13. RIZZO, J.D., SOMERFIELD, M.R., HAGERTY, K.L., et al. Use of epoetin and Darbepoetin in patients with cancer: 2007 american society of clinical Oncology/American society of hematology clinical practice guideline update. J. Clin. Oncol. 2008b; 26 (1): 132–149. https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.3396.
14. RIZZO, J.D., BROUWERS, M., HURLEY, P., et al. American society of clinical oncology/ American society of hematology clinical practice guideline update on the use of epoetin and darbepoetin in adult patients with cancer. J. Clin. Oncol. 2010b; 28 (33): 4996–5010. https://doi.org/10.1200/JCO.2010.29.2201.
15. SHRIVASTAVA, S., MAHANTSHETTY, U., ENGINEER, R., et al. Cisplatin chemoradiotherapy vs radiotherapy in FIGO stage IIIB squamous cell carcinoma of the

uterine cervix: a randomized clinical trial. *JAMA Oncol.* 2018; 4 (4): 506–513. https://doi.org/10.1001/ jamaoncol.2017.5179.

16. SCHWARTZ, R.N. Anemia in patients with cancer: incidence, causes, impact, management, and use of treatment guidelines and protocols. *Am. J. Health. Syst. Pharm*. 2007; 64 (3_Supplement_2): S5–S13. https://doi.org/10.2146/ajhp060601.
17. TOLKIEN, Z., STECHER, L., MANDER, A.P., PEREIRA, D.I.A., POWELL, J.J. Ferrous sulfate supplementation causes significant gastrointestinal side-effects in adults: a systematic review and meta-analysis. Strnad P, ed. PLoS One 2015; 10 (2): e0117383. https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0117383.
18. TUPÝ, J., a kol. Železo v úlohe diferenciálnej diagnostiky anémií chronických ochorení. SAP - Slovak Academic Press, 2019.
19. TUPÝ, J., ONDRÁŠIK, I., TUPÁ, M. Železo v patofyziológii ochorení. Ružomberské zdravotnícke dni 2022 – XVI. Ročník. Vedecko-odborná konferencia s medzinárodnou účasťou. VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku. 2022.
20. VAUPEL, P., MAYER, A., HÖCKEL, M. Impact of Hemoglobin Levels on Tumor Oxygenation: the Higher, the Better? *Strahlenther. Onkol*. 2006; 182 (2): 63–71. https:// doi.org/10.1007/s00066-006-1543-7.
21. WU, H.-M., JIANG, Z.-F., DING, P.-S., SHAO, L.-J., LIU, R.-Y. Hypoxia-induced autophagy mediates cisplatin resistance in lung cancer cells. Sci. Rep. 2015; 5 (1): 12291. https://doi.org/10.1038/srep12291.

Kontakt:

MUDr. Jaromír Tupý, PhD., MBA

Klinika hematológie a transfuziológie

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

ul. gen. Vesela 21, 03426 Ružomberok

E-mail: tupyj@uvn.sk

SVETOVÉ PANDÉMIE

World Pandemics

Lukáš Lacko[1], Jozef Babečka[2]

[1]Vysoká škola bezpečnostného manažérstva v Košiciach,
[2]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Článok pojednáva o pandémiách v 20. storočí. Definuje pojmy spojené s problematikou. Prináša chronologický prehľad jednotlivých historických udalostí spojených so šírením sa vírusového infekčného cohorneia. Hodnotí postupy spojené so zvládaním pandemickej situácie v danom období. Poukazuje na španielsku chrípku, ako na najväčšiu chrípkovú pandémiu v dejinách. Ďalej článok analyzuje chrípku honkongskú , vtáčiu, ázijskú a SARS CoV-2.

Kľúčové slová: Pandémia. SARS CoV-2. Honkongská chrípka. Vtáčia chrípka. Ázijská chrípka.

Abstract

The article discusses pandemics in the 20th century. Defines the terms associated with the issue. It provides a chronological overview of individual historical events associated with the spread of viral infectious cohorneia. It evaluates the procedures associated with managing the pandemic situation in the given period. He points to the Spanish flu as the largest flu pandemic in history. Next, the article analyzes the Hong Kong flu, bird flu, Asian flu and SARS CoV-2.

Keywords: Pandemic. SARS CoV-2. Hong Kong flu. Bird flu. Asian flu.

Úvod

Celý svet bol paralyzovaný pandémiou koronarovírusu SARS-CoV-2, ktorý spôsobuje ochorenie COVID-19. V histŕii existencie človeka vyčíňali pandémie a epidémie, možno povedať, že pandémie sa v histórii ľudstva pravidelne opakujú. Súčasná doba je im naklonená o niečo viac, vzhľadom na vysokú mieru transport a globalizáciu sveta. Posledná vrcholiaca pandémia SARS CoV-2 preverila pripravenosť spoločnosti. Pripomenula nám, že podcenenie situácie môže priniesť veĺké globálne problemy. Rýchle zavedenie preventívnych opatrení je

základom zastavenia šírenia akýchkoľvek infekčných opatrení. Prevencia, podobne ako pri iných ochoreniach, je efektívnejšia, ako samotná liečba, šetrí celú spoločnosť z ekonomického aj sociálneho hľadiska. Lepšia dostupnosť zdravotnej straostlivosti a nízke ekonomické straty sú výsledkom zodpovedného konania, ktoré bohužiaľ v začiatkoch poslednej pandémie bolo nedôsledné.

Definícia vírusu

Pôvodcom chrípky je vírus. Termín vírus pochádza z latinčiny a znamená jed. Vírus tvorí prechod medzi živými organizmami a neživými štruktúrami a nie je možné ich zaradiť do žiadnej ríše bunkových organizmov. Charakteristickou vlastnosťou je, že sú oveľa menšie ako baktérie, a sú viditeľné len pomocou elektrónového mikroskopu. Základná stavba je DNK (dezoxyribonukleová) alebo RNK (ribonukleová) kyselina vo vnútri bielkovinového obalu. Jedna sa o nebunkové organizmami, nemajú bunkovú štruktúru s organelami. Ich jedinou činnosťou je množenie.

Základné vlastností vírusov:

1. obsahujú len nukleovú kyselinu (DNK alebo RNK)
2. reprodukujú sa len pomocú ich nukleových kyselín, teda nie delením
3. nie sú schopné rastu v pokojovej fáze mimo buniek
4. nemajú žiadnu látkovú výmenu
5. replikujú sa pomocou hostiteľských buniek (Kovár, 2020).

Vírus chrípky

WHO označuje vírusy chrípky typom A, B, C, miestom výskytu, rokom izolácie a pri chrípke typu A aj vyznačením obalových antigénov HA a NA. Dnes rozoznávame tri typy vírusu chrípky: typ A, B a C. Z nich je najdôležitejší typ A, ktorý je schopný vyvolať chorobu človeka (Kynčl, et al 2023).

Antigén je organizmu neznáma bielkovina, ktorá vstúpi do tela a vyvolá tvorbu protilátok. Povrchové antigény sú základom definície vírusu. Pre samotný vírus majú však oveľa dôležitejší význam. HA je tzv. hemaglutinín. Hemaglutinácia je zhlukovanie, zlepovanie červených krviniek. Niektoré vírusy - medzi nimi aj vírus chrípky – sa viažu na povrch krviniek, vytvárajú medzi krvinkami spojenia a tým spôsobia ich zhlukovanie. Chrípkový vírus je schopný naviazať sa aj na povrch buniek sliznice, výstelky dýchacích ciest. Tieto bunky, podobne ako krvinky, majú na svojom povrchu receptory. Základnou podmienkou pôsobenia vírusu je väzba medzi HA vírusu a receptorom bunky. Ak sa hemaglutinín a receptor bunky „hodia k sebe", znášajú sa, sú kompatibilné, spoja sa a tým sa vytvorí možnosť pre vírus vniknúť do bunky. Ak táto kompatibilita neexistuje, HA sa nevie naviazať na bunku, čo

znamená, že nedôjde k infekcii. To je vysvetlenie pre fakt, že vírus chrípky je typickým ľudským patogénom. Bežné laboratórne zvieratá, ako napríklad myši, potkany či opice totiž nemajú vhodný receptor pre vírus chrípky. Výnimkou je fretka domáca (lat. Mustela putorius furo), infikovanie ktorej zohralo základnú úlohu vo vývoji prvej vakcíny proti chrípke v tridsiatych rokoch 20. storočia. Druhý povrchový antigén vírusu chrípky je enzým neuraminidáza, čiže NA. NA je bielkovina, ktorá podporuje vstup vírusu, presnejšie jeho nukleovej kyseliny, RNK do bunky, resp. po zmnožení vírusu jeho výstup z bunky. Je známe, že po prekonaní určitého nákazlivého ochorenia zostáva v tele dlhodobá, príp. celý život trvajúca imunita, čiže stav odolnosti, rezistencie. Napr. osýpky (lat. morbilli) sú takisto vyvolané vírusom a po ich prekonaní, obyčajne v detstve, človek zostáva chránený voči osýpkam celý život. Pôvodcom chrípky je takisto vírus. Keď prekonáme chrípku nie sme voči nej imúnny celý život. Všetky živé organizmy sa časom menia. Vírus chrípky sa mení neustále, rýchlo a nečakane. A práve táto jeho schopnosť meniť svoju genetickú skladbu a nekontrolovane si vymeniť gény, zodpovedné za skladbu HA a NA robí z chrípky nepredvídateľného protivníka. Tento fakt je zodpovedný za menšie epidémie, prichádzajúce v jeden až trojročných intervaloch a vysvetľuje reinfekciu ľudí, ktorí už chrípku daným typom prekonali alebo boli očkovaní. Druhým typom genetickej zmeny je tzv. antigénový zlom. Ide o zásadnú, veľkú zmenu HA a NA. Inak povedané, vymení sa nielen už niekoľkokrát spomínaná poznávacia značka, ale aj štruktúra. Vzhľadom na to, že neexistuje imunita na tento nový kmeň, náš imunitný systém sa nestretol s týmto novým protivníkom. Môže sa rýchlo šíriť medzi ľuďmi a spôsobiť pandémiu. Pravdepodobne takáto zmena stála aj v pozadí španielskej chrípky (Kovár, 2020).

Výskumný súbor tvorilo 305 respondentov, z toho 147 pacientov so SM (súbor A) a 158 respondentov kontrolného súboru (súbor B). Výber respondentov bol zámerný na základe inkluzívnych kritérií: primárna diagnóza SM (G35), dĺžka trvania min. 1 rok, vek ≥ 18 rokov a viac, bez ataku/relapsu (min. 30 dní / posledné štyri týždne), bez depresie / minimálne liečba 3 mesiace, ochota spolupracovať, bez ohľadu na stav zneschopnenia podľa EDSS, odporučenie na participáciu v štúdi. (Sander et al. 2016).

Španielska chrípka

1918 - 1920 (H1N1), približne 50 miliónov obetí.

Španielska chrípka si vyžiadala najväčšie množstvo obetí preto, jej budeme venovať najväčšiu pozornosť. Zúrila aj na Aljaške, kde v osade Breving Mission v novemberi 1918 spôsobila smrť väčšiny obyvateľov. Obete boli pochované do hromadného hrobu, z ktorého bola exhumovaná mŕtvola ženy. Stála, ďaleko pod nulou existujúca teplota dobre konzervovala bunky pľúcneho tkaniva, obsahujúce vírusom chrípky napadnuté bunky. Patológom sa podarilo izolovať vírus španielskej chrípky a identifikovať ho ako H1N1 čiže vírus vtáčej chrípky. Tí, ktorí prežili túto pandémiu, svojimi protilátkami boli chránení proti H1N1. Preto

ďalšia pandémia vznikla až v roku 1957, keď došlo k ďalšiemu zlomu, a to k rekombinácii vtáčieho a ľudského vírusu a vzniku subtypu H2N2. Podľa nemeckého historika medicíny Wilfrieda Witteho sa prvé prípady chrípky objavili v meste Haskell, v štáte Kansas (USA) v marci 1918, medzi školákmi. Spolu s nimi ochoreli aj vojaci v tomto štáte. Pretože Spojené štáty boli zapojené do vojny v Európe, predpokladá sa, že vírus chrípky bol transportovaný do Európy americkými vojenskými jednotkami.

V apríli už bola choroba prítomná vo Francúzsku, koncom apríla v Belgicku a potom v britskej expedičnej armáde. 27. mája 1918 tlačová agentúra Reuters oznámila, že španielsky kráľ Alfonz XIII ochorel na novú chorobu. 29. júna toho roku vysoký predstaviteľ španielskeho verejného zdravotníctva vyhlásil, že nevie o výskyte tejto novej chorobe v ostatných častiach Európy. Nato sa vo francúzskej tlači rozprúdila debata o tom, že Španieli vyzdvihli túto novú chorobu na úroveň kráľovského dvora. Nebolo by prekvapením, ak by sa obyčajní poddaní pýšili tým, že majú kráľovskú chorobu. Nová, „španielska" choroba však začala zúriť nielen v armáde obidvoch strán, ale aj medzi civilným obyvateľstvom. Príčinou rýchleho rozptylu bola vysoká nákazlivosť vírusu, ale aj vojnovými rokmi oslabený zdravotný stav obyvateľstva. Španielska chrípka zúrila v troch vlnách. Druhá vlna začala v auguste 1918 Najviac postihnuté mestá boli Brest (Francúzsko), Boston (USA), Freetown (Sierra Leone, Afrika) a Dakar (Senegal, Afrika), teda prístavy, kde došlo k vylodeniu infikovaného vojska. V novembri už zúrila po celej Európe. Tretia vlna začala v marci 1919 a trvala až do konca roku 1920. Klinický obraz prvých dvoch vĺn sa veľmi nelíšil od obrazu ruskej chrípky, resp. od chrípky, ako ju aj my poznáme počas menších, či väčších sezónnych epidémií, ktoré sú typické pre zimné a jarné mesiace. Tretia vlna však bola poznačená dovtedy pre chrípku necharakteristickou komplikáciou. Chorí sa počas akútnej fázy chrípky, ale často až po odznení horúčky, stali nekľudnými, objavili sa u nich svalové kŕče, obrny okohybných svalov a postupne upadli do tzv. letargie. Z toho je odvodený lekársky názov choroby letargický zápal mozgu. Jej hromadný, epidemický výskyt sa pozoroval až počas tretej vlny španielskej chrípky, od roku 1920 až do roku 1928. Táto komplikácia španielskej chrípky, chorobná spavosť, bola tak zákerná, ako samotné základné ochorenie. Jednak prispela k vysokej letalite pandémie, na druhej strane u tých, čo prežili chorobu, zanechala trvalé príznaky vo forme tzv. parkinzonského syndrómu. Takto postihnutí ľudia prežívali v rôznych starobincoch. Asi osemdesiati z nich vegetovali v nemocnici Mont Carmel v New Yorku. Lekári sa rozhodli nasadiť podobný liek, aký bol krátko predtým zavedený na liečbu Parkinsonovej choroby – L-DOPA. Nasadenie lieku malo vyslovene zázračný efekt. Chorí, ktorí roky žili ako zdanlivo mŕtvi sa zrazu zobudili, začali rozprávať, spievať, kresliť, ba dokonca i tancovať. Žiaľ, dobrý efekt bol len prechodný, bolo potrebné neustále zvyšovať dávky lieku a klinický obraz prevládali vedľajšie účinku lieku. Posledný pacient tejto komplikácie španielskej chrípky zomrel v roku 1980.

Chrípka zasiahla aj naše územie Rakúsko-Uhorsko. Bola zavlečená do Uhorska ranenými vojakmi z oblasti severného Talianska. Vojaci boli hospitalizovaní vo vojenskej nemocnici Zita v Budapešti a táto nemocnica sa stala ohniskom choroby v Uhorsku. I keď v decembri 1918 došlo k poklesu počtu ochorení na chrípku, nemocnice zostali preplnené obeťami škvrnitého týfusu. Vzhľadom na to, že sa očakával aj návrat novej vlny chrípky, bol iniciovaný vznik medzinárodného výboru Conseil de hygiene et de profilaxe so sídlom v Budapešti. Členmi výboru sa stali aj odborníci Srbska, Rumunska i Československa. Pre informáciu obyvateľstva hral dôležitú úlohu dvojtýždenník Dobré zdravie, populárny i na území dnešného Slovenska. V časopise poprední odborníci, internisti, bakteriológovia publikovali články o „španielskej chorobe". Ministerstvo verejného zdravotníctva a telesnej výchovy v Prahe už začiatkom decembra 1919 vydalo výnos, v ktorom upozorňovalo, že stúpa počet chorých na chrípku a hrozí nebezpečenstvo novej vlny epidémie. V obežníku sa upozorňovalo na nevyhnutnosť obmedzovania verejných stretnutí, tanečných zábav, divadelných predstavení. V postihnutých školách sa malo prerušiť vyučovanie. Presné štatistické údaje o výskyte chrípky, ale i o výskyte ostatných infekčných ochorení v rokoch 1918 - 1920 na Slovensku nemáme. Povinnosť o ich hlásení sa neplnila precízne, obhliadači mŕtvol neboli schopní správne určiť pravú príčinu smrti. V prvých povojnových rokoch bolo ročne v celom Československu hlásených okolo 38 000 ochorení na infekčné choroby. Z vyššie uvedených dôvodov skutočný výskyt infekčných chorôb, vrátane španielskej chrípky, musel byť oveľa vyšší (Ficík, 2021).

Ázijská 1957 - 1958 (H2N2)

Okolo 2 miliónov obetí

V roku 1957 sa v strednej Číne objavila chrípka, ktorá sa z Hongkongu do celého sveta rozšírila v dvoch väčších vlnách. Príčinou bol vírus chrípky typu A, subtyp H2N2, teda mutácia ľudského a vtáčieho vírusu. Prvá vlna vírusu postihovala prekvapivo hlavne malé deti, tehotné ženy a mladých ľudí, ktorí rýchlo strácali imunitu voči vírusu. Druhá obzvlášť smrtiaca vlna patrila starším pacientom s nízkou imunitou. Prejavy boli u rôznych ľudí variabilné od miernych, až po závažné. Ťažký priebeh bol komplikovaný zápalom pľúc (Vitouš, 2020).

Hongkonská 1968 - 1970 (H3N2)

Okolo 1 milióna obetí

V 60.rokoch ľudský kmeň vírusu chrípky A, subtyp H2N2 prešiel zostavou malých genetických modifikácií, čo spôsobilo menšie epidémie chrípky. Nový typ chrípky A, subtyp H3N2 vznikol asi po desiatich rokoch spojených s antigénnym posunom vírusu.

Vírus chrípky typ A, subtyp H3N2 sa po prvýkrát objavil v Číne v Hongkongu, preto pandémii hovoríme Hongkongská chrípka. V priebehu rokov sa rozšíril do sveta a usmrtil až jeden

milión ľudí. Väčšinou sa jednalo o starších jedincov. Pandémia bola mierna, čo sa pripisuje tomu, že niektoré osoby boli vystavené vírusu ázijskej chrípky z roku 1957, teda si zachovali imunitnú ochranu (Vitouš, 2020).

Vtáčia 1996 - dodnes (H5N1)

Prvé indície Vírusu vtáčej chrípky sú spojené s Talianskom. Vírus chrípky typu A, subtyp H5N1 je veľmi nebezpečný. Ochorením sa môžu nakaziť aj zvieratá a ľudia. V roku 1996 sa objavil v Ázii, a rok na to museli chovatelia v Hongkongu utratiť jeden milión kurčiat potom, čo boli nakazené práve týmto vírusom. Vtáky nepredstavujú len riziko nakazenia sa medzi sebou, ale aj riziko prenosu ochorenia na človeka, pre jeho vysokú mutačnú schopnosť. Momentálne sa stále vyskytuje celosvetovo, pričom najviac je rozšírený v Ázii a Európe (Kovar, 2021).

SARS CoV-2

Je vírusové ochorenia šíriace sa kvapôčkovou infekciou. Pri vdýchnutí vírusu sa jeho spóry usadia v pľúcnom epiteli a následne v závislosti od rezistencie postihnutého spôsobuje komplikácie v podobe zvýšenej teploty, bolesti hrdla alebo zápalu pľúc. Prevencia podobne ako pri inych ochoreniach je efektívnejšia ako samotná liečba. Šetri celú spoločnosť z ekonomického aj sociálneho hľadiska (Babečka, 2021).

Preventívne opatrenia

Systém preventívnych opatrení je rozdelený na prevenciu špecifickú a nešpecifickú.

Špecifická prevencia je zameraná na konkrétne ochorenie, nešpecifická na všeobecne platné postupy. Súbor preventívnych opatrení je ďalej funkčne delený na prevenciu primordiálnu, primárne, sekundárne, terciárne a kvartérne (Ludwig, Zarbock, 2020).

Primordiálna prevencia

Opatrenia sú cielené na obmedzenie incidencie nákaz potlačením vzniku zvýšených rizík. Do tejto kategórie je zaradené vytváranie optimálnych podmienok k životu ako je zdravá strava, pohyb, relaxačné aktivity alebo absencia prevencie užívania psychotropných látok (Ludwig, Zarbock, 2020).

Primárna prevencia

Tento typ preventívnych opatrení je zacielený na odstránenie už existujúcich rizikových faktorov tak, aby bola obmedzená incidencia nákaz. Všeobecne sú tu zaradené úkony ako dodržiavanie hygienických predpisov v zdravotníckych zariadeniach,

potravinárskych prevádzkach, vodohospodárstvo, problematika aktívnej a pasívnej imunizácie a dezinfekčné algoritmy (Ludwig, Zarbock, 2020).

Sekundárna Prevencia

V tomto súbore opatrení sú zaradené procesy slúžiace na zabránenie progresie nákazy alebo na vyliečenie v predklinickom a subklinickom štádiu ochorenia. Pod sekundárnou prevenciou sú zaradené úkony skríningových vyšetrení a preventívnych prehliadok

Terciárna prevencia

Súbor opatrení obsiahnutých v terciárnych preventívnych postupoch je zostavený za účelom obmedzenia rozvoja nákazy u pacientov s nepopierateľnými prejavmi ochorenia. Medzi opatreniami je zaradená samotná terapia nákazy i prípadná následná rehabilitácia s cieľom navrátiť pacienta do stavu pred chorobou.

Kvarterná prevencia

Sem sú zaradené opatrenia vedúce k prevencii dôsledkov nevyliečiteľných dynamicky sa vyvíjajúcich ochorení (Ludwig, Zarbock, 2020).

Záver

Termín pandémia sa stal v posledných rokoch opäť aktuálnym prostredníctvom SARS-COV2. Jedná sa podobne o vírusové ochorenie ako v prípade chrípky. Opatrenia, ktoré boli prijímané počas chrípkových pandémií sú takmer totožné s tými, ktoré sme absolvovali v predchádzajúcich mesiacoch. K rýchlemu šíreniu prispelo množstvo nedostatkov, ktoré sme mohli eliminovať prostredníctvom poučenia sa z histórie a výdobytkom vedy a techniky 21. storočia. Preto, aj náš článok môže byť vhodným pripomenutím, že pandémie sú stále aktuálna téma a musíme sa neustále snažiť zlepšovať postupy pri ich eliminovaní a tak zvyšovať bezpečnosť všetkých krajín a národov (Babečka, 2021).

Referencie

1. BABEČKA, J. 2021. Pilot mass rapid antigen testing for the diagnosis of a COVID-19 infection in Slovakia. *In: Ukrajina. Zdorovja naciji: naukovo-praktyčnyj žurnal.* Kyjiv (Ukrajina): Ukrajinskyj instytut strategičnych doslidžeň Ministerstva ochoroni zdorovja Ukrajiny. Roč. 63, č. 1, (2021). DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2021.227813.
2. KOVAR, B., ZAJAC, O., BENEDIKOVA, L. 2020. Epidémie v dejinách : ľudstvo v boji s neviditeľnými nepriateľmi. Prvé vydanie. Bratislava: Premedia, 2020, 293s; ISBN:9788081598364

3. FICIK, Jozef, et al. 2021. Pohľad klinického mikrobiológa na COVId-19. Zdravotnícke štúdie, 2021, 13.2: 3-7.
4. LUDWIG, S., ZARBOCK, A. 2020. Coronaviruses and SARS-CoV-2: a brief overview. Anesthesia and analgesia, 2020.
5. KYNČL, J. ŠIMKA, V., MANĎÁKOVÁ, Z. 2023. Chřipka-závažné, očkováním preventabilní onemocnění. Remedia, 2023 33(4).
6. VITOUŠ, Adam, et al. 2020. Chřipka a její komplikace. Vnitřní lékařství, 2020, 66.6: 360-362.

Kontakt:
Ing. Lukáš Lacko
Vysoká škola bezpečnostného manažérstva v Košiciach
E-mail: Lacko.l@centrum.cz

POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA U ZDRAVOTNÍCKYCH ZÁCHRANÁROV

Posttraumatic Stress Disorder in Paramedics

Marek Šichman, Vladimír Littva

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt:

Úvod: Posttraumatickú stresovú poruchu je úzkostnú poruchu, ktorá vzniká po prežití emocionálne intenzívnej, stresujúcej udalosti, ktorá svojou intenzitou a závažnosťou presahuje bežnú skúsenosť človeka a jej prežitie je traumatickým zážitkom pre väčšinu populácie. Najvyššia miera prevalencie postraumatickej stresovej poruchy podľa medzinárodných výskumov je práve zo všetkých skupín u zdravotníckych záchranárov.

Cieľ: Cieľom našej práce bolo identifikovať posttraumatickú stresovú poruchu u zdravotníckych záchranárov prajúcich v ambulanciách záchrannej zdravotnej služby na území Slovenskej republiky.

Materiál a metodika: Štúdia bola realizovaná online počas 5-týždňového obdobia v rámci mesiacov október a november 2022. Na posúdenie výskytu posttraumatickej stresovej poruchy a jednotlivých symptómov bol použitý štandardizovaný dotazník PCL-5 na výskumnej vzorke 193 zdravotníckych záchranárov.

Výsledky: Klinické symptómy syndrómu vyhorenia sa vyskytovali u 12,8 % respondentov (zdravotníckych záchranárov). Výsledky naznačujú, že potencionálnymi prediktormi postraumatickej stresovej poruchy môže byť pohlavie, dĺžka odbornej praxe zdravotníckeho záchranára v ambulancii záchrannej zdravotnej služby, typ ambulancie záchrannej služby, kde vykonáva zdravotnícky záchranár svoju prax, celkový podiel výjazdov priority K a N k M a priemerný počet absolvovaných výjazdov. Tieto výsledky sú však špecifické na podmienky v Slovenskej republike.

Záver: Výskumná štúdia preukázala vysokú mieru prevalencie postraumatickej stresovej poruchy zdravotníckych záchranárov.

Kľúčové slová: Posttraumatická stresová porucha. Zdravotnícky záchranár. Slovenská republika. DSM V. Checklist PCL-5.

Abstract:

Introduction: Posttraumatic stress disorder is an anxiety disorder that develops after experiencing an emotionally intense, stressful event that exceeds a person's normal experience in intensity and severity, and its survival is a traumatic experience for the majority of the population. According to international research, the highest prevalence rate of posttraumatic stress disorder of all groups is among paramedics.

Aim: The aim of our work was to identify posttraumatic stress disorder in paramedics working in ambulances in the territory of the Slovak Republic.

Material and Methodology: The study was conducted online over a 5-week period within the months of October and November 2022. A standardized PCL-5 questionnaire was used to assess the prevalence of posttraumatic stress disorder and individual symptoms in a research sample of 193 paramedics.

Results. Clinical symptoms of burnout syndrome were present in 12.8% of respondents (paramedics). The results suggest that potential predictors of post-traumatic stress disorder may be gender, the length of professional experience of the paramedic in the ambulance service, the type of ambulance service where the paramedic carries out his/her practice, the overall ratio of priority K and N to M calls, and the average number of calls completed. However, these results are specific to conditions in the Slovak Republic.

Conclusion: The research study demonstrated a high prevalence rate of post-traumatic stress disorder among paramedics**.**

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder. Paramedic. Slovak Republic. DSM V. Checklist PCL-5.

Úvod

Zdravotnícki záchranári poskytujú urgentnú zdravotnú starostlivosť v špecifických podmienkach osobám v tiesni, v bezprostrednom ohrození života pričom sa často dostávajú do situácii, keď rozhodujú o živote a smrti, pričom táto práca ich neustále vystavuje významnému stresu. Boyle et al (2007) uvádzajú, že až 88 % všetkých zdravotníckych záchranárov zažije počas svoje praxe násilie v podobe úderov, kopancov, uhryznutí, pľuvancov. Okrem fyzického násilia zažívajú aj psychické útoky. Tento typ stresorov, ktoré prežívajú zdravotnícki záchranári v rámci svoje práce v kombinácii s rutinnými fyzickými a psychickými požiadavkami kladenými na ich profesiu, ako i prácou nadčas sa považuje za významný negatívny prediktor možných psychických následkov. Aj napriek skutočnosti, že zdravotnícki záchranári sú vysokokvalifikovaný na poskytovanie urgentnej zdravotnej starostlivosti, práca s pacientom mimo nemocničného zriadenia, často v bezprostrednom ohrození života či zdravia, ako i emocionálna podpora pacienta či príbuzných, môže

v konečnom dôsledku vyústiť do vzniku psychických ťažkosti záchranárov. Posttraumatickú stresovú poruchu možno definovať ako úzkostnú poruchu, ktorá vzniká po prežití emocionálne intenzívnej, stresujúcej udalosti, ktorá svojou intenzitou a závažnosťou presahuje bežnú skúsenosť človeka a jej prežitie je traumatickým zážitkom pre väčšinu populácie. Prevalencia posttraumatickej stresovej poruchy sa pohybuje celosvetovo na úrovni 6 – 6,8 % (Pietrzak 2011). Patofyziológia posttraumatickej stresovej poruchy zahŕňa zmeny vo fungovaní neurotransmiterov a neurohormónov. Ukazuje sa, že ľudia s posttraumatickou stresovou poruchou majú napriek pretrvávajúcemu stresu normálne až nízke hladiny kortizolu a zvýšené hladiny faktora uvoľňujúceho kortikotropín. Faktor uvoľňujúci kortikotropín stimuluje uvoľňovanie norepinefrínu, čo vedie k zvýšenej sympatikovej reakcii, ktorá sa prejavuje v podobe tachykardie, hypertenzie, neprimeranej reakcie na stres ako i zvýšenej vzrušivosti. Dochádza k zmenšeniu hypokampu a amygdaly, ktorá je zodpovedná za spracovanie emócii a modulujúca reakciu na strach je nadmerne reaktívna. Klinický obraz u osoby, ktorá má posttraumatickú stresovú poruchu je individuálny. Často sa vyskytujú takzvané flashbacky, teda znovu prežitie traumy, nočné mory, opakujúce sa vtieravé obrazy, či zmyslové vnemy, ktoré boli úzko späté s traumou. Osoba sa často vyhýba akýmkoľvek podnetom, ktoré by mohli opäť pripomenúť tento negatívny zážitok, zároveň sa môže objaviť takzvaná hypervigilita voči hrozbám, prehnané reakcie, zvýšená dráždivosť, problémy s koncentráciou a spánkom. Zároveň sa môže vyskytnúť neschopnosť pozitívnych emócii, objavuje sa pocit sociálnej izolácie, obmedzenie záujmov a amnézia na podstatnú časť prežitej negatívnej udalosti.

Diagnostikovanie posttraumatickej stresovej poruchy je veľmi náročný a relatívne zdĺhavý proces. Jedným z možných klinických nástrojov na diagnostikovanie posttraumatickej stresovej poruchy je klasifikačný systém DSM-V. DSM-V je diagnostický a štatistický manuál duševných porúch. DSM-5-TR – piate revidované vydanie obsahuje najnovšie aktualizácie textu založené na Evidence Based Medicine.

Dizajn štúdie

V rámci dizajnu štúdie bola použitá kvantitatívna online prierezová výskumná štúdia. Zber dát prebiehal online počas 5-týždňového obdobia v rámci mesiacov október a november 2022. Cieľom štúdie bolo posúdiť prítomnosť posttraumatickej stresovej poruchy a jej klinických symptómov u zdravotníckych záchranárov a identifikovať možné predisponujúce faktory, ktoré sa môžu podieľať na jej vzniku.

Účastníci štúdie

Účastníkmi štúdie boli zdravotnícki záchranári, ktorí pracujú u jednotlivých poskytovateľov záchrannej zdravotnej služby na území Slovenskej republiky. Celkovo sa do štúdie zapojilo 193 zdravotníckych záchranárov od 4 poskytovateľov záchrannej zdravotnej

služby, ktorí pracujú v posádkach typu RZP alebo RZP – S s dosiahnutým minimálne I. stupňom vysokoškolského vzdelania. Zdravotnícki záchranári boli oslovení emailom s možnosťou dobrovoľného zapojenia do štúdie. Zapojenie respondentov do štúdie bolo anonymné a plne dobrovoľné.

Výskumný nástroj

V rámci zberu údajov bol využitý štandardizovaný dotazník pre posttraumatickú stresovú poruchu Checklist 5 (PCL-5). Dotazník PCL 5 je štandardizovaný dotazník určený na sebaposúdenie, ktorý tvorí 20 položiek, ktoré meria prítomnosť klinických prejavov postraumatickej stresovej poruchy a ich závažnosť. Tieto symptómy zodpovedajú symptómov uvádzaným v klasifikačnom systém DSM-V. Dotazník sa môže pýtať na prežívanie klinických prejavov za posledný mesiac života v rámci skríningu posttraumatickej stresovej poruchy alebo na obdobie posledného týždňa života v rámci monitorovania a evalvácie klinických prejavov v rámci liečby alebo po absolvovaní liečby (Weathers et al 2013). Respondent na každú jednu položku z celkového počtu 20 položiek odpovedá na škále Likertovho typu: *vôbec nie – trochu – stredne – veľmi – extrémne.* Každá možnosť na danej Likertovej škále má pridelený počet bodov, čo znamená, že možnosť *„vôbec nie „* pridelených 0 bodov, možnosť „*trochu“* 1 bod, možnosť „*stredne“* 2 body, možnosť „*veľmi“* 3 body a možnosť „*extrémne“* 4 body. Respondent tak môže po vyplnení dotazníka získať 0 – 80 bodov.

Validizačné štúdie dotazníka PCL-5 ukazujú na fakt, že všetky štyri domény (kritéria) vykazujú vysokú vnútornú konzistenciu (Cohen et al 2015). Na predbežné stanovenie diagnózy postraumatickej stresovej poruchy stačí dosiahnutie hrubého skóre v rámci dotazníka Checklist 5 (PCL-5) ≥ 38 bodov. Táto hodnota skóre má vysokú hodnotu senzitivity (0,78) a špecificity (0,98) (Cohen et al 2015). Každá položka v dotazníku, v ktorej respondent získa 2 a viac bodov znamená potvrdenú prítomnosť klinického symptómu. Podľa diagnostického pravidla nástroja DSM – 5 je nevyhnutné na potvrdenie výskytu klinického symptómu aby bol potvrdený aspoň jeden klinický symptóm v doméne *„znovu prežívania“* (položky 1 – 5), v doméne *„vyhýbanie sa“* (položky 6 – 7) a aspoň dva klinické symptómy v doméne *„negatívne zmeny v kognícii a nálade“* (položky 8 – 14) a v doméne *„zmeny vo vzrušivosti a reaktivite“* (položky 15 – 20). Základná charakteristika výskumnej vzorky je uvedená v Tabuľke č.1.

Tabuľka 1 *Základná charakteristika výskumnej vzorky.*

Základná charakteristika výskumnej vzorky	
Základné parametre	**n=193**
Pohlavie	**n %**
Muž	84 (43,52%)
Žena	109 (56,48%)

Vek	**n %**
21 – 29 rokov	46 (23,83%)
30 – 39 rokov	92 (47,67 %)
40 – 49 rokov	52 (26,94 %)
50 rokov a viac	3 (1,56 %)
Rodinný stav	**n %**
Slobodný/á	108 (55,96 %)
Ženatý/vydatá	63 (32,64 %)
Rozvedený/á	22 (11,40 %)
Najvyššie dosiahnuté vzdelanie	**n %**
I. stupeň vysokoškolského vzdelania	143 (74,09 %)
II. stupeň vysokoškolského vzdelania	49 (25,39 %)
III. stupeň vysokoškolského vzdelania	1 (0,52 %)
Vzdelanie v odbore	**n %**
Ošetrovateľstvo	28 (14,51%)
Urgentná zdravotná starostlivosť	124 (64,25%)
Ošetrovateľstvo aj Urgentná zdravotná starostlivosť	41 (21,24%)
Miesto sídla stanice , kde záchranár odrobil väčšinu služieb za posledný mesiac	**n %**
Mesto	105 (54,40 %)
Mimo mesta	88 (45,60 %)
Dĺžka praxe v záchrannej službe	**n %**
Menej ako 5 rokov	29 (15,03 %)
5 – 9 rokov	70 (36,27 %)
10 – 14 rokov	44 (22,79 %)
15 – 19 rokov	33 (17,10 %)
20 a viac rokov	17 (8,81 %)
Typ ambulancie ZZS, kde záchranár odrobil väčšinu služieb za posledný mesiac	**n %**
RLP	43 (22,28%)
RZP	121 (62,69%)
RZP – S	29 (15,03%)
Počet absolvovaných výjazdov u záchranára za posledný mesiac	**n %**
< 20 výjazdov	5 (2,59%)
21– 30 výjazdov	28 (14,51%)
31 – 40 výjazdov	98 (50,78%)
41 – 50 výjazdov	48 (24,87%)
> 50 vjazdov	14 (7,25%)
Počet výjazdov s prioritou K (kritický) u záchranára za posledný mesiac	**n %**
< 2 výjazdy	82 (42,49%)
3 – 10 výjazdov	73 (37,82%)
11 – 19 výjazdov	34 (17,62%)
> 20 výjazdov	4 (2,07%)
Počet výjazdov s prioritou N (neodkladný) u záchranára za posledný mesiac	**n %**
< 10 výjazdov	104 (53,89%)
11 – 20 výjazdov	55 (28,49%)
21 – 30 výjazdov	34 (17,62%)
> 31 výjazdov	0 (0,0%)
Počet výjazdov s prioritou M (menej naliehavý) u záchranára za posledný mesiac	**n %**
< 20 výjazdov	19 (9,84%)
21– 30 výjazdov	72 (37,31%)
31 – 40 výjazdov	65 (33,68%)
41 – 50 výjazdov	30 (15,54%)
> 50 vjazdov	7 (3,63%)
Počet hodín nadčasov za posledný mesiac u záchranára	**n %**

< 10 hodín	25 (12,95%)
11 – 35 hodín	95 (49,23%)
> 35 hodín	73 (37,82%)

Analýza dát

Respondenti odpovedali na dotazník online. Odoslanie vyplneného dotazníka bolo možné len v prípade kompletne vyplneného dotazníka, čím bolo eliminované dodatočné vyradenie dotazníkov pre ich neúplnosť a chybné vyplnenie. Tieto dáta boli podrobené analýze pomocou deduktívnej a induktívnej štatistiky prostredníctvom programu IBM SPSS. V rámci opisnej štatistiky bol použitý priemer, smerodajná odchýlka, medián, minimálna a maximálna hodnota. Štatistická významnosť použitých testov bola definovaná na úrovni $p < 0,05$. V rámci testovania boli využité testy jednorozmernej, viacrozmernej a binárnej logistickej regresie. Výsledky regresnej analýzy boli vyjadrené pomerom pravdepodobnosti (OR) a intervalom spoľahlivosti (CI) 95 %. Interakcie medzi významnými premennými boli hodnotené pomocou Hosmerovho-Lemeshowovho testu. Analýza reliability nástroja bola realizovaná prostredníctvom výpočtu Cronbach alfa koeficientu.

Výsledky

Na štúdii sa zúčastnilo celkovo 193 respondentov. Z odoslaných dotazníkov nebol pre neúplnosť vylúčený ani jeden, nakoľko odoslanie bolo možné len v prípade kompletne vyplneného dotazníka. V rámci reliability bolo celkové skóre dotazníka PCL-5 na úrovni $\alpha =$ 0,90 Cronbach alfa koeficientu. Priemerné celkové skóre, ktoré dosiahli respondenti bolo 23,5 (SD 18,4). Senzitivita bola na úrovni 0,78 a špecificita na úrovni 0,98. Viacrozmerná logistická regresia ukázala, že ženy majú vyššiu pravdepodobnosť vzniku posttraumatickej stresovej poruchy **(OR = 1,2; 95 % CI 0,8 – 2,0 p = 0,015).** Vyššia pravdepodobnosť vzniku klinických symptómov posttraumatickej stresovej poruchy je spojená s dlhšou praxou v záchrannej zdravotnej službe **(OR = 2,1; 95 % CI 1,6 – 3,3 p = 0,011),** s typom ambulancie záchrannej služby typu RZP **(OR = 2,5; 95 % CI 1,3 – 4,1 p = 0,049)**, s väčším podielom výjazdov priority typu K, N **(OR = 3,5; 95 % CI 1,6 – 3,9 p = 0,014)** a menším podielom výjazdov priority typu M **(OR = 2,6; 95 % CI 1,3 – 4,1 p = 0,021)**.

Diskusia

Medzinárodné výskumy zamerané na prevalenciu posttraumatickej stresovej poruchy u zdravotníckych záchranárov poukazujú na fakt, že zdravotnícki záchranári sa počas výkonu svojho povolania stretávajú vo vysokej miere s potenciálne traumatizujúcimi udalosťami v dôsledku čoho sa u nich vyskytuje vysoká miera posttraumatických stresových symptómov v porovnaní s ostatnou populáciou (Matusko et al 2013). Traumatické stresové situácie, ktoré

zdravotnícki záchranári v rámci svojej profesie zažívajú môžu mať devastačný účinok na ich psychické ako i fyzické zdravie. Niektoré štatistické údaje poukazujú na fakt, že až 97 % zdravotníckych záchranárov zažije v rámci svoje praxe minimálne jednu významnú traumatizujúcu udalosť (Skenffington 2017). Dlhodobé a opakované vystavovanie zdravotníckych záchranárov stresovým situáciám vedie k zvýšenému riziku výskytu negatívny psychických a fyzických následkov a vzniku závažných duševných porúch vrátane posttraumatickej stresovej poruchy (Fullerton, Ursano, Wang 2004; Haugen, Evces, Weiss 2012). V súčasnosti pracuje v záchrannej službe podľa údajov Slovenskej komory zdravotníckych záchranárov viac ako 2 000 zdravotníckych záchranárov, ktorí aktívne vykonávajú svoju prax. Boyle et al (2007) uvádzajú, že až 88% všetkých zdravotníckych záchranárov zažije počas svoje praxe násilie v podobe úderov, kopancov, uhryznutí, pľuvancov. V roku 2012 (Berger et al.) zrealizovali metaanalýzu prevalencie postraumatickej stresovej poruchy u zdravotníckych záchranárov. Táto metaanalýza zahŕňala celkovo 28 výskumných štúdii, realizovaných v rámci sveta. Z výsledkov vyplynulo, že približne 10% záchranárov (hasiči, zdravotnícki záchranári, policajti, psovodi) spĺňalo kritérium diagnózy postraumatickej stresovej poruchy. Z týchto profesijných skupín však najvyššia miera prevalencie bola práve u zdravotníckych záchranárov a to na úrovni 14,6 %. Súvislosť medzi reakciou na traumu a akútnym stresom je v záchrannej zdravotnej službe veľmi dôležitá vzhľadom na rastúci počet dôkazov o tom, že výkonnosť sa zhoršuje, keď jednotlivci, ktorí čelia vysokým nárokom na svoju prácu a súčasne sú neustále vystavovaný výrazným stresujúcim situáciám (Dickerson, Kemeny 2004).

Limitácie výskumnej štúdie a výsledkov:

V rámci interpretácie našich údajov je treba mať na pamäti niekoľko obmedzení. Diagnostikovanie posttraumatickej stresovej poruchy je veľmi náročný a relatívne zdĺhavý proces. V rámci našich výsledkov, by bolo potrebné realizovať ďalšie diagnostické postupy, ktoré by diagnózu posttraumatickej stresovej poruchy u respondentov v našej výskumnej vzorke potvrdili alebo vyvrátili. Naša štúdia nehodnotila množstvo faktorov, ktoré sa môžu podieľať na vzniku posttraumatickej poruchy ako napríklad zvládanie stresovej situácie osobou, podporné systémy, spôsoby vyrovnávania sa so stresom atď. Naše zistenia považujeme za závažné, pričom tejto problematike treba venovať zvýšenú pozornosť.

Záver

Naša štúdia poukazuje na fakt, že prevalencia posttraumatickej stresovej poruchy sa u zdravotníckych záchranárov v Slovenskej republike vyskytuje vo zvýšenej miere v porovnaní s ostatnou populáciou. Toto zistenie koreluje s inými, medzinárodnými štúdiami. Naše výsledky naznačujú, že potencionálnymi prediktormi postraumatickej stresovej poruchy môže

byť pohlavie, dĺžka odbornej praxe zdravotníckeho záchranára v ambulancii záchrannej zdravotnej služby, typ ambulancie záchrannej služby, kde vykonáva zdravotnícky záchranár svoju prax, celkový podiel výjazdov priority K a N k M a priemerný počet absolvovaných výjazdov. Tieto výsledky sú však špecifické na podmienky v Slovenskej republike.

Zoznam použitej literatúry:

1. BOYLE M., KORITSAS S., COLES J., STANLEY J. 2007. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emerg Med J,* 2007;24:760-3. doi:10.1136/emj.2007.046789
2. COHEN, J., et al., 2015. Preliminary Evaluation of the Psychometric Properties of the PTSD Checklist for DSM – 5. doi: 10.12140/2.1.4448.5444
3. DICKERSON S., KEMENY M., 2004. Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychol Bull,* 130:355–91.
4. FULLERTON C. S., URSANO R. J. , WANG L., 2004. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry.* 2004 Aug;161(8):1370-6. doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1370. PMID: 15285961
5. FULLERTON C. S., URSANO R. J., WANG L. 2004. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry 2004*; 161:1370-6. doi:10.1176/appi.ajp.161.8.1370
6. HAUGEN P. T., EVCES M., WEISS D. S, 2012. Treating posttraumatic stress disorder in first responders: A systematic review. *Clinical Psychology Review,* Volume 32, Issue 5, 2012, Pages 370-380, https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.001
7. LOWERY K., STOKES M. A., 2005. Role of peer support and emotional expression on posttraumatic stress disorder in student paramedics. *J Trauma Stress*, 2005;18:171-9. doi:10.1002/jts.20016
8. PIETRZAK R. H., GOLDSTEIN R. B., SOUTHWICK S.M., GRANT B.F., 2011. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Anxiety Disord* 2011, 25:456-465.
9. SKEFFINGTON P. M., REES C. S., MAZZUCCHELLI T. 2017. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder within fire and emergency services in Western *Australia, Australian Journal of Psychology*, 69:1, 20-28, DOI: 10.1111/ajpy.12120

Kontakt:
PhDr. et Bc. Marek Šichman PhD., MPH, DPH, MBA, DSc.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti
Námestie Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: marek.sichman@ku.sk

WZAJEMNE KORELACJE MIEDZY CZYNNIKAMI SPOŁECZNO- ZAWODOWYMI A OCENĄ CECH PRACY PIELĘGNIAREK W OKRESIE PANDEMII COVID -19

Mutual Correlations Between Socio-Professional Factors and the Assessment of Nurses' Job Characteristics During the Covid-19 Pandemic

Krystyna Kowalczuk[1], Andrei Shpakou[1], Katarzyna Tomaszewska[2]

[1]Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Białystok. Polska

[2]Zakład Pielęgniarstwa. Instytut Ochrony Zdrowia. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. Ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu. Jarosław. Polska

Streszczenie:

Od początku pandemii każdy kontakt pielęgniarek z pacjentem zarażonym SARS-CoV-2 był powodem obawy przed zakażeniem. Dostosowanie się do nowych warunków pracy, przy zwiększonej liczbie pacjentów i zwiększonym tempie pracy wywarło negatywny wpływ na samopoczucie psychiczne i fizyczne pielęgniarek.

Materiał i metody badań: Badanie przekrojowe przeprowadzono w styczniu 2022 roku w Województwie Podlaskim po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Narzedziem badawczym był Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy (SWEQ) autorstwa Dudek i Waszkowskiej.

Cel badań: Sprawdzenie czy zdarzenia związane z SARS-CoV-2 miały związek z typem oddziału, na którym pracują pielęgniarki. Zbadanie wpływu czynników takich jak: wiek, staż pracy, wykształcenie, system pracy na ocenę warunków pracy w okresie pandemii

Wyniki: Badania przeprowadzono w populacji 796 pielęgniarek na terenie Województwa Podlaskiego. Pielęgniarki z oddziałów ratunkowych częściej miały kontakt z pacjentem zakażonych SARS-CoV-2 i też częściej wykonywały testy na obecność wirusa niż ich koleżanki pracujące na innych oddziałach. Najbardziej uciążliwymi cechami pracy w okresie pandemii było: poczucie odpowiedzialności, kontakty społeczne i brak wsparcia.

Wnioski: W badanej populacji jedynym czynnikiem, który różnicował ocenę warunków pracy przez pielęgniarki, w zasadzie dla niemal wszystkich miar, był ośmio- lub dwunastogodzinny godzinny system pracy.

Słowa kluczowe: Pielęgniarki. Obciążenia psychospołeczne. Pandemia Covid-19.

Abstract

Since the beginning of the pandemic, every interaction between nurses and patients infected with SARS-CoV-2 has been a cause for concern about infection. Adapting to new working conditions, with an increased number of patients and a higher workload, has had a negative impact on the mental and physical well-being of nurses.

Materials and Research Methods: A cross-sectional study was conducted in January 2022 in the Podlaskie Voivodeship after obtaining approval from the Bioethics Commission of the Medical University in Białystok. The research tool used was the Subjective Work Evaluation Questionnaire (SWEQ) authored by Dudek and Waszkowska.

Research Objective: To determine if events related to SARS-CoV-2 were related to the type of department where nurses work. To examine the impact of factors such as age, years of experience, education, and work system on the assessment of working conditions during the pandemic.

Results: The study was conducted on a population of 796 nurses in the Podlaskie Voivodeship. Nurses from emergency departments had more frequent contact with patients infected with SARS-CoV-2 and also conducted virus tests more often than their colleagues working in other departments. The most burdensome aspects of work during the pandemic included a sense of responsibility, social contacts, and lack of support.

Conclusions: In the examined population, the only factor that differentiated the assessment of working conditions by nurses, for almost all measures, was the eight- or twelve-hour work shift system.

Keywords: Nurses. Psychosocial burdens. Covid-19 pandemic.

Wstęp

W pierwszych dniach pojawienia się nowego wirusa SARS-COV-2 pracownicy służby zdrowia na całym świecie stanęli przed nowym wyzwaniem świadczenia opieki medycznej w okresie pandemii [l,2].

W Polsce pierwsi pacjenci z potwierdzonym zachorowaniem na Covid-19 zostali zarejestrowani w dniach 14-20 marca 2020 roku. Z tą też datą w polskich placówkach medycznych wprowadzono stan zarządzania kryzysowego. Odwołano wszystkie planowe zabiegi, ograniczono do minimum przyjęcia do szpitali, a także wprowadzono porady lekarskie i pielęgniarskie online [1].

Na początku pandemii Covi-19 polski rząd wprowadził obostrzenia w celu ochrony ludności. Obostrzenia dotyczyły: obowiązku zakrywania ust i nosa, ograniczenie liczby osób gromadzących się w przestrzeni publicznej, zawieszenia zajęć dydaktycznych w szkołach i na uczelniach, zamkniecie niektórych usług i placówek kulturalno-oświatowych.

Wirus Sars-Cov-2 ze względu na wysoką zaraźliwość stanowił duże zagrożenie dla zdrowia i życia pracowników medycznych. W czasie trwania pandemii pielęgniarki odczuwały znaczne obciążenia psychiczne i fizyczne ze względu na ryzyko zakażenia wirusem oraz obawą przed przeniesieniem wirusa na członków rodziny [3,4].

Pielęgniarki, musiały sprawować opiekę nad ciężko chorymi pacjentami z SARS-COV-2 w nowych nieznanych warunkach, często bez należytego przegotowania do pracy w czasie pandemii. Wprowadzone zostały nowe procedury pracy w szpitalach, dotyczące sprawowania opieki nad pacjentami. Wymogły one na pielęgniarkach nauczenia się wykonywania nowych często skomplikowanych zabiegów pielęgniarskich w dodatkowym zabezpieczeniu typu: zakładanie potrójnej pary rękawic ochronnych, kombinezonu przyległego do ciała, okularów zabezpieczających. Powyższe zalecenia były utrudnieniem i źródłem stresu pielęgniarek ponieważ obniżały sprawność manualną i zakres widzenia podczas wykonywania procedur. Przebywanie w ubraniu ochronnym przez 4- 6 godzin ograniczało spożywanie posiłków, a także załatwianie potrzeb fizjologicznych [5,6].

Istotnym obciążeniem dla pielęgniarek było delegowanie ich do pracy w specjalnie utworzonych oddziałach lub tymczasowych szpitalach dla pacjentów z rozpoznanym SARS-COV-2 [7]. Codzienny kontakt pielęgniarek ze zwiększoną śmiertelnością pacjentów, opiekowanie się ciężko chorymi odizolowanymi od rodziny wpływało na obniżone samopoczucie, odczuwanie bezsilności oraz lęk. Czynniki te niewątpliwie negatywnie wpływały na jakość wykonywanej pracy [1, 3]. Dodatkowo pielęgniarki musiały sobie poradzić z presja środowiska, która pojawiała się w momencie dużej śmiertelności pacjentów, strachem ich rodzin z powodu braku możliwości kontaktu z bliskimi osobami w szpitalu. Pandemia wpłynęła też negatywnie na postrzeganie pielęgniarek przez społeczeństwo, jako na osoby, które mogą być potencjalnym źródłem zakażenia [l, 7].

Materiał i metody badan

Badanie przekrojowe przeprowadzono w styczniu 2022 roku w województwie podlaskim. Wzięło w nim udział 796 dyplomowanych pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku oraz Szpitalu Wojewódzkim w Łomży. Procedury badawcze zostały zatwierdzone przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, nr ref. APK.002.518.2021. Wszystkie procedury przeprowadzone w badaniach z udziałem ludzi były zgodne z międzynarodowymi standardami etycznymi, które obejmują dobrowolność udziału, świadomą zgodę, anonimowość, poufność, możliwość wyrządzenia szkody i komunikację wyników.

Protokół badania

Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariuszy w formie papierowej. Ankiety zostały dostarczone przez badaczy do szpitala, a następnie rozdane pielęgniarkom. Udział był dobrowolny. Przed badaniem każda pielęgniarka została poinformowana, że badanie jest anonimowe i może z niego zrezygnować bez podania przyczyny. Poproszono je o wypełnienie ankiet w czasie wolnym w ciągu tygodnia i przyniesienie wypełnionych ankiet w zamkniętej, zapieczętowanej kopercie.

Narzędzia badawcze

Do zbadania oceny subiektywnych cech pracy użyto Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy (SWEQ) autorstwa Dudek i Waszkowskiej [1]. Kwestionariusz ten służy do oceny subiektywnej percepcji pracy i przeznaczony jest do pomiaru indywidualnego poczucia stresu zawodowego pracowników. Składa się z 50 stwierdzeń opisujących różne cech pracy. Przy każdym z nich znajdują się cyfry od 1 do 5 określająca, w jakim stopniu dana cecha jest uciążliwa. Cyfra 1 oznacza, że dana cecha nie występuje na danym stanowisku pracy, a 5 to najwyższy stopień uciążliwości[8].

Analiza statystyczna

W części opisowej wyniki badanej zbiorowości zostały przedstawione w postaci tabel zawierających wartości wybranych statystyk opisowych dla cech liczbowych lub rozkład procentowy wybranych cech. Do oceny istotności różnic pomiędzy dwiema grupami, gdzie w jednej występował dany czynnik a w drugiej jego brak, wykorzystaliśmy test Manna-Whitneya. Analizę zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi (porządkowymi) przeprowadziliśmy wyznaczając wartości współczynnika korelacji rang Spearmana (rS) i uzupełniliśmy rezultatami testu istotności współczynnika korelacji (p). Relacje wieku i stażu pracy z miarami psychometrycznymi zbadano za pomocą analizy korelacji rang Spearmana, a w przypadku wykształcenia i systemu pracy zestawiono w tabeli statystyki opisowe miar psychometrycznymi i dokonano oceny istotności różnic pomiędzy grupami za pomocą testu Kruskala-Wallisa (dla trzech grup) lub Manna-Whitneya (dla dwóch grup).

Cel badań:

Sprawdzenie czy zdarzenia związane z SARS-CoV-2 miały związek z typem oddziału, na którym pracują pielęgniarki. Zbadanie wpływu czynników takich jak: wiek, staż pracy, wykształcenie, system pracy na ocenę warunków pracy w okresie pandemii.

Wyniki

Badania przeprowadzono w populacji 796-populacji pielęgniarek. Większość ankietowanych stanowiły kobiety(94,1%). Pielęgniarki do 34 roku życia stanowiły 35,2%, a powyżej 51 roku życia – 22,7% respondentek. Większość pielęgniarek 77,8% posiadało wyższe wykształcenie pielęgniarskie. Największa liczba pielęgniarek posiadała staż pracy do 5 lat 30,7% oraz powyżej 23lat 23,1%.Najwieksza liczba pielęgniarek 36,7% pracowała na oddziale internistycznym, 29,3% na oddziale chirurgicznym, 24,7%na oddziale ratunkowym , na innych oddziałach 8,5%. W naszych badaniach analizowano kontakt pielęgniarek z SARS-CoV-2w zależności od miejsca pracy. Wykazano**,** że różnice pomiędzy oddziałami dotyczą dwóch kwestii związanych z wpływem pandemii na życie i prace ankietowanych pielęgniarki. Po pierwsze, pielęgniarki z oddziałów ratunkowych częściej miały kontakt z pacjentem zakażonych SARS-CoV-2**.**Znamienna różnica występuje również w kwestii wykonywania testu na obecność SARS-CoV-2. Różnice nie są duże i najczęściej, co poniekąd jest wytłumaczalne, test wykonywały pielęgniarki z oddziałów ratunkowych (Tab1.).

Tabela 1. *Zdarzenia związane z SARS-CoV-2w zależności od miejsca pracy pielęgniarek*

Zdarzenia związane z SARS-CoV-2	**Oddział**								***p***
	ratunkowy		**chirurgiczny**		**internistyczny**		**inny**		
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%	
kontakt z pacjentem z COVID-19	155	78,7%	156	67,0%	181	62,0%	44	64,7%	0,0014**
przebywanie w izolacji domowej	89	45,2%	106	45,5%	143	49,0%	30	44,1%	0,7762
przebywanie na kwarantannie	88	44,7%	106	45,5%	143	49,0%	33	48,5%	0,7642
test na obecność COVID-19	181	91,9%	204	87,6%	248	84,9%	53	77,9%	0,0176*
zakażenie wirusem COVID-19	96	48,7%	112	48,1%	143	49,0%	34	50,0%	0,9928

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Zbadano wpływ takich czynników jak: wiek, staż pracy, wykształcenie, system pracy na ocenę warunków pracy i stan fizyczny. Jest to o tyle istotne, że może to być wskazówka, czy któryś z tych czynników może wpływać na relację pomiędzy zdarzeniami związanymi z COVID-19 i miarami psychometrycznym

a) wiek i staż pracy

Przedstawione w tabeli wartości współczynników korelacji rang Spearmana pokazują brak korelacji miar oceny pracy z wiekiem i stażem. Co prawda niektóre współczynniki korelacji są istotne statystycznie, ale poziom współczynników (r_S znacznie poniżej 0,20) oznacza, że są to zależności o skrajnie małej sile. Tak więc w dalszych analiza można przyjąć, że zarówno wiek jak i staż pracy są czynnikami nie mającymi znaczenia w badaniu relacji pomiędzy wystąpieniem zdarzeń „pandemicznych", a oceną warunków pracy(Tab.2).

Tabela 2. *Subiektywna ocena pracy w zależności od wieku i stażu pracy*

Subiektywna Ocena Pracy	Wiek [lata]	Staż pracy [lata]
całkowity stres	0,03 (p = 0,3414)	0,08 (p = 0,0173*)
psychiczne obciążenie pracą	0,01 (p = 0,7646)	0,05 (p = 0,1843)
brak nagród w pracy	0,07 (p = 0,0441*)	0,11 (p = 0,0022**)
niepewność organizacyjna	0,04 (p = 0,2969)	0,08 (p = 0,0279*)
kontakty społeczne	0,10 (p = 0,0048**)	0,14 (p = 0,0001***)
poczucie zagrożenia	-0,01 (p = 0,7704)	0,05 (p = 0,1706)
uciążliwości fizyczne	-0,01 (p = 0,8454)	0,03 (p = 0,3317)
nieprzyjemne warunki pracy	-0,03 (p = 0,3399)	-0,01 (p = 0,7062)
brak kontroli	0,02 (p = 0,5514)	0,04 (p = 0,2205)
brak wsparcia	0,08 (p = 0,0329*)	0,10 (p = 0,0045**)
poczucie odpowiedzialności	0,03 (p = 0,3941)	0,10 (p = 0,0066**)

b) wykształcenie

Również wykształcenie nie różnicuje oceny warunków pracy (Tab.3).

Tabela 3. *Subiektywna ocena warunków pracy w zależności od wykształcenia*

Subiektywna Ocena Pracy	Wykształcenie									p
	średnie (N = 168)			licencjackie (N = 256)			magisterskie (N = 363)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
całkowity stres	118,0	106	38,7	116,2	110	32,0	116,6	111	34,2	0,8941
psychiczne obciążenie pracą	19,5	18	7,7	19,3	19	6,3	19,1	18	6,6	0,8237
brak nagród w pracy	16,9	15	7,6	16,1	15	6,3	16,1	15	6,5	0,8340
niepewność organizacyjna	16,0	15	6,1	16,0	15	5,3	16,3	16	5,3	0,4500
kontakty społeczne	10,6	9,5	3,1	10,3	9	3,0	10,7	10	3,4	0,2184
poczucie zagrożenia	11,9	11	3,9	12,0	11	3,7	11,9	11	3,8	0,7624
uciążliwości fizyczne	8,0	6	4,8	8,3	8	4,5	7,8	4	4,7	0,2523
nieprzyjemne warunki pracy	5,2	3	3,4	5,2	3	3,1	5,1	3	3,1	0,9380
brak kontroli	8,8	8	2,7	8,5	8	2,5	8,7	8	2,8	0,4143
brak wsparcia	5,5	5	2,5	5,3	5	2,3	5,4	5	2,4	0,7028
poczucie odpowiedzialności	9,3	8	3,2	9,1	8	2,9	9,3	9	2,9	0,6334

c) system pracy

Natomiast czynnikiem bardzo wyraźnie różnicujących ocenę warunków pracy – w zasadzie dla niemal wszystkich miar, jest system pracy. Zdecydowanie lepiej swoją pracę oceniają pielęgniarki pracujące w systemie 8-godzinnym (Tab4.).

Tabela 4. *Kontakt pielęgniarek z SARS-CoV-2w zależności od systemu pracy*

Subiektywna Ocena Pracy	System pracy									*p*
	8 godz. (*N* = 200)			12 godz. (*N* = 555)			inny (*N* = 33)			
	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	$\bar{x}$	Me	*s*	
całkowity stres	109,2	103	33,0	119,5	111	35,1	116,8	113	35,4	0,0003***
psychiczne obciążenie pracą	18,1	17	6,9	19,7	19	6,7	18,7	18	6,1	0,0039**
brak nagród w pracy	15,1	13	6,4	16,6	16	6,8	16,7	15	6,6	0,0083**
niepewność organizacyjna	15,3	15	5,2	16,5	16	5,5	15,6	14	7,1	0,0325*
kontakty społeczne	9,9	9	2,9	10,7	10	3,3	10,7	9	3,9	0,0011**
poczucie zagrożenia	11,3	11	3,8	12,1	11	3,8	12,5	11	4,0	0,0393*
uciążliwości fizyczne	7,4	4	4,4	8,3	8	4,8	7,5	8	4,3	0,0411*
nieprzyjemne warunki pracy	4,6	3	2,9	5,4	3	3,2	5,0	3	3,1	0,0016**
brak kontroli	8,2	8	2,3	8,8	8	2,8	8,6	7	3,5	0,0517
brak wsparcia	5,2	5	2,2	5,4	5	2,5	5,6	5	2,3	0,4775
poczucie odpowiedzialności	8,6	8	3,0	9,4	9	3,0	9,3	8	2,8	0,0005***

Dyskusja

W codziennej pracy pielęgniarki, które opiekowały się pacjentami hospitalizowanymi z powodu zachorowania na COVID-19 były obciążone negatywnymi czynnikami pochodzącymi ze strony podopiecznych np. śmierć pacjentów, niekorzystne rokowanie, izolacja społeczna, brak kontaktu z rodzinami [3,4]. Kolejnymi czynnikami , które wywoływały negatywne emocje u pielęgniarek było: zwiększone obciążenie praca, poczucie zagrożenia , brak należytego wsparcia[5,7].

W naszych badaniach wykazano, że pielęgniarki pracujące w oddziałach ratunkowych były bardziej obciążone pracą i miały częstszy kontakt z pacjentami zarażonymi SARS-CoV-2 niż ich koleżanki pracujące w innych oddziałach. Wiązało się to z koniecznością wykonywania testów diagnostycznych na na Covid-19,np. PCR.

W badaniach przeprowadzonych w Chinach wykazano także, że każde wykonanie testu na obecność Covid-19 wpływało nie tylko na dolegliwości psychiczne, ale też i somatyczne np. strony układu oddechowego lub trawiennego[5]. Z badań przeprowadzonych w Niemczech wynika, że pielęgniarki pracujące na oddziałach chorych na Covid -19, zgłaszały wyższe wyczerpanie, objawy depresyjne, wyższe odczuwanie stresu niż pozostałe pielęgniarki pracujące na innych oddziałach[6].

W naszych badaniach analizowało subiektywne odczucia pielęgniarek na temat negatywnych cech pracy w okresie pandemii w zależności od wieku, stażu pracy , systemu pracy. Wykazano ,że jedynym czynnikiem różnicującym obciążeń w miejscu pracy jest system zmianowy pracy.

Z kolei badania przeprowadzone w Iranie wykazały odmienne wyniki gdzie każda z cech socjogeograficzny miała znaczący wpływ na odczuwanie stresu w przez pielęgniarki ratunkowe. Różnice w badaniach mogą wynikać z odmiennych warunków i kultury danego kraju[l8].

Wnioski

1. Pielęgniarki pracujące na oddziałach SOR miały najczęstszy kontakt ze zdarzeniem związanymi z SARS-CoV-2 niż ich koleżanki pracujące na innych oddziałach
2. Jednym czynnikiem, który miał wpływ na ocenę warunków pracy – w zasadzie dla niemal wszystkich miar, był ośmio- lub dwunastogodzinny system pracy.

Piśmiennictwo

1. PRZYŁĘCKI P, WIECZORKOWSKA M, PAWLAK-KAŁUZIŃSKA A, CEDROWSKA-ADAMUS W, GULCZYŃSKA E. The COVID-19 pandemic impact on the Polish medical personnel work: a survey and in-depth interviews study. *Front Public Health*. 2023;11:1187312. Published 2023 Jun 13. doi:10.3389/fpubh.2023.1187312
2. MALINOWSKA-LIPIEŃ I, WADAS T, GABRYŚ T, et al. Evaluating Polish nurses' working conditions and patient safety during the COVID-19 pandemic. *Int Nurs Rev*. 2022;69(2):239-248. doi:10.1111/inr.12724
3. STEFANOWICZ-BIELSKA, A.; SŁOMION, M.; RĄPAŁA, M. Analysis of Strategies for Managing Stress by Polish Nurses during the COVID-19 Pandemic. *Healthcare* 2022, *10*, 2008. https://doi.org/10.3390/healthcare10102008.
4. 4.STAVROPOULOU A, PRASIANAKI M, PAPAGEORGIOU D, KABA E, MISOURIDOU E, DAFOGIANNI C, GEROGIANNI G, KELESI M. The Psychological and Professional Burden Experienced by Nurses Who Worked in COVID-19 Clinics during the Pandemic: A Content Analysis. *Clinics and Practice*. 2023; 13(2):422-434. https://doi.org/10.3390/clinpract13020038
5. CHEN J, LIU X, WANG D, et al. Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56(1):47-55. doi:10.1007/s00127-020-01954-1
6. ZERBINI G, EBIGBO A, REICHERTS P, KUNZ M, MESSMAN H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci*. 2020;18:Doc05. Published 2020 Jun 22. doi:10.3205/000281
7. LUCAS D, BRIENT S, EVEILLARD BM, et al. Health impact of work stressors and psychosocial perceptions among French hospital workers during the COVID-19

outbreak: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2022;12(1):e053638. Published 2022 Jan 4. doi:10.1136/bmjopen-2021-053638

8. 8.DUDEK B., WASZKOWSKA M., HANKE W.: Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1999
9. MIRZAEI A, MOZAFFARI N, HABIBI SOOLA A. Occupational stress and its relationship with spiritual coping among emergency department nurses and emergency medical services staff [published correction appears in Int Emerg Nurs. 2022 May 28;:101187]. *Int Emerg Nurs*. 2022;62:101170. doi:10.1016/j.ienj.2022.101170

Adres do korespondencji :

Dr hab. Krystyna Kowalczuk

E-mail: krystyna.kowalczuk@umb.edu.pl

ELIMINÁCIA VÍRUSOVÝCH HEPATITÍD Z POHĽADU WHO

Elimination of Viral Hepatitis from the Perspective of Who

Mária Belovičová, Štefánia Moricová

Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Abstrakt:

Chronické vírusové hepatitídy B a C (CHB/CHC) sú závažným medicínskym, verejno-zdravotníckym, sociálnym a ekonomickým problémom v globálnom meradle, v Európe ako celku a v strednej a východnej Európe zvlášť. Svetová zdravotnícka organizácia prijala globálnu stratégiu na elimináciu vírusových hepatitíd ako závažnej verejno-zdravotnej hrozby do roku 2030. Táto stratégia sa týka ako hepatitídy B (HBV), tak aj hepatitídy C (HCV). Testovanie a diagnostika hepatitídy B a hepatitídy C je kľúčovým predpokladom pre ich prevenciu a liečbu a zároveň rozhodujúcou súčasťou účinnej odpovede na epidémiu hepatitíd. K naplneniu stratégie WHO ohľadne eliminácie/eradikácie HCV by určite prispel celoplošný skríning v jednotlivých európskych krajinách a aktívna spolupráca so všeobecnými praktickými lekármi, ktorí by mohli liečiť pacientov s HCV samostatne - t.j. bez pomoci špecialistov pangenotypovými liekmi.

Kľúčové slová: Chronická vírusová hepatitída B. Chronická vírusová hepatitída C. WHO. Globálna stratégia na elimináciu vírusových hepatitíd. Pangenotypové lieky.

Abstract:

Chronic viral hepatitis B and C (CHB/CHC) are a serious medical, public health, social and economic problem on a global scale, in Europe as a whole and in Central and Eastern Europe in particular. The World Health Organization has adopted a global strategy to eliminate viral hepatitis as a major public health threat by 2030. This strategy covers both hepatitis B (HBV) and hepatitis C (HCV). Testing and diagnosis of hepatitis B and hepatitis C is a key prerequisite for their prevention and treatment, as well as a crucial part of an effective response to the hepatitis epidemic. Comprehensive screening in individual European countries and active cooperation with general practitioners who could treat patients with HCV independently would certainly contribute to the fulfillment of the WHO strategy regarding the elimination/eradication of HCV - i.e. without the help of specialists with pangenotypic drugs.

Keywords: Chronic viral hepatitis B. Chronic viral hepatitis C. WHO. Global strategy to eliminate viral hepatits. Pangenotypic drugs.

Úvod

Vírusové ochorenia pečene sú popri metabolických chorobách (NAFLD - nealkoholová tuková choroba pečene, NASH - nealkoholová steatohepatitída) **považované za najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia pečene** (Blachier et al. 2013, Belovičová - Balážová 2018).

Chronické vírusové hepatitídy B a C (CHB/CHC) sú závažným medicínskym, verejno-zdravotníckym, sociálnym a ekonomickým problémom v globálnom meradle, v Európe ako celku a v strednej a východnej Európe zvlášť.

V rokoch 2010 a 2014 rezolúcie Svetového zdravotníckeho zhromaždenia (World Health Assembly) WHA63.18 a WHA67 uznali vírusové hepatitídy za globálny problém verejného zdravia. Nasmerovalo to WHO na vývoj a implementáciu komplexnej stratégie pre vírusové hepatitídy vrátane vypracovania usmernení pre členské štáty ohľadne diagnostiky a liečby HBV a HCV (WHO Guidelines 2017).

Hepatitída B a C a ich eliminácia

Infekcia hepatitídou B (HBV) a hepatitídou C (HCV) sú podľa WHO hlavnými príčinami akútneho aj chronického poškodenia pečene. Ročne spôsobujú okolo 1.4 milióna úmrtí. Predpokladá sa, že na svete žije 2 miliardy ľudí, ktoré prekonali alebo majú v súčasnosti HBV infekciu a z nich je 248 miliónov chronických nosičov HBsAg (povrchového antigénu HBV). Celosvetovo žije na svete 58 miliónov ľudí s chronickou hepatitídou C, pričom každoročne pribudne 1.5 milióna nových prípadov. Hepatitídou C je infikovaných 3.2 milióna detí a adolescentov (WHO Guidelines 2017, EASL 2020, WHO 2023).

HCV infekcia je v rozvojových oblastiach i dnes šírená kvôli existujúcemu obrovskému rezervoáru infekcie asymptomaticky infikovanými osobami bez diagnózy a liečby (Halota et al. 2018). Zároveň majú rozvojové krajiny nedokonalý systém testovania darcov krvi, nízku úroveň používania jednorazových pomôcok, čo prispieva k šíreniu hepatitídy C. Migrácia infikovaných osôb z rozvojových krajín prináša riziko spojené s prenosom (Belovičová 2018).

Napriek klesajúcemu celosvetovému výskytu HCV bol veľký počet osôb infikovaný CHC pred 30-60 rokmi a v súčasnosti zomierajú na komplikácie CHC, ako sú cirhóza pečene a hepatocelulárny karcinóm.

Svetová zdravotnícka organizácia prijala preto globálnu stratégiu na elimináciu vírusovej hepatitídy ako závažnej verejno-zdravotnej hrozby do roku 2030. Táto stratégia sa týka ako hepatitídy B (HBV), tak aj hepatitídy C (HCV). Medzi jej ciele patrí 90% redukcia dôsledkov a 65% redukcia úmrtnosti v dôsledku HBV/HCV do roku 2030.

Testovanie a diagnostika hepatitídy B a hepatitídy C je kľúčovým predpokladom pre ich prevenciu a liečbu a zároveň rozhodujúcou súčasťou účinnej odpovede na epidémiu hepatitíd (Ledesma et al. 2020).

Podľa odborných odhadov až 90 % infikovaných jedincov nie je diagnostikovaných (Blachier et al. 2013). Preto napriek existencii účinnej protivírusovej liečby, ktorá spomaľuje progresiu ochorenia a zabraňuje rozvoju cirhózy a rakoviny pečene, mnoho pacientov, ktorí by mohli mať z liečby úžitok, zostáva nedetegovaných (Hope et al. 2014).

Preto včasná identifikácia osôb s chronickou HBV alebo HCV infekciou im umožní získanie nevyhnutnej starostlivosti a liečby za účelom prevencie alebo spomalenia progresie choroby pečene. Testovanie taktiež prináša možnosť prepojenia ľudí s intervenciami zameranými na zníženie prenosu hepatitíd prostredníctvom poskytovania poradenstva v oblasti rizikového správania, komodít na prevenciu (napr. sterilné striekačky a ihly) a očkovania proti hepatitíde B (WHO Guidelines 2017).

Cesta k eliminácii je stanovená v akčnom pláne pre reakciu systému zdravotníctva. Popri pokračovaniu (a rozširovaniu v niektorých krajinách) opatrení primárnej prevencie na zastavenie prenosu sa zvyšuje aj rozsah skríningu a liečba ľudí s chronickou vírusovou hepatitídou, ktorá je rozhodujúca pre jej elimináciu (Balážová 2020).

Vďaka lepšiemu pochopeniu patofyziológie ochorenia, rozvoju diagnostiky ako aj zlepšeniu liečby a zabezpečeniu prevencie, sa výrazne zlepšila starostlivosť (EASL 2020) o pacientov s chronickou hepatitídou C (CHC). Zrejme žiadne iné infekčné ochorenie neprešlo v poslednej dobe takou dramatickou zmenou vo farmakoterapii a možnosti efektívneho a definitívneho vyliečenia ako CHC. Aktuálna situácia v tejto oblasti sa môže označiť nepochybne za farmakologickú revolúciu (Balážová 2020).

Moderná liečba umožňuje elimináciu hepatitídy C, hoci časové horizonty a uskutočniteľnosť varírujú od krajiny ku krajine. Chronická hepatitída C je v súčasnosti jediná chronická vírusová infekcia, ktorú je možné definitívne vyliečiť.

Nevyhnutnou súčasťou liečby je aj edukácia. Potrebné je viesť pacientov k zodpovednosti za svoje zdravie a zároveň zdravie svojich blízkych. Preto je dôležité, aby zdravotnícky personál pristupoval k pacientom individuálne, komplexne ich edukoval o diagnostických a liečebných postupoch a dbal na uspokojenie fyzických, psychických, sociálnych a duchovných potrieb. Úlohou je pomôcť pacientovi pochopiť význam a dôležitosť diagnostických metód a liečby, zvýšiť úroveň vedomostí, a tým eliminovať strach a úzkosť. U pacientov, ktorým bola diagnostikovaná choroba, treba dbať, aby vedeli o chorobe čo najviac, dodržiavali životosprávu, spolupracovali pri diagnostickom procese, dôsledne dodržiavali liečbu, pravidelne absolvovali kontroly a dbali na prevenciu nákazy ďalších osôb (Otrubová et al. 2011, Balážová 2020).

HCV je taktiež spojená aj početnými ***extrahepatálnymi manifestáciami choroby***. Vznikajú u približne 70% pacientov s HCV podľa výsledkov veľkých kohortových štúdií. Extrahepatálne manifestácie môžu byť prvým a jediným klinickým prejavom CHC. CHC by sme mali vylúčiť v prípadoch nešpecifickej chronickej únavy a/alebo reumatologických, hematologických, endokrinologických alebo dermatologických ochoreniach. Patogenéza a epidemiológia mnohých extrahepatálnych prejavov CHC vyžaduje realizáciu ďalších výskumov (Mauss et al. 2015).

Po úspešnej liečbe je však nutné poučiť pacientov o možnosti reinfekcie HCV, pokiaľ budú pokračovať v rizikových aktivitách. Vyliečení pacienti patria do dispenzárnej starostlivosti a sú indikovaní k periodickým kontrolám s posúdením známok klinicky významnej portálnej hypertenzie a ku surveillance hepatocelárneho karcinómu.

Eliminácia vírusu CHC môže redukovať celkovú mortalitu pacientov. Prispieva taktiež k zlepšeniu kvality života, odstráneniu stigmy a zabráneniu ďalšiemu prenosu HCV infekcie (Belovičová 2018).

WHO za hlavné prekážky pri realizácii stratégie eliminácie vírusových hepatitíd považuje: nízke percento diagnostikovaných (okolo 20%) a vysoké ceny protivírusových liekov. Okrem toho je alarmujúce, že len 7% pacientov z diagnostikovaných pacientov absolvuje liečbu CHC (Ledesma F et al 2020). Najväčšia cenová lieková bariéra vzniká v krajinách so stredným príjmom, napr. v Brazílii, Číne, Kolumbii, Mexiku, Kazachstane alebo Turecku. WHO plánuje spracovať a implementovať globálny systém monitorovania postupu eliminácie vírusových hepatitíd (Jarosiewicz 2018).

WHO vypracovala jednoduchý terapeutický algoritmus, ktorý pozostáva z 5 krokov (Jarosiewicz 2018, Klapaczynski 2018):

1) Stanovenie anti-HCVA
2) Potvrdenie pozitivity testom HCV-RNA alebo antigénu HCV
3) Zhodnotenie pokročilosti choroby pečene prostredníctvom neinvazívnych testov (APRI, FIB-4 alebo elastografia)
4) Liečba všetkých pacientov pangenotypovými liekmi bez potreby monitorovania
5) Jednorazové zhodnotenie úspešnosti liečby (SVR 12)

K naplneniu stratégie WHO ohľadne eliminácie/eradikácie HCV by určite prispel celoplošný skríning v jednotlivých európskych krajinách a aktívna spolupráca so všeobecnými praktickými lekármi, ktorí by mohli liečiť pacientov s HCV samostatne - t.j. bez pomoci špecialistov pangenotypovými liekmi.

Špecialisti by sa zaoberali tzv. „ťažšími „ prípadmi HCV infekcie v jednotlivých centrách (neúčinná liečba HCV, prítomnosť koexistujúcich chorôb, podozrenie na pokročilú fibrózu cestou neinvazívnych testov: FibroScan ≥ 10 kPa alebo FibroTest > 0,58). K tomuto názoru

sa prikláňa aj Francúzska hepatologická spoločnosť. Reálnym príkladom fungujúcej liečby CHC je Austrália, kde ročný počet odliečených pacientov presahuje možnosti ich liečby špecialistami (Jarosiewicz 2018, Klapaczynski 2018).

Záver

Pokiaľ v súčasnosti nebudeme realizovať skríningové programy, pacienti s už diagnostikovanou CHC budú vyliečení, ale v populácii zostane naopak veľa nediagnostikovaných pacientov s CHC. Bez uľahčenia prístupu k liečbe ako aj aktívnej spolupráce so všeobecnými praktickými lekármi rýchla eradikácia HCV z populácie nebude možná (Jarosiewicz 2018, Klapaczynski 2018).

Použitá literatúra:

1. BALÁŽOVÁ, I. 2020. *Chronické vírusové choroby pečene - výzva pre verejné zdravotníctvo.* 1. vyd. Bardejov: SSPO, 147 str. ISBN 978-80-971460-7-8.
2. BÁRTA, R., TKÁČ, V., JURIŠ, P., NOVOTNÝ, M. 2019. *Fenomén elegálnej migrácie na Slovensku.* Zdravotníctvo a sociálna práca. Health and social work. Bratislava. Vol 14 No. 1. ISSN 1336-9326. s. 43.
3. BELOVIČOVÁ, M. 2018. *Vybrané choroby pečene a ich dopad na verejné zdravie.*1.vyd. Bardejov: SSPO, 159 s. ISBN 978-80-971460-6-1.
4. BELOVIČOVÁ M., BALÁŽOVÁ, I. 2018. Chronic hepatitis C - a serious public health problem. Experience from eastern Slovakia. In *J Health Inaqual* . ISSN 2450-5722, 2018, roč. 4(1): 36-38.
5. BLACHIER M., LELEU, H., PECK-RADOSAVLJEVIC, M., VALLA, D-Ch., ROUDOT-THORAVAL, F. 2013. The Burden of liver disease in Europe 2013. A review of available epidemiological data. In *J Hepatol.* ISSN 0168-8278, 2013, roč. 58: 593-608.
6. EASL RECOMMENDATIONS ON TREATMENT OF HEPATITIS C: Final update of the series. 2020. In *Journal of Hepatology* 2020. https://easl.eu/publication/easl-recommendations-on-treatment-of-hepatitis-c-2020/ 20.09.2020
7. HALOTA, W., FLISIAK, R., JUSZYK, J., MALKOWSKI, P., PAWLOWSKA, M., SIMON, K., TOMASIEWICZ, K. 2018. Rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertow HCV dotyczace leczenia wirusowych zapalen wantroby typu C w roku 2018. In *Hepatologia,* 2018; 18: 1- 9. DOI: https://doi.org/10.5114/hepatologia.2018.75974
8. HOPE, VD et al. 2014. Prevalence and estimation of hepatitis B and C infections in the WHO European Region: a review of data focusing on the coutries outside the European Union and the European Free Trade Association. In *Epidemiol &Infect*. ISSN 1469-4409, 2014, 142: 270-286. doi: 10.1017/S0950268813000940.

9. JAROSZEWICZ, J. 2018. Eliminacja HCV do 2030 roku jako element strategii WHO. Recepta na HCV. In *Magazyn informacyjny na temat WZW C.* Gilead Sciences Poland 2018; 7.
10. KLAPACZYNSKI, J. 2018. Od aspiracji do sukcesu w eradykacji HCV. Recepta na HCV. In *Magazyn informacyjny na temat WZW C.* Gilead Sciences Poland 2018;12 .
11. LEDESMA, F. BUTI, M., DOMINGUEY-HERNANDEZ, R., CASADO, MA., ESTEBAN, R. 2020. Is the universal population Hepatitis C virus screening a cost-effective strategy ? A systematic review or the economic evidence. In *Revista Espanola de Quimioterapia*, ISSN 02143429, 2020. doi: 10.37201/req/030.2020
12. MAUSS, S., BERG, T, ROCHSTROH, J. et al. 2015. *Hepatology. A Clinical Textbook*. 6th edition, Flying Publisher 2015, 650p. ISBN 978-3-924774-92-9.
13. OTRUBOVÁ, J et al. 2011. Význam edukácie na compliance pacienta s hepatitídou C. In *Revue medicíny v praxi.* ISSN 1336-202x, 2011, roč. 9, č. 3, s. 31-32.
14. WHO GUIDELINES ON HEPATITIS B AND C TESTING. 2017. February 2017. ISBN 978-92-4-154998-1.

Kontakt:
Prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.
Fakulta verejného zdravotníctva
Slovenská zdravotnícka univerzita
831 01 Bratislava
E-email: maria.belovicova@szu.sk

HODNOTENIE ÚČINKOV PARAFANGA U PACIENTA S POHYBOVÝM OCHORENÍM

Evaluation of the Effects of A Parafango in A Patient With Motion Sickness

Nadežda Peterková Justhová[1], Jozef Babečka[2]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, SR
Kúpele a.s.Trenčianske Teplice
[2]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Autori sa venujú v príspevku hodnoteniu účinkov parafanga u pacienta s pohybovým ochorením.

Súčasťou príspevku je charakterizovať parafango, jeho účinky na pacientov, ktorí využívajú túto liečbu prostredníctvom kúpeľných zariadení v Trenčianskych Tepliciach. Pre získanie empirických údajov autori použili štandardizovaný dotazník, v ktorom hodnotili účinky parafanga u ochoreniach pohybového aparátu. Počet respondentov bolo 100.

Hodnotili sa vedomosti zdravotníckeho personálu pracujúceho s parafangom, účinky parafanga na pacienta z hľadiska veku, zamestnania, ochorenia, množstva a pravidelnosti aplikácii. Výsledky autorom preukázali, že zdravotnícky personál má dostatok vedomostí o účinkoch parafanga, účinky parafanga pozitívne pôsobia na ochorenia pohybového aparátu a závisia od množstva aj pravidelnosti ich aplikácii a naopak nezávisia od veku ani od zamestnania pacienta.

Kľúčové slová: Balneoterapia. Kúpeľná starostlivosť. Ochorenia pohybového aparátu. Parafango. Peloidy

Summary

In the article, the authors focus on the evaluation of the effects of the parafang in a patient with motion sickness.

Part of the contribution is to characterize parafango, its effects on patients who use this treatment through spa facilities in Trenčianske Teplice. To obtain empirical data, the authors used a standardized questionnaire in which they evaluated the effects of the parafang in diseases of the musculoskeletal system. The number of respondents was 100.

The knowledge of the medical personnel working with the parafang, the effects of the parafang on the patient in terms of age, occupation, illness, amount and regularity of application were evaluated. The results proved to the authors that the medical staff has enough

knowledge about the effects of parafang, the effects of parafang have a positive effect on diseases of the musculoskeletal system and depend on the amount and regularity of their application and, on the contrary, do not depend on the age or occupation of the patient.

Keywords: Balneotherapy. Spa care. Diseases of the locomotor apparatus. Parafango. Peloids

Úvod

Hypertermné procedúry a liečba pohybom tvoria nosné prvky kúpeľnej liečby, ktorá je zameraná na liečbu ochorení pohybového aparátu. Bahenné zábaly majú v niektorých kúpeľných zariadeniach svoje miesto v rámci nefarmakologických možností u niektorých ochorení. V poslednej dobe neustále vzrastá počet pacientov s pohybových ochorením, ktoré svojou závažnosťou, terapeutickými komplikáciami a pomerne častou invalidizáciou postihnutého predstavujú medicínsky, ekonomický a spoločenský problém. Na Slovensku sú podľa diagnóz na prvom mieste pacienti s funkčnými poruchami chrbtice a mimokĺbovým reumatizmom, s degeneratívnymi chorobami chrbtice a kĺbov, najmä bedrových a kolenných, zápalové reumatické choroby, najčastejšia reumatoidná artritída.

Parafango je zloženina slova „Para“ a „Fango“. Para znamená parafín, ktorý znamená zmes uhľovodíkov. Podľa originálnej technológie sa parafango pripravuje miešaním spraše z vysušeného bahna s čistým tvrdým parafínom a parafínovým olejom. Zloženie sto gramového parafanga obsahuje 33,5 g pevného parafínu, 45 g fanga a 19,5 g pomocných látok.
Je častou používanou procedúrou z rady termoterapie. Zmes sa nahrieva do tekutého stavu. Ide o šetrnejšiu lokálnu tepelnú záťaž tela, pretože nejde o čistý parafín a tak dochádza k predaniu menšieho množstva skupenského tepla tuhnutím. Teplo absorbuje najskôr koža, čo vedie ku zvýšenému prekrveniu pokožky a neskôr sa teplo prenáša do hlbších štruktúr organizmu, kde pôsobí protizápalovo. Parafango je originálnou formou lokálnej aplikácie tepla, a to prikladaním plastov parafanga v hrúbke približne 1 cm, a to v okamžiku jeho tuhnutia. Teplota plastov sa v okamžiku aplikácie pohybuje zvyčajne medzi 50 -55 °C. Procedúra trvá 30 - 40 minút, predpisuje ju lekár, ale vzhľadom k šetrnej tepelnej záťaži je aj voľne predajná.

Parafango je zmes, dovážaná zo Španielska, zmes sopečného morského bahna a parafínu. Je bohatá na minerály a má upokojujúce a analgetické účinky. Pomáha eliminovať toxíny s čistením do hĺbky. Jeho veľká sila udržaním tepla stimuluje krvný obeh a revitalizuje pleť. Parafín optimalizuje prenikanie účinných látok používaných pre hlboké, dlhotrvajúce účinky. Parafango stimuluje lymfatický obeh v našom tele a uvoľňuje toxíny z tukových buniek.

Parafango je atomizované morské bahno, ktoré je obohatené oligoelementami a zmiešaný parafínom. Vďaka svojim reminelizačným účinkom zvyšuje tok lymfy, detoxikuje

tkanivo, znižuje zadržiavanie vody, zvyšuje energiu, zmierňuje bolesti kĺbov a bolestivosť svalov, podporuje krvný obeh, v prípade nervových porúch, na regeneráciu, na uvoľnenie duševného napätia, dramaticky znižuje celulitídu, zjemňuje strie, pri detoxikácii. Parafín vyvoláva efekt mini sauny, a ten sa zvyšuje bandážovaním.

Teplé parafango stláča pokožku a spevňuje tukové bunky. Teplé parafango sa nanáša štetcom na pokožku, respektíve na bolestivé miesta. Po nanesení parafanga sa klient/pacient zabalí do fólie alebo prekryje dekou alebo uterákom. Parafango sa nedá umyť. Je potrebné, po uplynutí doby pôsobenia treba parafango stiahnuť z pokožky, podobne ako pri parafínovom zábale a následne pokožku ošetriť krémom podľa typu pokožky a konkrétneho problému a to krémami, olejmi, emulziami, aby sa účinok a žiadaný výsledok mohol ďalej rozvíjať. Ošetrenie je účinné, bezbolestné a veľmi príjemné.

Indikácie parafanga - najdôležitejším účinkom je rozšírenie podkožných ciev, prekrvenie tkaniva a miestne zvýšenie krvného prietoku.

Procedúra je vhodná pri:

- chorobách pohybového ústrojenstva degeneratívneho a traumatického pôvodu,
- chronických zápalových ochoreniach pohybového aparátu,
- myalgii,
- Morbus Bechterev,
- vertebrogénne syndrómy

Počas aplikácie pacient cíti hlboké prehriatie a úľavu. Aplikácia parafanga zlepšuje pohyblivosť kĺbov a krvný obeh. Po kozmetickej stránke značne spevňuje ochabnuté svaly, pôsobí na rozpustení tukov, proti opuchom, viditeľne sa po ňom zlepšuje stav pokožky pri celulitíde a striách. Pokožka po aplikácii parafanga zostáva skvele prekrvená, hladká a napnutá.

Kontraindikácie parafanga - ošetrenie parafangom je vo všeobecnosti vynikajúco znášané. Ošetrenie treba zvážiť pri pacientoch s cukrovkou, počas gravidity, u pacientov s kŕčovými žilami. Zábal ako teplo (napríklad parafín, bahno) sa nemá používať pri čerstvých a otvorených ranách pokožky a pri zhubných nádoroch. *„Liečba teplom sa všeobecne odporúča pri poruchách cirkulácie krvi, ktoré majú za následok deštruktívne zmeny v tkanivách, a pri zníženej citlivosti na teplo a bolesť.*

Aplikácia terapie teplom si vyžaduje maximálnu pozornosť a individuálny prístup. Počas aplikácie a po skončení tepelnej terapie je treba pozorne sledovať reakcie a subjektívne pocity pacienta.

Medzi ďalšie kontraindikácie patria:

- zhoršená citlivosť na teplo,
- poruchy termoregulácie,
- zápalové ochorenia srdca,
- dekompezácia krvného obehu,
- koronárna skleróza,
- ťažká arterioskleróza,
- osteoporóza,
- hlboké a povrchové kŕčové žily,
- stav po infarkte myokardu do 6 mesiacov,
- krvácavé stavy,
- tehotenstvo,
- výskyt nádorových tkanív

Parafangové zábaly sa používajú v kúpeľných zariadeniach špecializovaných na liečbu pohybového ústrojenstva a to napr.: v Piešťanoch, v Dudinciach, Trenčianskych Tepliciach, ale i v mnohých iných v kúpeľných zariadeniach.

Hlavný cieľ prieskumu:

Hlavným cieľom prieskumu bolo zhodnotiť účinky parafanga u pacienta s pohybovým ochorením.

Čiastkové ciele

- zistiť, či má personál dostatočné vedomosti o účinkoch parafanga,
- zhodnotiť účinky parafanga u pacienta s pohybovým ochorením z hľadiska veku,
- zhodnotiť účinky parafanga u pacienta s pohybovým ochorením z hľadiska zamestnania,
- zhodnotiť účinky parafanga u pacienta s pohybovým ochorením z hľadiska ochorenia,
- zhodnotiť účinky parafanga u pacienta s pohybovým ochorením z hľadiska množstva aplikácii parafangových zábalov,
- zhodnotiť účinky parafanga u pacienta s pohybovým ochorením z hľadiska pravidelnosti aplikácii,
- zhodnotiť, či má parafango rovnaké účinky na kostrový systém aj na mäkké ústrojenstvá pohybového aparátu (svaly, šľachy).

Na základe teoretických poznatkov získaných z odbornej literatúry, ako aj v súčinnosti s cieľmi prieskume sme stanovili 5 hypotéz:

Hypotéza č. 1: Aplikácia parafanga má pozitívne účinky na organizmus pri ochoreniach pohybového ústrojenstva.
Hypotéza č. 2: Aplikácia parafanga má negatívne účinky na organizmus pri určitých druhoch ochoreniach.
Hypotéza č. 3: Zdravotnícky personál má dostatočné vedomosti o účinkoch parafanga.
Hypotéza č. 4: Účinky parafanga na pohybové ústrojenstvo závisia od množstva parafangových zábalov.
Hypotéza č. 5: Účinky parafanga závisia od veku klienta/pacienta.

Prieskumu za zúčastnili zamestnanci pracujúci v kúpeľných zaradeniach v Trenčianskych Tepliciach čo tvorilo 100 respondentov. Výber respondentov bol zámerný, dotazníky boli rozdelené medzi zdravotný personál, ktorí pracuje s parafangom - lekári, sestry, fyzioterapeuti a iných zdravotníckych pracovníkov na oddelení balneológie.

Hypotéza č. 1: Aplikácia parafanga má pozitívne účinky na organizmus pri ochoreniach pohybového ústrojenstva. Výskumy ukázali, že peloidná terapia má protizápalový, analgetický účinok, zlepšuje funkčný stav chorých orgánov a systémov. Pri výskumoch sa zistilo, že liečba peloidmi má aj regenerujúci účinok na biomechaniku kĺbov, na funkciu pečene a žlčníku pri odvádzaní žlče, na elektogenézu srdcového svalu a imunomodulačné účinky. Všetky tieto účinky vedú k dosiahnutiu pozitívnych výsledkov pri liečbe ochorení a zvyšujú kvalitu života. Odporučilo sa používanie tohto sírneho bahna v ambulantných, domácich a aj v kúpeľných sanatóriách a to pri ochoreniach pohybového ústrojenstva - artrózy, po úrazoch, zlomeninách, reumatickej artritíde, Morbus Bechterev, bolesti kĺbov, ramien, chrbtice, svalové kontraktúry.
Hypotéza č. 2: Aplikácia parafanga má negatívne účinky na organizmus pri určitých druhoch ochoreniach. Tepelné účinky sú vo všeobecnosti vynikajúco znášané, ale v niektorých prípadoch treba zvážiť stav ako napríklad pri pacientoch s cukrovkou, počas gravidity, u pacientov s kŕčovými žilami, osteoporózou, či ich možno aplikovať. Zábal sa nemá používať pri čerstvých a otvorených ranách pokožky, pri zhubných nádoroch alebo pri zhoršenej citlivosti na teplo, poruche termoregulácie, zápalovom ochorení, ťažkej arterioskleróze, nádoroch, krvácavých stavoch, horúčke, tuberkulóze, stave po infarkte myokardu do 6 mesiacov, a iné. Pri aplikácii tepelnej terapie treba venovať maximálnu pozornosť a individuálny prístup u každého klienta. Treba sledovať reakcie a subjektívne pocity klienta.
Hypotéza č. 3: Zdravotnícky personál má dostatočné vedomosti o účinkoch parafanga. Pri tejto hypotéze sme skúmali vedomosti zdravotníckych pracovníkov pracujúcich s parafangom (lekári, sestry, fyzioterapeuti a iný zdravotnícky personál, kde zaraďujeme kúpeľníkov, masérov, zdravotníckych laborantov a balneo pracovníkov). Vychádzali sme s úvahy, že

zdravotnícky personál by mal mať dostatočné vedomosti o parafangu, nakoľko s ním prichádza do kontaktu, resp. s ním pracuje. **Hypotéza č. 4:** Účinky parafanga na pohybové ústrojenstvo závisia od množstva parafangových zábalov. Vychádzame z našej úvahy, že po opakovaných aplikáciách parafanga, pacient cíti hlboké prehriatie, úľavu, zlepšuje sa pohyblivosť kĺbov a krvný obeh, zmenšujú sa opuchy, zvyšuje sa elasticita tkanív. **Hypotéza č. 5:** Účinky parafanga závisia od veku pacienta. Liečba teplom sa neodporúča pri poruchách cirkulácie krvi, ktoré spôsobujú deštruktívne zmeny v tkanivách a pri zníženej citlivosti na bolesť a teplo. Pri aplikácii procedúry treba zohľadňovať aj vek pacienta. U detí nie je dostatočne vyvinutá termoregulácia a u starších pacientov je znížená tolerancia tepelných podnetov v dôsledku kardiovaskulárnych a respiračných zmien.

Záver

Využívanie prírodných liečivých zdrojov, hlavne liečivých vôd, peloidov, plynov a klimatických podmienok na liečenie a predovšetkým prevenciu chorôb je tradičný fenomén v Európe. Peloidy sa bežne aplikujú pacientom v kúpeľoch predovšetkým na oblasť chrbtice, kĺbov a svalov. Pôsobia ako mini-sauna a využívajú sa na hĺbkové prehriatie. V dôsledku parafanga dochádza k zlepšeniu prekrvenia ošetrovaného, respektíve bolestivého miesta, a tým k stimulácii regenerácie tkaniva.

Zoznam použitej literatury:

1. GÚTH, A. a kol. 2004. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov.* Bratislava: Liečreh Gúth. 2004. 472 s. ISBN 80-88932-16-5.
2. GÚTH, A. a kol. 2009. *Rehabilitácia 1.* Bratislava: Liečreh Gúth. 2009. 64 s. ISBN 0375-0922.
3. HARING, J. 2008. *Úvod do balneológie a rehabilitačného ošetrovateľstva I*. Trnava. Univerzita sv. Cyrila a Metoda. 2008. 50 s. ISBN: 978-80-8105-063-3.
4. MASAROVIČOVÁ, A. a kol. 2014. *História balneoterapie – stredovek.* Prírodné liečivé kúpele, Smrdáky, 2014, 8 (4) s. 150 - 152.
5. MATHERS, LAWRENCE, H. et al. 1996. *Clinical Anatomy Principles*. 1996. Mosby. St.Louis, Missouri. 803 s. ISBN 0-8151-8926-5.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Nadežda Peterková Justhová PhD.

Kúpele a.s. Trenčianske Teplice

T.G.MASARYKA 21

914 51 Trenčianke Teplice

E-mail: nadka.justhova@pobox.sk

JAKOŚĆ ŻYCIA I AKCEPTACJA CHOROBY PACJENTÓW PO ZABIEGU PROSTATEKTOMII

Quality of Life and Disease Acceptance in Patients After Prostatectomy

Tomasz Suchecki[1], Zofia Gaweł[2], Iwona Bodys-Cupak[1]

[1]SKN Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Polska

[2]Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kolbuszowej

Streszczenie:

Wstęp: Prostatektomia jest radykalnym zabiegiem usunięcia gruczołu sterczowego. Badania dowodzą, że zabieg prostatektomii i wynikające z niego powikłania obniżają jakość życia wśród mężczyzn. Akceptacja choroby przez pacjenta wpływa na poprawę jakości życia oraz odczucie przez niego dobrostanu w wymiarze psychicznym i fizycznym.

Cel pracy: Celem pracy była ocena poziomu akceptacji choroby oraz jakości życia pacjentów po zabiegu prostektomii.

Materiał i metody: Badania przeprowadzone zostały wśród 63 mężczyzn poddanych zabiegowi usunięcia gruczołu krokowego. W badaniu przeprowadzonym metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety, wykorzystano: autorski kwestionariusz ankiety zawierający 16 pytań, Skalę Akceptacji Choroby – AIS oraz Kwestionariusz Jakości Życia SF-36v2 zawierający 10 pytań, licencję uzyskano od firmy QualityMetric.

Wyniki: Pacjenci poddani zabiegowi usunięcia stercza w średnim stopniu akceptowali swoją chorobę. Ponad połowa mężczyzn określała swoją jakość życia, jako niezbyt dobrą. Mężczyźni mieszkający na wsi bardziej akceptowali chorobę niż mieszkający w mieście. Pacjenci pozostający w związkach partnerskich/ małżeńskich, czy mieszkający z rodziną lepiej oceniali swoją jakość życia.

Wnioski: Większość pacjentów akceptowała swoją chorobę w stopniu średnim. Jakość życia większości pacjentów po zabiegu prostatektomii była obniżona. Poziom akceptacji choroby zależał w sposób statystycznie istotny od ich miejsca zamieszkania i płci.

Słowa kluczowe: Prostatektomia. Jakość życia. Akceptacja choroby.

Summary:

Introduction: Prostatectomy is a radical procedure to remove the prostate gland. Studies show that prostatectomy and the resulting complications reduce the quality of life among men. Acceptance of the disease by the patient improves the quality of life and the feeling of well-being in the mental and physical dimension.

Aim: The aim of the work was to assess the level of acceptance of the disease and the quality of life in patients after prosthectomy.
Material and methods: The study was conducted among 63 men undergoing prostate removal. The study determining the quality of life and acceptance of the disease among patients after prostatectomy used: an original questionnaire containing 16 questions, a standardized Disease Acceptance Scale – AIS and a standardized Quality of Life Questionnaire SF-36v2 containing 10 questions, licensed from QualityMetric.
Results: Patients undergoing prostate removal have a moderate acceptance of their disease. The greater half of men describe their quality of life as not very good. Men living in the countryside accept the disease more than those living in the city. Patients in partnerships/marriages or living with family assess their quality of life better. The more men undergoing prostatectomy accept their disease, the better they assess their quality of life.
Conclusions: This research can be used to take action for men struggling with prostate cancer and men at risk of developing the disease, by promoting preventive examinations, conducting psychoeducation, encouraging to maintain a healthy diet and maintaining physical activity. These activities are aimed at improving the quality of life and acceptance of the disease among men.

Keywords: Prostatectomy. Quality of life. Acceptance of the disease.

Rak gruczołu krokowego stanowi tuż za nowotworem płuc najczęściej występujący nowotwór u mężczyzn. Największa wykrywalność raka prostaty występuje u mężczyzn między 65 – 75 rokiem życia. Każdego roku rozpoznaje się 1 100 000 przypadków nowotworu prostaty, co stanowi 15% diagnozowanych nowotworów złośliwych wśród mężczyzn. Około 10% mężczyzn, u których zdiagnozowano raka gruczołu krokowego umiera. Wczesne wykrycie raka prostaty daje szansę całkowitego wyleczenia [1, 2, 3, 4].

Ryzyko powstania raka gruczołu krokowego zależne jest w dużej mierze od wieku mężczyzny. Zachorowanie na raka prostaty zależy także od uwarunkowań genetycznych [2, 5]. Ponadto dieta bogato tłuszczowa predysponuje do zachorowania na raka stercza. Z kolei minimalizacja spożywania nabiału, czerwonego mięsa oraz przyjmowanie większej ilości owoców, warzyw (szczególnie bogatych w likopen) i ryb bogatych w kawasy omega - 3 zmniejsza ryzyko wystąpienia tego nowotworu[2, 3]. Wysoka aktywność seksualna z częstą ejakulacją, aktywność fizyczna/sportowa, rezygnacja z palenia papierosów, suplementacja w witaminę E (αtokoferol) i selen stanowią czynniki protekcyjne w profilaktyce wystąpienia nowotworu prostaty [2, 3, 6].

Raka gruczołu krokowego rozpoznaje się wstępnie poprzez oznaczenie stężenia PSA w surowicy krwi, które w przypadku choroby jest podwyższone. Innym badaniem używanym do początkowej diagnostyki jest badanie *per rectum* (ang. DRE – digital rectal examination). Powiększona, twarda prostata świadczy o patologii [6, 7]. Kolejnym środkiem diagnostycznym

jest biopsja mapująca stercza (ang. TRUS+B – transrectal ultrasound + biopsy). Badanie polega na pobraniu igłą biopsyjną wycinków z gruczołu sterczowego pod obrazową kontrolą USG, które zostaną później poddane badaniu histopatologicznemu [6, 7]. Zaawansowana choroba nowotworowa zdiagnozowana na podstawie wyniku biopsji gruczołu sterczowego jest wskazaniem do radykalnego usunięcia narządu [1, 8, 9].

Pacjenci po zabiegu prostatektomii stają przed bardzo ciężkim doświadczeniem jakim jest utrata seksualnej sprawności. Dla większości mężczyzn pooperacyjna impotencja wiąże się z poczuciem bezsensu życia, utratą męskiej godności, poczuciem wstydu. Akceptacja partnerki, jej wyrozumiałość i czułość pomagają mężczyźnie także w akceptacji siebie i swojej męskości [10, 11]. Impotencja będąca niemocą płciową objawiającą się brakiem erekcji pomimo odpowiedniego podniecenia seksualnego i inkontynecja czyli bezwiedne nietrzymanie moczu to dwa główne aspekty, które mężczyzna po zabiegu usunięcia prostaty będzie musiał starć się zaakceptować i które mają niebagatelny wpływ na jego pooperacyjną jakość życia [11, 12].

U większość chorych po przeprowadzonym zabiegu pojawiają się stany depresyjne wymagające psychoterapii i leczenia farmakologicznego [13, 14, 15]. Przed zabiegiem operacyjnym pacjenci z nowotworem stercza odczuwają dysfunkcję w zakresie sprawności seksualnej jak również obniżonej zdolności do pełnej kontroli mikcji. Mężczyźni tracą swoją subiektywną, fizyczną atrakcyjność, zmniejsza się ich samoocena, towarzyszy poczucie skrępowania [13, 16, 17]. Sam zabieg prostatektomii w istotny sposób nie obniża ogólnej jakości życia. Po upływie roku od zabiegu u większości chorych, egzystencja osiąga wyjściowy poziom jakości życia. Niestety funkcjonowanie na płaszczyźnie seksualnej ulega dalszemu pogorszeniu ze względu na jatrogenny efekt operacji [13].

Celem niniejszej pracy była ocena poziomu akceptacji choroby oraz jakości życia u pacjentów po zabiegu prostektomii. W badaniu wykorzystano: autorski kwestionariusz ankiety zawierający 16 pytań, standaryzowaną Skalę Akceptacji Choroby – AIS oraz Kwestionariusz Jakości Życia SF-36v2. Wykorzystując odpowiedzi udzielone na omówione powyżej pytania kwestionariusza SF36 dokonano oceny jakości życia pacjentów w ośmiu dziedzinach: funkcjonowanie fizyczne (PF), ograniczenia fizyczne (RP), dolegliwości bólowe (BP), zdrowie ogólne (GH), witalność (VT), funkcje społeczne (SF), ograniczenia emocjonalne (RE), zdrowie psychiczne (MH). Uzyskane w każdej z tych kategorii rezultaty punktowe zostały przekodowane do przedziału 0-100 w celu umożliwienia porównywania ich między sobą. Im niższy wynik, tym lepsza ocena jakości życia.

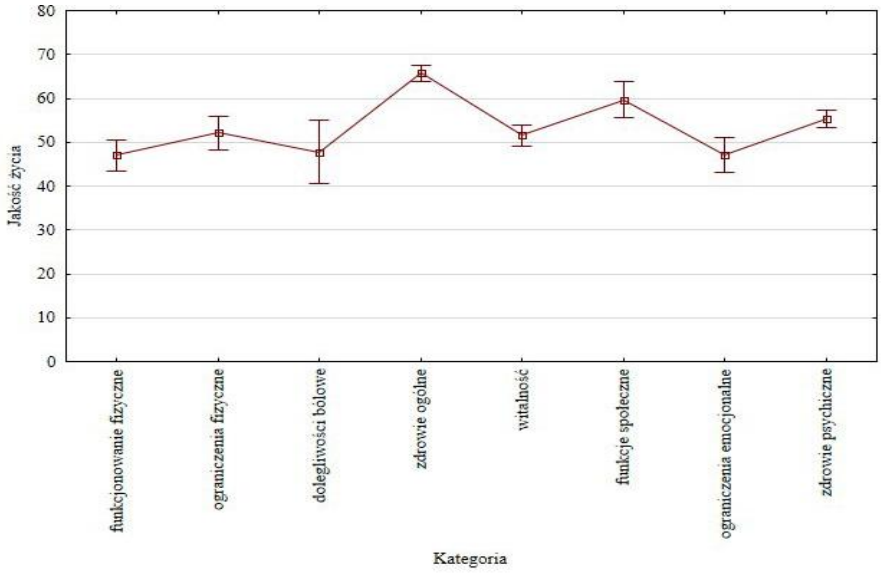
W celu wyznaczenia poziomu akceptacji choroby wśród pacjentów posłużono się skalą akceptacji choroby – AIS. Ankietowani mieli za zadanie ustosunkować się do ośmiu stwierdzeń dotyczących ich obecnego stanu, przyznając każdemu z nich ocenę w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało, że respondent zdecydowanie zgadza się z danym stwierdzeniem, a 5 – iż się z nim zdecydowanie nie zgadza. Im więcej punktów uzyskiwał badany tym wyższy poziom akceptacji choroby przejawiał.

Analizę danych przeprowadzono za pomocą metod statystyki opisowej oraz metod wnioskowania statystycznego, test Shapiro-Wilka, test Browna i Forsytha, test t-Studenta, test U Manna - Whitneya, test ANOVA Kruskala - Wallisa oraz test wielokrotnych porównań średnich rang dla wszystkich prób [22]. Weryfikacja hipotez statystycznych została przeprowadzona na poziomie istotności $\alpha\alpha$ = 0,05. Analiza danych została przeprowadzona przy wykorzystaniu pakietu statystycznego Statistica 13 oraz arkusza kalkulacyjnego Excel z pakietu Office 365.

Badania przeprowadzono w okresie od 15.11.2022 roku do 20.03.2023 roku, wśród grupy 63 mężczyzn poddanych zabiegowi prostatektomii, podczas wizyt kontrolnych w Poradni Urologicznej i Oddziału Urologii SPZOZ w Kolbuszowej.

Średni wiek badanych osób wynosił 63,1 ± 4,5 lat, zaś mediana tego wieku – 64 lata. Najmłodszy respondent miał 55 lat, a najstarszy 70 lat. Ponad połowa ankietowanych osób (57,1%) mieszkała w miastach. Pozostałe (42,9%) badanych to byli mieszkańcy wsi. Ponad połowę ankietowanych osób (66,7%) stanowili mężczyźni żyjący w związku małżeńskim lub partnerskim. Co piąty ankietowany pacjent (19,0%) był zaś wdowcem. Pozostali respondenci to byli kawalerowie (7,9%) oraz osoby rozwiedzione (6,3%). Zdecydowana większość respondentów (85,7%) zamieszkiwała z rodziną. Pozostałe (14,3%) ankietowanych mieszkało zaś samotnie.

Zdecydowana większość respondentów (84,1%) stwierdziła, że po zabiegu prostatektomii pogorszyła się ich jakość życia w sferze seksualnej. Zdecydowana większość badanych pacjentów (84,1%) nie zaakceptowała faktu wystąpienia zaburzeń erekcji po operacji. U ponad połowy badanych pacjentów (60,3%) występowało pooperacyjne nietrzymanie moczu. Ponad połowa respondentów (50,8%) oceniła stan swojego zdrowia jako niezbyt dobry. Niemal co trzecia ankietowana osoba (31,7%) stwierdziła zaś, że jest on dobry. Pozostali badani pacjenci określili go zaś jako zły (17,5%). Większość badanych osób (52,4%) stwierdziła, że stan ich zdrowia w ciągu ostatniego roku uległ niewielkiemu pogorszeniu. Kolejne (46,0%) respondentów czuło się znacznie gorzej niż przed rokiem. Pozostałe (1,6%) ankietowanych oceniło natomiast, że ich obecny stan zdrowia jest prawie taki sam jak rok wcześniej. Niemal co trzecia badana osoba (30,2%) przyznała, że w ciągu ostatniego miesiąca ból w przeciętnym stopniu przeszkadzał jej w normalnej pracy. Kolejne (27,0%) ankietowanych pacjentów stwierdziło zaś, że doświadczało znacznych problemów z tego powodu. Ankietowane osoby najlepiej oceniły jakość swojego życia w kategorii funkcjonowanie fizyczne (47,0), ograniczenia emocjonalne (47,1) i dolegliwości bólowe (47,8), najgorzej zaś w kategoriach: funkcje społeczne (59,7) oraz zdrowie ogólne (65,7) (Wykres 1).

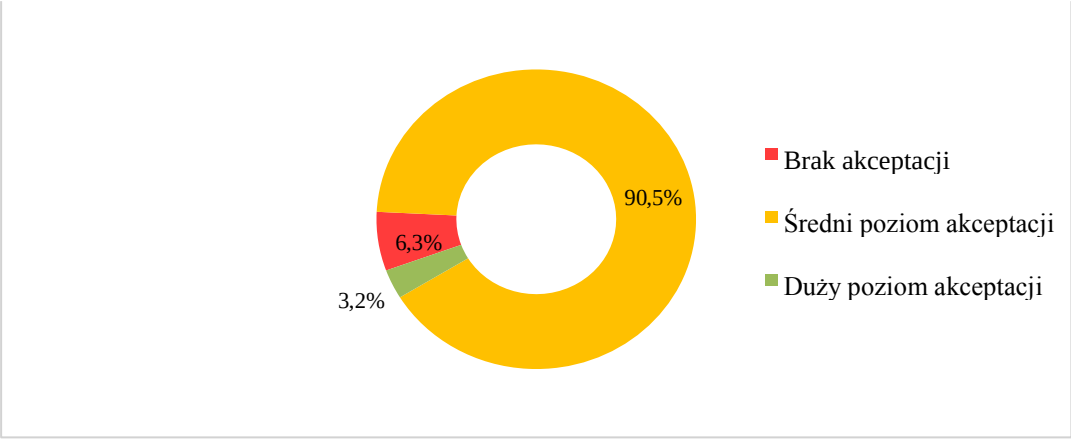


Wykres 1.: *Jakość życia mierzona formularzem SF-36 wg kategorii.*

Wyznaczony został również ogólny wskaźnik jakości życia. Średnia wartość tego wskaźnika w badanej grupie wynosiła 79,0 ± 11,8, zaś jego mediana – 78. Respondent najlepiej oceniający jakość swojego życia uzyskał 53 punkty, a oceniający ją najgorzej –115.

Przeprowadzone badanie wykazało, że poziom jakości życia pacjentów po zabiegu prostatektomii zależał w sposób statystycznie istotny od czasu jaki od niego upłynął ($p<0,001$), ich stanu cywilnego ($p=0,017$) oraz zamieszkania z rodziną ($p=0,013$). Istotnie wyżej jakość swojego życia oceniali pacjenci wraz z upływem czasu od zabiegu. Ponadto istotnie lepiej oceniali ją również pacjenci żonaci i żyjący w związkach partnerskich oraz mieszkający wraz z rodziną. Nie zostało natomiast udowodnione, że jakość życia pacjentów po prostatektomii zależała w sposób statystycznie istotny od ich wieku ($p=0,254$), miejsca zamieszkania ($p=0,313$), sytuacji zawodowej ($p=0,725$), wykształcenia ($p=0,380$) czy sytuacji materialnej ($p=0,080$).

Przeprowadzone badanie wykazało, że zdecydowana większość ankietowanych osób (90,5%) zaakceptowała swoją chorobę w stopniu przeciętnym. W ogóle nie zaakceptowało jej 6,3% respondentów, zaś pogodziło się z nią 3,2% badanych.



Wykres 2.: *Poziom akceptacji choroby przez badane osoby*

Przeprowadzone badanie wykazało, że poziom akceptacji choroby przez pacjentów po prostatektomii zależał w sposób statystycznie istotny od ich miejsca zamieszkania (p=0,012). Pacjenci zamieszkali na wsi akceptowali ją w stopniu istotnie wyższym niż mieszkający w mieście. Nie wykazano natomiast, że poziom akceptacji choroby po zabiegu zależał w sposób statystycznie istotny od ich wieku (p=0,762), czasu jaki upłynął od zabiegu (p=0,569), stanu cywilnego (p=0,861), sposobu zamieszkania (p=0,054), sytuacji zawodowej (p=0,808), wykształcenia (p=0,116) ani sytuacji materialnej (p=0,158). Pod opieką psychologa znajdowało się jedynie 15,9% badanych osób, zdecydowana większość ankietowanych (84,1%) nie korzystała z takiej formy pomocy.

Przeprowadzone badanie wykazało, że współczynnik korelacji pomiędzy poziomem jakości życia pacjentów po zabiegu prostatektomii, a stopniem akceptacji przez nich swojej choroby był istotnie statystycznie różny od zera (p=0,011). Współczynnik ten jest ujemny, więc im większą liczbę punktów uzyskał pacjent w skali akceptacji choroby – AIS, tym mniejszą wartość przyjmował jego indeks jakości życia. Zatem im większy poziom akceptacji choroby, tym wyższa jakość życia pacjentów.

Tabela I. *Jakość życia pacjentów po prostatektomii, a ich akceptacja choroby.*

Kategoria 1	Kategoria 2	r	p
Indeks jakości życia	Skala akceptacji choroby - AIS	-0,317	0,011

Dyskusja

Zgodnie z wynikami badań, mężczyźni którzy przebyli operację usunięcia prostaty w większości akceptują stopień swojego zdrowia na poziomie przeciętnym i zgadzają się co do tego, że choroba jest źródłem codziennych ograniczeń oraz trudności z przystosowaniem się do nich. Przegląd literatury medycznej oraz dane dotyczące charakterystyki zachorowań

na raka prostaty podają, że mężczyźni rzadko wykonują badania profilaktyczne, co utrudnia wczesne zdiagnozowanie choroby [4, 13]. Usunięcie gruczołu krokowego przeżywane jest przez nich jako bolesna strata, którą trudno zaakceptować i przystosować się do niej [10]. Pacjenci mogą się mierzyć z poczuciem, że wraz z operacją stracili swoją męskość, że nigdy nie będą już tak sprawi seksualnie jak wcześniej, że przestaną być atrakcyjni dla swoich partnerek, że będą musieli zrezygnować z preferowanych aktywności. Sfera seksualna, zadbanie o nią, czerpanie satysfakcji z kontaktów seksualnych jest niezwykle ważnym obszarem życia psychicznego, nieodłącznym elementem w związkach partnerskich. Koleją zmienną, weryfikowaną w badaniu był poziom jakości życia. Analiza wyników dostarczyła informacji, że w przypadku ankietowanych jest on obniżony. Ponad połowa mężczyzn oceniało jakość swojego życia jako niezbyt dobrą. Na taką ocenę miało wpływ kilka czynników, między innymi konieczność rezygnacji, bądź ograniczenia sportu, trudności w realizacji codziennych obowiązków, takich jak zakupy, sprzątanie, dbanie o ogród, konieczność skrócenia czasu pracy wynikająca z gorszego stanu fizycznego i emocjonalnego. Duże znaczenie dla obniżonego poczucia jakości życia miało odczuwanie bólu fizycznego. Badania przeprowadzone na 60 pacjentach pooperacyjnych jednego z rzeszowskich szpitali wykazały, że wcześnie wdrożona, a później regularnie przeprowadzana fizjoterapia ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń dna miednicy (ang. PFMT, pelvic floormuscle training) ma korzystny wpływ na poprawę jakości życia pacjenta po zabiegu prostatektomii. Badania te dotyczyły pacjentów, u których fizjoterapia przyczyniła się do kontroli mikcji, a to niebagatelnie rzutowało na poprawę funkcjonowania w wymiarze psychicznym i fizycznym poddanych zabiegowi mężczyzn [13, 18, 19, 20]. Badani najgorzej ocenili funkcjonowanie społeczne. Badania dostarczają także ważnej informacji, że bardzo mała liczba pacjentów korzystała z pomocy psychologicznej. Ma to swoje uzasadnienie w tym, że najprawdopodobniej badani należą do grupy wiekowej, dla której wizyta u psychologa, czy psychoterapia są obce, nieznane, niedostępne, bądź z góry wykluczane. Działania podejmowane wobec mężczyzn zmagających się z chorobami prostaty powinny skupiać się na psychoedukacji, zachęcaniu do korzystania ze wsparcia społecznego w tym specjalistycznej opieki psychoterapeutycznej, utrzymywaniu zdrowej diety oraz zachowywaniu aktywności fizycznej w stopniu, na jaki pozwala im na to stan zdrowia po zabiegu prostatektomii [4, 13, 21].

Przeprowadzone badania pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. Większość pacjentów akceptowała swoją chorobę w stopniu średnim.
2. Jakość życia większości pacjentów po zabiegu prostatektomii była obniżona. Większość mężczyzn oceniała swoją jakość życia jako niezbyt dobrą.
3. Poziom akceptacji choroby przez pacjentów po zabiegu prostatektomii zależał w sposób statystycznie istotny od ich miejsca zamieszkania. Mężczyźni mieszkający na wsi bardziej akceptowali chorobę niż mieszkający w mieście.

4. Badani mężczyźni pozostający w związkach małżeńskich/ partnerskich, mieszkający z rodziną a także ci, u których minął dłuższy czas od przeprowadzenia zabiegu prostatektomii, oceniali swoją jakość życia wyżej.
5. Pacjenci po zabiegu prostatektomii w większym stopniu akceptujący chorobę, charakteryzowali się wyższym poziomem jakości życia. Im bardziej ankietowani mężczyźni akceptowali swoją chorobę, tym bardziej wykazywali zadowolenie ze swojego życia, akcentując większy dobrostan fizyczny i psychiczny.

Wykaz piśmiennictwa:

1. BORKOWSKI A.: Prostatektomia radykalna leczeniem pierwszego wyboru u chorych na raka stercza wysokiego ryzyka i miejscowo zaawansowanego. Nowotwory Journal of Oncology 2013, volume 63, number 5, 415–418.
2. DIDKOWSKA J., WOJCIECHOWSKA U., CZADERNY A.: Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Warszawa 2019: 10.
3. PUNNEN S., COOPERBERG M., R.: The epidemiology of high - risk prostate cancer. „Curr Opin Urol". 2013, 23 (4): 331–336.
4. WOLSKI Z., SOSNOWSKI M.: Badania walidujące kwestionariusze jakości życia EORTC QLQ-C30 i QLQ – PR25 oraz ocena jakości życia polskich pacjentów z rakiem stercza (QLQ3,25). Przegląd Urologiczny 2013; 4(80): 29–31.
5. www.mp.pl/onkologia/klasyfikacja-tnm/57447,rak-gruczolu-krokowego-klasyfikacjatnm, dostęp: 5.12.2022 r.
6. www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynowotworowe/100849,rak-gruczolukrokowego, dostęp: 5.12.2022 r.
7. RUDZIŃSKI M.: Diagnostyka obrazowa w urologii. Postępy Nauk Medycznych 2014, s. 9–11.
8. MUC K.: Analiza wybranych parametrów klinicznych pacjentów po operacji radykalnej załonowej prostatektomii z powodu raka stercza w materiale własnym. Przegląd Urologiczny 2013; 4(80): 59-60.
9. NYK Ł. , DZIK T. , WYSOCKI M. , MODZELEWSKA E. , DOBRUCH J., CHŁOSTA P., BORÓWKA A.: Badanie stopnia rozbieżności między pierwszą i powtórną oceną złośliwości raka stercza wyrażoną w skali Gleasona dokonaną przez dwóch niezależnych patomorfologów. Postępy Nauk Medycznych 2012, tom. XXV, nr 4, str. 296- 305.
10. MOCZYDŁOWSKA A., KRAJEWSKA- KUŁAK E., KÓZKA M., BIELSKI K.: Stopień akceptacji choroby przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2014; 2: 62–70.
11. RUSZKIEWICZ M., KREFT K.: Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych. Psychoonkologia 2017, 21 (2): 37–44.

12. MATUSZEWSKI M.: Nowoczesne metody leczenia nietrzymania moczu u mężczyzn. Przegląd Urologiczny 2013; 1(77): 21–25.
13. GLINIEWICZ B., SIKORSKI A.: Jakość życia po prostatektomii radykalnej. Urologia Polska 2005; 58(1): 21–25.
14. GRYGORCZUK A.: Pojęcie stresu w medycynie i psychiatrii. Psychiatria. Tom 5, nr 3, str.
111-115.
15. LANDOWSKI J., RUDNIK E.: Depresja z objawami atypowymi. Psychiatria 2005; 2(3):154160.
16. KLIMASZEWSKA K., BARTUSEK M.: Inkontynencja jako problem społeczno-ekonomiczny. Pielęgniarstwo XXI wieku 2017; 16,3(60): 62–66.
17. KULPA M, OWCZAREK K, STYPUŁA-CIUBA B.: Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych. Med Paliat 2013; 5: 106-113.
18. PRZYBYŁA A.K.: Urologia rehabilitacyjna/ rehabilitacja urologiczna. Przegląd Urologiczny 2014; 1(83): 33.
19. PTASZKOWKI K., PTASZKOWSKA L., DYMAREK R., HALSKI T., JARZĄB S., PAPROCKA- BOROWICZ M.: Wpływ stanu napięcia mięśni dna miednicy na ocenę poziomu zaburzeń erekcji i nietrzymania moczu u osób po prostetektomii radyklanej. Doniesienie wstępne. Gerontologia Współczesna 2017, 5 (2), str. 51-57.
20. GÓRSKA- DOŚ: Aktywność fizyczna a leczenie nowotworowe. Głos Pacjenta Onkologicznego nr 2, kwiecień 2018, s. 17.
21. SZCZYGIELSKA D., KNAPIK A. , POP T., SAULICZ E.: Wpływ fizjoterapii na jakość życia powiązaną ze zdrowiem u mężczyzn z nietrzymaniem moczu po zabiegu prostatektomii radykalnej. Zdrowie człowieka w ontogenezie. Tom II. Aspekty psychospołeczne, str: 120- 128.
22. STANISZ A.: Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny, tom1. Statystyki podstawowe, Stat Soft, Kraków 2006.

Wykaz tabel i wykresów:

Tabela I. Wiek badanych osób
Wykres 1. Miejsce zamieszkania badanych osób
Wykres 2. Czas od wykonania badania prostatektomii

Kontakt:

Tomasz.Suchecki
SKN Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Polska
E-mail: tomasz.suchecki22@gmail.com

INTERMITTENT ELF-MF INDUCE AN AMPLITUDE-WINDOW EFFECT ON UMBILICAL CORD BLOOD LYMPHOCYTES

Lucián Zastko[1,2], Leonardo Makinistian[3], Andrea Tvarožná[1] and Igor Belyaev[1]

[1]Department of Radiobiology, Cancer Research Institute, Biomedical Research Center, Slovak Academy of Sciences, University Science Park for Biomedicine, 845 05 Bratislava, Slovakia

[2]Department of Laboratory Medicine, Faculty of Health Care, Catholic University in Ružomberok, 034 01 Ružomberok, Slovakia

[3]Department of Physics and Instituto de Física Aplicada (INFAP), Universidad Nacional de San Luis-CONICET, San Luis CP5700, Argentina

In a previous study of the effects of intermittent extremely low frequency (ELF) magnetic fields (MF) on umbilical cord blood lymphocytes (UCBL), we evaluated MF amplitudes between 6 μT and 24 μT and found an effect only for those below 13 μT. This suggested the existence of an amplitude window. In this work, we further tested this hypothesis. UCBLs from healthy newborns were isolated and exposed for 72 h to an intermittent ELF-MF (triangular, 7.8 Hz, 250 s ON/250 s OFF) with 6 different amplitudes between 3 μT and 12 μT, utilizing an oblong coil. Percentage of viable, early apoptotic (EA), and late apoptotic/necrotic (LAN) cells were determined by flow cytometry. Moreover, reactive oxygen species (ROS) were determined at 1 h and 3 h of the exposure. Like in our previous work, neither EA, nor LAN, nor ROS were statistically significantly affected by the intermittent ELF-MF. However, the percentage of viable cells was decreased by exposure to the fields with intensities of 6.5 μT and 12 μT ($p < 0.05$; and $p = 0.057$ for 8.5 μT). ELF-MF decreased the percentage of viable cells for fields down to 6.5 μT, but not for 5 μT, 4 μT, or 3 μT. Combined with our previous findings, the results reported here indicate an amplitude window effect between 6 μT and 13 μT. The obtained data are in line with a notion of amplitude and frequency windows, which request scanning of both amplitude and frequency while studying the ELF-MF effects.

Keywords: Apoptosis. Viability. Inhomogeneous magnetic fields. Reactive oxygen species.

Funding

This research was funded by the Slovak Research and Development Agency, grant number APVV-15-0250; the Operational Program Integrated Infrastructure for the project: Long-term strategic research of prevention, intervention and mechanisms of obesity and its comorbidities,

IMTS: 313011V344, co-financed by the European Regional Development Fund; and the Universidad Nacional de San Luis, Argentina, grant PROICO 02-0518.

Kontakt:
RNDr. Lucián Zastko, PhD.
Department of Radiobiology, Cancer Research Institute, Biomedical Research Center,
Slovak Academy of Sciences, University Science Park for Biomedicine,
845 05 Bratislava
Slovakia

Department of Laboratory Medicine
Faculty of Health Care
Catholic University in Ružomberok
034 01 Ružomberok
Slovakia

DOLEGLIWOŚCI BÓLOWE KRĘGOSŁUPA W GRUPIE ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Back pain in the professional group of nurses and midwives

Piotr Kurzeja[1], Bartłomiej Gąsienica-Walczak[1], Katarzyna Ogrodzka-Ciechanowicz[2], Jarosław Prusak[1], Tomasz Szurmik[3], Karol Bibrowicz[4], Zuzana Hudáková[5], Anna Szafraniec[1]

[1]University of Applied Sciences in Nowy Targ, Poland
[2]University School of Physical Education in Krakow, Poland
[3]Faculty of Arts and Educational Science, University of Silesia, Cieszyn, Poland
[4]Science and Research Center of Body Posture, Kazimiera Milanowska College of Education and Therapy, Poznan, Poland
[5]Faculty of Health, Catholic University, Ružomberok, Slovakia; Department of Health Care Studies, College of Polytechnics, Jihlava, Czech Republic; SNP Central Military Hospital, Faculty Hospital, Ružomberok, Slovakia

Abstrakt:

Wprowadzenie. W ostatnich latach wzrosła częstotliwość diagnozowania oraz leczenia dolegliwości bólowych kręgosłupa. Ból kręgosłupa jest zaliczany do głównych i najczęściej występujących dolegliwości występujących u czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Przeciążenia ze strony układu mięśniowo-szkieletowego stanowią najczęściej występujące zagrożenie zdrowotne w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych, które prowadzą do dolegliwości bólowych.

Cel. Celem pracy była ocena występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa w grupie czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono na 100 osobowej grupie czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. W pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety oraz kwestionariusz SF 36. Ból zmierzono za pomocą skali wzrokowo-analogowej (VAS).

Wnioski. Wystąpiła zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz wiekiem, stażem pracy , jakością życia.

Słowa kluczowe: Dolegliwości bólowe. Jakość życia.

Introduction. In recent years, the frequency of diagnosing and treating spine pain has increased. Back pain is one of the main and most common ailments experienced by

professionally active nurses and midwives. Overloads of the musculoskeletal system are the most common health hazard in the professional group of nurses and midwives, leading to pain.
Objective. The aim of the study was to assess the occurrence of back pain in a group of professionally active nurses and midwives.
Material and methods. The research was conducted on a group of 100 professionally active nurses and midwives. The study used a survey questionnaire and the SF 36 questionnaire. Pain was measured using a visual analogue scale (VAS).
Conclusions. There was a relationship between the occurrence of back pain and age, work experience and quality of life.

Keywords: Back pain. Quality of life.

Wprowadzenie

W ostatnich latach wzrosła częstotliwość diagnozowania oraz leczenia dolegliwości bólowych kręgosłupa. W obecnej chwili ból kręgosłupa staje się chorobą cywilizacyjną, a jest to spowodowane m.in. zmniejszoną aktywnością ruchową. Brak ruchu powoduje jedną z głównych przyczyn dolegliwości bólowych kręgosłupa. Problem dotyka coraz większą część społeczeństwa. Wpływ ma również tryb życia jaki prowadzimy, często przyjmowana siedząca pozycja, która obciąża odcinek lędźwiowo-krzyżowy. Trzeba również wziąć pod uwagę przeciążenia kręgosłupa spowodowane pracą a przede wszystkim nieprzestrzeganie zasad ergonomii pracy (Koszela 2017). Ból kręgosłupa jest zaliczany do głównych i najczęściej występujących dolegliwości występujących u czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych. Przeciążenia ze strony układu mięśniowo-szkieletowego stanowią najczęściej występujące zagrożenie zdrowotne w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych, które prowadzą do dolegliwości bólowych. Można je zaobserwować nawet u osób z krótkim stażem pracy. Specyfika tego zawodu wymaga pracy w pozycji stojącej, wykonywania czynności pielęgnacyjnych ze zgiętym tułowiem, które obciążają kręgosłup i prowadzą do niesymetrycznego napięcia mięśni. Wpływ ma również częste powtarzanie tych czynności (Maciuk 2012). Na występowanie dolegliwości bólowych wpływać może również wykonywanie czynności takich jak częste schylanie się, dźwiganie pacjentów oraz pozostawanie przez dłuższy czas w wymuszonej pozycji ciała. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi schorzeń kręgosłupa w tym zawodzie jest wydłużony czas pracy sięgający nawet 12 godzin pracy dziennie (Juraszek 2016).

Cel pracy

Celem pracy była ocena występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa w grupie czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych.

Pytania badawcze:

1. Czy wiek wpływa w sposób znaczący na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa u pielęgniarek i położnych?
2. Czy istnieje związek pomiędzy stażem pracy a występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa?
3. Czy istnieje związek między ocenianą jakością życia a występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa?

Materiał i metody

W celu przeanalizowania problemu przeprowadzono badania w 100 osobowej grupie czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych pracujących na różnych oddziałach w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Myślenicach. W badaniu wzięły udział wyłącznie kobiety. W pracy wykorzystano kwestionariusz ankiety własnej składający się z 23 pytań, które dotyczyły wieku, wzrostu, masy ciała, miejsca zamieszkania, wykształcenia, stażu pracy, czasu pracy dziennie, ilości przerw w pracy, ilości dyżurów nocnych w miesiącu, średniego czasu pracy w miesiącu, czasu występowania bólu kręgosłupa, lokalizacji bólu, charakteru bólu, promieniowania bólu, czynności wywołujących ból, preferowanej formy spędzania wolnego czasu. Posłużono się również kwestionariuszem oceny jakości życia SF-36 składający się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń, które pozwalają określić 8 elementów takich jak: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, ogólnie poczucie zdrowia, witalność, funkcjonowanie socjalne, funkcjonowanie emocjonalne i zdrowie psychiczne. Ból zmierzono za pomocą skali wzrokowo-analogowej (VAS). W oparciu o pozyskane wyniki przeprowadzono analizę statystyczną, w której zbadano zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz wybranymi zmiennymi takimi jak: wiek, poziom BMI, liczba dyżurów nocnych w miesiącu, liczba godzin pracy w miesiącu, staż pracy, ocena jakości życia. Zbadano również zależność między wybranymi zmiennymi takimi jak: jakość życia, BMI, liczba dyżurów, czas pracy a poziomem odczuwanych dolegliwości bólowych. We wszystkich przeprowadzonych testach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Wyniki

Tabela 1. *zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz wiekiem*

	Średnia	SD	t	p
Tak	43,6	12,3		
Nie	38,3	8,6	2,4055	0,0180

Stwierdzono istotną zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz wiekiem. Osoby skarżące się na występowanie dolegliwości bólowych są istotnie starsi. Średnia zależności między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz wiekiem u osób skarżących się na ból wynosiła 43,6%, a u osób, u których ból nie występował 38,3%.

Tabela 2. *zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz stażem pracy*

	Tak	Nie	Suma
Krócej niż rok	7	5	12
Kolumna %	12%	12%	
1 - 10 lat	15	25	40
Kolumna %	26%	58%	
11 - 20 lat	19	13	32
Kolumna %	33%	30%	
Powyżej 20 lat	16	0	16
Kolumna %	28%	0%	
Suma	57	43	100

Stwierdzono istotną zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz stażem pracy. Osoby skarżące się na występowanie dolegliwości bólowych mają istotnie wyższy staż pracy. Średnia zależności między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz stażem pracy u osób pracujących krócej niż rok wynosiła 12%, pracujących 1-10 lat wynosiła 26%, pracujących 11-20 lat wynosiła 33%, pracujących powyżej 20 lat wynosiła 28%.

Tabela 3. *Zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz oceną jakości życia.*

	Średnia	SD	t	p
Tak	67,6	19,2		
Nie	52,3	21,3	3,7251	0,0003

Stwierdzono istotną zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz oceną jakości życia. Osoby skarżące się na występowanie dolegliwości bólowych oceniają jakość życia istotnie niżej. Średnia zależności między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz oceną jakości życia u osób skarżących się na ból wynosiła 67,6% a u osób, u których ból nie występował 52,3%.

Dyskusja

W niniejszej pracy badaniami zostało objęte 100 losowo wybranych pielęgniarek i położnych pracujących w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Myślenicach. Na podstawie badań stwierdzono istotną zależność występowania dolegliwości bólowych oraz wiekiem. Osoby skarżące się na dolegliwości bólowe kręgosłupa byli istotnie starsi. Średnia zależności między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz wiekiem u osób skarżących się na ból wynosiła 43,6%, a u osób, u których ból nie występował 38,3%. W prezentowanych badaniach istotną zależność wykazano również między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa a stażem pracy. Osoby skarżące się na występowanie dolegliwości bólowych miały istotnie wyższy staż pracy. Średnia zależności między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz stażem pracy u osób pracujących krócej niż rok wynosiła 12%, pracujących 1-10 lat wynosiła 26%, pracujących 11-20 lat wynosiła 33%, pracujących powyżej 20 lat wynosiła 28%. Na podstawie badań istotną zależność zaobserwowana także w przypadku występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa a oceną jakości życia. Osoby skarżące się na występowanie dolegliwości bólowych oceniają jakość życia istotnie niżej. Średnia zależności między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz oceną jakości życia u osób skarżących się na ból wynosiła 67,6% a u osób, u których ból nie występował 52,3%.

Dolegliwości bólowe kręgosłupa należą do najczęściej występujących problemów w sferze ekonomiczno-społecznej jak i medycznej już od kilkudziesięciu lat. Traktowane są one jako choroba cywilizacyjna. Badania przeprowadzone przez wielu autorów pozwalają stwierdzić, iż grupa zawodowa pielęgniarek i położnych jest szczególnie narażona na występowanie patologii w obrębie kręgosłupa. W literaturze polskiej i światowej niektóre doniesienia mówią wręcz o epidemicznym charakterze bólu kręgosłupa w tej grupie zawodowej. Problem ten ciągle narasta, czego dowodem są przeprowadzone badania naukowe w ostatnich latach. W publikacjach można znaleźć również badania, które dowodzą, że dolegliwości bólowe kręgosłupa pojawiają się już w czasie studiów. Dodatkowym problemem nasilającym występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa sprzyja brak wiedzy na temat ergonomii pracy jak i profilaktyki (Wolska 2018).

W badaniach Zyznawskiej i wsp. z 2011 roku stwierdzono również zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa a wiekiem i stażem pracy. Badanie przeprowadzono w 200-osobowej grupie zawodowej pielęgniarek i położnych pracujących w małopolskich szpitalach. Dolegliwości bólowe wskazało 92,9% badanych, a średnia wieku zgłaszających przewlekłe dolegliwości wynosiła 38,4. Badania wykazały tendencję wzrostu natężenia bólu wraz ze stażem i wiekiem. Niepokojącym faktem w tym badaniu był fakt, iż ból kręgosłupa u pielęgniarek pojawiał się w bardzo młodym wieku przed ukończeniem 26 roku życia. W badaniach intensywności bólu, które towarzyszyły głownie dolnemu odcinkowi

kręgosłupa pokazały, że było to średnio 5,8 pkt wg skali VAS. Natężenie bólu wzrastało wraz z wiekiem oraz upływem lat pracy (Zyznawska 2011).

W publikacji Juraszek i wsp. z 2016 roku badania przeprowadzone zostały w grupie zawodowej pielęgniarek na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Dolegliwości bólowe kręgosłupa u badanych osób, które deklarowały staż pracy poniżej 5 lat przeciętny czas występowania bólu wynosił 2 lata, u pielęgniarek pracujących 6-15 lat dolegliwości ujawniły się po 5,38 lat, w grupie 16-25 lat ból wystąpił później, bo po 7,92 lat. Przeciążenia w obrębie kręgosłupa w badanej grupie najpóźniej występowały po 25 latach stażu pracy, ponieważ dopiero po 10,67 latach (Juraszek 2016).

W badaniach Tworek z 2017 roku ocenie poddano grupę 100 czynnych zawodowo pielęgniarek zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu w Białej Podlaskiej. Bóle w odcinku lędźwiowym kręgosłupa pojawiły się średnio po 12,5 lat od rozpoczęcia pracy, a bóle w odcinku szyjnym po średnio 8,5 latach pracy w zawodzie. U pielęgniarek z krótszym stażem pracy ból kręgosłupa występował sporadycznie, natomiast z dłuższym stażem pracy kilka razy w tygodniu lub nawet codziennie (Tworek 2017).

W publikacji Gałczyk i Kułak z 2019 roku badano zależność wieku i występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa. Na podstawie wyników okazało się, że w sposób istotny wiek wpływa na występowanie dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa. Osoby 41-50 lat oraz >50 lat częściej uskarżały się na codzienne epizody bólowe kręgosłupa. Średnia ocena stopnia nasilenia dolegliwości bólowych rosła wraz z wiekiem. Osoby pracujące w zawodzie ponad 20 lat oceniały, że z powodu dolegliwości bólowych mają nieznacznie ograniczoną sprawność. Im dłuższy był staż pracy tym silniej odczuwane były dolegliwości bólowe (Gałczyk 2019).

W badaniach Stefanowicz A., Kloc W. przeprowadzonych w 2009 roku zbadano studentów III roku pielęgniarstwa Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie w przedziale wiekowym 21-27 lat. Niepojący jest fakt, iż już na etapie studiów pojawiły się dolegliwości bólowe kręgosłupa. Na podstawie wyników okazało, się że u 60% badanych osób pierwszy atak bólu miał miejsce w przedziale wiekowym 19-21 lat (Stefanowicz 2009).

W badaniach Szajerskiej i wsp. z 2020 roku przeprowadzonych w 165 osobowej grupie zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Specjalistycznym Szpitalu Miejskim w Toruniu tylko wiek i staż pracy respondentów predysponowały do występowania zespołów bólowych kręgosłupa (Szajerska 2020).

Wnioski

1. Stwierdzono istotną zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz wiekiem.
2. Stwierdzono istotną zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa a stażem pracy.

3. Stwierdzono istotną zależność między występowaniem dolegliwości bólowych kręgosłupa a oceną jakości życia.

Bibliografia

1. GAŁCZYK M, KUŁAK W. Wybrane czynniki ryzyka a występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa u pielęgniarek Piel Zdr Publ. 2019;9(4):265-271.
2. JURASZEK K, HAGNER-DERENGOWSKA M, HOFFMANN M, KALISZ Z, ZUKOW W. Wpływ pracy zawodowej na występowanie zespołów bólowych kręgosłupa na przykładzie pielęgniarek województwa kujawsko-pomorskiego = The impact of work on the occurrence of back pains on the example of nurses in the Kujawsko-Pomorskie voievodeship. Jurnal of Education, Health and Sport. 2016;6(8):504-521.
3. JURASZEK K, HAGNER-DERENGOWSKA M, HOFFMANN M, KALISZ Z, ZUKOW W. Wpływ pracy zawodowej na występowanie zespołów bólowych kręgosłupa na przykładzie pielęgniarek województwa kujawsko-pomorskiego. Jurnal of Education Health and Sport. 2016;6(8):504-521.
4. KOSZELA K, KRUKOWSKA S, WOLDAŃSKA-OKOŃSKA M. Dolegliwości bólowe kręgosłupa jako choroba cywilizacyjna. Pediatr Med. Rodz 2017, 13 (3), p.344-351.
5. Maciuk M, Krajewska-Kulak E, Klimaszewska K. Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. [Selfevaluation of the presence of spine pain syndromes of professionally active nurses] Probl. Hig. Epidemiol. 2012,93,4:728-738.
6. STEFANOWICZ A, KLOC W. Rozpowszechnienie bólu krzyża wśród studentów. Pol. Ann. Med. 2009;16(1):28-41.
7. SZAJERSKA A, GRZELAK L, SZOSTAK M. Występowanie dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek. The Jurnal of Neurological and Neurosurgical Nursing 2020;9(2):65-70.
8. TWOREK K. Praca zawodowa a bóle kręgosłupa u pielęgniarek pracujących w szpitalach. Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia, Vol. 6, Nr 1, 2017.
9. WOLSKA D, FILIPSKA K, HAOR B. Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego wśród personelu pielęgniarskiego. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 2(3)/2018.
10. ZYZNAWSKA J, ĆWIERTNIA B, MADETKO R. Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 2:54-59.

Kontakt:

Piotr Kurzeja
University of Applied Sciences in Nowy Targ
Poland

VYUŽÍVANIE MASOVOKOMUNIKAČNÝCH PROSTRIEDKOV VO VZŤAHU K ZDRAVIU U STREDOŠKOLÁKOV

Margaréta Kačmariková, Nikoleta Harisová

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra verejného zdravotníctva, Trnava

Abstrakt:

Úvod: Masovokomunikačné prostriedky ponúkajú mladým ľudom veľa príležitostí na zábavu a vzdelávanie. Neoverené zdravotné informácie získané z médií, môžu prispievať k mnohým problémom verejného zdravia.

Ciele práce: Zistiť a porovnať využívanie masovokomunikačných prostriedkov vo vzťahu k zdraviu u žiakov 3. ročníka stredných škôl v meste Nové Zámky, podľa pohlavia a stredných škôl.

Metodika práce: Zber údajov prebiehal formou dotazníka. Súbor respondentov tvorilo 256 stredoškolákov vo veku od 17 do 19 rokov zo štyroch stredných škôl v meste Nové Zámky. Na štatistické vyhodnotenie údajov sme použili Chi-kvadrátový a Fisherov exaktný test, pričom za štatistickú hladinu významnosti sme stanovili $p \leq 0,05$.

Výsledky: 37% mužov a 34 % žien používalo internet na vyhľadávanie zdravotných informácií. Diétu za účelom zníženia hmotnosti vyskúšalo 44 % žien a 21 % mužov. Spánok kvôli používaniu masovokomunikačných prostriedkov si niekedy obmedzovalo 43 % mužov a 58 % žien. Niekedy malo pocit nervozity alebo úzkosti 53 % žien a 37 % mužov. Nikdy nevedelo rozpoznať pravdivé informácie o COVID-19 od hoaxov 15 % mužov a 8 % žien.

Záver: Využívanie masovokomunikačných prostriedkov má dopady na stravovanie, vnímanie relevantných informácií a duševné zdravie stredoškolákov. Najviac vnímanými miestami na propagáciu jedál a nápojov boli televízne reklamy a sociálne siete. U stredoškolákov bol internet najpoužívanejším zdrojom na vyhľadávanie informácií o zdraví.

Kľúčové slová: Masmédiá. Zdravie. Stravovanie. Stredoškoláci. Sociálne siete.

Abstract:

Introduction: The mass media offer many opportunities for entertainment and education. Unverified health information obtained from the media can contribute to many public health problems.

Objectives: To find out and compare the use of mass communication tools in relation to health among 3rd grade high school students in Nové Zámky, by gender and high school.
Methods: Data collection was carried out in the form of a questionnaire. The set of respondents consisted of 256 high school students aged 17 to 19 from four high schools in the town of Nové Zámky. For the statistical evaluation of the data, we used the Chi-square and Fisher's exact test, we set $p \leq 0.05$ as the statistical level of significance. **Results:** Up to 37% of men and 34% of women used the Internet to search for health information. 44% of women and 21% of men tried a diet to reduce weight. 43% of men and 58% of women sometimes restricted their sleep due to the use of mass communication media. 53% of women and 37% of men sometimes felt nervous or anxious. 15% of men and 8% of women could never distinguish true information about COVID-19 from hoaxes. **Conclusion:** The use of mass communication means has an impact on the diet, perception of relevant information and mental health of high school students. The most perceived places for promoting food and drinks were TV ads and social networks. Among high school students, the Internet was the most used source for searching for health information.

Keywords: Mass media. Health. Nutrition. Secondary school students. Social networks.

Úvod

Masmédiá a hlavne sociálne siete, majú významný vplyv na životný štýl, vrátane stravovania, duševného zdravia, medziľudských vzťahov a študijných výsledkov mládeže (Abi-Jaoude – Naylor – Pignatiello, 2020). Dokážu presvedčiť veľké množstvo ľudí o zmene správania sa v pozitívnom alebo negatívnom zmysle (Saraf – Balamurugan, 2018). Adolescenti vyrastajú v mediálne presýtenom svete. Vyrastajú s tabletmi a smartfónmi, pričom ich využívajú na zábavu, komunikáciu a vzdelávanie. Sociálne médiá umožňujú zdieľať informácie, názory, nápady, správy, videá a obrázky. Vytvárajú prostredie, ktoré nie vždy odráža realitu a často sú prítomné idealizované obrázky, videá a príspevky. Práve preto hrajú médiá dôležitú úlohu vo vývoji adolescentov (Crone – Konijn, 2018). Kódex reklamnej a marketingovej komunikácie je samoregulačný rámec používaný celosvetovo a vyvinutý odborníkmi. Stanovuje štandardy pre marketingové aktivity, vrátane digitálnej marketingovej komunikácie s opatreniami na ochranu detí a spotrebiteľov. Vychádza z princípu, že marketingová komunikácia by mala byť slušná, legálna, čestná a pravdivá (ICC, 2018).

Metodika

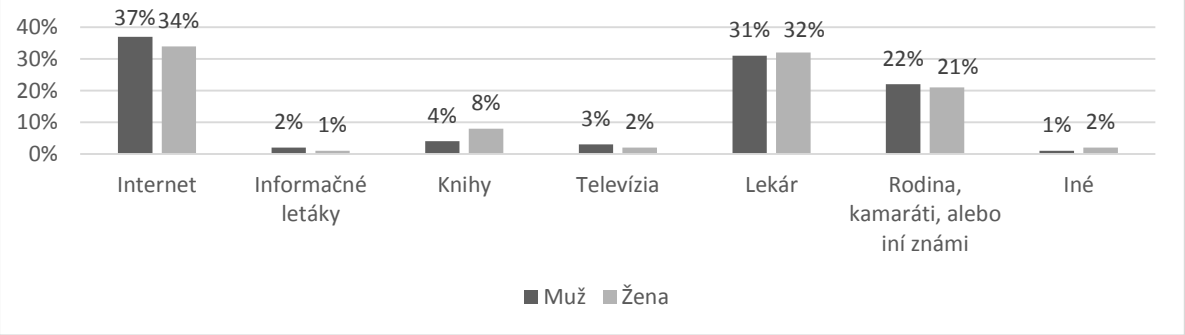
Výskumnú časť sme realizovali prostredníctvom dotazníka, ktorý pozostával z dvoch dotazníkov, ktoré sme doplnili vlastnými otázkami. Prvým dotazníkom, z ktorého sme vychádzali, bol dotazník s názvom „*Survey on the use of the Internet and social media for*

health-related purposes", (Van de Belt et al., 2013). Druhý dotazník s názvom „*General Anxiety Disorder – 7*" a „*Patient Health Questionnaire*" (Larnyo et al., 2021). Zber údajov bol realizovaný od 26. 10. 2022 do 13. 12. 2022. Súbor respondentov tvorili žiaci 3. ročníka stredných škôl (Gymnázium, Stredná odborná škola hotelových služieb a obchodu=SOŠHSaO, Stredná odborná škola=SOŠ stavebná a Stredná zdravotnícka škola = SZŠ) v Nových Zámkoch. Na štatistické spracovanie sme použili Chi-kvadrátový test, že boli početnosti menšie ako 5 Fisherovov exaktný test. Za štatistickú hladinu významnosti sme stanovili p-hodnotu ≤ 0,05.

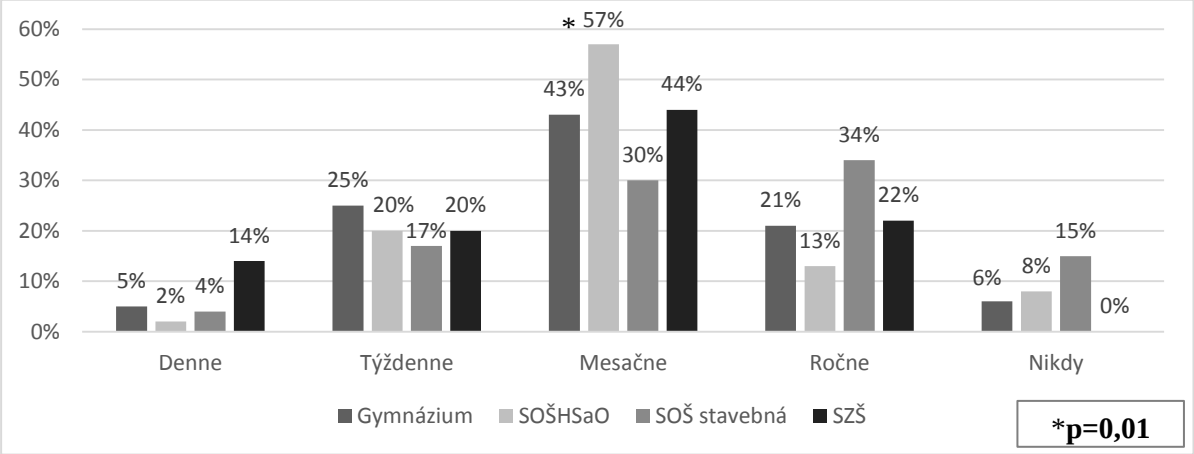
Výsledky

Tabuľka 1 *Najčastejšie vyhľadávané informácie v súvislosti so zdravím na internete podľa pohlavia*

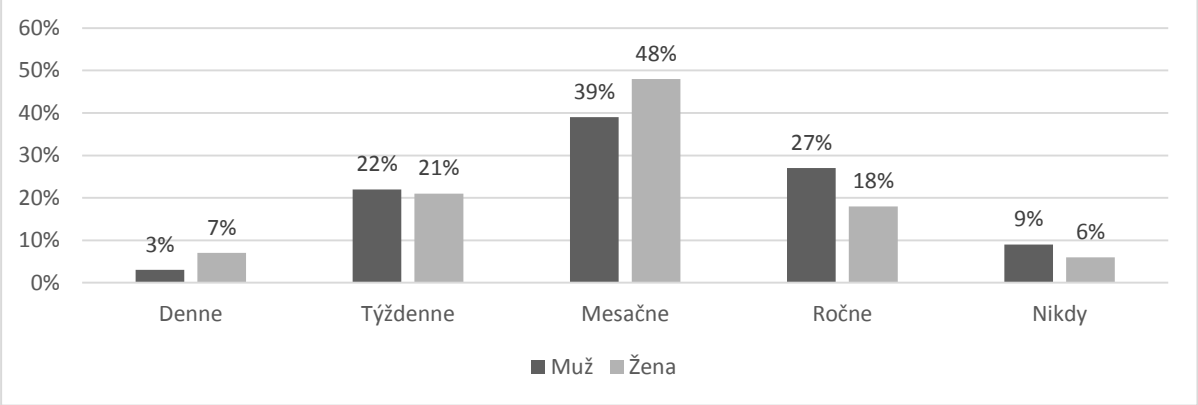
Pohlavie / Informácie	Muž		Žena	
	N=309	%	N=538	%
Zdravotné poistenie	14	4,5	8	1,5
Názory iných v súvislosti so zdravím	17	5,5	26	4,9
Lieky a ich vedľajšie účinky	32	10,4	82	15,2
Výrobcovia liekov	5	1,6	2	0,4
Informácie o mojich lekároch	11	3,6	13	2,4
Skúsenosti iných pacientov	19	6,2	39	7,2
Diagnózy a ochorenia	43	13,9	88	16,4
Možnosti liečby	31	10,0	62	11,5
Informácie o príznakoch	47	15,2	83	15,4
Zdravotné problémy	31	10,0	52	9,7
Výživa a zdravie	49	15,9	75	13,9
Nevyhľadávam na internete	10	3,2	8	1,5



Graf 1 *Porovnanie používaných zdrojov na vyhľadávanie informácií o zdraví podľa pohlavia*



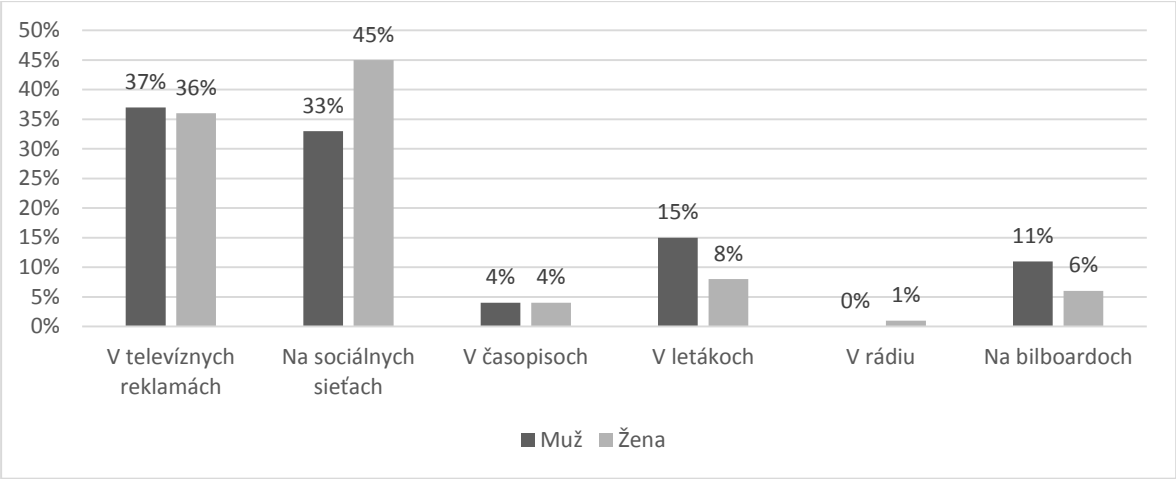
Graf 2 *Porovnanie frekvencie vyhľadávania informácii o zdraví na internete podľa škôl*



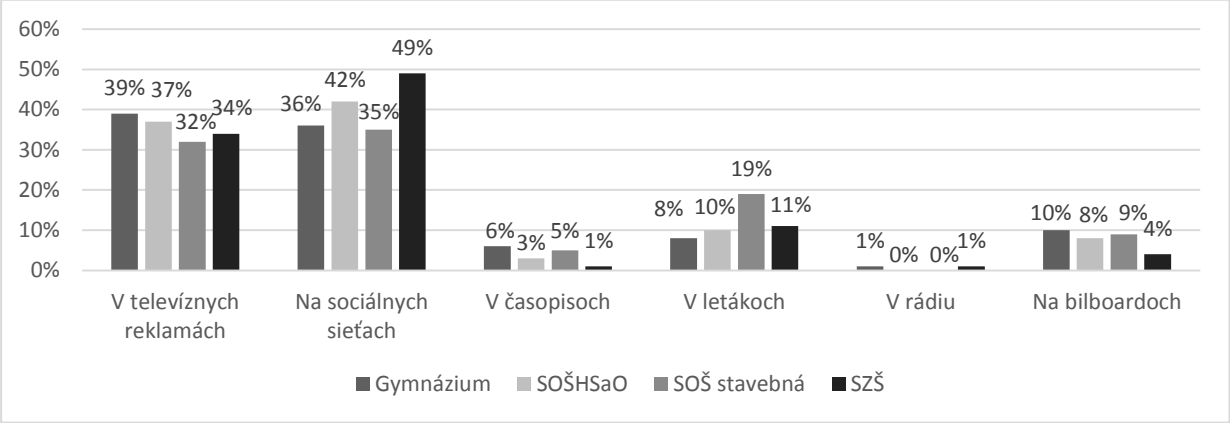
Graf 3 *Porovnanie frekvencie vyhľadávania informácií týkajúcich sa zdravia na internete podľa pohlavia*

Tabuľka 2 *Používané zdroje na vyhľadávanie informácií o zdraví na internete podľa pohlavia*

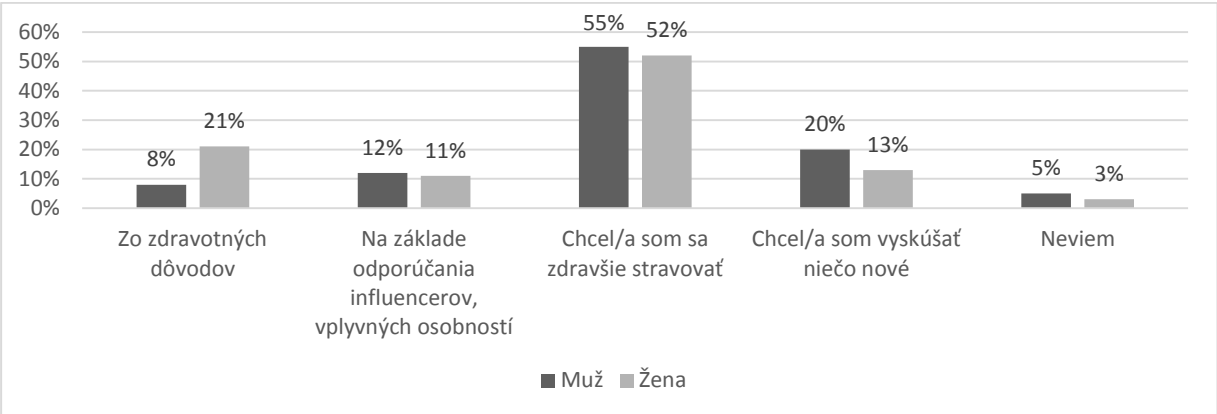
Pohlavie / **Zdroje**	Muž		Žena	
	N=182	%	N=226	%
Facebook	27	15	20	9
Twitter	5	3	4	2
Instagram	40	22	56	25
TikTok	23	13	32	14
YouTube	39	21	31	13
Discord	2	1	2	1
Podcasty	0	0	2	1
Snapchat	0	0	3	1
Google	36	20	68	30
Nevyhľadávam na internete	10	5	8	4



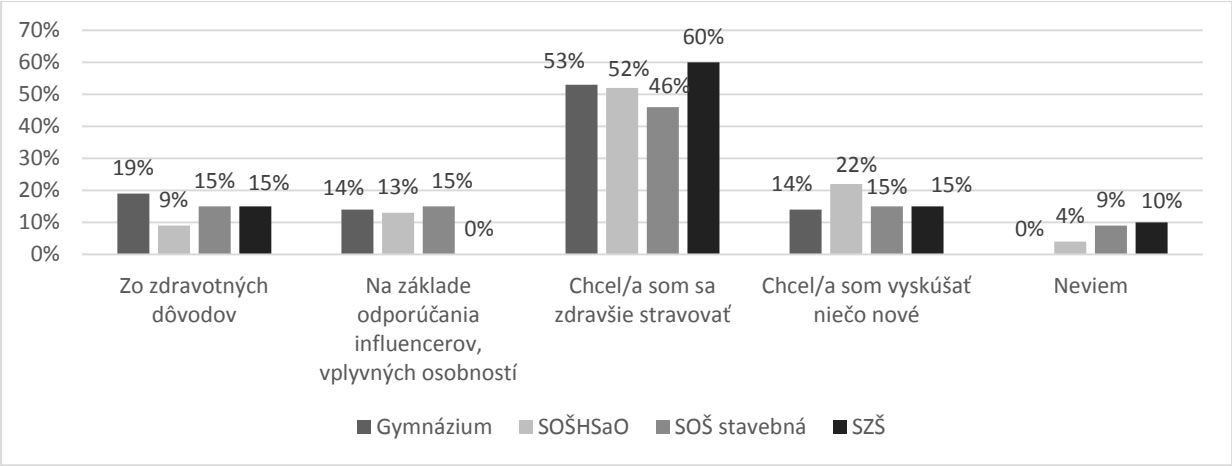
Graf 4 *Porovnanie najčastejšie vnímaných miest na propagáciu potravín, jedál a nápojov podľa pohlavia*



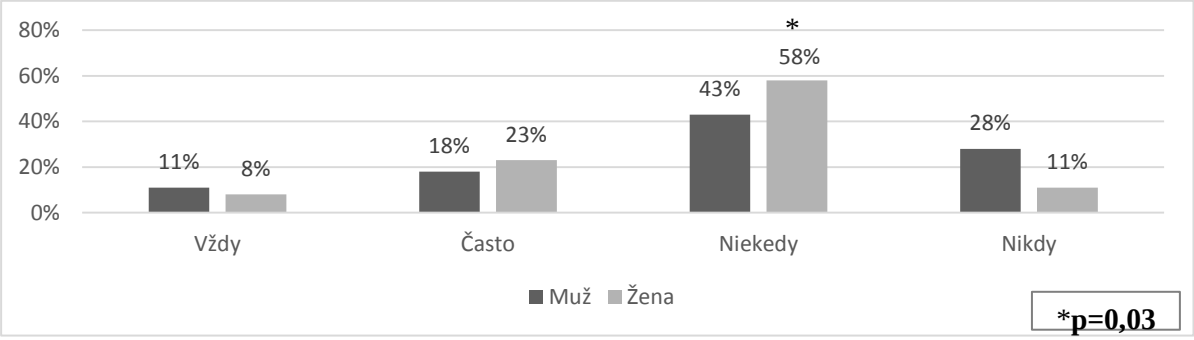
Graf 5 *Porovnanie najčastejšie vnímaných miest na propagáciu potravín, jedál a nápojov podľa škôl*



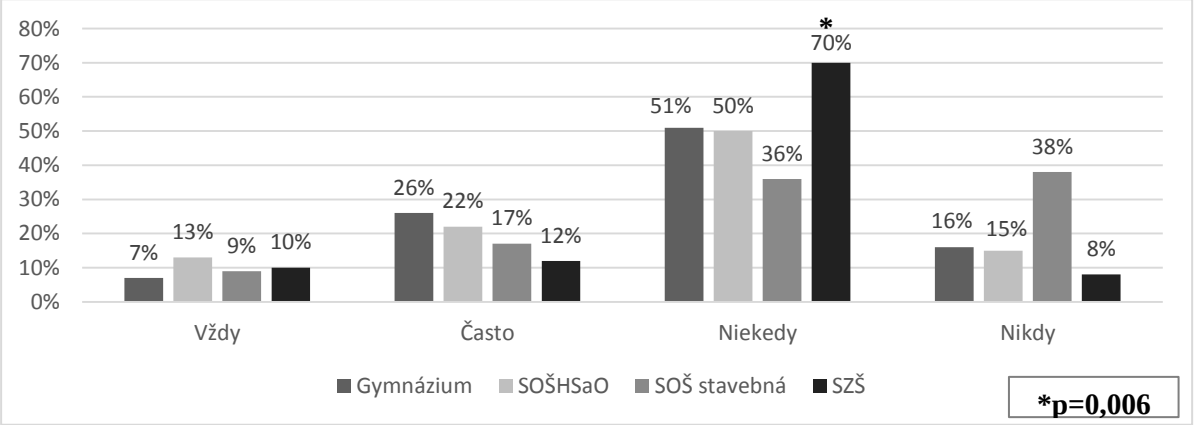
Graf 6 *Porovnanie dôvodu zmeny stravovania na základe masmédií a sociálnych médií podľa pohlavia*



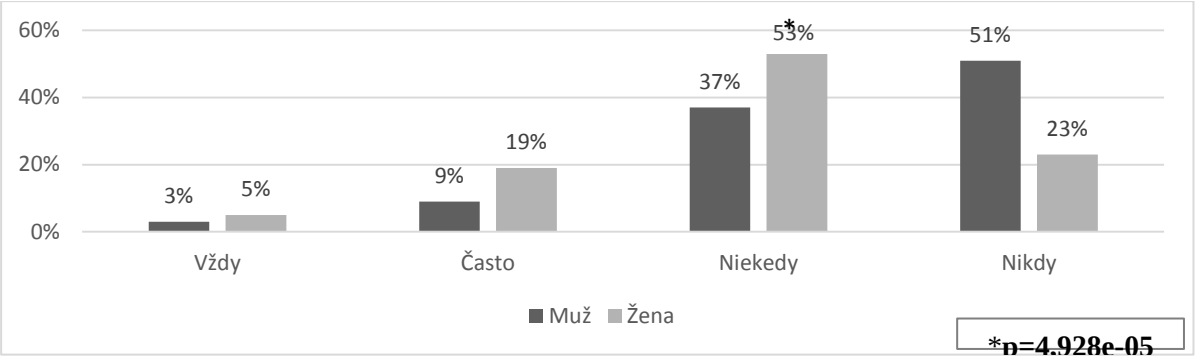
Graf 7 *Porovnanie dôvodu zmeny stravovania na základe masmédií a sociálnych médií podľa škôl*



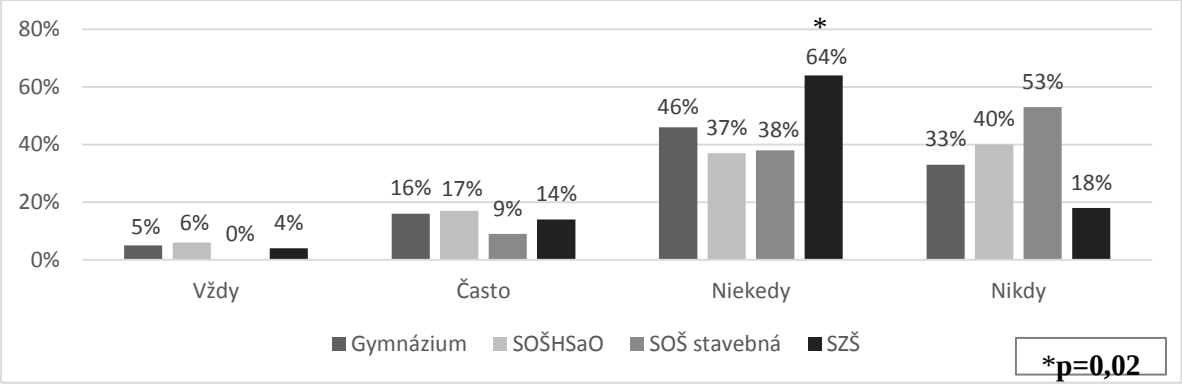
Graf 8 *Porovnanie obmedzovania spánku kvôli sledovaniu/používaniu masovokomunikačných prostriedkov podľa pohlavia*



Graf 9 *Porovnanie obmedzovania spánku kvôli sledovaniu/používaniu masovokomunikačných prostriedkov podľa škôl*



Graf 10 *Porovnanie pocitu nervozity alebo úzkosti pri sledovaní masmédií a sociálnych médií podľa pohlavia*



Graf 11 *Porovnanie pocitu nervozity alebo úzkosti pri sledovaní masmédií a sociálnych médií podľa škôl*

Diskusia

V súčasnosti sú dostupné rôzne zdroje na vyhľadávanie informácií o zdraví. Štúdia v Holandsku zistila, že primárnym zdrojom na vyhľadávanie informácií o zdraví bol internet. Ženy častejšie vyhľadávali informácie o diagnózach, konkrétne 58%, v porovnaní s 31% mužmi (Van de Belt et al., 2013). Výsledky nášho výskumu sa stotožňujú s výsledkami zo štúdie internet bol primárnym zdrojom, ktorý používali respondenti na vyhľadávanie zdravotných informácií, konkrétne u 37% mužov a 34% žien. V Austrálii zistili, že medzi časté marketingové stratégie predaja potravín a nápojov, ktoré mali vplyv na študentov patrili súťaže, slogany, pestré farby, znelky a propagácia influencermi a celebritami. Študenti najviac vnímali propagáciou potravín na platformách sociálnych médií ako Facebook, YouTube, Instagram a aj prostredníctvom tradičných médií ako televízor, billboardy a rádio. (Molenaar et al., 2021). Podobne ako v uvedených štúdiách, aj v našom súbore 37% mužov vnímalo propagáciu jedál, potravín a nápojov v televíznych reklamách a 45% žien na sociálnych sieťach. Štúdia medzi holandskými stredoškolákmi poukázala na kratšie hodiny a nižšiu kvalitu spánku pri používaní sociálnych médií pred spaním (Eijnden et al., 2021). Aj v naše výsledky potvrdili rozdiely pri

obmedzovaní spánku kvôli používaniu masmediálnych prostriedkov podľa pohlavia. Štúdia vo Francúzsku zistila, že tínedžeri, ktorí často porovnávali svoj fyzický vzhľad s výzorom ľudí sledovaných na sociálnych sieťach, prežívali častejšie negatívne pocity, pričom hlavným dôvodom bola nespokojnosť s vlastným telom (Jiotsa et al., 2021). Až 53% žien uviedlo, že niekedy pociťovali nervozitu alebo úzkosť pri sledovaní obsahu uverejneného na sociálnych sieťach, napríklad pri porovnávaní sa s vplyvnými osobnosťami alebo pri nesúhlase s uverejneným obsahom, v porovnaní s 37% mužov.

Záver

Na základe výsledkov môžeme skonštatovať, že využívanie masovokomunikačných prostriedkov má dopady na stravovanie, vnímanie relevantných informácií a duševné zdravie stredoškolákov. Z pohľadu zdravia verejnosti je dôležité sa zamerať na možné riziká v súvislosti so zdravím, ktoré prinášajú nové technológie.

Literatúra

1. ABI-JAOUDE, E. – NAYLOR, K. – PIGNATIELLO, A. 2020. Smartphones, social media use and youth mental health. In CMAJ. [online]. 2020, vol. 192, no. 6 [cit. 2022-10-04]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012622/>.
2. CRONE, E. A. – KONIJN, E. A. 2018. Media use and brain development during adolescence. In Nature Communications. [online]. 2018, vol. 9, no. 1 [cit. 2022-12-01]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5821838/>.
3. EIJNDEN, RJJM. et al. 2021. Social Media Use and Adolescents' Sleep: A Longitudinal Study on the Protective Role of Parental Rules Regarding Internet Use before Sleep. In International Journal of Environmental Research and Public Health. [online]. 2021, vol. 18, no. 3 [cit. 2023-03-03]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7907989/>.
4. INTERNATIONAL CHAMBER OF COMMERCE (ICC). 2018. Advertising and Marketing Communications Code. [online]. 2018. [cit. 2022-12-02]. Dostupné na internete: <https://iccwbo.org/publication/icc-advertising-and-marketing-communications-code/>.
5. JIOTSA, B. et al. 2021. Social Media Use and Body Image Disorders: Association between Frequency of Comparing One's Own Physical Appearance to That of People Being Followed on Social Media and Body Dissatisfaction and Drive for Thinness. In International Journal of Environmental Research and Public Health. [online]. 2021, vol. 18, no. 6 [cit. 2023-03-04]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8001450/>.

6. LARNYO, E. et al. 2021. Assessing the Impact of Social Media Use on Everyday Emotion in Health Crises: A Study of International Students in China during COVID-19 . In Healthcare. [online]. 2021, vol. 9, no. 8 [cit. 2022-10-03]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8391648/#app1-healthcare-09-01011>.
7. MOHAMMADBEIGI, A. et al. 2016. Sleep Quality in Medical Students; the Impact of Over-Use of Mobile CellPhone and Social Networks. In Journal of Research in Health Sciences. [online]. 2016, vol. 16, no. 1, p. 46-50. [cit. 2023-03-03]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7189085/>.
8. MOLENAAR, A. et al. 2021. Effects of Advertising: A Qualitative Analysis of Young Adults' Engagement with Social Media About Food. In Nutrients. [online]. 2021, vol. 13, no. 6 [cit. 2023-02-25]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8226576/>.
9. SARAF, R. A. – BALAMURUGAN, J. 2018. The Role of Mass Media in Health Care Development: A Review Article. In Journal of Advanced Research in Journalism & Mass Communication. [online]. 2018, vol. 5, no. 1&2, p. 39-43. [cit. 2022-10-08]. Dostupné na internete: <https://www.researchgate.net/publication/327764556_The_Role_of_Mass_Media_in_Health_Care_Development_A_Review_Article>. ISSN 2395-3810.
10. VAN DE BELT, T. H. et al. 2013. Internet and Social Media For Health-Related Information and Communication in Health Care: Preferences of the Dutch General Population. In Journal of Medical Internet Research. [online]. 2013, vol. 15, no. 10 [cit. 2022-09-30]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806385/#app1>.

Kontakt:
doc. Ing. Margaréta Kačmariková PhD., MPH
Katedra verejného zdravotníctva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita v Trnave
E-mail: margareta.kacmarikova@truni.sk

VÝUČBA VOJENSKÉHO ZDRAVOTNÍCTVA NA KATOLÍCKEJ UNIVERZITE V RUŽOMBERKU V NELEKÁRSKYCH ZDRAVOTNÍCKYCH ODBOROCH

Tuition of Military Health Service at The Catholic University in Ružomberok in Non-Medicine Healthcare Branches

Andrea Ševčovičová[1,2,3], Jozef Babečka[3]

[1]Ozbrojené sily Slovenskej republiky
[2]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava,
Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi, Rožňava
[3]Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

V letnom semestri akademického roka 2022/23 zahájila Katolícka univerzita v Ružomberku výučbu výberového predmetu Úvod do vojenského zdravotníctva. Vyučovanie samostatného predmetu s obsahovým zameraním na vojenské zdravotníctvo sa v nevojenskom prostredí vysokých škôl doposiaľ nerealizovalo. Za uvedením výučby do praxe stojí spolupráca Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku s Referátom vedy a výskumu Ústrednej vojenskej nemocnice SNP – Fakultnej nemocnice v Ružomberku. Výučba pod vedením vojenskej zdravotníčky prebiehala v aule nemocnice, ktorá je univerzitnou výučbou základňou. Okrem prednáškových blokov do ktorých prispeli odovzdávaním skúseností zo svojich pracovísk ďalší vojenskí zdravotníci sa študenti zlepšovali v zručnostiach počas praktických cvičení. Záujem vyvolala aj exkurzia vo vojenskom výučbovom pracovisku. Historicky prvými absolventami predmetu sa stali poslucháči 2. ročníka bakalárskych študijných odborov rádiologická technika, verejné zdravotníctvo a urgentná zdravotná starostlivosť, s najvyšším zastúpením absolventiek z odboru ošetrovateľstva. Niektorí poslucháči využili možnosť ďalšej spolupráce s vyučujúcou prostredníctvom dobrovoľnej účasti na záchranárskych súťažiach a aktivitách sústavného vzdelávania, aj za prítomnosti vojenských zdravotníkov.

Kľúčové slová: Nelekárske zdravotnícke odbory. Nový výberový predmet. Vojenské zdravotníctvo. Výučba.

Abstract

In the summer semester of the academic year 2022/23 the Catholic University in Ružomberok started the tuition of the optional subject The Introduction to the Military Health

Service. The tuition of an individual subject with content focus on the military health service has not been carried out so far in the non-military university environment. In the background of introducing the tuition into practice stands a cooperation of The Faculty of Health Service of the Catholic University in Ružomberok with the Department of Science and Research of the Central Military Hospital in Ružomberok - the Faculty Hospital in Ružomberok. The tuition managed by a military medic took place in the aula of the hospital, which is the university teaching base. Apart from lecture blocks, to which also contributed other military medics by delivering the experience from their workplaces, the students improved their skills during practical exercises. What also evoked the interest, was an excursion to the military education workplace. Historically first graduates of the subject became the collegians of the 2nd year of bachelor studies in the fields of radiology technics, public health service, and urgent health care, with the highest rate of the female graduates from the nursery department. Some of the collegians took an opportunity of the further cooperation with the tutor through the voluntary participation in the rescue competitions and activities of constant education, also with presence of military medics.

Keywords: Non-medicine healthcare branches. New optional subject. Military health service. Tuition.

Úvod

Katolícka univerzita (KU) v Ružomberku ponúka možnosť štúdia na štyroch fakultách. Okrem Teologickej fakulty sa študenti môžu vzdelávať vo viac ako 90 akreditovaných študijných programoch na Pedagogickej a Filozofickej fakulte a na Fakulte zdravotníctva (FZ). Pri svojom vzniku 1. júla 2000 začínala pôvodne s dvoma fakultami, ale od 1. júla 2005 začala na KU pôsobiť práve zdravotnícka fakulta. V súčasnosti KU uskutočňuje pedagogickú a vedeckú činnosť v oblasti humanitných, pedagogických, prírodných, sociálnych a zdravotníckych vied (KU v Ružomberku, 2023). Poslaním všetkých jej fakúlt, vrátane FZ je formovanie mysle a srdca v duchu katolíckej morálnej, intelektuálnej a akademickej tradície, ale tiež poskytovanie univerzitného vzdelávania a výchovy. V neposlednom rade je cieľom univerzity uskutočňovanie výskumu (Lacko, 2022).

Na FZ sa uskutočňuje vzdelávanie v nelekárskych vedách. V akademickom roku 2022/2023 sa na FZ realizovalo bakalárske štúdium v dennej forme vo viacerých študijných odboroch. Poslucháči mali možnosť absolvovať štúdium v odbore fyzioterapia, laboratórne vyšetrovacie metódy, ošetrovateľstvo, rádiologická technika, urgentná zdravotná starostlivosť a verejné zdravotníctvo. Súčasťou vzdelávania bolo aj bakalárske štúdium v externej forme v študijnom programe ošetrovateľstvo, magisterské a doktorandské štúdium v odbore fyzioterapia. FZ má zároveň priznanú spôsobilosť pre postgraduálne vzdelávanie v

špecializačnom odbore Starostlivosť o kriticky chorých, Ošetrovateľská starostlivosť o dospelých a v certifikačnom študijnom programe Funkčné vyšetrovacie metódy. Realizuje sa aj študijný program sústavného vzdelávania Neodkladná podpora životných funkcií a na fakulte sa uskutočňuje aj vzdelávanie v Kurze prvej pomoci (Lacko, 2022).

Absolventi nelekárskych študijných odborov nachádzajú veľmi dobré uplatnenie v praxi nielen doma, ale aj v zahraničí. Po splnení základných podmienok majú v prípade záujmu možnosť požiadať aj o vstup do Ozbrojených síl Slovenskej republiky (OS SR). Absolvovaním základného vojenského výcviku na Základni výcviku a mobilizačného doplňovania v Martine sa môžu podľa dosiahnutého vzdelania následne uchádzať o pracovné pozície v hodnostiach mužstva, poddôstojníkov a v dôstojníckych hodnostiach. Možnosť vzdelávať sa pre potreby OS SR a po ukončení ďalšieho štúdia posilniť rady vojenských dôstojníkov majú aj v nezdravotníckych študijných odboroch na Akadémii ozbrojených síl Milana Rastislava Štefánika (AOS) v Liptovskom Mikuláši, ktorá je štátnou vysokou školou. Tak ako v minulosti, ani teraz však Akadémia neposkytuje možnosť vysokoškolského vzdelávania pre lekárske a nelekárske zdravotnícke študijné odbory.

Letecká fakulta Technickej univerzity v Košiciach na základe zmluvy o spolupráci s AOS v Liptovskom Mikuláši otvorila od akademického roka 2016/2017 inžinierske štúdium pre absolventov bakalárskeho štúdia vybraných študijných odborov, ktorí boli prijatí do štátnej služby profesionálnych vojakov OS SR. Takúto možnosť odobril zákon o štátnej službe profesionálnych vojakov, podľa ktorého je možné absolvovať prípravnú štátnu službu aj na inej vysokej škole než vojenskej. Takto súbežne s vysokoškolským štúdiom plnia kadeti aj vojenský program (TASR, 2016). Ani táto vzdelávacia inštitúcia však nepripravuje vysokoškolsky vzdelaných adeptov priamo pre potreby vojenského zdravotníctva.

Možnosti vzdelávania vojenských zdravotníkov v minulosti

Na našom území platil od roku 1960 tzv. školský zákon, ktorý stanovoval, že vojenské stredné odborné školy sa stali súčasťou jednotnej školskej sústavy štátu. V tomto období pôsobilo na území bývalého Československa niekoľko vojenských učilíšť, sieť doplňovali vojenské všeobecno-vzdelávacie školy a päť vysokých škôl. Vtedajší Vojenský lekársky doškoľovací ústav Jana Evangelistu Purkyně v Hradci Králové sa orientoval na prípravu vojenských lekárov. V roku 1967 zahájili svoju činnosť nové vojenské školy druhov vojsk a služieb. Prijímacie konanie pozostávalo zo zdravotných prehliadok vo vojenských nemocniciach a Ústave leteckého zdravotníctva, prijímacích skúšok kopírujúcich rozsahom a obsahom nároky na študentov verejných stredných škôl a previerok fyzickej pripravenosti (Bada, 2021). Na niektorých týchto stredných školách sa vzdelávali aj študenti v odboroch určených pre potreby vojenského zdravotníctva.

Vojenské stredné školy na Slovensku mali na základe koncepčných dokumentov rezortu obrany ukončiť svoju činnosť k 30. septembru 2003. Následne tak došlo k zrušeniu Vojenskej strednej školy v Liptovskom Mikuláši a Vojenskej strednej školy leteckej v Košiciach, ktoré pripravovali študentov na výkon funkcií plánovaných pre práporčícke hodnosti. Túto úlohu na seba neskôr prebrala vtedajšia akadémia obrany, pripravujúca profesionálnych poddôstojníkov (TASR, 2003). Od roku 2005 bola zrušená aj povinná základná vojenská služba. Záujemcovia o vstup do armády neštudujúci na vojenskej vysokej škole dokladovali dosiahnuté vzdelanie na civilných učilištiach, stredných alebo civilných vysokých školách, nakoľko po vzniku dvoch štátov sa prestali v Čechách pre potreby slovenskej armády vzdelávať aj vojenskí lekári.

Po viac ako dvadsiatich rokoch došlo v roku 2017 k obnoveniu spolupráce a budúci slovenskí vojenskí lekári dostali opäť možnosť študovať vojenskú medicínu na Lekárskej fakulte Univerzity Karlovej v Hradci Králové, čomu predchádzala dohoda o vysokoškolskom štúdiu profesionálnych vojakov OS SR na Fakulte vojenského zdravotníctva Univerzity obrany Brno. Stalo sa tak práve po podpise dohody o vysokoškolskom štúdiu profesionálnych vojakov OS SR medzi Ministerstvom obrany Slovenskej republiky a Ministerstvom obrany Českej republiky. Na Slovensku absentuje vysoká škola pripravujúca do praxe priamo vojenských lekárov, pričom od vzniku samostatnej Slovenskej republiky sa ich doplňovanie realizovalo výlučne regrutáciou absolventov lekárskych fakúlt verejných vysokých škôl. Šesťročné denné štúdium v odbore Všeobecné vojenské lekárstvo bolo pre záujemcov zahájené v akademickom roku 2017/2018 (MOSR, 2017). Prví dvaja úspešní absolventi, vojenskí lekári ukončili štúdium na českej VŠ v roku 2023. Na Slovensku sa regrutácia záujemcov o vstup do OS SR a obsadenie nelekárskych zdravotníckych funkcií vykonáva na základe absolvovaného štúdia na verejných vysokých školách pripravujúcich do praxe adeptov nelekárskych zdravotníckych odborov. Žiadna vysoká škola na Slovensku nepripravuje potenciálnych uchádzačov o vstup do OS SR vo vojenskom zdravotníckom nelekárskom študijnom odbore.

Zahájenie výučby nového predmetu na KU

V letnom semestri akademického roka 2022/2023 sa na KU v Ružomberku zahájila výučba výberového predmetu Úvod do vojenského zdravotníctva. Vyučovanie samostatného predmetu obsahovo zameraného na vojenské zdravotníctvo sa v nevojenskom prostredí vysokých škôl na Slovensku doposiaľ nerealizovalo. Za jeho uvedením do praxe stojí Referát vedy a výskumu Ústrednej vojenskej nemocnice SNP – Fakultnej nemocnice v Ružomberku (UVN) a Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku. Autorkou myšlienky výučby predmetu, ktorý by sprístupnil študentom problematiku vojenského zdravotníctva so všetkými jej špecifikami sa stala hlavná sestra úseku zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti UVN, štábna

nadrotmajsterka Silvia Simová. Možnosť výberu absolvovať výučbu dostali poslucháči 2. ročníka všetkých bakalárskych odborov z Fakulty zdravotníctva (Ševčovičová, 2022a).

Za spolupráce obidvoch inštitúcii sa v novembri 2022 zrealizovalo v aule UVN úvodné stretnutie so študentami. Vyučujúca predmetu rotmajsterka Andrea Ševčovičová predstavila jeho víziu a v diskusii zodpovedala na ďalšie otázky z radov potenciálnych záujemcov o výučbu. Študenti mali následne možnosť prihlásiť sa k absolvovaniu výberového predmetu informovaním ročníkových vedúcich.

Najväčší záujem dozvedieť sa viac o práci vojenských zdravotníkov prejavili budúce bakalárky ošetrovateľstva (Ševčovičová, 2022a). Samotná výuka sa realizovala od februára do mája 2023 formou prednášok a cvičení v priestoroch UVN v Ružomberku, ktorá je výučbovou základňou Katolíckej univerzity (Ševčovičová, 2022b).

Priebeh výučby predmetu Úvod do vojenského zdravotníctva

Výučbu predmetu viedla vojenská zdravotníčka so skúsenosťami na akademickej pôde (Ševčovičová, 2022a), ktorá pre študentov pripravila obsahovo pestrú zmes prednášok. S poslucháčmi sa stretávala pravidelne raz týždenne.

Študenti získali stručný prehľad o histórii vojenského zdravotníctva s dôrazom na Ozbrojené sily Slovenskej republiky. Počas výučby im boli prezentované informácie o organizácii vojenského zdravotníctva. Informovaní boli aj o špecifikách činností vojenských zdravotníkov pri taktickej starostlivosti o zranených v boji, vojenskej chirurgii a vojnových poraneniach s ohľadom na použité zbrane a osobitosti bojového prostredia. Zoznámili sa s triedením zranených, ako aj základmi zdravotníckeho odsunu. V krátkosti boli informovaní aj o pôsobení vojenských zdravotníkov v rámci domáceho i medzinárodného krízového manažmentu, ako aj o možnostiach ich vzdelávania a odborného rastu (Ševčovičová, 2022b). Na každom stretnutí sa okrem prednášok realizovali aj praktické nácviky ošetrovania poranení a manipulácie so zdravotníckymi a nezdravotníckymi pomôckami špecifickými pre vojenské prostredie. Nácviky základných zručností pri ošetrovaní zranených v navodených modelových situáciách sa uskutočnili za využitia jednotlivých pomôcok zo zdravotníckej výbavy jednotlivcov a vojenských zdravotníkov.

Obr. 1 **Ukážka manipulácie s padákom za účasti hosťujúcich vojenských zdravotníkov**
Zdroj: Ševčovičová, 2023d

Každé výučbové stretnutie obohatili svojou prítomnosťou vojenskí zdravotníci so skúsenosťami s pôsobením v zahraničných misiách a v špeciálnych vojenských útvaroch. Ich vstupy prispeli k získaniu prehľadu o činnosti zdravotníkov pri vojenskej polícii, chemickom vojsku, leteckej pátracej a záchrannej službe, v rámci síl pre špeciálne operácie alebo v poľnej nemocnici, ale aj pri realizácii prípravy vojenských profesionálov do zahraničných operácií (Ševčovičová, 2022b, s.27). V prípade záujmu im mohli študenti položiť ďalšie doplňujúce otázky a rozšíriť si tak svoje obzory o práci vojenských zdravotníkov. Civilno-vojenskú spoluprácu počas kovidovej pandémie študentom na základe vlastných skúseností predstavila sestra špecialistka z bratislavskej polikliniky ÚVN SNP Ružomberok – FN. Spoluprácu mikrobiologického laboratória pri observácii profesionálnych vojakov priblížila odborná referentka Referátu vedy a výskumu UVN. Náročnosť práce vojenských zdravotníkov zdôraznil študentom vojenský psychológ.

Reálnu predstavu o záchrane života v taktických podmienkach získali študenti počas absolvovania exkurzie v priestoroch Odboru špecializovaných činností a výcviku Úradu hlavného lekára Ružomberok, na pracovisku Liptovský Mikuláš – Ondrašová pri sledovaní reakcií účastníkov kurzu bojového záchranára (Ševčovičová, 2022b).

Obr. 2 **Stretnutie s vojenskými zdravotníkmi z leteckej pátracej a záchrannej služby**
Zdroj: Ševčovičová, 2023d

Študenti pre úspešné absolvovanie predmetu spracovali v závere výučby seminárnu prácu s nosnou témou osobnosť vojenského zdravotníctva. Najlepšie práce boli následne publikované v odborných časopisoch. Predmet Úvod do vojenského zdravotníctva úspešne absolvovalo 19 poslucháčov z nelekárskych zdravotníckych odborov na FZ KU v Ružomberku.

Pozitívne ohlasy a vízie do budúcna

Počas záverečného stretnutia vyučujúcej so študentami v júni 2023 boli Pochvalným listom ocenení viacerí úspešní absolventi. Za aktívny prístup k výučbe, realizáciu praktických cvičení, výber a spracovanie témy seminárnej práce sa medzi ocenenými ocitli Veronika Hollá (ošetrovateľstvo), Aneta Šostroneková (ošetrovateľstvo) a Denys Dishur (urgentná zdravotná starostlivosť). Úspešným absolventom blahoželali zástupca riaditeľa UVN SNP Ružomberok – FN doktor Vladimír Lengvarský, hlavná sestra úseku zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti UVN štábna nadrotmajsterka Silvia Simová a prodekan pre vedu, výskum a zahraničné vzťahy FZ KU v Ružomberku docent Jozef Babečka.

Historicky prvými absolventmi predmetu Úvod do vojenského zdravotníctva sa stali študenti 2. ročníka odboru rádiologická technika, verejné zdravotníctvo, urgentná zdravotná starostlivosť a ošetrovateľstvo (Ševčovičová, 2023b).

Obr. 3 **Absolventi predmetu počas slávnostného ukončenia jeho výučby**
Zdroj: Široň, 2023

Vyučujúca predmetu ponúkla po ukončení výučby študentom priestor pre ďalšie stretnutia s vojenskými zdravotníkmi účasťou na aktivitách sústavného vzdelávania. Piati študenti sa zúčastnili záchranárskej súťaže - XII. ročníka Memoriálu MUDr. Kovalčíka, MPH., ktorý sa konal 16. – 18. júna 2023 v Lipovciach. Prednášajúca v spolupráci s hlavnou sestrou úseku zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti UVN SNP Ružomberok – FN pripravili a hodnotili súťažnú úlohu, do ktorej zapojili práve absolventov predmetu.

Imitovanie rôznych poranení udalosti s hromadným postihnutím osôb profesionálne zvládli študentky 2. ročníka ošetrovateľstva Monika Krucsayová, Mária Ondrošová, Ivana Papcunová a Jana Šimová, ktoré spolu s Denysom Dishurom (urgentná zdravotná starostlivosť, 2.ročník) a ďalšími účastníkmi prispeli k realistickému zobrazeniu súťažnej úlohy (Ševčovičová, 2023c). Absolventi predmetu Úvod do vojenského zdravotníctva ako súčasť

imitačnej skupiny hodnoverne zúročili nadobudnuté vedomosti pri reakciách na vzniknuté poranenia. Dokázali pohotovo reagovať aj na otázky zo strany súťažiacich posádok týkajúce sa zdravotného stavu.

Následne sa v dňoch 12. – 13. septembra 2023 študentky (Veronika Hollá, Alena Bindasová, Monika Krucsayová, Mária Ondrošová, Kristína Dzuriaková, ošetrovateľstvo, 2. ročník) zúčastnili odbornej konferencie „Poučme sa z minulosti – Lešť 2023“ a záchranárskej súťaže, kde vypomáhali organizátorom pri jednotlivých súťažných úlohách. Denys Dishur (urgentná zdravotná starostlivosť, 2. ročník) absolvoval spolu s vojenskými zdravotníkmi medzinárodnú záchranársku súťaž v triedení systémom S.T.A.R.T a JUMP S.T.A.R.T ako člen ich súťažnej posádky.

Pilotná výučba s víziou pokračovania v nasledujúcom akademickom roku sa stretla s pozitívnymi ohlasmi zo strany študentov, z ktorých viacerí prejavili záujem o posilnenie radov vojenských zdravotníkov. Ozbrojené sily Slovenskej republiky im túto možnosť ponúkajú po splnení podmienok pre vstup do ozbrojených síl absolvovaním základného vojenského výcviku a ďalšieho odborného vzdelávania (Ševčovičová, 2023b).

Záver

Vôbec prvýkrát sa výučba predmetu Úvod od vojenského zdravotníctva v histórii samostatnosti Slovenskej republiky realizovala na KU v Ružomberku. Absolventi výberového predmetu získali základný teoretický prehľad o organizácii vojenského zdravotníctva, špecifikách činnosti vojenských zdravotníkov organizovaných vo funkciách na konkrétnych pracoviskách ako aj postupoch poskytovania pomoci a transportu v taktických bojových podmienkach s ohľadom na špecifiká vojnových poranení. Disponujú informáciami o možnostiach sústavného vzdelávania vojenských zdravotníkov, ich pôsobení v rámci domáceho i medzinárodného krízového manažmentu a základoch medzinárodného vojnového a humanitárneho práva. Získali ucelenú predstavu a dobrý rozhľad o špecifikách práce vojenských zdravotníkov s možnou víziou stať sa súčasťou OS SR.

Zoznam použitej literatúry

1. AOS. 2022. História a súčasnosť. [online] 13.01.2022 [cit. 2023-10-29] Dostupné na: https://www.aos.sk/clanok/historia-a-sucasnost
2. BADA, P. 2021. Vojenské stredné odborné školy. [online] 15.05.2021 [cit. 2023-10-29] Dostupné na: https://www.bezpzlozky.eu/2021/05/vojenske-stredne-odborne-skoly/
3. KATOLÍCKA UNIVERZITA V RUŽOMBERKU. 2023. O univerzite. [online] [cit. 2023-10-29] Dostupné na: https://www.ku.sk/katolicka-univerzita-v-ruzomberku/o-univerzite/

4. LACKO, A. 2022. Príhovor dekana. In *Informácie o štúdiu 2022/23*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku, 2022. 88 s. [online] 09/2022. [cit. 2023-10-29] Dostupné na: https://www.ku.sk/app/cmsSiteBoxAttachment.php?ID=9373&cmsDataID=0
5. MOSR. 2017. Slovenskí vojenskí lekári môžu po viac ako 20-tich rokoch vyštudovať v Hradci Králové. . [online] 01.03.2017 [cit. 2023-10-29] Dostupné na: https://www.mosr.sk/39303-sk/slovenski-vojenski-lekari-mozu-po-viac-ako-20-tich-rokoch-vystudovat-v-hradci-kralove/
6. ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2023a. Vojenské zdravotníctvo prvýkrát vo výučbe. In *Sestra.* ročník 22, 2023, číslo 5-6. s. 6. ISSN 1335-9444.
7. ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2023b. Pilotný projekt výučby vojenského zdravotníctva na KU v Ružomberku. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. 2023; 4:27-28. ISSN 1339-5920.
8. ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2023c. Študenti FZ KU na záchranárskej súťaži. [online] [cit. 2023-10-29] Dostupné na: https://www.ku.sk/fakulty-katolickej-univerzity/fakulta-zdravotnictva/novinky/studenti-fz-ku-na-zachranarskej-sutazi.html
9. ŠEVČOVIČOVÁ, A. 2023d. Fotodokumentácia. Súkromný archív.
10. ŠIROŇ, S. 2023. Fotodokumentácia. Súkromný archív.
11. TASR. 2003. Vojenské stredné školy sa zrejme zrušia k 30.septembru tohto roka. In SME Domov. [online] 21.05.2003 [cit. 2023-10-29] Dostupné na: https://domov.sme.sk/c/985029/vojenske-stredne-skoly-sa-zrejme-zrusia-k-30-septembru-tohto-roka.html
12. TASR. 2016. Vojenskí kadeti budú študovať aj na Technickej univerzite v Košiciach. [online] 04.04.2016 [cit. 2023-10-29] Dostupné na: https://www.teraz.sk/slovensko/vojenski-kadeti-budu-studovat-aj-na/190010-clanok.html
13. UVN. 2023. Študenti sa v Ružomberku učia o vojenskom zdravotníctve. In RK magazín. [online] 24.02.2023 [cit. 2023-10-29] Dostupné na: https://rkmagazin.sk/studenti-sa-v-ruzomberku-ucia-o-vojenskom-zdravotnictve/

Kontakt:
PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi
Kósu Schoppera 22
048 01 Rožňava
E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

CZYNNIKI STRESOGENNE ORAZ SYMPTOMY WYPALENIA ZAWODOWEGO PIELĘGNIAREK PRACUJĄCYCH NA ODDZIAŁACH PSYCHIATRYCZNYCH

Stressors and Symptoms of Burnout of Nurses Working in Psychiatric Wards

Andrei Shpakou[1]
0000-0003-4340-5211
Krzysztof Mancewicz[2]
0000-0002-0997-451X
Krystyna Kowalczuk[1]
0000-0001-5680-8859

[1]Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska
[2]Zakład Pielęgniarstwa, Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku, Polska

Streszczenie

Wprowadzenie. Praca w pielęgniarstwie staje się coraz bardziej uciążliwa psychicznie i fizycznie. Pielęgniarki psychiatryczne pracują w sytuacjach silnego i długotrwałego stresu, wynikającego z nieprzewidywalności zachowań i agresji pacjentów oraz innych czynników stresogennych w tym różnych skutków pandemii COVID-19. Całość uwarunkowań związanych z pracą zawodową wpływa na potęgowanie subiektywnego poczucia stresu, co może doprowadzić do występowania symptomów zespołu wypalenia zawodowego, który nie tylko obniża jakość wykonywanej pracy i satysfakcje z życia oraz blokuje dalszy rozwój zawodowy.
Celem badań była analiza wpływu stresorów na powstawanie poczucia stresu według subiektywnej oceny respondentek oraz ocena symptomów wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrycznych.
Materiał i metody. W badaniu kwestionariuszowym pod koniec pandemii COVID-19 w 2022 roku wzięło udział 104 pielęgniarki psychiatryczne, pracujące na terenie województwa podlaskiego. Narzędziem badania był autorski kwestionariusz.
Wyniki. Stwierdzono że w pracy pielęgniarek występują czynniki stresogenne związane z cechami indywidualnymi jednostki, opieką nad specyficznym pacjentem oraz czynnikami organizacyjnymi w środowisku pracy. Krytyczną sytuację stresogenną stanowi stosowanie przymusu bezpośredniego, co prowadzi do wzrostu gniewu. Respondentki, którzy deklarują, że konieczność stosowania przymusu jest dla nich bardzo silną sytuacją stresogenną częściej traktują pacjentów przedmiotowo, niż ankietowani, dla których wymieniona sytuacja niesie niski poziom nasilenia stresu. Badani deklarują występowanie symptomów wypalenia zawodowego, poziom których respondentki określają jako wysoki.

Wnioski. Poziom występujących czynników stresogennych i symptomów wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych jest wysoki. Wraz z odczuciem stresu wzrasta niezadowolenie z pracy wymuszone koniecznością stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Wzrost odczucia nasilenia czynnika stresogennego związanego z pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta powoduje łatwiejsze wpadanie w złość. Wśród czynników stresogennych – predyktorów wypalenia zawodowego najczęściej wyróżniane: presja czasu oraz zbyt mała liczbą personelu pielęgniarskiego.

Słowa kluczowe: Pielęgniarstwo psychiatryczne. Czynniki stresogenne. Wypalenie zawodowe.

Abstract

Introduction. Work in nursing is becoming increasingly mentally and physically strenuous. Psychiatric nurses work in situations of severe and prolonged stress, resulting from the unpredictability of patients' behavior and aggression, as well as other stressors including the various effects of the COVID-19 pandemic. The totality of conditions associated with professional work affects the intensification of the subjective sense of stress, which can lead to the occurrence of symptoms of occupational burnout syndrome, which not only reduces the quality of work and life satisfaction, but also blocks further professional development.

The purpose of this study was to analyze the impact of stressors on the development of a subjective sense of stress and to assess the symptoms of professional burnout among nurses working in psychiatric wards.

Material and methods. A questionnaire survey at the end of the COVID-19 pandemic in 2022 was conducted with 104 psychiatric nurses working in the Podlaskie province. The tool of the study was the author's questionnaire.

Results. It was found that in the work of nurses there are stressors related to the characteristics of the individual, the care of a specific patient and organizational factors in the work environment. A critical stressor situation is the use of direct coercion, which leads to an increase in anger. Respondents who declare that the need to use coercion is a very strong stressor situation for them are more likely to treat patients objectively than respondents for whom the mentioned situation carries a low level of stress intensity. Respondents declare the presence of symptoms of professional burnout, the level of which respondents describe as high.

Conclusions. The level of occurring stressors and symptoms of professional burnout in psychiatric nurses is high. Along with the feeling of stress there is an increase in dissatisfaction with work forced by the need to use direct coercion on the patient. The increase in the feeling of the severity of the stress factor associated with the deterioration of the patient's condition

causes anger more easily. Among the stressors – predictors of professional burnout most often distinguished time pressure and too few nursing staff.

Keywords: Psychiatric nursing. Stressors. Professional burnout.

Wprowadzenie

Pielęgniarstwo jest profesją oraz misją związaną ze sprawowaniem opieki nad pacjentem na różnych etapach jego życia, niezależnie od wieku, płci, stanu zamożności, stanu zdrowia lub choroby [1]. Przemiany cywilizacyjne i wzrastające wymagania stawiane zawodom medycznym spowodowały, że koszty psychologiczne jakie ponoszą w swojej pracy pielęgniarki są coraz poważniejsze [2]. Na oddziałach psychiatrycznych pielęgniarka pełni rolę terapeuty, psychologa, wykorzystując plany opieki pielęgniarskiej. Pracuje z pacjentem trudnym, często agresywnym lub przeciwnie depresyjnym. Niejednokrotnie pielęgniarka styka się z ogromnymi oczekiwaniami pacjenta, a jednocześnie często z całkowitym brakiem szacunku w stosunku do swojej osoby [3]. Istotne jest odpowiednie podejście do pacjenta trudnego i właściwe zareagowanie na zmianę jego zachowania. Nagłe pogorszenie stanu zdrowia i ogromna odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta towarzyszą jej każdego dnia. Braki kadrowe i ogromny wysiłek, aby sprostać oczekiwaniom pacjenta, zbyt duże obciążenie wpływają na stan psychiczny pielęgniarek, co może prowadzić do wielu sytuacji stresogennych, w tym do stresu długotrwałego, przewlekłego [4].

Wśród czynników stresogennych występujących na stanowisku pielęgniarki psychiatrycznej wymieniane są przede wszystkim te związane z czynnikami ryzyka zawodowego [5]. Stres zawodowy rozumiany jest jako subiektywna negatywna reakcja na te aspekty pracy zawodowej, które związane z kontaktem z samym pacjentem, jego rodziną, presją czasu, organizacją, warunkami czy metodami pracy, kontaktem ze współpracownikami, przełożonymi, co może zagrażać samoocenie i dobremu samopoczuciu podczas wykonywania pracy [6]. Pielęgniarka psychiatryczna w związku z wysokim, ciągłym narażeniem na czynniki stresogenne oraz dużą ilość godzin pracy, a co za tym idzie brakiem czasu na odstresowanie, odpoczynek, jest szczególnie narażona na ryzyko wystąpienia symptomów wypalenia zawodowego [7]. Wypalenie w porównaniu do stresu jest reakcją długotrwałą, stopniowo postępującą w czasie. Dotyczy przede wszystkim sfery emocjonalnej oraz sfery fizycznej. Pogłębiające się wypalenie zawodowe prowadzi do podejrzliwości, depersonalizacji, osamotnienia oraz innych patologicznych zmian osobowości [8].

Celem badań była analiza wpływu stresorów na powstawanie poczucia stresu według subiektywnej oceny respondentek oraz ocena symptomów wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrycznych.

Materiał i metody badań

W badaniu, przeprowadzonym pod koniec pandemii COVID-19 w 2022 roku wzięły udział 104 pielęgniarki psychiatryczne, pracujące na terenie województwa podlaskiego. Ze względu na wielowymiarowy przedmiot badania zastosowano badanie ilościowe, które w pełni zobrazują problem. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Jako technikę wybrano ankietę, a narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 32 pytań. Pierwsza część kwestionariusza dotyczyła danych socjodemograficznych: płeć, wiek, stan cywilny i inne. Druga – odnosiła się do charakterystyki pracy zawodowej. Pytania trzeciej części kwestionariusza były związane ze stresem, sytuacjami stresogennymi oraz nasileniem czynników stresogennych z objawami wypalenia zawodowego. Dla tego zostały wykorzystane pytania ze standaryzowanego kwestionariuszu Wypalenia Zawodowego (MBI – Maslach Burnout Inventory) [9]. Analizę wykonano przy pomocy pakietu Statistica 13.0 PL i pod uwagę wzięto wszelkie parametry, które znalazły się na poziomie istotności $p<0,05$.

Wyniki

Pielęgniarki zatrudnione były na różnych stanowiskach w oddziałach psychiatrycznych. Zdecydowana większość (74,7%) pełniła funkcję odcinkowej. Pracę w systemie zmianowym zadeklarowało 100% badanych. Większość respondentek (65%) pracuje powyżej 160 godzin miesięcznie. Swoją pracę jako stresującą subiektywnie ocenia 61 osób (58,7% badanych). Tylko 10 osób (9,7%) badanych uznało, że ich praca nie jest stresująca. Niewielki poziom wpływu czynników stresogennych odnotowano wśród 33 (31.7%) respondentek. Wyniki badań socjodemograficznych w zależności od subiektywnej oceny stresu przedstawia tabela 1.

Tabela 1 *Socjodemograficzna charakterystyka respondentek w zależności od subiektywnej oceny stresu*

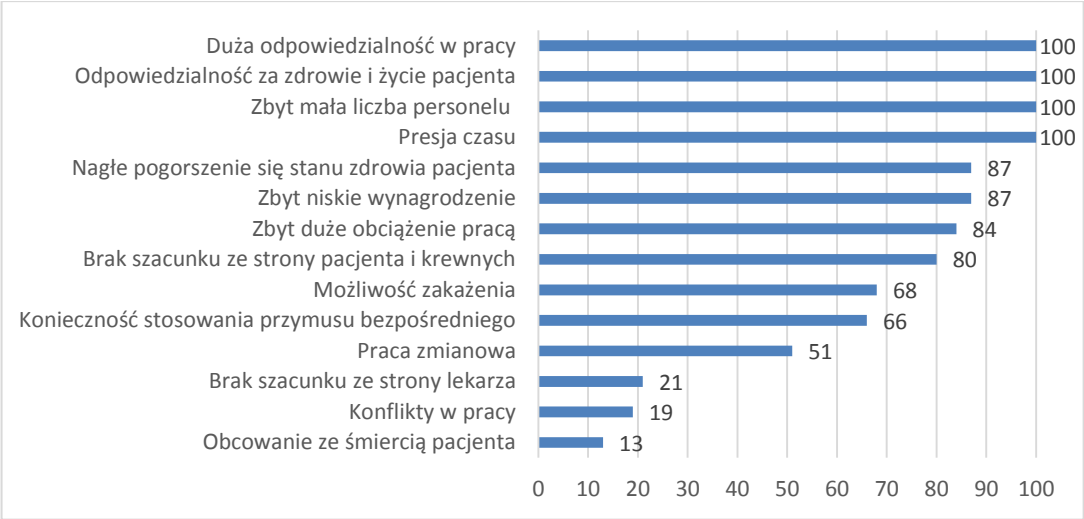
Parametr	Subiektywna ocena stresu w pracy N (%)			Test Chi^2 Pearsona; χ2; *p*
	Stresujący charakter pracy „Stres+" (N=61)	Brak stresu lub jego niewielki poziom „Stres-" (N=43)	Total (N=104)	
Wiek 25-35 lat	10 (16,4)	6 (14,0)	16 (15,4)	1,2, $p>0,5$
36-45 lat	16 (26,2)	15 (34,9)	31 (29,8)	
46-55 lat	23 (37,7)	16 (37,2)	39 (37,5)	
56 i więcej lat	12 (19,7)	6 (14,0)	18 (17,3)	
Stan cywilny (mężatka)	43 (70,5)	29 (67,4)	72 (69,3)	0,7, $p>0,5$
Praca > 160 godz./miesięcznie	44 (72,1)	21 (48,8)	65 (62,5)	10,3, $p<0,01$
Dodatkowa praca w innej instytucji	13 (61,9)	8 (38,1)	21 (20,2)	4,8, $p<0,05$

Legenda: N – liczba obserwacji, % to odsetek całkowitej liczby uczestników badania w danej grupie; χ2 – test chi-kwadrat Pearsona (różnice między grupami są istotne statystycznie).

Nasilenie stresu ma tendencję wzrostową z wiekiem. Przedział wieku 46-55 lat charakteryzuje się najwyższym poziomem stresu. Stan cywilny (zamężne kobiety) nie wpływa na poziom odczuwanego stresu. Jednak praca powyżej 160 godzin miesięcznie znacząco wpływa na subiektywne odczuwanie stresu. Również dodatkowa praca w innych instytucjach ma tendencję wpływową na manifestowanie stresu u pielęgniarek. Wśród determinant stresu respondentki wymieniały negatywne relacje z pacjentem (71,2% badanych), z przełożonymi (16,3%). Mniej istotne sytuacje stresotwórcze to: relacje z rodziną pacjenta (6,7%), relacje z lekarzami (2,9%) oraz ze współpracownikami (2,9%). Pielęgniarki, które subiektywnie stwierdziły występowanie u siebie przejawów stresu, często (72,.3%) określały kontakt z krewnymi pacjenta jako stresogenny czynnik. Stres związany z pracą u 29,9% badanych przyczynia się do niechęci do spełnienia swoich obowiązków zawodowych. Większość badanych deklaruje, że czuje obojętność przed rozpoczęciem pracy (36,5%). Niepokój, irytację, strach, złość odczuwa 20,2% badanych. Bardzo często cierpliwość w pracy traci 4,8% respondentek, raz w tygodniu 4,6%, kilka razy w miesiącu 19,2%, zaś raz w miesiącu 8,7% badanych. Codzienny stres związany z pracą z pacjentem odczuwa 14,4% respondentek, raz w tygodniu – 37,5%, zaś kilka razy w miesiącu 37,8% badanych. Dość często w grupie „Stres+" stres związany z pracą jest przenoszony na rodzinę. Jako najbardziej stresujące czynniki respondentki wskazują na: zbyt wiele obowiązków (73,1%), presję czasu (70,2%), obciążenie pracą psychiczną i fizyczną (64,4%) oraz nieprzyjemny kontakt z pacjentem (33,7%).

Stosowanie przymusu jest bezpośrednio związane z subiektywną oceną stresu i jest potężnym stresorem w pracy pielęgniarskiej. Na ten czynnik wskazało 73,8% badanych, którzy zgłaszali występowanie u nich stresu. Przymus bezpośredni raz w tygodniu stosuje 13,2% respondentek. Najliczniejszą grupę badanych (44,2%) stanowią ci, którzy przymus bezpośredni muszą zastosować kilka razy w miesiącu. Mniejszość stanowią respondentki, którzy rzadko (12,5%) lub bardzo rzadko (15,4%) stosują przymus bezpośredni. Nasilenie czynników stresogennych w pracy pielęgniarki psychiatrycznej przedstawia rycina 1.

Respondentki uznali, że duża odpowiedzialność w miejscu pracy, odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, nagłe pogorszenie stanu zdrowia podopiecznego, presja czasu i mała ilość personelu pielęgniarskiego, nie zawsze przyzwoite wynagrodzenie, brak szacunku ze strony pacjenta i jego rodziny, możliwość zakażenia się i konieczność stosowania przymusu stanowią wysoki i bardzo wysoki poziom ryzyku stresogenności w pracy pielęgniarki.



Rycina 1 *Najważniejsze czynniki stresogenne, które respondentki uważają za wpływowe (%)*

Deklaracja występujących symptomów wypalenia jest następująca: zaburzenia apetytu i spadek lub wzrost masy ciała (16,3%), przedmiotowe traktowanie podopiecznych (33,7%), nadużywanie alkoholu, nikotyny, leków (14,4%), zaniedbywanie obowiązków związanych z pracą (14,4%), obniżenie zainteresowania członkami rodziny, znajomymi (20,2%), łatwe wpadanie w złość (28,8%), trudności w relaksowaniu się (37,5%), ograniczenie aktywności fizycznej (44,2%). Najczęściej występującymi wśród badanych symptomami wypalenia zawodowego, które deklaruje co najmniej połowa respondentek są: poczucie zmęczenia (71,2%), bóle głowy i pleców (65,4%) oraz zaburzenia snu (52,9%). Istnieje wysoce istotna (p<0,05) współzależność między przynależnością do grup "Stres+" i "Stres -" a odpowiedziami na pytania wskazującymi na obecność objawów wypalenia zawodowego. Wartość współczynnika korelacji jest w granicach luźnego powiązania (r=0,3-0,4).

Tabela 2 *Korelacja porządku rang Spearmana między wynikami przynależności do grupy Stres +/- oraz odpowiedzi na temat predyspozycji do wypalenia zawodowego*

Odpowiedzi na pytania	Korelacja (rang Spearmana), p<0,05
Konieczność stosowania przymusu bezpośredniego	0,402
Łatwe wpadanie w złość	0,327
Ograniczenie aktywności fizycznej	0,349
Obniżenie zainteresowania	0,324
Trudności w relaksowaniu się	0,305
Sumaryczny wskaźnik symptomów wypalenia zawodowego	0,386

Sumaryczny wskaźnik predyspozycji do wypalenia zawodowego wśród respondentek, którzy subiektywnie odnieśli siebie do grupy Stres+ był znacznie wyższy niż w grupie respondentek, którzy nie zaklasyfikowali się do tej grupy (30,1±8,84 vs 23,7±7,02, p<0,001; mediana 29,0 vs 24,0; U=752, p<0,001).

Dyskusja

W przeprowadzonych badaniach własnych pielęgniarki psychiatryczne deklarują wysoki poziom występujących czynników stresogennych i symptomów – predyktorów wypalenia zawodowego. Badania w czasie pandemii COVID-19 pokazują, że 54% pielęgniarek odczuwało wypalenie zawodowe, przy czym poziom wypalenia określa się od umiarkowanego do powyżej przeciętnego [10]. Nierzadko manifestacją jest łatwe wpadanie w złość [11]. Lewandowska i Litwin nazywają go rozdrażnieniem, a stres pozostaje w relacji do odczuwanej złości [12]. Pielęgniarki na oddziałach psychiatrycznych deklarują, że istotnym obciążeniem psychicznym jest dla nich stosowanie przymusu bezpośredniego wobec pacjenta, co potwierdzają Rejek i Szmigiel [13]. Przeprowadzone badania własne wykazały, że niezadowolenie z pracy i łatwe wpadanie w złość wzrasta wraz z odczuciem stresu na skutek konieczności stosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę wobec pacjenta oraz nagłego pogorszenia się stanu jego zdrowia.

Badania Sęk wykazały, że dużą rolę w rozwoju wypalenia zawodowego odgrywają czynniki organizacyjne, czyli te wynikające ze specyfiki pracy [14]. Maslach udowodnił, że poziom wypalenia rośnie wraz z liczbą przypadających godzin, zadań, obowiązków, czyli właśnie w skutek zbyt dużego obciążenia pracą [15]. Badania te jednak nie precyzują czynników jakimi spowodowany jest stres, czy nie poddają dokładnej analizie wpływu czynników stresogennych na konkretny objaw wypalenia zawodowego. Badanie własne wykazuję, że subiektywne poczucie zmęczenia wzrasta wraz ze wzrostem odczucia niezadowolenia z pracy. Niektóre badania wskazują, że 84% pielęgniarek skarżą się na nadmierną liczbę pacjentów z jaką pracują i właśnie zbyt małą liczbę personelu pielęgniarskiego wymieniają jako główny czynnik stresu [16]. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że aż 90% pielęgniarek jako czynnik stresogenny uznaje zbyt małą liczbę pielęgniarek. Literatura przedmiotu rzadko definiuje zależności między sytuacją stresogenną wynikającą z presji czasu, a zmęczeniem. Badania własne ukazują, że taka zależność istnieje. Stwierdzono że poczucie zmęczenia wzrasta wraz ze wzrostem stresu wywołanego presją czasu.

Reasumując, środowisko pracy na oddziale psychiatrycznym niesie ze sobą stres wynikający z zakresu obowiązków, relacji z pacjentami, organizacji pracy. Dlatego w obecnych czasach tak ważne staje się prawidłowe zdefiniowanie czynników stresogennych występujących w pracy oraz skuteczne im przeciwdziałanie w zapobieganiu wypalenia zawodowego z poważnymi konsekwencjami. Zapobieganie temu zjawisku nie jest proste, gdyż wypalenie zawodowe jest jednostką wieloaspektową i zwykle występuje kilka, nawet kilkanaście predyktorów.

Wnioski

Pielęgniarki psychiatryczne są narażone na dość wysoki poziom stresu. Stwierdzono następujące czynniki stresogenne: sytuacje związany z dużą odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjenta, presję czasu, konieczność stosowania przymusu bezpośredniego oraz problemy związane z małą liczbę personelu na oddziałach. Dość często wzrost odczucia nasilenia czynnika stresogennego związanego z pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, powoduje wzrost odczuwanego nasilenia stresu. Wraz z odczuciem stresu wzrasta niezadowolenie z pracy wymuszone koniecznością stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjenta. Poziom występujących czynników stresogennych i symptomów wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych jest powyżej średniego. Wśród najważniejszych determinant predyspozycji do wypalenia zawodowego są: poczucie zmęczenia, bóle głowy i pleców oraz zaburzenia snu.

Literatura

1. CIECHANIEWICZ W.: Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. PZWL, Warszawa, 2006.
2. WOJCIECHOWSKA W, MAŁECKA B, SUCHORSKA L. The level of occupational burnout among nurses working in hospice home care. Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine. 2022;14(1):41–47. https:10.5114/pm.2022.118723.
3. YADA H, OMORI H, FUNAKOSHI Y, KATOH T. Current state of research on occupational stress of psychiatric nurses and insight into its future. J UOEH. 2010;32(3):265–272. doi:10.7888/juoeh.32.265.
4. HUGHES H, UMEH K. Work stress differentials between psychiatric and general nurses. Br J Nurs. 2005;14(15):802–808. https:10.12968/bjon.2005.14.15.18597
5. YANG J, TANG S, ZHOU W. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Work Stress and Mental Health of Psychiatric Nurses. Psychiatr Danub. 2018;30(2):189–196. https:10.24869/psyd.2018.189
6. ADRIAENSSENS J, DE GUCHT V, MAES S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. J Nurs Manag. 2015;23(3):346–358. doi:10.1111/jonm.12138
7. YOSHIZAWA K, SUGAWARA N, YASUI-FURUKORI N, et al. Relationship between occupational stress and depression among psychiatric nurses in Japan. Arch Environ Occup Health. 2016;71(1):10–15. https:10.1080/19338244.2014.927345
8. FOSTER K, ROCHE M, DELGADO C, CUZZILLO C, GIANDINOTO JA, FURNESS T. Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. Int J Ment Health Nurs. 2019;28(1):71–85. https:10.1111/inm.12548

9. PASIKOWSKI T.: Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory [w:]: Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie., Sęk H. [red.]. PWN, Warszawa, 2000.
10. WOJCIECHOWSKA W, MAŁECKA B, FRĄCKOWIAK B. The level of occupational burnout among nurses working in a hospital. Innowacje w pielęgniarstwie i naukach o zdrowiu. 2021;4/6:72–87.
11. DENEVA TI, IANAKIEV YP. Evaluation of Anxiety, Depression, and Biological Markers in Health Professionals with Burnout. Folia Med (Plovdiv). 2021;63(1):122–128. https:10.3897/folmed.63.e55151
12. LEWANDOWSKA A, LITWIN B. Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. Ann Acad Med Stetin 2009; 55(3): 86–89.
13. REJEK E, SZMIGIEL M. Stress of medical personel related to specyfic work inthe psychiatric ward. Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa. 2015;23(4):515–519. https: 10.5603/PP.2015.0084.
14. SĘK H. Uwarunkowanie i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej. W Wypalenie zawodowe. Pod redakcją H. Sęk. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007.
15. MASLACH CH. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention, Current Directions in Psychological Science. 2003;12(5):189–192
16. MAJCHROWSKA G, TOMKIEWICZ K. Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki – wyniki badań pielęgniarek z SOR ZZZ Cieszyn. Piel Pol. 2015;3(57):267–272.

Kontakt:
Andrei Shpakou
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Polska
E-mail: shpakofff@tut.by

AGEIZMUS V INTENCIÁCH ZDRAVIA

Ageism in Health Intentions

Viera Simočková[1], Mária Zamboriová[2]

[1]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva
[2]UPJŠ LF, Ústav ošetrovateľstva, Košice

Abstrakt

Úvod: Celosvetová populácia starne, a tým sa zvyšuje aj riziko ageistických postojov. Ciele: Cieľom príspevku je vysvetliť a upozorniť na výskyt negatívnych postojov v spoločnosti k seniorom v súvislosti s vplyvom na zdravie. Metódy: Vybrali sme niektoré publikácie, ktoré pojednávajú o zdraví a ageizme v domácej a zahraničnej literatúre. Výsledky: V príspevku sú uvedené štatistiky starnutia populácie ako aj výsledky niektorých výskumov pojednávajúcich o ageizme. Záver: Ageizmus predstavuje riziko pre jednotlivcov, zapríčiňuje zvýšenú chorobnosť ľudí vo vyššom veku, ba dokonca môže spôsobiť predčasné úmrtie, preto je potrebné sa venovať tejto problematike aj naďalej.

Kľúčové slová: Ageizmus. Starnutie populácie. Senior.

Abstract

Introduction: The world's population is aging, and thus the risk of ageist attitudes is also increasing. Objestives: The objective of the contribution is to explain and draw attention to the occurrence of negative attitudes in society towards seniors in connection with the impact on health. Methods: We selected some publications that discuss health and ageism in domestic and foreign literature. Results: The article presents statistics on the aging of the population as well as the results of some researches dealing with ageism. Conclusion: Ageism represents a risk for individuals, causes increased morbidity in older people, and can even cause premature death, so it is necessary to continue to address this issue.

Keywords: Ageism. Aging population. Senior.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) uvádza, že voči starším ľuďom a seniorom sa chová ageisticky celá polovica svetovej populácie.

Program Dekáda zdravého starnutia (The United Nations Decade of Healthy Ageing) Organizácie Spojených národov (2021-2030) je globálna spolupráca v súlade s poslednými

desiatimi rokmi cieľov trvalo udržateľného rozvoja s cieľom zlepšiť životy starších ľudí, ich rodín a komunít, v ktorých žijú. Svetová zdravotnícka organizácia bola požiadaná, aby viedla implementáciu Dekády v spolupráci s ostatnými organizáciami OSN a slúži ako sekretariát Dekády. Vlády, medzinárodné a regionálne organizácie, občianska spoločnosť, súkromný sektor, akademická obec a médiá sa vyzývajú, aby aktívne prispievali k dosahovaniu cieľov Dekády prostredníctvom priamej akcie, partnerstva s ostatnými a účasťou na projekte Healthy Aging Collaborative (Zdravé starnutie v spolupráci).

Boj proti ageizmu je jednou zo štyroch akčných oblastí Dekády zdravého starnutia. Zmena toho, ako myslíme, cítime a konáme v súvislosti so starnutím, je predpokladom úspešnej akcie v oblasti zdravého starnutia a pokroku v troch ďalších oblastiach činnosti Dekády zdravého starnutia. Úlohou je rozvoj komunít, ktoré podporujú schopnosti starších ľudí, poskytovanie orientácie na človeka, integrovaná starostlivosť a primárne zdravotnícke služby, ktoré reagujú na potreby starších ľudí a poskytujú dlhodobú starostlivosť starším ľuďom, ktorí to potrebujú. Počas pandémie COVID-19 sa zdôrazňovala zraniteľnosť starších ľudí. Pandémia nielenže pripravila o život mnohých starších ľudí, ale odhalila aj ageizmus v rôznych prostrediach – napríklad diskriminácia v prístupe k zdravotnej starostlivosti, nedostatočná ochrana starších ľudí v opatrovateľských domovoch a pod.

Slovensko prežíva v posledných desaťročiach významné demografické zmeny. Jednou z nich je populačné starnutie, ktoré sa prejavuje rastom starších a znižovaním mladších vekových skupín obyvateľstva a má priamy vplyv na vývoj celej spoločnosti. Výsledky sčítania obyvateľstva 2021 poukazujú na pokračujúci nárast seniorov a pokles populácie v nižších vekových skupinách.

Globálna populácia starne a očakáva sa, že počet ľudí vo veku 60 a viac rokov sa do roku 2050 viac ako zdvojnásobí (Marques et al., 2020). Kým v roku 2011 mali obyvatelia na Slovensku v predproduktívnom veku (0-14 rokov) oproti obyvateľom v poproduktívnom veku (65+ rokov) vyšší podiel, v roku 2021 tomu už je naopak. V roku 2021 bol v porovnaní s rokom 2011 síce zaznamenaný mierny nárast podielu obyvateľov v predproduktívnom veku (0-14 rokov) z 15,3 % na 15,9 %, ale zároveň môžeme pozorovať výrazný nárast pri obyvateľoch v poproduktívnom veku (65+ rokov), ktorých podiel v roku 2011 bol 12,7 % a v roku 2021 sa zvýšil na 17,1 %. Podiel obyvateľov v produktívnom veku (15-64 rokov) poklesol zo 72,0 % v roku 2011 na 67,0 % v roku 2021. Predpokladá sa, že v roku 2030 už pôjde okolo 21,2 % seniorov. Viaceré prognózy sa zhodujú v tom, že v rokoch 2050-2060 viac ako 30 % obyvateľstva. V priebehu štyridsiatich rokov (od r. 2020 do r. 2060) sa má takmer zdvojnásobiť celkový podiel seniorov v rámci štruktúry obyvateľstva (z 16,9 % na 32,0 %). Z uvedeného vyplýva, že Slovensko by malo starnúť najintenzívnejšie zo všetkých krajín EÚ, pričom populácia Slovenskej republiky sa v priebehu necelých 50 rokov zmení z jednej z najmladších krajín Európskej únie na jednu z najstarších (Vaňo, 2015).

Súčasne je však potrebné dodať, že nejde len o demografický pohľad, ale s prehlbovaním starnutia sa do popredia dostávajú aj ďalšie dimenzie tohto procesu. Preto, ako dodáva Lutz a kol. (2008), populačné starnutia sa stáva nielen dôležitou demografickou, ale aj sociálnou, ekonomickou, zdravotníckou, či dokonca kultúrnou témou vďaka svojmu rozsahu, dopadom a svojej takmer univerzálnej prítomnosti (Šprocha, Vaňo, 2019).

V tomto smere sa otvára celý diapazón okruhov a tém, na ktoré musíme reagovať v súvislosti s problematikou starnutia a vysokého veku súčasnej populácie. Jednou z týchto tém je **ageizmus** (z angličtiny ***ageism***, resp. niekedy sa používa aj ***agism***), inak povedané ide o stereotypizáciu (používanie neopodstatnených a neoverených predsudkov) a diskrimináciu jednak jednotlivcov, ako aj skupín na základe ich veku. Jedna z najstarších definícií podľa Butlera (1975) hovorí, že **„Ageizmus môžeme chápať ako proces systematického stereotypyzovania a diskriminácie ľudí pre ich starobu, podobne ako sa rasizmus a sexizmus** vzťahujú k farbe pleti a pohlavia. Starí ľudia sú kategorizovaní ako senilní, rigidní vo svojom zmýšľaní a spôsoboch konania, staromódni v morálke a schopnostiach. Ageizmus dovoľuje mladším generáciám vidieť starších ľudí ako odlišných od nich samých, a preto im bráni, aby sa so staršími ľuďmi identifikovali ako s ľudskými bytosťami. Ageizmus je manifestovaný širokým spektrom fenoménov, jednak na individuálnej, ako aj na inštitucionálnej úrovni: stereotypy a mýty, otvorené opovrhovanie a averzia či jednoducho vyhýbanie sa kontaktu, diskriminačné praktiky v bývaní, v zamestnaní a službách akéhokoľvek druhu, kreslené seriály a vtipy. Niekedy sa ageizmus stáva účelovou metódou ako spoločnosť propaguje pohľady na staršie osoby, s cieľom striasť sa časti vlastnej zodpovednosti voči ním. Inokedy ageizmus slúži ako vysoko osobný objektív chrániaci osoby mladšie (zvyčajne v stredných rokoch) pred premýšľaním o veciach, ktorých sa bojí (starnutie, nemoc, smrť).“

Slovo ageizmus sa najčastejšie používa v súvislosti s negatívnym vnímaním najstaršej generácie. Novšie štúdie založené na European Social Survey (The Everyday Ageism Project) zistili, že ageizmus je najčastejším typom diskriminácie. V prieskume ho spomenulo 35 % všetkých účastníkov vo veku nad 18 rokov (len pre zaujímavosť, na Slovensku sú percentá vysoko nad týmto priemerom, čísla patria k najvyšším v celej EÚ). Ageizmus si často ani neuvedomujeme, na štrukturálnej a individuálnej úrovni je prítomný v mnohých rôznych kontextoch (napr. pracovisko, zdravotná starostlivosť, médiá, atď.).

Existuje dostatok dôkazov o negatívnych účinkoch ageizmu vo všetkých sférach života. Nachádzame ho na rôznych úrovniach: spoločenskej, rodinnej i individuálnej a je prítomný v mnohých rôznych kontextoch. Ageizmus posilňuje sociálnu nerovnosť, pretože sa výraznejšie prejavuje v spojitosti s inými diskrimináciami: starších žien, chudobných ľudí alebo ľudí s demenciou či iným hendikepom. Navyše, ageizmus, ktorý si osvojíme sami, predstavuje riziko pre jednotlivcov, zapríčiňuje zvýšenú chorobnosť ľudí vo vyššom veku, ba dokonca môže spôsobiť predčasné úmrtie.

Jednou z najvýznamnejších tém teórie ageizmu sú tzv. viacnásobné riziká (anglicky multiple jeopardy). Podľa nich má ageizmus tendenciu jestvovať v kombinácii s inými formami diskriminácie. Dvojitý štandard starnutia je ďalšou teóriou, ktorá sa okrem iného venuje aj problematike genderu. Ženy sú považované za staré skôr ako muži a taktiež stereotypy viazané na osoby ženského pohlavia sú negatívnejšie ako stereotypy viazané na mužov. Populárnym prístupom k otázke ageizmu je teória kumulácie výhod a nevýhod (anglicky CAD – cumulative advantage/disadvantage), známa ako Matúšov efekt (pre jedincov zvýhodnených / znevýhodnených v prvotných fázach svojho života je jednoduchšie akumulovať svoje výhody / nevýhody v ďalších obdobiach, čo má za následok, že nerovnosti v starobe naopak narastajú).

Zdroje ageizmu

- individuálne zdroje: strach zo smrti a starnutia, frustrácia, agresia, z ktorej pramenia nepriateľské postoje voči minoritným skupinám.
- sociálne zdroje: demografia, vekové a štruktúrne nesúlady, generačné konflikty, historická zmena statusu staroby.
- kultúrne zdroje: jazyk, médiá, populárna kultúra.

Podľa rôznych zdrojov (Vickers, 2018; Vidovičová, 2005; Posner, 1995) možno ageizmus identifikovať a dokumentovať v týchto oblastiach spoločenského života:

- Občianstvo – problém participácie seniorov vo verejnom, resp. i v tom politickom živote, často sú označovaná ako občania druhej triedy.
- Pracovný trh – marginalizácia seniorov, nezamestnanosť, nižšie platové ohodnotenie oproti iným vekovým skupinám, diskriminácia pri pohovoroch a pod.
- Dôchodkový systém – predčasné dôchodky, samotné fungovanie systému.
- Zdravotná starostlivosť – vo všeobecnej rovine sa poukazuje na to, že náklady na zdravotnú (a i sociálnu) starostlivosť sa v rámci starnúcich spoločností budú neustále navyšovať. Naopak v rámci individuálnej roviny sa poukazuje, že sa seniorom nedostáva príslušnej zdravotnej starostlivosti ako má, najčastejšie napr. stanovenie reštriktívnej rozpočtovej politiky voči liečbe seniorom a obmedzovanie výdavkov na ňu, ako aj samotné zneužívanie a zlá starostlivosť o seniorov / pacientov a pod.
- Starostlivosť o duševné zdravie – časté zanedbávanie preventívnych opatrení voči rôznym druhom mentálnych chorôb.
- Sociálne dávky – ich absencia, resp. nedostatočná výška.
- Životné prostredie seniorov – priestorová segregácia, bariéry voľného pohybu.
- Média – prezentácia neobjektívneho / nelichotivého obrazu staroby a seniorov, resp. i ich neviditeľnosť, t. j., že sa im nevenuje žiaden priestor.
- Vzdelávanie – nerovný prístup oproti iným vekovým kategóriám.
- Imigrácia – voči starším migrantom, mladší sú lepší – lacná pracovná sila a pod.

Zamestnávatelia majú často predsudky, že starší pracovníci nepodávajú taký výkon ako ich mladší kolegovia. Ľudia staršej generácie sú však obvykle pri práci svedomitejší, majú menej absencií a disponujú lepšími sociálnymi schopnosťami. Niektoré výskumy ukázali, že starší zamestnanci si vyberajú menej nemocenskej dovolenky ako ich mladší kolegovia. Niektorí personalisti argumentujú, že s postupujúcim vekom dochádza k zhoršeniu kognitívnych funkcií. Pamäť a vybavovanie sa síce s vekom zhoršovať môžu, ibaže porozumenie, čítanie a slovná zásoba podľa výskumov zostávajú na rovnakej úrovni alebo sa s vekom zlepšujú.

Pre zamestnávateľov sa tak odporúča aplikovať princípy Age manažmentu, ktoré sa týkajú všetkých vekových skupín na pracovisku s dôrazom na individuálny prístup k možnostiam a schopnostiam každého jednotlivca. Age manažment ponúka manažérske opatrenia, ktoré akcentujú zohľadnenie silných stránok jednotlivých generácií. Starší zamestnanci disponujú znalosťami a dlhoročnými skúsenosťami v odbore, ktoré môžu odovzdávať mladším kolegom. Mladší zamestnanci prinášajú do pracovného tímu dynamiku a elán, nadšenie a entuziazmus, môžu pomôcť starším kolegom s informačnými technológiami. Z medzigeneračného učenia tak profitujú obe vekové kategórie (Hulková, Gerlichová, 2021).

Hlavným problémom ageizmu je, že sa o ňom nehovorí. K vekovej diskriminácii dochádza v rôznej miere takmer na každom pracovisku.

Negatívne ponímanie starnutia prestupuje väčšinu spoločnosti a rastúce množstvo dôkazov zároveň naznačuje, že negatívne názory na starnutie sú pretrvávajúce a môžu mať škodlivé účinky tak pre jednotlivcov, ako aj pre spoločnosť.

Na spoločenskej úrovni sa negatívne pohľady na starnutie prejavujú v podobe vekových stereotypov, ktoré vedú k predsudkom a diskriminácii voči starším jedincom. Na osobnej úrovni negatívny výhľad na vlastné starnutie súvisí, okrem iného, so zlým zdravotným stavom, so zlou životnou pohodou a dokonca aj s kratšou dobou prežitia. (Kotter-Grühn, 2015). Iná štúdia skúmala vzťah medzi zmenami vo vnímaní diskriminácie a zmenami v rámci depresívnych symptómov u starších ľudí. Vo výskume, ktorý v roku 2015 realizoval Sabik sa zistilo, že respondenti, ktorí vykazovali väčšiu úzkosť a strach z procesu starnutia, boli viac náchylní k samotnému osobnému vytváraniu ageistických postojov.

Súvislosť medzi vnímanou diskrimináciou na základe veku a depresívnymi príznakmi sa analyzovala pozdĺžne spolu s testami, ktoré určujú, či self-vnímanie starnutia sprostredkuje asociáciu. Zmeny vo vnímaní diskriminácie boli významne spájané so zmenami v náraste depresívnych symptómov a to v priebehu času. Vnímanie diskriminácie na základe veku výrazne súvisí s nárastom depresívnych symptómov. Nálezy poukazujú na význam rozpoznávania vnímanej diskriminácie a negatívneho self-vnímania starnutia a na to, ako môžu negatívne účinky diskriminácie na základe veku vplývať na self-vnímanie starnutia a môžu sa tak stať rizikovými faktormi pre rozvoj depresívnych príznakov na konci života.

(Richardson et al. 2015). Pridržiavanie sa negatívnych stereotypov, ktoré sa týkajú staroby, môže mať mnoho škodlivých účinkov na fyzické zdravie v dlhodobom horizonte, ale i v paradigme dĺžky dožitia. Schroyen (2015) uvádza, že na základe dlhodobého pozorovania môže s určitosťou povedať, že subjekty s negatívnym vnímaním starnutia žijú v priemere o 7,5 roka menej, ako jedinci s pozitívnym vnímaním staroby. Dokonca niektoré štúdie podľa Schroyena preukázali, že pozitívne stereotypy starnutia majú dobrý vplyv na obnovu zdravia v rámci komplexnej rehabilitácie; u starších osôb s ťažkým zdravotným postihnutím bola o 44 % väčšia pravdepodobnosť, že sa plne zotavia v každodenných aktivitách – kúpanie, obliekanie, prenášanie a chôdza a pod., a to práve vtedy, ak budú vystavení pozitívnym stereotypom.

Proces starnutia sa prejavuje (Hegyi, 2006; Topinková, 2005):

- poklesom adaptačných mechanizmov,
- akumuláciou patologických procesov,
- špecifickou zmenou v zmysle involúcie,
- špecifickým priebehom degeneratívnych zmien,
- biologickými, psychickými, sociálnymi a ekonomickými problémami človeka.

Frailty syndróm, syndróm krehkosti je určovaný prítomnosťou aspoň troch z piatich základných znakov:

- nechcený úbytok telesnej hmotnosti (minimálne 4,5 kg za rok),
- subjektívne vnímaná únava,
- svalová slabosť (sarkopénia),
- nízka sila stisku ruky (handgrip),
- pomalá, šúchavá chôdza,
- nízka úroveň fyzickej aktivity hypomobilita.

Vyhodnotením viacerých štúdií o krehkosti u osôb starších ako 65 rokov sa zistila prevalencia fyzickej krehkosti 4-17 % (v priemere 9,9 %), pričom prítomnosť psychosociálneho aspektu zvyšovala prevalenciu fyzickej krehkosti, ženy (9,6 %) boli oproti mužom (5,2 %) krehkosťou ohrozené dvojnásobne. Prevalencia krehkosti významne stúpa po 80. roku života.
K potenciálne účinným intervenciám v prevencii ageistických postojov možno priradiť:

a) zvyšovanie povedomia verejnosti a zvyšovanie citlivosti občianskej spoločnosti,
b) presadzovanie vhodných zákonov,
c) korigovanie falošných predstáv spoločnosti o živote a potrebách starých ľudí (napr. vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov o tom, že určité procesy sú spôsobené chorobou a nie starnutím samotným).

Záver

Ageizmus posilňuje sociálnu nerovnosť, pretože sa výraznejšie prejavuje v spojitosti s inými diskrimináciami: starších žien, chudobných ľudí alebo ľudí s demenciou či iným hendikepom. Ageizmus predstavuje riziko pre jednotlivcov, zapríčiňuje zvýšenú chorobnosť ľudí vo vyššom veku, ba dokonca môže spôsobiť predčasné úmrtie. Starnutie a vysoký vek sú nevyhnutnosťou každej jednej populácie, národa či civilizácie. Ide o neodvratný jav, ktorý zasahuje do všetkých sfér každodenného života a je mu nutné venovať osobitnú pozornosť. O to viac je to naliehavé v súčasných európskych demokratických krajinách, kde výrazným spôsobom sa nám zvyšuje počet seniorov a percento starších ľudí v spoločnosti neustále narastá a bude rásť aj v najbližšom dlhodobejšom časovom horizonte.
Problematika ageizmu je komplexná, dotýka sa celej spoločnosti, preto je potrebné venovať pozornosť preventívnym aktivitám a identifikovať účinné intervencie na znižovanie tohto negatívneho stavu v spoločnosti i v zdravotníctve, nakoľko mnohé výskumy poukazujú na nepriaznivé účinky ageizmu na zdravie seniora i dobu prežitia.

Zoznam bibliografických odkazov

1. *European Commission. Directorate-General for Economic and Financial Affairs* : *The 2018 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Institutional Paper 065. November 2017. Brussels, s. 208 [online]. [cit. 2023-09-15]. Dostupné na: <https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_en>.
2. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatria pre praktického lekára*. 2. vyd. Bratislava, Charis, 2006. 364 s. ISBN 80-89171-36-2.
3. HULKOVÁ V., GERLICHOVÁ K. 2021. Age manažment ako nástroj riadenia ľudských zdrojov v ošetrovateľstve. In *SESTRY : HLAS V POPREDÍ – VÍZIA PRE BUDÚCNOSŤ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI*. Recenzovaný vedecký zborník. Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Nitra, 2021 ISBN 978-80-558-1728-6.
4. KOTTER-GRÜN, D. 2015. Changing negative views of aging : Implications for intervention and translational research. Annual Review of Gerontology and Geriatrics. 2015, roč. 35, č. 1, s. 167-186.
5. LUTZ, W.et al. 2008. Global and Regional Population Ageing: How Certain Are We of its Dimensions? In *Population Ageing*, 1, s. 75-97.
6. MARQUES, S. et al. 2020. Determinants of Ageism against Older Adults. In *A Systematic Review*. [online]. [cit. 2023-09-20]. Dostupné na: <Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review - PMC (nih.gov)>.

7. POSNER, A. R. 1995. *Aging and Old Age*. Chicago : The University of Chicago Press, 1995, s. 235-363.
8. RICHARDSON, H. et al. 2015. The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: a longitudinal examination of age discrimination. Aging & mental health. 2015, roč. 19, č. 8, s. 747-755.
9. SCHROYEN, S. et al. 2015. Ageism and its clinical impact in oncogeriatry: state of knowledge and therapeutic leads. Clinical interventions in aging. 2015, roč. 10, s. 117.
10. ŠPROCHA,B,. VAŇO, B. 2019. *Starnutie populácie Slovenska v čase a priestore*. ISBN 978-80-89524-39-6.
11. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatrie pro praxi*. 1. vyd. Praha, Galen, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
12. VAŇO, B. 2015. Súčasný a očakávaný populačný vývoj na Slovensku a jeho spoločenské a ekonomické dopady. In *Prognostické práce.* Vol. 7, No. 3, 2015, s. 286.
13. VICKERS, L. 2018. Comparative Discrimination Law : Age as a Protected Ground. In *Comparative Discrimination Law*, 2.1 (2018), s.8-15.
14. VIDOVIČOVÁ, L. *Věková diskriminace – ageismus : úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha : VÚPSV Praha, výzkumné centrum Brno, 2005, s. 18-41.

Kontakt

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: viera.simockova@ku.sk

ZNACZENIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ U PACJENTÓW CHORYCH NA OTĘPIENIE PRZEBYWAJĄCYCH W ŚRODOWISKU DOMOWYM - STUDIUM PRZYPADKU

The Importance of Nursing Care For Patients With Dementia Staying At Home - A Case Study

Bożena Majchrowicz[1]
orcid.org/0000-0003-3202-1407
Anna Rosa[1]

[1]Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu

Streszczenie Zaburzenia demencyjne w tym choroba Alzheimera są jednym z trudniejszych problemów zdrowia publicznego obecnego stulecia, ze względu na coraz większe występowanie, skutki zdrowotne, społeczne i gospodarcze**.**
Celem pracy było przedstawienie wybranych problemów i interwencji pielęgniarskich wobec pacjentki z chorobą Alzheimera.
Materiał i metody W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku (case study). Przedmiotem badań była 85-letnia pacjentka objęta opieką długoterminową domową. Techniki badawcze wykorzystane w pracy to wywiad pielęgniarski, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej oraz pomiary. Do oceny stanu pacjenta wykorzystano standaryzowane kwestionariusze Kompleksowej Oceny Geriatrycznej: skalę Barthel, skalę MMSE (Mini Mental Scale Examination) oraz skalę MNA (Mini Nutritional Assessment).
Wyniki i wnioski: Choroba Alzheimera stwarza wiele problemów nie tylko u samego pacjenta, ale także jego opiekunów. Rodzina i pielęgniarka sprawująca opiekę nad chorą powinny dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentce całościową opiekę.

Słowa kluczowe: Choroba Alzheimera. Pielęgniarka. Pacjent. Problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Summary Dementia disorders, including Alzheimer's disease, are one of the most difficult public health problems of this century, due to their increasing incidence and health, social and economic consequences.
The aim of the study was to present selected problems and nursing interventions for a patient with Alzheimer's disease.
Material and methods The study used the case study method. The subject of the study was an 85-year-old patient receiving long-term home care. The research techniques used in the

work include nursing interview, observation, analysis of medical documentation and measurements. The study used standardized Comprehensive Geriatric Assessment questionnaires: the Barthel scale, the MMSE (Mini Mental Scale Examination) scale and the MNA (Mini Nutritional Assessment) scale.

Results and conclusions: Alzheimer's disease creates many problems not only for the patient, but also for his or her caregivers. The family and the nurse caring for the patient should make every effort to provide the patient with comprehensive care.

Keywords: Alzheimer's disease. Nurse. Patient. Nursing and care problems.

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) otępienie to grupa symptomów wywołanych chorobą mózgu, o progresywnym przebiegu, cechujących się klinicznie mnogimi zaburzeniami funkcji korowych jak: zapamiętywanie, myślenie, wypowiedzi, zachowanie, spostrzegawczość i świadomość. Niedomaganiom tym współtowarzyszą lub są wcześniej rozpoznane nieprawidłowości na płaszczyźnie emocjonalnej: smutek, rozdrażnienie, nieuzasadniona zazdrość, chwiejność emocjonalna. Głównym determinantem tych zaburzeń jest degradacja tkanki mózgowej, a jej struktura zależna jest od rodzaju postawionej diagnozy, a mogą nią być: choroba Alzheimera, otępienie z ciałami Lewy`ego, zwyrodnienie czołowo – skroniowe, otępienie miażdżycowe, a także otępienie naczyniopochodne. Choroby te mają postać nabytą i charakteryzują się progresją [1,2].

Za kryteria rozpoznania choroby otępiennej występujące u chorego co najmniej od sześciu miesięcy uznano: brak możności samodzielnego funkcjonowania, przy badaniu funkcji poznawczych stwierdza się zaburzenia pamięci, zaburzenia w funkcjonowaniu dnia codziennego oraz postępujące pogorszenie w aktywności zawodowej. Choroba Alzheimera (AD Alzheimer Disease) w głównej mierze diagnozowana jest jako choroba otępienna, najczęściej występująca pośród innych rodzajów otępień. Ryzyko wystąpienia tej dysfunkcji mózgu zwiększa się wraz z wiekiem [3,4].

Zaburzenia demencyjne są jednym z trudniejszych problemów zdrowia publicznego obecnego stulecia, ze względu na coraz większe występowanie, skutki zdrowotne, społeczne i gospodarcze. Dane WHO sygnalizują, że choroba Alzheimera liczy 60 -70% wszystkich zdiagnozowanych otępień. W Polsce według danych Głównego Urzędu Statystycznego 300 tysięcy osób ma postawioną diagnozę AD, w tym spory odsetek jest jeszcze bez rozpoznania. [5].

Szacunkowo u 1,0% ludzi w wieku 60 lat oraz u około 30,0% w wieku 85lat występuje otępienie. Ponad 60,0% otępienia, wśród osób które ukończyły 60 rok życia wynika z choroby Alzheimera. Mężczyźni są w mniejszym stopniu narażeni od kobiet na wystąpienie otępienia

powiązanego z chorobą Alzheimera. Współczesne dane pokazują, że ilość osób powyżej 65 roku życia ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera wynosi 4,7 mln, szacuje się, że w 2050 roku liczba ta może wzrosnąć nawet do 13,8 mln. Wśród populacji na świecie ilość osób z rozpoznaną chorobą Alzheimera może wynosić nawet 106,2 mln [6].

Zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera

Opieka nad pacjentką z rozpoznaną chorobą Alzheimera stanowi duże wyzwanie nie tylko dla jej rodziny, ale dla całego zespołu terapeutycznego. Ogniwem w zespole terapeutycznym jest pielęgniarka, która współpracuje z lekarzem, koordynuje pracę opiekuna, czuwa nad zapewnieniem choremu jak najlepszych warunków opieki, obserwuje zachodzące zmiany w stanie pacjenta i dba o dobrą komunikację w zespole terapeutycznym. Rola pielęgniarki polega na wsparciu pacjenta i opiekunów poprzez edukację i proponowanie nowych rozwiązań w opiece, które dotyczą sprawowania odpowiedniej opieki nad chorym w zakresie czynności higienicznych, kąpieli, karmienia czy zachowań w przypadku niespodziewanych reakcji emocjonalnych chorej. Pielęgniarka powinna mieć możliwość oceny stanu pacjenta oraz zaproponowania rozwiązań usprawniających funkcjonowanie chorego w jego środowisku domowym, zmniejszających wysiłek pacjenta i jego rodziny [7,8]

Wsparcie doświadczonej osoby jest niezbędne na każdym etapie choroby, niemal od pierwszych chwil po jej zdiagnozowaniu. Ważnym zadaniem jest przygotowanie psychiczne i merytoryczne bliskich do opieki nad chorym, aż do zaawansowanego stadium choroby, kiedy niezbędna staje się opieka medyczna [9].

Pacjenci z chorobą Alzheimera określają swoje potrzeby, emocje i oczekiwania w sposób niezrozumiały dla otoczenia. Zaczynają się pojawiać bariery w komunikacji, powodujące często społeczną izolację chorego i mające negatywny wpływ na jego stan emocjonalny oraz poczucie własnej wartości, co w konsekwencji może doprowadzić nawet do depresji [10, 11]. Z psychologicznego punktu widzenia, opiekunowie rodzinni oraz pielęgniarki stają przed wieloma wyzwaniami, które mogą stanowić dla nich wewnętrzne dylematy przy podejmowaniu decyzji związanych z opieką nad chorym. Najistotniejszym elementem w komunikacji z chorym na Alzheimera jest pełna świadomość, że w którymś momencie opiekun staje się łącznikiem chorego ze światem zewnętrznym. Zadaniem pielęgniarki będzie przyswojenie takiego sposobu komunikacji, aby jak najdłużej rozumieć chorego, a rodzina powinna dostosować sposób komunikacji do funkcjonowania pacjenta [12].

Jedną z najważniejszych czynności sprzyjających utrzymywaniu ogólnej sprawności pacjenta jest zachęcanie go do aktywności, nie tylko fizycznej, ale również w wielu innych obszarach [13]. Podczas trzeciego etapu choroby pacjenci nie są zdolni do samodzielnego życia. Dochodzi do zaburzeń orientacji w czasie, nie ma znaczenia dla chorego jaka jest pora dnia, dzień tygodnia, pora roku. Jest to etap, w którym dochodzi do utraty funkcji rozumienia

oraz wytwarzania mowy, zostaje ona ograniczona do podstawowych zdań czy słów. Dodatkowo dochodzi do całkowitej utraty umiejętności praktycznych, przygotowania posiłków, samodzielnego podróżowania, ubierania się, używania sprzętów domowych, posługiwania się sztućcami, dbania o higienę, pielęgnowania własnego ciała. Chorzy w większości reagują opryskliwie, w momencie, gdy opiekun oferuje swą pomoc. Odbierają to jako naruszenie swojej intymności [14].

Celem pracy było przedstawienie wybranych problemów i interwencji pielęgniarskich wobec pacjentki z chorobą Alzheimera.

Materiał i metody W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku (case study). Przedmiotem badań była 85-letnia pacjentka objęta opieką długoterminową domową.

Techniki badawcze wykorzystane w pracy to wywiad pielęgniarski, obserwacja, analiza dokumentacji medycznej oraz pomiary. W badaniu do oceny stanu pacjentki wykorzystano standaryzowane kwestionariusze Kompleksowej Oceny Geriatrycznej: skalę Barthel, skalę MMSE (Mini Mental Scale Examination) oraz skalę MNA (Mini Nutritional Assessment).

Organizacja i przebieg badań - badanie przeprowadzono w środowisku zamieszkania pacjentki.

Opis przypadku

Pacjentka lat 85, mieszkająca w mieście, w domu jednorodzinnym, przebywająca pod opieką męża oraz dochodzącego syna, synowej, pielęgniarki opieki długoterminowej i rehabilitantki. Około 10 lat temu wystąpił u pacjentki epizod depresyjny. W początkowej fazie widoczne było obniżenie nastroju - smutek oraz nieadekwatny sposób reagowania na konkretne zdarzenia. Często pojawiała się agresja i zwiększona nerwowość. Stało się to przesłanką dla konsultacji lekarskiej - neurolog zdiagnozował chorobę Alzheimera. W trakcie 3 letniego okresu trwania choroby, dodatkowo pojawiły się takie objawy jak: obniżenie poziomu koncentracji, tendencje do zapominania się, powtarzania, zachowania dobrej pamięci w odniesieniu do przeszłości (problem z zapamiętywaniem zdarzeń bieżących), zwiększona drażliwość, utrudnienia w realizacji codziennych aktywności – np. związanych z wykonywaniem zakupów. W dalszym okresie czasu, pacjentka miała także coraz więcej trudności z nazywaniem poszczególnych przedmiotów, orientacją (np. po przebudzeniu z drzemki była oszołomiona i zaniepokojona – nie miała rozeznania, gdzie się znajduje) czy nawet z identyfikacją własnego odbicia w lustrze. Nadal nasilały się tendencje do powtórzeń (fiksacje na określonych zdaniach). Obecnie komunikowanie z chorą jest bardzo utrudnione. W czasie prowadzonej 5 dniowej obserwacji: wydolność opiekuńcza rodziny niezupełna. W skali Barthel pacjentka otrzymała 10 pkt. a w skali MMSE (Mini Mental State Examination)

0 pkt, co świadczy o otępieniu głębokim. Kwestionariusz MNA (Mini Nutritional Assessment) oszacowano na 8 punktów – występuje ryzyko niedożywienia.

Wybrane diagnozy i interwencje pielęgniarskie

Diagnoza nr 1.

- brak kontroli fizjologicznych czynności zwieraczy (nietrzymanie moczu/stolca).

Cel działań:

- optymalizacja higieny, redukcja ryzyka wystąpienia podrażnień/odparzeń/zamian skórnych/infekcji i innych skutków ubocznych zaburzeń czynności zwieraczy.

Plan działań:

- dbałość o właściwą higienę okolic intymnych,
- systematyczna ocena kondycji skóry (głównie pod kątem występowania podrażnień będących skutkiem działania moczu/stolca),
- regularna zmiana pieluchomajtek,
- każdorazowe, dokładne oczyszczenie skóry po zmianie pieluchomajtek,
- stosowanie chusteczek oczyszczających i delikatnych produktów myjąco-higienicznych,
- stosowanie maści ochronnych, zsypek i innych środków zapobiegających występowaniu lub redukujących dolegliwości wynikające z podrażnień,
- zabezpieczenie łóżka (gumowe podkłady pod prześcieradłem),
- kontrola wydalania,
- wsparcie i edukacja rodziny (np. z zakresu prawidłowej higieny, stosowania określonych produktów pielęgnacyjno-higienicznych).

Ocena działań:

- brak skutków ubocznych zaburzeń czynności zwieraczy (jak np. podrażnień skórnych). Nadal utrzymujące się nietrzymanie moczu i stolca.

Uzasadnienie podjętych działań: Realizacja czynności związanych z utrzymaniem właściwej higieny pacjentki nie tylko podniesie jej osobisty komfort, ale i sprzyjać będzie redukcji ryzyka wystąpienia powikłań będących następstwem drażliwego działania moczu czy stolca.

Diagnoza nr 2:

- trudności w przemieszczaniu się wynikające z postępu choroby Alzheimera oraz problemów ze wzrokiem.

Cel działań:

- wsparcie w zakresie mobilności, zmniejszenie trudności związanych z poruszaniem się.

Plan działań:

- ocena ryzyka upadku,
- ocena zapotrzebowania na działania fizjoterapeutyczne
- ocena pod kątem możliwości korzystania ze sprzętów pomocniczych,
- optymalizacja przestrzenna (właściwe przystosowanie i zabezpieczenie otoczenia),
- edukacja/instruktaż członków rodziny (prewencja upadku, korzystanie z rozwiązań/sprzętów pomocniczych, nawiązywanie współpracy z organizacjami zapewniającymi dostęp do sprzętów pomocniczych itp.).

Ocena działań:

- dalsza konieczność wspomagania pacjentki przy przemieszczaniu się. Dzięki aktywności edukacyjnej, rodzina zaakceptowała wykorzystanie sprzętów pomocniczych i podjęła działania zmierzające do ich pozyskania.

Uzasadnienie podjętych działań: optymalizacja mobilności pacjentki jest niezwykle ważna dla komfortu opieki realizowanej przez opiekunów. Zapobiega także możliwym komplikacjom związanym z ewentualnego unieruchomieniem chorej – pełni zatem poniekąd funkcje profilaktyczne.

Diagnoza nr 3.

- ryzyko wystąpienia zmian skórnych, odleżyn i innych niepożądanych skutków w następstwie ograniczenia zdolności poruszania się i niskiej aktywności fizycznej pacjentki.

Cel działań:

- zapobieganie wystąpieniu zmian skórnych/odleżyn.

Plan działań:

- ocena ryzyka wystąpienia zmian/odleżyn (skala Douglasa),
- fizjoterapia i aktywizacja mięśniowa/ruchowa
- pielęgnacja ciała/skóry,
- zapobieganie otarciom,
- ocena poziomu odżywienia i wdrożenie właściwej diety,
- kontrola nawodnienia – utrzymanie właściwej kondycji skóry,
- zależnie od potrzeb - wykorzystanie odpowiednich rozwiązań wspomagających (np. materaca przeciwodleżynowego),
- edukacja rodziny z zakresu diety i pielęgnacji.

Ocena działań:

- brak odleżyn, przykurczy i innych możliwych następstw wynikających z ograniczonej ruchomości/mobilności pacjentki.
- zaangażowano do pomocy fizjoterapeutę.

Diagnoza nr 4.

- zaburzenie orientacji allopsychicznej jako następstwo choroby Alzheimera.

Cel działań:

- redukcja zaburzeń, uspokojenie pacjentki.

Plan działań:

- ocena funkcji poznawczych (zastosowanie odpowiednich narzędzi oceny np. MMSE Mini Mental State Examination),
- farmakoterapia (zgodnie z zaleceniami lekarza),
- cierpliwe i wielokrotne powtarzanie informacji odnoszących się np. do miejsca pobytu czy sytuacji rodzinnej pacjentki,
- informowanie pacjentki o specyfice podejmowanych wobec niej czynności,
- zachowanie stałego rozkładu dnia - ścisła współpraca z rodziną owocująca konsekwencją struktury dnia,
- rezygnacja ze zmian – również wprowadzanych w otoczeniu chorej,
- dokumentowanie podejmowanych działań (w tym z zakresu podawanych leków, stosowanych form oddziaływania itp.).

Ocena działań:

- pacjentka spokojna,

Uzasadnienie podjętych działań: cierpliwość i empatia są elementarnym czynnikiem zwiększającym poczucie bezpieczeństwa pacjentów z chorobą Alzheimera. Komunikowanie się z nimi oraz rozwiewanie wszelkich wątpliwości z zakresu ich sytuacji (lokalizacyjnej, rodzinnej, zdrowotnej itp.) wpływać może korzystnie na ich redukcję agresji, zagubienia czy dezorientacji. Dodatkowo powtarzalność czynności sprzyja ćwiczeniu pamięci i koncentracji. Także niezmienność otoczenia podnosi komfort funkcjonalny chorych.

Diagnoza nr 5.

- agresja i wysoki poziom niepokoju stanowiące skutek otępienia i postępu choroby Alzheimera.

Cel działań:

- obniżenie poziomu lęku, zapobieganie pojawieniu się agresywnych zachowań, optymalizacja w zakresie zachowania się pacjenta agresywnego.

Plan działań:

- systematyczna obserwacja pacjentki,
- próba rozpoznania czynników/sytuacji sprzyjających występowaniu napięcia/agresji,

- w razie potrzeb farmakoterapia (po konsultacji lekarskiej/specjalistycznej). Dokumentowanie podejmowanych działań i ocena ich skuteczności (w razie konieczności – zmiana leków/form oddziaływania),
- próba zastosowania alternatywnych form obniżania napięcia (muzykoterapia itp.) i ocena ich skuteczności,
- zachowanie dbałości o jak najmniejszą zmienność rytmu dnia/otoczenia pacjentki,
- w trakcie wzmożonego napięcia/agresji: zagwarantowanie bezpieczeństwa pacjentowi i opiekunom; podejmowanie próby odwrócenia uwagi od czynnika aktywizującego niepożądane zachowanie; wdrożenie działań obniżających napięcie (w tym także leków uspokajających), modyfikacja postępowania/tonu głosu itp.,
- cierpliwość i empatia.

Ocena działań: zmniejszenie poziomu lęku, redukcja zachowań agresywnych.

Uzasadnienie podjętych działań: pacjenci z chorobą Alzheimera dość często są zdezorientowani i zaniepokojeni - co sprzyjać może zachowaniom agresywnym. Należy wykazać się duży zrozumieniem i cierpliwością w podejmowanych działaniach opiekuńczo – pielęgnacyjnych. Nie można zapominać o poszanowaniu godności osobistej i uwzględniać utrudnienia związane z komunikacją. Redukcja napięcia towarzyszącego chorym, powinna przekładać się na ograniczenie napadów agresji. Równie ważne jest rozpoznanie czynników, które sprzyjają ich występowaniu i zapobieganie ich pojawianiu się.

Diagnoza nr 6.

- trudności w realizacji czynności dnia codziennego wynikające z ograniczeń będących skutkiem postępu choroby Alzheimera.

Cel działań:

- optymalizacja funkcjonalna.

Plan działań:

- wspomaganie pacjentki w czynnościach związanych np. z ubieraniem się, jedzeniem, przemieszczanie, higieną itp.
- rozpoznanie zakresu deficytów funkcjonalnych i ich przyczyn,
- wdrożenie działań optymalizujących (zgodnych z zaleceniami lekarzy/specjalistów),
- dostosowanie form pomocowych do poziomu deficytów,
- zachęcanie pacjentki do aktywności pozostających z zasięgu jej możliwości (unikanie całkowitego wyręczania),
- właściwe dostosowanie form pomocowych do potrzeb i możliwości chorej,

- zachęcanie do samodzielności (np. w ubieraniu się, wykonywaniu podstawowych czynności higienicznych, samodzielnego jedzenia itp.),
- cierpliwe tłumaczenie podejmowanych aktywności/czynności,
- zwiększenia zaangażowania rodziny (edukacja, instruktaż jej członków).

Ocena działań: pacjentka ze znacznymi deficytami funkcjonalnymi, wymagająca dalszego wsparcia w realizacji czynności dnia codziennego, ale podejmująca próby zwiększenia swojej samodzielności (np. w spożywaniu posiłków, ubierania się). Wysokie zaangażowanie rodziny/opiekunów.

Uzasadnienie podjętych działań: zapewnienie pełnej samodzielności pacjentom z chorobą Alzheimera staje się trudne czy wręcz niemożliwe na dalszych etapach choroby. Mimo to należy podejmować wszelkie próby optymalizacji w tym zakresie i unikać wyręczania pacjentów w realizacji codziennych czynności. Konieczne jest ich aktywizowane i motywowanie do podejmowania wysiłku w celu zwiększania poczucia ich komfortu, wspomagania procesów poznawczych i spowolniania zachodzących zmian.

Diagnoza nr 7.

- zaburzenia i nieprawidłowości snu wynikające z niepokoju i dezorientacji.

Cel działań:

- optymalizacja snu, zachowanie właściwego rytmu snu i czuwania.

Plan działań:

- identyfikacja rodzaju/przyczyn zaburzeń dotyczących rytmu snu i czuwania,
- zagwarantowanie pacjentce właściwych warunków do odpoczynku/snu, maksymalizacja mikroklimatu itp.,
- w razie konieczności – wdrożenie farmakoterapii (zgodnej z zaleceniami lekarza), obserwacja skuteczności działań i o ile zajdzie taka potrzeba - wprowadzenie zmian. Dokumentowanie podejmowanych aktywności,
- aktywizacja fizyczna (dostosowana do możliwości chorej lub po konsultacji specjalistycznej),
- zachowanie troski o odpowiednie odżywienie i nawodnienie chorej,
- kontrola wypróżnień w czasie poprzedzającym odpoczynek/sen,
- optymalizacja ilości drzemek w ciągu dnia,
- wdrożenie alternatywnych form obniżania napięcia (aromaterapia, muzykoterapia itp.),
- komunikacja z pacjentką – cierpliwe tłumaczenie podejmowanych działań, wyjaśnienie kwestii związanych z miejscem pobytu, porą dnia, potrzebą snu itp.

Ocena działań: pacjentka przesypia całe noce, co zmniejsza poziom jej napięcia i agresji. Także opiekunowie chorej mają możliwość regeneracji sił.

Uzasadnienie podjętych działań: dbałość o właściwy rytm snu i czuwania jest niezwykle ważna w kontekście zapewnienia właściwej kondycji fizycznej i emocjonalnej pacjentów a także redukcji towarzyszącego im napięcia. Wypoczynek i higiena snu warunkują bowiem zdecydowaną większość procesów regeneracyjnych zachodzących organizmie. Stanowią również istotny czynniki sprzyjający funkcjonowaniu rodziny pacjentki/opiekunów.

Diagnoza nr 8.

- trudności w opiece nad pacjentką, wynikające z ograniczeń w zakresie sygnalizowania potrzeb i komunikacji.

Cel działań:

- optymalizacja działań opiekuńczo – pielęgnacyjnych, właściwa identyfikacja potrzeb pacjentki, wspomaganie rodziny pacjentki.

Plan działań:

- stworzenie właściwych warunków komunikacyjnych (czas, przestrzeń, kontakt wzrokowy, dotyk terapeutyczny, odpowiednia artykulacja, zwięzłość komunikatów, sygnalizowanie zrozumienia/zaangażowania w rozmowę itp.),
- odczytywanie komunikatów pozawerbalnych,
- stosowanie innych form komunikacyjnych (np. wspomaganych rozwiązaniami graficznymi, formą pisaną itp.),
- zachowanie cierpliwości i wyrozumiałość,
- powtarzanie – o ile jest taka konieczność,
- nieprzerwane podejmowanie prób nawiązywania kontaktu z chorą,
- ciągłe tłumaczenie zasadności i przebiegu podejmowanych działań (w tym np. pielęgnacyjnych),
- współpraca z rodziną pacjentki,
- edukacja rodziny z zakresu optymalizacji procesu opieki i pielęgnowania,
- zapoznanie rodziny z alternatywnymi formami komunikacyjnymi/instruktaż,
- poinformowanie rodziny o możliwości skorzystania z pomocy (specjalistów, grup wsparcia itp.).

Ocena działań: pacjentka dość często trafnie komunikuje swoje potrzeby, niekiedy wspomagając się piktogramami.

Uzasadnienie podjętych działań: komunikacja między pacjentem a opiekunem, jest niezwykle ważną determinantą procesu opieki i pielęgnowania. Jeżeli na danym etapie choroby zawodzą formy tradycyjne, należy poszukiwać rozwiązań alternatywnych. Nie wolno także ustawać w próbach nawiązania kontaktu z chorą. Zmniejsza to jej poczucie izolacji i wpływa korzystnie na spójność środowiska/otoczenia – mimo wystąpienia choroby.

Podsumowanie

Zawód pielęgniarki wymaga odpowiednich kwalifikacji, umożliwiających m.in. właściwe rozpoznaje potrzeb pacjenta i dostosowanie do nich adekwatnych działań opiekuńczo – pielęgnacyjnych. Warto w tym miejscu podkreślić, że obecnie pojęcie „pielęgnowania" wykracza znacznie poza granicę dbałości o fizyczną stronę funkcjonowania chorego. Obejmuje także różnorodne aktywności, których celem jest korzystne oddziaływanie optymalizacyjne (prozdrowotne), profilaktyka, wspomaganie procesu adaptacji do choroby, edukacja itp. Granice oddziaływania wyznaczają m.in. wdrażane modele pielęgnowania. Jednym z najczęściej stosowanych jest model autorstwa D. Orem. Doskonale sprawdza się on w przypadku opieki realizowanej w środowisku domowym, gdyż zakłada nie tylko wspomaganie chorego, ale i jego opiekunów. Dzięki swojej kompleksowości i wieloaspektowości, uznano go za odpowiedni do opracowania planu opieki nad pacjentką z zespołem otępiennym - wynikającym z zaawansowanego stadium choroby Alzheimera. Dzięki wdrożeniu działań edukacyjnych, zwiększyła ona zaangażowanie członków rodziny w proces opiekuńczo-pielęgnacyjny. Zaplanowane i wdrożone działania, umożliwiły również zmniejszenie napięcia emocjonalnego pacjentki, skutkując obniżeniem poziomu agresji, niepokoju.

Wnioski

Opieka pielęgniarska realizowana w środowisku domowym jest aktywnością wielopłaszczyznową, ukierunkowaną nie tylko na potrzeby pacjentki, ale i towarzyszących jej osób. Dodatkowo, wymaga zastosowania metod i form oddziaływania, dostosowanych do konkretnego przypadku oraz rozpoznawanych na bieżąco deficytów i potrzeb. Właściwie zaplanowana i realizowana, skutkuje istotną optymalizacją funkcjonalną chorej oraz jej otoczenia.

Bibliografia

1. BARCIKOWSKA M. PARNOWSKI T. Choroba Alzheimera 1906-2021. Warszawa. PZWL. 2021.
2. PARNOWSKI T., Choroba Alzheimera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2013.
3. CYBULSKI M. KUŁAK- KRAJEWSKA E., Opieka nad osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego. Warszawa. PZWL. 2016.
4. WIECZOROWSKA-TOBIS K, TALARSKA D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. PZWL. 2017.
5. SZCZUDLIK A. Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Warszawa. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. 2016.

6. RYBAK K, KLIMASZEWSKA K. opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą Alzheimera. https://ppm.umb.edu.pl/docstore/download/UMB54bc3e84cd7b4683b3bdb5b9f7789195/0000059604-wcag.pdf dostęp 12.08.2023.
7. NIECKARZ R. Nursing care of patients with Alzheimer's disease. Puls Uczelni 2015 (9) 2:22, Wydawnictwo Państwowej Medycznej Wyższej Szkoła Zawodowej w Opolu
8. ANTCZAK A, ŚLUSARZ R. Rola edukacyjna pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera i jego rodziną, Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, (1), Toruń. 2016.
9. RACHEL W, DATKA W, ZYSS T, ZIĘBA A. Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. Gerontologia Polska. Tom 22. 2014. Str.14-23.
10. SZMIGIELSKA P, BESZTA-BOROWSKA B. Mężczyźni z chorobą Alzheimera w narracjach żon w opiece domowej. Studia przypadków. Niepełnosprawność i Rehabilitacja nr 4/2020:76-89.
11. PODGÓRSKA-JACHNIK D. Specjalne i nie-specjalne. Dylematy współczesnego podejścia do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, 21. 2018:67-86.
12. CYBULSKI M. WASZKIEWICZ N. KRAJEWSKA-KUŁAK E. KĘDZIORA-KORNATOWSKA K. Psychogeriatria. Warszawa. PZWL. 2022.
13. CIECHANIEWICZ W, CUDAK E, DYK D. Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Warszawa. PZWL. 2014.
14. BIERCEWICZ M, FILIPSKA K, KĘDZIORA-KORNATOWSKA K. Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą Alzheimera — opis przypadku. PNN 2016;5(3):117-22.

Kontakt:
Bożena Majchrowicz
Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu
Ul. Książąt Lubomirskich 6
37-700 Przemyśl
Polska
E-mail: bozenam4@op.pl

FARMAKOLOGICKÁ GRAMOTNOSŤ PACIENTOV S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU

Pharmacological Literacy of Patients With Arterial Hypertension

Mária Novysedláková[1], Mariana Magerčiaková[1], Marcela Ižová[1]

[1]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Príspevok je zameraný na zdravotnú gramotnosť pacientov s artériovou hypertenziou súvisiacou s farmakologickou liečbou. Hlavnou metódu bola naratívna prehľadová štúdia. publikácie boli zdieľané pomocou elektronických databáz Medline, PubMed, ScienceDirect. Kľúčové slová použité pri vyhľadávaní publikácií „health literacy“, „pharmacotherapy“, „adult patients“, „taking medication“. Do prieskumu bolo zahrnutých 30 štúdií, pozostávajúcich z 19 kvantitatívnych, 9 kvalitatívnych výskumov a dvoch štúdií so zmiešanou metódou. Naratívne prehľadové štúdie ukázali, že nízka úroveň ZG je spojená s horšími zdravotnými výsledkami, staršími ľuďmi, nižšou úrovňou vzdelania, horším riadením vlastného zdravia.

Kľúčové slová: Zdravotná gramotnosť. Pacient. Artériová hypertenzia. Farmakoterapia.

Summary

The paper is focused on the health literacy of patients with arterial hypertension related to pharmacological treatment. The main method was a narrative review study. publications were shared using electronic databases Medline, PubMed, ScienceDirect. Keywords used when searching for publications: "health literacy", "pharmacotherapy", "adult patients", "taking medication". Thirty studies were included in the survey, consisting of 19 quantitative, 9 qualitative research and two mixed method studies. Narrative review studies showed that a low level of ZG is associated with worse health outcomes, older people, lower level of education, worse self-health management.

Keywords: Health literacy. Patient. Arterial hypertension. Pharmacotherapy.

Úvod

Na celom svete trpí artériovou hypertenziou približne 30 – 45 % dospelej populácie, jej prevalencia stúpa s narastajúcim vekom a rizikovým faktorom (Williams et al., 2018; Mills et al., 2020).

Artériová hypertenzia (AH) je definovaná ako hodnota tlaku krvi (TK) systolického TK ≥ 140 a diastolického TK ≥ 90 mm Hg na základe priemeru najmenej dvoch meraní TK v sediacej polohe počas dvoch alebo viacerých návštev ambulancie (Lacko a kol., 2018; Williams et al., 2018; Kotchen, 2015).

Rutinná liečba hypertenzie u všetkých pacientov zahŕňa úpravu životného štýlu a medikamentóznu liečbu. Zdravý životný štýl môže zabrániť alebo oddialiť nástup hypertenzie a môže znížiť kardiovaskulárne (KV) riziko. Účinná modifikácia životného štýlu môže postačiť na oddialenie alebo prevenciu potreby medikamentóznej antihypertenzívnej liečby u pacientov s hypertenziou 1. stupňa a môže tiež zvýšiť účinnosť antihypertenzívnej liečby u už liečených pacientov. Úprava životného štýlu by však nikdy nemala posunúť začatie medikamentóznej liečby u pacientov alebo vysokým KV rizikom(Šimková a kol.2020).

Prahové hodnoty TK pre začatie liečby hypertenzie a načasovanie začatia medikamentóznej liečby závisí od veku pacienta a od jeho rizikového profilu.

Väčšina pacientov s hypertenziou potrebuje medikamentóznu liečbu popri opatreniach týkajúcich sa úpravy životného štýlu s cieľom dosiahnuť optimálne hodnoty TK. Odporúča sa päť hlavných tried antihypertenzív na štandardnú liečbu hypertenzie: ACE inhibítory, blokátory receptora pre angiotenzín, betablokátory, blokátory kalciových kanálov a diuretiká (tiazidy a tiazidu podobné diuretiká ako chlortalidon a indapamid). Medicína dôkazov pre tieto antihypertenzíva je založená na: dokázanej schopnosti znížiť TK; dôkazoch z placebom kontrolovaných štúdií, že redukujú KV príhody; a (iii) dôkazoch o širokej schopnosti v redukcii KV morbidity a mortality. Každá z uvedenej skupiny liekov má absolútne alebo relatívne kontraindikácie (Šimková a kol.2020).

Po začatí antihypertenzívnej liečby by mal byť pacient opakovane prehodnotený s cieľom posúdiť kontrolu TK a posúdiť možné nežiadúce účinky liečby. Liečba fixnou kombináciou antihypertenzív by mala znížiť TK počas 1-2 týždňov a možnosť pokračovať v znižovaní hodnôt TK počas nasledujúcich 2 mesiacov. Prvé zhodnotenie pacienta by sa malo zrealizovať do 2 mesiacov. Frekvencia kontrol závisí od závažnosti hypertenzie, od potreby dosiahnuť kontrolu TK a od komorbidít pacienta. Po dosiahnutí cieľových hodnôt TK frekvencia návštev pacienta závisí od potreby sledovania komorbidít alebo funkcie obličiek a pohybuje sa v intervale od 3 do 12 mesiacov (Šimková a kol.2020).

Usmernenie Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC) a Európskej spoločnosti pre hypertenziu (ESH) odporúča pri liečbe antihypertenzívami dosiahnuť cieľový TK nižší ako 140/90 mm Hg bez ohľadu na počet pridružených ochorení a úroveň kardiovaskulárneho rizika (Williams et al., 2018). Dosiahnutie cieľových hodnôt TK si vyžaduje aj dostatočnú spoluprácu pacienta a dodržiavanie farmakologickej a nefarmakologickej liečby (Williams et al., 2018).
Podľa ESC a ESH je adherencia k liečbe – dodržiavanie liečebných opatrení jedným z dôležitých faktorov pri dosahovaní cieľových hodnôt tlaku. Nedostatočné dodržiavanie liečby

vedie k nedostatočnej kontrole tlaku, následne k poškodeniu cieľových orgánov a k zvýšenej chorobnosti a úmrtnosti z kardiovaskulárnych príčin (Williams et al., 2018; De Geest et al., 2018). V súčasnosti existujú dôkazy, že efektívnosť farmakologickej liečby je významne ovplyvňovaná adherenciou pacientov k liečbe (Williams et al., 2018). Komplexnosť liečebného režimu, počet predpísaných liekov a frekvencia užívania liekov súvisí s adherenciou k liečbe. Čím je terapeutický režim komplexnejší, zložitejší, čím má pacient častejšie užívať vyšší počet tabliet, tým stúpa aj nonadherencia k liečbe. Naopak, nižší počet predpísaných liekov a užívania dávok, jednoduchší liečebný režim sa spája s vyššou adherenciou k liečbe (Williams et al., 2018; Kardas et al., 2013). Naopak, štúdia Morrisov et al. (2015) realizovaná v 9 európskych krajinách poukazuje na vyššiu nonadherenciu pri nižšom počte užívaných liekov, avšak v zhode s inými štúdiami poukazuje na vyššiu nonadherenciu pri vyššej frekvencii dávkovania liekov u pacientov s AH.

Zdravotná gramotnosť súvisí so schopnosťou ľudí získavať informácie týkajúce sa zdravia, choroby, liečby porozumením a využívaním týchto informácií tak, aby mohli uskutočniť účinné rozhodnutia v prospech svojho zdravia. Zdravotná gramotnosť zahŕňa rôzne schopnosti: čítanie, porozumenie, analýzu informácií, rozoznanie rizík a benefitov potrebných pre realizáciu rozhodnutí a vhodných intervencií. Účinná zdravotná gramotnosť je veľmi dôležitá pre selfmanažment, resp. pre sebaopateru pacienta s AH.

Súčasné vedecké dôkazy poukazujú na súvislosť medzi nízkou zdravotnou gramotnosťou a zhoršenou adherenciou k liečbe (Heizomi et al., 2020; Lor et al., 2019; Costa et al., 2019; Du et al., 2018; Shahin et al., 2019). Výsledky týkajúce sa vzťahu zdravotnej gramotnosti a adherencie k liečbe však nie sú vždy jednoznačné a konzistentné (Du et al., 2018). Nízka alebo stredná miera zdravotnej gramotnosti môže viesť k obmedzenému porozumeniu ochorenia a liečby, a to následne k nedodržiavaniu terapeutických odporúčaní (Shahin et al., 2019). Včasnosť a kvalita poskytnutých informácií sú veľmi dôležité pre porozumenie liečby a jej významu, a tým pre účinnejšie dodržiavanie terapeutických odporúčaní.

Cieľ

Cieľom príspevku bolo posúdiť zdravotnú gramotnosť dospelých pacientov s artériovou hypertenziou oblasti medikamentóznej antihypertenzívnej liečby.

Hlavnou metódu bola naratívna prehľadová štúdia. Jednotlivé publikácie boli zdieľané pomocou elektronických databáz Medline, PubMed, ScienceDirect. Vo vyhľadávaní sme použili kľúčové slová, ako „health literacy“, „pharmacotherapy“, „adult patients“, „taking medication“. Do prieskumu bolo zahrnutých 30 štúdií, pozostávajúcich z 19 kvantitatívnych, 9 kvalitatívnych výskumov a dvoch štúdií so zmiešanou metódou.

Kritériá pre zaradenie do štúdie: dospelý pacient, diagnóza primárna artériová hypertenzia, farmakologická liečba.

Výsledky

Tab. 1 *Prehľadové štúdie*

Autor	Súbor	Cieľ	Merací nástroj	výsledky
Lee, Y. M., Yu, H. Y., You, M. A., Son, Y. J. (2017). Korea	N=291 respondentov nad 65 rokov	Skúmať vplyv zdravotnej gramotnosti na dodržiavanie liekov, s cieľom poskytnúť informácie na zlepšenie zdravotných výsledkov u starších ľudí s chronickým ochorením	Prierezová štúdia štruktúrovaný dotazník	Vo viacnásobnej regresnej analýze bola zdravotná gramotnosť najsilnejším prediktorom adherencie k liečbe (β = 0,190, P = 0,001). 30,6 % respondentov malo vysokú adherenciu k liekom. Zlepšenie zdravotnej gramotnosti môže zlepšiť adherenciu k liečbe u starších ľudí s chronickým ochorením.
Park, N. H., Song, M. S., Shin, S. Y., Jeong, J. H., Lee, H. Y. (2018). Južná Kórea	N=160 respondentov	Štúdia skúmala vplyv zdravotnej gramotnosti na dodržiavanie liekov a na kvalitu života súvisiacu so zdravím u zraniteľných starších ľudí s hypertenziou.	Prierezová štúdia The Morisky Medication Adherence Scale, Newest Vital Signs (NVS) EuroQol-5	Dodržiavanie liekov a zdravotná gramotnosť významne súviseli s kvalitou života súvisiacou so zdravím u zraniteľných starších ľudí s hypertenziou, subjektívne zdravie boli významnejšími faktormi ovplyvňujúcimi kvalitu života súvisiaceho so zdravím ako adherencia k liečbe a zdravotná gramotnosť.
Delavar, F., Pashaeypoor, S., Negarandeh, R. (2020). Iran	N = 392 respondentov priemerný čas diagnostiky hypertenzie bol 11,91 roka (± 8,87 roka. Priemerný vek 68,83 rokov (± 5,81 roka) a 36,7% mužov.	Hodnotiť vplyv zdravotnej gramotnosti na dodržiavanie liekov a kontrolu krvného tlaku u seniorov	Randomizovaná kontrolovaná štúdia SAHLPA-18 Morisky Medication Adherence Scale	Výsledky prieskumu naznačili vysokú prevalenciu nedostatočnej funkčnej zdravotnej gramotnosti a nedostatočnej kontroly krvného tlaku u hypertenzných starších ľudí liečených na primárnu hypertenziu.
Wannasirikul, P., Termsirikulchai, L., Sujirarat, D., Benjakul, S.,Tanasugarn, C. (2016). Thajsko	N=600	Preskúmať príčinné vzťahy medzi zdravotnou gramotnosťou, dodržiavaním liekov a hladinami krvného tlaku u seniorov s hypertenziou	Prierezová štúdia Štrukturovaný dotazník a rozhovory	48,7 % respondentov malo nedostatočnú zdravotnú gramotnosť, 98,3 % mali dobrú adherenciu k liečbe a 80 % malo dobré hodnoty krvného tlaku. Dodržiavanie liekov bolo ovplyvnené kognitívnymi schopnosťami, gramotnosťou a kultúrou a spoločnosťou.
Saqlain M, Riaz A, Malik MN, Khan S, Ahmed A, Kamran S, Ali H.(2019) Pakistan	N=262 respondentov	Cieľom štúdie bolo preskúmať dodržiavanie liekov a s nimi súvisiace faktory u pakistanských geriatrických pacientov s hypertenziou.	Prierezová štúdia štruktúrovaný dotazník, Morisky Medication Adherence Scale, Barthelov index, SILS	38,9% (*n* = 102) respondentov malo adherenciu k liečbe, primeraná zdravotná gramotnosť (OR = 3,369, *p* < 0,001) a nezávislosť pri vykonávaní činností každodenného života (OR = 2,968, *p* = 0,002) sú nezávislými prediktormi dodržiavania liekov u starších hypertenzných pacientov.

Gavrilova, A., Bandere, D., Rutkovska, I., Šmits, D., Mauriņa, B., Poplavska, E., Urtāne, A. I. (2019). Lotyšsko	N=187 respondentov, Priemerný vek 64,36 (SD = 13,38); 128 z nich boli ženy (74,9 %)	Preskúmať dodržiavanie farmakologickej liečby u pacientov s hypertenziou	prierezovú pozorovaciu štúdiu Morisky Medicine Adherence Scale	Priemerná úroveň adherencie bola 5,85 (SD = 1,68), čo zodpovedalo nízkej úrovni dodržiavania, resp. nedodržiavania liečby. Značný počet pacientov trpiacich hypertenziou má nízku úroveň adherencie,
Thapa, S., Nielsen, J. B. et al. (2021). Dánsko	N= 6871 respondentov žien (52.92 %) Vek 51-60 = 1213 (29.65), 61- 70 = 1583 (38.69), 71-80= 1295 (31.65)	Skúmanie asociácie ZG s vnímaním a skúsenosťami s užívaním liekov	Prierezová štúdia Webový štandardizovaný dotazník spravovaný spoločnosťou Statistics Denmark	18 % respondentov malo nízku úroveň ZG, vnímali, že užívanie liekov denne bolo pre nich námahavé a časovo náročné, udávali nesprávne informácie o predpísaných liekov, často zabúdali užívať svoje lieky, mali nižšiu spokojnosť so životom a uvádzali zhoršené zdravie.
Lenahan et al. 2013 [11] USA	215 respondentov, priemerný vek 60 rokov,	Posúdiť úroveň zdravotnej gramotnosti vo vzťahu k farmakoterapii a hodnotám krvného tlaku	Prierezová štúdia TOFHLA	Nekontrolovaný krvný tlak (p = 0,03) a identifikácia liekov (*p* = 0,001) súvisela s úrovňou zdravotnej gramotnosti. Výskumný súbor mal nedostatočnú zdravotnú gramotnosť (nízka 37,3 %; priemerná 62,7 %). Svoje lieky nevedelo identifikovať (50,0 %, p = .001) respondentov.
Borges, F. M., Silva, A. R et al. (2019). Brazília	357 respondentov z toho žien 72.9%; vo veku medzi 18 39 rokov bolo 44.2% respondentov	Vzťah medzi artériovou hypertenziou a zdravotnou gramotnosťou	Prierezová štúdia S-TOFHLA test	Vo vzťahu medzi hypertenziou a úrovňou zdravotnej gramotnosti medzi premennými v troch skúmaných základných jednotkách bola zistená štatisticky významná súvislosť (p<0,05).
Ghaffari-Fam, S., Sarbazi, E., Ardabili, F.,et al. (2020) Irán	210 respondentov, priemerný vek 56.70 rokov (SD = ±11.18).	Posúdenie úrovne zdravotnej gramotnosti pri kontrole systolických a diastolických hodnôt krvného tlaku hypertenzie	Prierezová štúdia Health Literacy questionnaire The Structure Equation Modeling (SEM)	Signifikantné korelácie boli potvrdené medzi ZG systolickou hypertenziou (p < 0.05). Prístup k zdravotným informáciám bol štatisticky významným prediktorom rozhodovania (R=0,335; p-hodnota=0,012) a systolickej hypertenzie (R=-0,275; p-hodnota=0,025). (p < 0,05).
Song, S., Lee, S. M., Jang, S., Lee, Y. J., Kim, N. H., Sohn, H. R., & Suh, D. C. (2017). Južná Kórea	N=305 50,5% účastníkov boli ženy, priemerný vek bol 41,76 ± 13,15 roka.	Preskúmať porozumenie informácií súvisiacich s liekmi a dodržiavanie liekov a súvislosť medzi zdravotnou gramotnosťou a kvalitou života súvisiacou so zdravím	Prierezová štúdia REALM, Short Form-36 QoL	Vyššia zdravotná gramotnosť bola spojená s dôkladnejším čítaním označení liekov (B = 0,17; 95% CI = 0,07–0,29), čo súviselo s lepšie vnímaným dodržiavaním liekov (B = 0,33; 95% CI = 0,15–0,49). Zdravotná gramotnosť bola pozitívne spojená so správaním pri hľadaní informácií súvisiacich s liekmi (B = 0,26; 95% CI = 0,10–0,42). Kvalita života bola pozitívne spojená s vnímaným dodržiavaním liekov, pochopením pokynov na predpis a vzdelávaním.

Diskusia

Naratívne prehľadové štúdie ukázali, že nízka úroveň ZG je spojená s horšími zdravotnými výsledkami, staršími pacientmi, nižšou úrovňou vzdelania, horším riadením vlastného zdravia, obmedzeným využívaním preventívnych zdravotníckych služieb, zvýšenými návštevami v nemocniciach a vyššou úmrtnosťou, ako aj nižším fyzickým a duševným zdravím.

Pacienti s AH s obmedzenou zdravotnou gramotnosťou majú tendenciu mať slabé vedomosti o AH (Du et al. 2018). Hickaman et al. (2020) testovali súvislosti medzi zdravotnou gramotnosťou, kvalitou interakcie medzi pacientom s AH a poskytovateľom, vnímanými komunikačnými zručnosťami a aktiváciou správania zameraného na kontrolu krvného tlaku. Analýzou dát sa potvrdilo, že zdravotná gramotnosť, kvalita interakcie pacienta s poskytovateľom a vnímané komunikačné zručnosti priamo ovplyvnili behaviorálne konanie pacientov s AH zameraného na kontrolu systolického krvného tlaku. Výsledky štúdie naznačili potrebu skríningu zdravotnej gramotnosti, budovania komunikačných zručností a zlepšenia kvality interakcie s poskytovateľom na zlepšenie kontroly krvného tlaku u dospelých s hypertenziou.

Adherencia k liečbe u pacientov s hypertenziou závisí od mnohých faktorov. Viaceré štúdie ukázali, že faktory ako nízky socioekonomický status, závažnosť ochorenia, počet tabliet denne, vedľajšie účinky liekov, pacientovo nedostatočné porozumenie ochoreniu a sprievodné chorobné stavy ovplyvňujú dodržiavanie liečby (Osterberg, Blaschke 2005). Schumacher et al. (2013) zistil, že pacienti s nízkou zdravotnou gramotnosťou mali menej návštev lekára, častejšie využívali pohotovostné služby a mali viac hospitalizácií, ktorým sa dalo potenciálne predísť, ako pacienti s primeranou zdravotnou gramotnosťou.

Mnohé štúdie preukázali, že pacienti vydržia pravidelne užívať antihypertenzíva len pomerne krátky čas. Po 2 rokoch užíva lieky len 50 % pacientov a adherencia v ďalších rokoch postupne klesá. Vzostup hodnôt TK o 20/10 mmHg dvojnásobne zvyšuje kardiovaskulárnu mortalitu. Naopak, efektívna liečba AH so znížením systolického TK o 10 mmHg redukuje výskyt týchto najzávažnejších kardiovaskulárnych komplikácií o 20 % a celkovú mortalitu o 10 – 15 % (Fathi, Gavalierová, 2022, Gašpar, 2019, Ludka, 2017).

Podľa prierezovej štúdie vykonanou so 150 seniormi s hypertenziou sa zistilo, že zdravotná gramotnosť je prediktorom premenných sebaúčinnosti (self-efficacy) a správania pri starostlivosti o seba (self-care). Výsledok tejto štúdie naznačuje, že nízka úroveň zdravotnej gramotnosti má významný vplyv na správanie pacientov. Pacienti s nedostatočnou zdravotnou gramotnosťou majú horší zdravotný stav, vyššiu mieru hospitalizácie a úmrtnosť je takmer dvakrát vyššia ako u iných ľudí (Khodabandeh et al., 2017). Na druhej strane vysoká sebaúčinnosť bola spojená s lepšou starostlivosťou o seba a ľudia s vyššou úrovňou

sebaúčinnosti sa aktívne zúčastňovali na programoch starostlivosti o seba a boli úspešnejší v kontrole svojej choroby (Tharek et al., 2018).

Záver

Charta 70/2023 predstavuje výzvu, podľa ktorej by do roku 2023 malo byť na Slovensku 70 % pacientov s dobre kontrolovanou AH. Cieľom je znížiť výskyt odvrátiteľných úmrtí, vo výskyte ktorých je Slovensko dlhodobo na popredných miestach medzi krajinami v Európe. V Charte 70/2023 sa okrem iného kladie dôraz na zlepšenie osvety pacientov s AH a na zvýšenie adherencie pacienta k liečbe. Klinická prax potvrdzuje, že edukovaný pacient má lepšiu compliance, adherenciu a perzistenciu k liečbe (Fathi, Gavalierová, 2022, Gavalierová, Fathi, 2017).

Literatúra

1. ABEGAZ, T. M., SHEHAB, A., GEBREYOHANNES, E. A et al. 2017. Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 96(4): e5641. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005641
2. BORGES, F. M., SILVA, A. R. V. D., LIMA, L. H. O. et al. 2019. Health literacy of adults with and without arterial hypertension. *Revista brasileira de enfermagem*, *72*(3): 646–653. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0366
3. DE GEEST, S., ZULLIG, L. L., DUNBAR-JACOB, J., HELMY, R. 2018. ESPACOMP medication adherence reporting guideline (EMERGE). *Annals of internal medicine*, 169(1): 30–35. https://doi.org/10.7326/M18-0543
4. DELAVAR, F., PASHAEYPOOR, S., NEGARANDEH, R. 2020. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, *103*(2): 336–342. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.028
5. DU, S., ZHOU, Y., FU, C., WANG, Y., DU, X., XIE, R. 2018. Health literacy and health outcomes in hypertension: An integrative review. *International journal of nursing sciences*, 5(3): 301–309. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.001
6. FATHI, A., GAVALIEROVÁ, Z. 2022. Intervencie na zlepšenie adherencie k liečbe artériovej hypertenzie. In Via Practica. 2022;19(2):78-84. Online https://www.solen.sk/storage/file/article/VIA_2_2022_final%20–%20Fathi.pdf
7. GAŠPAR Ľ. 2019. Benefity kombinovanej liečby artériovej hypertenzie. Via practica. 2019;16(4):139-14

8. GAVALIEROVÁ Z, FATHI A. 2017. Prevencia chorôb obehovej sústavy – edukácia sestrou. Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. E-časopis. 2017;01:39-44
9. GAVRILOVA, A., BANDERE, D., RUTKOVSKA, I. et al. 2019. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, *55*(11): 715. https://doi.org/10.3390/medicina55110715
10. GHAFFARI-FAM, S., SARBAZI, E., ARDABILI, F. et al. 2020. The role of Health Literacy in Hypertension Control: a cross-sectional study. In *Iran. Annali di igiene : medicina preventiva e di comunita*, *32*(3): 263–273. https://doi.org/10.7416/ai.2020.2349
11. HEIZOMI, H., IRAJI, Z., VAEZI, R. et al. 2020. Gender Differences in the Associations Between Health Literacy and Medication Adherence in Hypertension: A Population-Based Survey in Heris County, Iran. *Vascular health and risk management,* 16:157–166. https://doi.org/10.2147/VHRM.S245052
12. HICKMAN, R. L., JR, CLOCHESY, J. M., ALAAMRI, M. 2016. Validation of an interaction model of health behavior among adults with hypertension. *Western journal of nursing research*, 38(7):874–892. https://doi.org/10.1177/0193945916628864
13. KARDAS, P., LEWEK, P., MATYJASZCZYK, M. 2013. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Frontiers in pharmacology*, 4, 91. https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091
14. KHODABANDEH , M. , MALEKI AVARASIN , S. , & NIKNIAZ , L. 2017. The relationship between health literacy, perceived self-efficacy and self-care performance of female senior high school students in health promoting schools of Miyaneh, 2016–2017 . *Journal of Health Literacy* , 2 (3), 164 – 176. https://doi.org/10.29252/jhl.2.3.164
15. KOTCHEN, T. A. 2015. Hypertensive vascular disease. In: Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., Fauci, A. S., Longo, D. L, Loscalzo, J. (Ed.), Harrison´s Principles of Internal Medicine (pp. 1611-1627). (19th ed.). New York, U. S., McGraw-Hill Education.
16. LACKO A., NOVYSEDLÁKOVÁ, M. et al. *Vnútorné lekárstvo a ošetrovateľská starostlivosť vo vnútornom lekárstve pre nelekárske zdravotnícke odbory*. Martin: Osveta 2018. 267s.
17. LEE, Y. M., YU, H. Y., YOU, M. A., SON, Y. J. 2017. Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, *24*(1): 11–18. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.003

18. LENAHAN J.L., MCCARTHY D.M., DAVIS T.C. 2013. Drug by Any Other Name: Patients' Ability to Identify Medication Regimens and Its Association with Adherence and Health Outcomes. *J. Health Commun.* 2013;18:31–39. doi: 10.1080/10810730.2013.825671.
19. LUDKA O. 2017. Motivace pacienta k celoživotnímu užívaní lékú u arteriální hypertenze. Med. praxi. 2017;14(1):11-14
20. LUTA X., HAYOZ S., GRÉA KRAUSE C., SOMMERHALDER K. 2018. The Relationship of Health/Food Literacy and Salt Awareness to Daily Sodium and Potassium Intake among a Workplace Population in Switzerland. *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.* 2018;28:270–277. doi: 10.1016/j.numecd.2017.10.028.
21. MILLS, K. T., STEFANESCU, A., HE, J. 2020. The global epidemiology of hypertension. Nature reviews. *Nephrology*, 16(4): 223–237. https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2
22. MORRISON, V. L. et al. 2015. Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines: a multinational, cross-sectional survey. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 18(2): 206–216. https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.12.01
23. OSTERBERG L, BLASCHKE T. 2005. Review articles-drug therapy: adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487–497. https://doi.org/10.1056/NEJMra050100
24. PARK, N. H., SONG, M. S., SHIN, S. Y., JEONG, J. H., LEE, H. Y. 2018. The effects of medication adherence and health literacy on health-related quality of life in older people with hypertension. *International journal of older people nursing*, *13*(3):12196. https://doi.org/10.1111/opn.12196
25. THAPA S, NIELSEN JB, ALDAHMASH AM, QADRI FR, LEPPIN A. 2021. Willingness to Use Digital Health Tools in Patient Care Among Health Care Professionals and Students at a University Hospital in Saudi Arabia: Quantitative Cross-sectional Survey. JMIR Med Educ. 2021 Feb 19;7(1):e18590. doi: 10.2196/18590. PMID: 33605896; PMCID: PMC8081256.
26. SONG, S., LEE, S. M., JANG, S., LEE, Y. J. et al. 2017. Mediation effects of medication information processing and adherence on association between health literacy and quality of life. *BMC health services research*, *17*(1): 661. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2598-0
27. SAQLAIN M, RIAZ A, MALIK, M.N. et al. 2019. Medication Adherence and Its Association with Health Literacy and Performance in Activities of Daily Livings among Elderly Hypertensive Patients in Islamabad, Pakistan. Medicina (Kaunas). 2019 May

18;55(5):163. doi: 10.3390/medicina55050163. PMID: 31109105; PMCID: PMC6572440.

28. SCHUMACHER JR, HALL AG, DAVIS TC, ET al. 2013. Potentially preventable use of emergency services: the role of low health literacy. *Med Care*. 2013;51(8):654. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182992c5a
29. ŠIMKOVÁ a kol. 2020. Komplexný manažment dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Dostupné na: 107_VL_SDTP_na_komplexny_manazment_dospeleho_pacienta_s_arteriovou_hypertenziou (4).pdf
30. THAREK , Z. , RAMLI , A. S. , WHITFORD , D. L. , ISMAIL , Z. , MOHD ZULKIFLI , M. , AHMAD SHARONI , S. K. , SHAFIE , A. A. , & JAYARAMAN , T. 2018. Relationship between self-efficacy, self-care behaviour and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in the Malaysian primary care setting . *BMC Family Practice* , 19 (1), 39. https://doi.org/10.1186/s12875-018-0725-6
31. WANNASIRIKUL P, TERMSIRIKULCHAI L, SUJIRARAT D, BENJAKUL S, TANASUGARN C. 2016. Health literacy, medication adherence, and blood pressure level among hypertensive older adults treated at primary health care centers. Southeast Asian. *J Trop Med Public Health.* 2016 Jan;47(1):109-20. PMID: 27086432.
32. WILLIAMS, B., MANCIA, G., SPIERING, W. et al. 2018. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European heart journal*, 39(33): 3021–3104. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339

Kontakt na autora:
PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestia A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: maria.novysedlakova@ku.sk
phone: +421 918 722 175

STAN ODŻYWIENIA PACJENTÓW PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH NA JELICIE GRUBYM W ODDZIALE INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ

Nutritional Status of Patients After Colorectal Surgery in the Intensive Care Unit

Lucyna Ścisło[1], Małgorzata Paplaczyk-Serednicka[1], Magdalena Staszkiewicz[1]

[1] Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, Polska

[1] Department of Clinical Nursing, Institute of Nursing and Midwifery, Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College, ul. Kopernika 25, 31-501 Krakow, Poland

Streszczenie

Wstęp

Niedożywienie wśród pacjentów po dużym zabiegu operacyjnym z powodu choroby nowotworowej wpływa na zwiększoną możliwość występowania ciężkich powikłań pooperacyjnych przedłużających czas hospitalizacji oraz zwiększa koszty leczenia. Wczesne rozpoznanie zaburzeń oraz podjęcie natychmiastowych interwencji żywieniowych pozwoli na poprawę stanu klinicznego pacjentów i tym samym zmniejszenie komplikacji.

Cel pracy: Określenie stanu odżywienia wśród pacjentów po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym zakwalifikowanych do leczenia w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) na podstawie wybranych parametrów oraz ich porównanie po 7 dniach hospitalizacji.

Materiał i metody: Badana grupa obejmowała 97 pacjentów, w wieku od 53 do 98 lat po zabiegu resekcyjnym z powodu raka jelita grubego. Wykorzystano retrospektywną analizę dokumentacji medycznej. W ocenie stanu odżywienia analizowano wyniki skali NRS 2002 oraz parametry: BMI, białko całkowite, albuminę oraz CLL pacjentów po zabiegu operacyjnym i zakwalifikowaniu do leczenia na OIOM, a następnie białko i albuminę po 7 dniach pobytu w OIOM. Przeprowadzono analizę statystyczną w programie IBM SPSS Statistics.

Wyniki: W dniu przyjęcia u wszystkich pacjentów na podstawie skali NRS 2002 stwierdzono ryzyko niedożywienia. W oparciu o CLL średnie i ciężkie niedożywienie stwierdzono u 66% pacjentów. Na podstawie BMI ryzyko niedożywienia występowało u 46,4% pacjentów a niedożywienie u 3,1%. Na podstawie poziomu albumin stwierdzono niedożywienie (lekkie, średnie i ciężkie) u 71% oraz krytyczny poziom u 22,7% badanych. Po 7 dniach wyniki białka całkowitego i albuminy uległy istotnemu obniżeniu (<0,001).

Wnioski: Ryzyko niedożywienia oraz niedożywienie występowało u wszystkich pacjentów przyjmowanych na OIOM. Obniżone parametry w postaci albuminy i białka całkowitego

świadczą o wpływie urazu i zaburzeń współistniejących na stan kliniczny chorego oraz słuszności kontrolowania parametrów i podejmowania indywidualnej interwencji żywieniowej.

Słowa kluczowe: Niedożywienie. Ocena stanu odżywienia. OIOM. Żywienie pozajelitowe.

Abstract

Introduction

Malnutrition increases the likelihood of severe postoperative complications in patients undergoing major surgical procedures, especially due to cancer, prolongs hospitalization, and raises treatment costs. Early recognition of nutritional disorders and immediate nutritional interventions can improve the clinical condition of patients and reduce complications.

Aim: To assess the nutritional status of patients after colorectal surgery admitted to the Intensive Care Unit (ICU) based on selected parameters and compare them after 7 days of hospitalization.

Materials and Methods: The study group included 97 patients aged 53 to 98 years who underwent colorectal resection due to colorectal cancer. Retrospective analysis of medical records was conducted. Nutritional status was assessed using the NRS 2002 scale and parameters including BMI, total protein, albumin, and total lymphocyte count (TLC) in patients after surgery and upon admission to the ICU, and then protein and albumin levels after 7 days of ICU stay. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics software.

Results: On admission, all patients assessed using the NRS 2002 scale were found to be at risk of malnutrition. Based on TLC, moderate and severe malnutrition was observed in 66% of patients. According to BMI, malnutrition risk was present in 46.4% of patients, and malnutrition in 3.1%. Malnutrition (mild, moderate, and severe) was identified in 71% of patients based on albumin levels, with 22.7% having a critical level. After 7 days, both total protein and albumin levels significantly decreased (<0.001).

Conclusions: Malnutrition risk and malnutrition were present in all patients admitted to the ICU. Decreased parameters such as albumin and total protein indicate the impact of injury and coexisting disorders on the patient's clinical condition, highlighting the importance of monitoring these parameters and implementing individual nutritional interventions.

Keywords: Malnutrition. Nutritional assessment. Intensive care unit. Enteral nutrition.

Wstęp

Badania wykazują, że co czwarty pacjent przyjmowany do szpitala w Krajach Unii Europejskiej jest niedożywiony [1]. Najczęściej niedożywienie występujące u pacjentów, zwłaszcza z nowotworami przewodu pokarmowego, w tym raka jelita grubego, ma znaczący wpływ na

wyniki leczenia. Dodatkowo uraz operacyjny poprzez wzrost metabolizmu przyczynia się do pogłębienia niedożywienia, co wpływa na funkcjonowanie układu odpornościowego [2]. Niedożywienie zwiększa o 15-30% ryzyko występowania powikłań septycznych, niewydolności oddechowej i krążeniowej oraz śmiertelność o 30-60%. Wydłuża czas leczenia pacjenta w szpitalu o 30-50%, co wiąże się ze wzrostem kosztów opieki zdrowotnej. Występuje średnio u 50 % chorych leczonych w Oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) [1]. Dlatego ważne jest wczesne rozpoznanie niedożywienia. Dokonując oceny stanu odżywienia, należy zwrócić uwagę na przyczynę przyjęcia do szpitala i choroby współistniejące [3]. Wczesne rozpoznanie niedożywienia, szczególnie po urazie operacyjnym, pozwoli na rozpoczęcie interwencji żywieniowej, a tym samym przeciwdziała wystąpieniu powikłań. W przypadku niedożywienia pacjentów na OIOM w celu zaspokojenia zapotrzebowania białkowo-kalorycznego stosuje się leczenie drogą pozajelitową aż do uzyskania poziomu albumin powyżej 35 g/L [1,3,4].

Materiał i metoda: W pracy wykorzystano metodę retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej (historie chorób, karty obserwacji pacjentów). Pozyskano z niej informacje na temat rodzaju zabiegu operacyjnego i chorób towarzyszących. Wykorzystano również wyniki badań laboratoryjnych jak: poziom białka całkowitego, albumin i całkowitej liczby limfocytów (CLL). Zastosowano formularz przesiewowej oceny ryzyka związanego z niedożywieniem – NRS 2002, obliczono BMI. Pacjenci, którzy otrzymali sumę punktów ≥3, zostali zakwalifikowani do leczenia żywieniowego. Oceny stanu odżywienia dokonano na podstawie wartości poszczególnych wskaźników: CLL w 1 mm³ krwi >1500 oznaczał prawidłowy stan odżywienia, 1200-1500 niedożywienie lekkie, 800-1199 niedożywienie średnie, natomiast <800 ciężkie niedożywienie. Poziom albumin (g/dl): prawidłowy poziom >35-50, niedożywienie lekkie 31-35, niedożywienie średnie 25-30, niedożywienie ciężkie <25 [3]. Na podstawie wskaźnika BMI: wynik powyżej 30kg/m^2 oznaczał dużą nadwagę, w zakresie 25-29,5kg/ m^2 – nadwagę, wynik BMI oznaczający dobry stan odżywienia mieścił się w zakresie 24-24,5 kg/m^2, zakres 17-23,5 kg/m^2 to ryzyko niedożywienia, natomiast BMI poniżej 17 kg/m^2 oznacza niedożywienie [2,5]. Prawidłowy poziom białka całkowitego to 60-90 g/l, a krytyczny – 45g/l. Krytyczny poziom albumin wynosi 20g/dl [3]. Oceny dokonano w chwili przyjęcia na oddział na podstawie skali NRS 2002, parametru BMI, poziomu albumin, białka całkowitego i CLL oraz po 7 dniach hospitalizacji w oparciu o wyniki poziomu albumin, białka i CLL. Zastosowano kryteria włączenia do grupy badanej: pacjenci po zabiegu operacyjnym z powodu raka jelita grubego, pobyt w oddziale minimum 8 dni, rodzaj zabiegu operacyjnego – resekcja radykalna na poziomie okrężnicy, esicy i odbytnicy. Kryterium wykluczającym z grupy badanej był: zabieg paliatywny, pobyt w oddziale mniej niż 8 dni, pacjenci z cechami niewydolności wątroby lub

nerek oraz brak możliwości włączenia do leczenia żywieniem pozajelitowym ze względu na niestabilność hemodynamiczną pacjentów.

Przeprowadzono analizę statystyczną w programie IBM SPSS Statistics w wersji 24. Analizie poddano podstawowe statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych oraz zweryfikowano normalność ich rozkładów, a także wykonano szereg testów *t* Studenta dla prób niezależnych i zależnych. Próg istotności statystycznej, jaki przyjęto w analizie, to standardowy poziom α = 0,05. Badania zostały przeprowadzone w Szpitalu Specjalistycznym na OIOM w Krakowie po uzyskaniu zgody Dyrektora Szpitala od 01.2017 do 03.2019 r.

Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto 97 pacjentów w wieku od 53 do 98 lat: 47 kobiet i 50 mężczyzn po zabiegach operacyjnych na jelicie grubym. Średnia wieku wynosiła 75 lat. Do badań zakwalifikowano pacjentów, u których podczas zabiegu operacyjnego z powodu raka jelita grubego wykonano radykalną resekcję na poziomie okrężnicy, esicy lub odbytnicy. Po zabiegu operacyjnym włączono żywienie pozajelitowe. Rodzaj zapotrzebowania białkowo-kalorycznego określano indywidualnie dla pacjenta na podstawie stanu klinicznego i wyników badań laboratoryjnych zgodnie z zapotrzebowaniem na składniki odżywcze. Choroby współistniejące, które dotyczyły badanej grupy pacjentów to: przebyty zawał mięśnia sercowego, przewlekła obturacyjna choroba płuc, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, nadczynność i niedoczynność tarczycy oraz choroba niedokrwienna serca. Pacjenci byli przyjmowani na OIOM po zabiegu operacyjnym z powodu powikłań niewydolności krążenia, zastosowanej metody zabiegu operacyjnego w procedurze otwartego brzucha, niewydolności oddechowej.

Wyniki

Dokonana ocena stanu odżywienia pacjentów na podstawie skali NRS 2002 wskazała w 100% na ryzyko niedożywienia, 97 badanych uzyskało sumę punktów ≥3. Dokonano również analizy stanu odżywienia na podstawie parametru BMI w dniu przyjęcia. Uzyskane wyniki pokazują, że u 3,1% występowało niedożywienie. Ryzyko niedożywienia dotyczyło 46,4% pacjentów (tabela 1).

Tabela 1. *Ocena stanu odżywienia w dniu przyjęcia na podstawie BMI*

BMI	N	%
niedożywienie	3	3,1
ryzyko niedożywienia	45	46,4
dobre odżywienie	10	10,3
nadwaga	28	28,9
duża nadwaga	11	11,3

Następnie na podstawie wyników badań albumin: niedożywienie lekkie występowało u 14,4% badanych, średnie u 21,6%, a u 35% badanych – niedożywienie ciężkie. Krytyczny poziom albuminy występował u 22,7% (tabela 2).

Tabela 2. *Ocena stanu odżywienia w dniu przyjęcia na podstawie wyników albuminy*

albuminy w dniu przyjęcia	N	%
krytyczny poziom albumin	22	22,7
niedożywienie ciężkie	34	35,1
niedożywienie średnie	21	21,6
niedożywienie lekkie	14	14,4
prawidłowy	6	6,2

Wyniki białka całkowitego wykazały, że u 49,5% pacjentów parametr ten znajdował się poniżej normy, a krytyczny poziom białka występował u 44,3% (tabela 3).

Tabela 3. *Ocena stanu odżywienia w dniu przyjęcia na podstawie wyników białka całkowitego*

białko całkowite w dniu przyjęcia	N	%
krytyczny poziom białka	43	44,3
poniżej normy	48	49,5
w normie	6	6,2

Na podstawie CLL najwięcej pacjentów było z niedożywieniem średniego stopnia (35,1%) oraz ciężkim (30,9%) – tabela 4.

Tabela 4. *Ocena stanu odżywienia w dniu przyjęcia na podstawie CLL*

CLL w dniu przyjęcia	N	%
niedożywienie ciężkie	30	30,9
niedożywienie średnie	34	35,1
niedożywienie lekkie	12	12,4
prawidłowy	21	21,6

Po tygodniu hospitalizacji na OIOM ponownie dokonano oceny poziomu albumin i białka całkowitego. Zaobserwowano znaczny spadek wartości parametrów, tym samym wzrost liczby pacjentów z krytycznym poziomem białka całkowitego i albumin (tabela 5 i 6) wskazujących na pogorszenie się stanu klinicznego pacjenta i pogłębienie stanu niedożywienia.

Tabela 5. *Ocena stanu odżywienia po 7 dniach na podstawie albumin*

albumina po tygodniu	N	%
krytyczny poziom albumin	40	41,2
niedożywienie ciężkie	28	28,9
niedożywienie średnie	22	22,7
niedożywienie lekkie	5	5,2
prawidłowy	2	2,1

Tabela 6. *Ocena stanu odżywienia po 7 dniach na podstawie białka całkowitego*

białko całkowite po tygodniu	N	%
krytyczny poziom białka	55	56,7
poniżej normy	41	42,3
w normie	1	1,0

Na podstawie CLL zmniejszyła się liczba osób z niedożywieniem średnim i lekkim (tabela 7).

Tabela 7. *Ocena stanu odżywienia po 7 dniach na podstawie CLL*

CLL po tygodniu	N	%
niedożywienie ciężkie	33	34,0
niedożywienie średnie	29	29,9
niedożywienie lekkie	9	9,3
prawidłowy	26	26,8

Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zmianę w postaci obniżenia poziomu albumin oraz białka całkowitego w ciągu tygodnia hospitalizacji w stosunku do stanu przy przyjęciu. Wartość współczynnika *r* Pearsona wykazała, iż pomiary przy przyjęciu na oddział i po tygodniu pobytu na nim w zakresie takich wskaźników, jak albuminy, białko całkowite i całkowita liczba limfocytów, są ze sobą istotnie statystycznie i umiarkowanie powiązane. Im wyższy był poziom tych wskaźników przy przyjęciu – tym większe były te wartości również po tygodniu hospitalizacji (tabela 8).

Tabela 8. *Porównanie stanu odżywienia w dniu przyjęcia i po 7 dniach na podstawie albumin, białka całkowitego i CLL wśród badanych pacjentów*

	przy przyjęciu		**po tygodniu hospitalizacji**				**95% CI**			
	M	SD	M	SD	t	p	LL	UL	d Cohena	r Pearsona
albuminy	24,60	6,32	22,19	5,30	3,666	<0,001	1,107	3,720	0,412	0,388***
białko całkowite	47,16	9,14	43,57	7,15	4,014	<0,001	1,812	5,357	0,432	0,439***
CLL	1183,90	700,98	1234,82	868,42	-0,562	0,575	-230,709	128,854	-0,064	0,376***

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Dyskusja

U pacjentów leczonych na OIOM niedożywienie i niewydolność narządowa wiążą się ze znacznym ryzykiem powikłań, a w konsekwencji często śmiercią [5]. Pacjenci po zabiegu operacyjnym z powodu raka jelita grubego są szczególnie narażeni na ryzyko niedożywienia i niedożywienie. Również z powodu chorób towarzyszących, często powikłań pooperacyjnych niedożywienie znacząco pogłębia się u tych pacjentów w trakcie pobytu na oddziale [6]. W badaniach własnych w dniu przyjęcia przeprowadzono przesiewową ocenę stanu odżywienia na podstawie skali NRS 2002. Następnie dokonano oceny pogłębionej w oparciu o wyniki badań laboratoryjnych i wskaźnik BMI (u 3,1% pacjentów występowało niedożywienie). Ryzyko niedożywienia dotyczyło 46,4% pacjentów, u pozostałych pacjentów był prawidłowy stan odżywienia. Podobne wyniki uzyskali w swoich badaniach Sznajder i wsp., gdzie BMI u 80 badanych pacjentów onkologicznych okazał się mniej przydatny w ocenie stanu odżywienia (mediana 24,97) [7]. Inne badania wśród pacjentów na OIOM wykazały, że w trakcie leczenia dochodzi do zmiany masy ciała przez przemieszczanie płynów ustrojowych (obrzęki), a tym samym zmiany masy ciała, co powoduje, że BMI w monitorowaniu stanu odżywienia ma niewielką wartość, a służy identyfikacji pacjentów niedożywionych w dniu przyjęcia do OIOM [5,8,9]. W badaniach własnych ocena ryzyka związanego z niedożywieniem w skali NRS 2002 w dniu przyjęcia wskazała na ryzyko niedożywienia (Me=4), wynik istotny statystycznie < p=0,001. Również z badań CLL w dniu przyjęcia i po 7 dniach wynik okazał się istotny statystycznie p=0,001 (Me=1003,00) i wskazywał na niedożywienie ciężkie odpowiednio 30,9%-34%. Na podstawie wyników albumin przy przyjęciu stwierdzono również niedożywienie ciężkie u 35,1% badanych. Krytyczny poziom albumin przy przyjęciu dotyczył 22,7% pacjentów, po 7 dniach zwiększył się do 41,2%. Hipoalbuminemia informuje przede wszystkim o ciężkości choroby i stanie nawodnienia organizmu, jest

wskaźnikiem prognostycznym ryzyka operacyjnego, odzwierciedla reakcję zapalną [3,10,11]. Autorzy publikacji wskazują, iż albuminy w czasie trwania leczenia ciężko chorych pacjentów w OIOM nie są właściwym wskaźnikiem przy ponownej ocenie stanu odżywienia, służą natomiast do oceny wyjściowej [1]. I pomimo iż hipoalbuminemię uznaje się przede wszystkim za wskaźnik ciężkości choroby – albuminy są uwzględniane we wszystkich wskaźnikach prognostyczno-żywieniowych, a ich stężenie we krwi poniżej 3,5 g/dl jest wymienianym miernikiem niedożywienia i stanowi zły czynnik rokowniczy oraz wskazuje na poważne zagrożenie powikłaniami [10,11,12]. Ocena stanu odżywienia szczególnie wśród pacjentów OIOM jest bardzo trudna i niemiarodajna, co wynika z dużej dynamiki stanu odżywienia. Stan kliniczny pacjenta nie pozwala na prawidłową ocenę dostępnymi metodami [8,13,14]. Wśród wielu czynników mających wpływ na stan kliniczny pacjentów należy wymienić przede wszystkim: niewydolność wielonarządową, poziom katabolizmu, stan zapalny, zakażenia oraz dodatkową stratę białek (przesięki). Wskaźniki biochemiczne, jak pokazują badania, mają ograniczoną wartość jako samodzielne markery [15]. Ocena innych parametrów takich jak glutaminy, transferryny, argininy, cytruliny mogłaby być bardziej przydatna z uwagi na to, że w niedożywieniu dochodzi do obniżenia tych markerów [5,9].

Podsumowując badania własne można stwierdzić, że u wszystkich pacjentów na OIOM występowało ryzyko niedożywienia i niedożywienie. Wiązało się to z koniecznością wczesnego włączenia leczenia żywieniowego dostosowanego pod względem białkowo-kalorycznym do stanu klinicznego pacjentów z niewydolnością wielonarządową. Pomimo zastosowanego leczenia w postaci żywienia pozajelitowego nie udało się uzyskać lepszych wyników po 7 dniach hospitalizacji. Natomiast wyższe wartości CLL, albuminy i białka całkowitego przy przyjęciu na oddział występowały również po tygodniu. Wskazuje to, że leczenie żywieniowe miało większy wpływ na poprawę stanu odżywienia tylko jeśli po przyjęciu nie rozpoznano krytycznego niedożywienia. Jak wskazują wyniki badań, u pacjentów leżących na OIOM z niewydolnością wielonarządową i zwiększonym wydatkiem energetycznym występuje niedożywienie różnego stopnia. Dlatego wczesne rozpoznanie tego stanu i możliwie jak najszybsze wdrożenie żywienia pozajelitowego pozwoli na ograniczenie powikłań pooperacyjnych i niepogłębianie się stanu niedożywienia. Profesjonalne weryfikowanie wskaźników laboratoryjnych i skuteczności leczenia żywieniowego pozwoli na zminimalizowanie ilości pacjentów niedożywionych [1,16,17].

Wnioski

1. Ryzyko niedożywienia oraz niedożywienie występowało u wszystkich pacjentów po zabiegu operacyjnym na jelicie grubym zakwalifikowanych do leczenia na OIOM.
2. Obniżone parametry albuminy i białka świadczą o wpływie urazu operacyjnego i zaburzeń współistniejących na stan kliniczny chorego oraz ryzyko groźnych powikłań.

3. Wyniki badań potwierdzają słuszność oceny stanu odżywienia oraz kontrolowania stanu klinicznego pacjenta celem podejmowania interwencji żywieniowej.

Piśmiennictwo

1. DOBROWOLSKA E., WOROŃ J., SEREDNICKI W., et al. Niedożywienie – implikacje dla farmakoterapii w Oddziale Intensywnej Terapii. Anestezjologia i Ratownictwo. 2014; 8: 339-348.
2. ŚCISŁO L., KŁĘK S., WALEWSKA E., et al. Stan odżywienia a powikłania pooperacyjne u pacjentów z rakiem żołądka z zastosowanym żywieniem dojelitowym immunomodulującym. Postępy Żywienia Klinicznego. 2015;(2):13-9.
3. KŁĘK S., BUDNIK-SZYMONIUK M., CEBULSKI W., et al. Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Krakowskie Wydawnictwo Scientifica 2019.
4. KŁĘK S., ŚCISŁO L., WALEWSKA E., SZCZEPANEK K. BIAŁKO, a nie energia? Prawidłowa proporcja białka i energii u krytycznie chorych pacjentów. Postępy Żywienia Klinicznego. 2014; 4: 32-34.
5. KOSAŁKA K., WACHOWSKA E., SŁOTWIŃSKI R. Problem oceny stanu odżywienia w oddziale intensywnej terapii – wybrane metody. Postępy żywienia klinicznego. 2016; 1:15-21.
6. ZIĘTARSKA M., MAŁGORZEWICZ S. Niedożywienie u chorych z rakiem jelita grubego. Postępy Żywienia Klinicznego. 2016; 2: 28-33.
7. SZNAJDER J., ŚLEFARSKA-WASILEWSKA M. Ocena stanu odżywienia pacjentów przyjmowanych do Oddziału Onkologii Klinicznej przy użyciu powszechnie używanych skal: NRS 2002 i SGA. Postępy żywienia klinicznego. 2014; 4: 15-17.
8. KOSAŁKA K., WACHOWSKA E., SŁOTWIŃSKI R. Disorders of nutritional status in sepsis- facts and myths. Przegląd Gastroenterologiczny. 2017;12:(2):73-82.
9. OZBILGIN S., HANCI V., OMUR D., et al. Morbidity and mortality predictivity of nutritional assessment tools in the postoperative care unit. Özbilgin et al. Medicine. (2016) 95:40; 1-7.
10. TAJCHMAN K., SUWAŁA A. Albuminy – historia, fizjologia i rola w dzisiejszej terapii. Postępy Żywienia Klinicznego. 2016; 4: 21-32.
11. YANDELL R., FRASER R.J.L., CHUA A.P., et al. Association Between Malnutrition and Clinical Outcomes in the Intensive Care Unit. IPEN J Parenteral Enteral Nutr. 2017;41(5):744-758.
12. SZCZYGIEŁ, B. Niedożywienie związane z chorobą, PZWL: Warszawa, 2017; 9-22.
13. HAJAZI N., MAZLOOM Z., ZANAD F., et al. Nutritional assessment in critically ill patients. Jurnal of Medical Sciences. 2016; 41(3): 171-179.

14. COLTMAN A., PETERSON S., ROEHL K., et al. Use of Tools to Assess Nutrition Risk in the Intensive Care Unit. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2015; 21(1) 28-33.
15. OŻGA E., MAŁGORZEWICZ S. Ocena stanu odżywienia osób starszych. Geriatria. 2013; 7:1-6.
16. SZCZYGIEŁ B., UKLEJA A., Niedożywienie szpitalne – 50 lat później. Postępy żywienia Klinicznego. 2015; 1: 22-27.
17. KŁĘK S., OLEWIŃSKI M. Skuteczne leczenie żywieniowe: problem pokrycia zapotrzebowania oraz rozpoczęcia interwencji. Postępy Żywienia Klinicznego. 2013; 4-5: 33-35.

Kontakt:
dr hab. Lucyna Ścisło
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM
ul. Mikołaja Kopernika 25, 31-501 Kraków

MOŽNOSTI KÚPEĽNEJ LIEČBY U PACIENTA S VERTEBRO ALGICKÝM SYNDRÓMOM

Options For Spa Treatment in A Patient With Vertebro-Algic Syndrome

Nadežda Peterková Justhová[1, 2], Jozef Babečka[3]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, SR
[2]Kúpele a.s.Trenčianske Teplice
[3]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Autori sa venujú v príspevku teoretickými východiskami a možnosťami kúpeľnej liečby u chorých s bolesťami chrbtice. Snažili sme sa priniesť pohľad ako u nás i v zahraničí vplýva fyzioterapia na pacientov, ktorá je poskytovaná v rámci kúpeľnej liečby.

Priblížiť ochorenie vertebro algický syndróm ,sledovať možnosti a efektívnosť kúpeľnej liečby u pacienta s daným ochorením. Vertebro algický syndróm teda bolesti chrbtice sú v dnešnej dobe veľmi diskutovanou témou. Stretávame sa s ňou rovnako pri štúdiu a praxi, ako aj mimo svojho oboru. Bolesti chrbtice sú považované za jeden z najvýznamnejších problémov v medicíne, ekonómii tak i v sociálnej sfére. Hlavným problémom je, že táto problematika nie je iba doménou staršej populácie, ale veková hranica nástupu týchto bolestí sa stále znižuje.

Kľúčové slová: Kúpeľná liečba. Vertebro algický syndróm. Bolesť. Prieskum.

Summary

In the article, the authors deal with the theoretical starting points and possibilities of spa treatment for patients with back pain. We tried to bring a view of how physiotherapy, which is provided as part of spa treatment, affects patients here and abroad.

Approach the disease vertebro-algic syndrome, monitor the possibilities and effectiveness of spa treatment in a patient with a given disease. Vertebro-algic syndrome, i.e. back pain, is a much-discussed topic these days. We meet her both during studies and practice, as well as outside our field. Spinal pain is considered one of the most significant problems in medicine, economics and the social sphere. The main problem is that this issue is not only the domain of the elderly population, but the age limit for the onset of these pains is still decreasing.

Keywords: Spa treatment. Vertebro algic syndrome. Pain. Research.

Úvod

Vertebro algický syndróm patrí medzi najčastejšie ochorenia pohybového aparátu. Znemožňuje nám byť aktívny v bežných činnostiach a má socioekonomický dopad na človeka. Takmer každý z nás má osobnú skúsenosť s bolesťou v oblasti chrbtice. Podľa epidemiologických štúdií 80 až 90% ľudí počas svojho života vyhľadá lekársku pomoc práve pre vertebrogénne ťažkosti. Pomer zastúpenia vertebrogénne ochorenia v jednotlivých segmentoch je takýto: lumbálna, krčná, hrudná- 4:2:1 a ročná incidencia približne 5 %. Odhadom v populácii je 1% prechodne a 1% trvalo chorých pre bolesti v oblasti chrbtice. Jednou z príčin je istotne zmena životného štýlu, ku ktorému došlo v priebehu dvoch storočí v priemyselne rozvinutých krajinách. S technickým pokrokom sa stratila potreba venovať sa pohybovej aktivite ako súčasťou bežných činností. Výsledkom je, že pohybový systém človeka vo vysoko technicky vyvinutej spoločnosti je zaťažovaný nedostatočne a hlavne jednostranne, čo sa veľmi nepriaznivo odráža najviac na funkčnom a ďalej i morfologickom stave

Vertebro algický syndróm, je nepresne vymedzený pojem, ktorý zahŕňa ochorenia, u ktorých sa patofyziológia určitým spôsobom opiera o chrbticu. Vertebrogénne ochorenia v užšom zmysle sú choroby, ktoré spôsobujú funkčnú i štrukturálnu zmenu stavcov, medzistavcových spojení, platničiek a miechových koreňov vychádzajúcich z chrbtice. Bolesti sa prejavujú v príslušnej časti chrbtice, často spojené s vyžarovaním do hlavy alebo do dolných alebo horných končatín čo závisí od časti poškodenia chrbtice. Vertebro algický syndróm zahŕňa veľkú skupinu funkčných a degeneratívnych ochorení chrbtice, ktorých spoločným príznakom je teda bolesť. Najväčší počet porúch, ktoré sú predmetom manipulačnej liečby, postihuje chrbticu a preto sa pre ne používa obvykle označenie vertebrogénne.

,,*Vertebrogénne poruchy majú veľmi rôzne klinické prejavy, preto je táto problematika veľmi rozsiahla a týka sa mnohých oborov, hlavne neurológie, internej medicíny, ortopédie, reumatológie, rehabilitácie, pediatrie a ďalších*“.

Vertebrogénne bolesti môžu vznikať z rôznych príčin: - poškodením medzistavcovej platničke, hernie disku, - poškodením väzivového aparátu, - poškodením svalových úponov, - bolesti z poškodenia kĺbových spojení susediacich stavcov, - kombináciou vyššie uvedených problémov.

Vertebrogénny algický syndróm označujeme celý rad klinických obrazov v rámci ktorých sa vyskytujú rôzne kombinované príznaky poruchy funkcie a štruktúry chrbtice. Dominantným príznakom je bolesť niektorého úseku chrbtice, alebo bolesť vyžarujúca z chrbtice do iných častí tela

Indikácia liečebného postupu je výsledkom a vyvrcholením našich diagnostických úvah a patogenetického rozboru. Nevyplýva mechanicky z diagnózy, ale z rozboru patogenického reťazca a z určenia článku, ktorý je v danom okamihu vedúci a je tak prístupný našej terapii. Preto má byť vždy znovu výsledkom vyšetrenia a úvahy o celom priebehu i okamžitom stave. Pre indikáciu z tohto vyplýva, aby sme sa neprikláňali k terapii pokiaľ sme nevyšetrili celého pacienta a aby sme analyzovali aj výsledok klinických nálezov. Pokiaľ postupujeme podľa týchto zásad mal by byť stav pacienta pri kontrolnom vyšetrení zlepšený. Ak sa stav a bolesti u pacienta nezlepšili respektíve zhoršili mala by byť liečba zmenená. Nutnosťou je stála kontrola terapie a korekcia liečebného kúpeľného plánu podľa výsledkov predchádzajúceho postupu. Existujú doporučené postupy u pacientov s vertebro algickým syndrómom pre lekárov i fyzioterapeutov.U pacientov s ochorením na vertebro algický syndróm, podľa druhu ťažkostí aplikujeme rôznu liečbu. V závislosti od ťažkostí je to zväčša kľud na lôžku doplnený infúznou terapiou, cvičenie na posilnenie svalov, psychoterapia i kúpeľná liečba.

Liečebná rehabilitácia je nedeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti a zahŕňa súbor rehabilitačných, diagnostických, terapeutických a organizačných opatrení ktoré smerujú a vytvárajú podmienky pre dosiahnutie maximálnej funkčnej zdatnosti jedinca. Rehabilitačný proces vychádza z krátkodobého a dlhodobého rehabilitačného plánu. Krátkodobý rehabilitačný plán nám slúţi na stanovenie konkrétnych rehabilitačných postupov, ktorých koordinácia je v časovo obmedzenom úseku, pričom jeho dĺžka závisí od zdravotného stavu i akútnosti, resp. progresii ochorenia. Dlhodobý rehabilitačný plán nám slúži na stanovenie ďalších medicínskych postupov nutných pre úspešné naplnenie procesu liečebnej rehabilitácie a vytvorenie podmienok pre prechod do ďalších zložiek ucelenej rehabilitácie. V prípade vertebro algického syndrómu je liečebná rehabilitácia základnou formou liečby.

Ciele liečebných krokov pri vertebrogénnych ochoreniach v rámci liečebnej rehabilitácie: - odstrániť alebo aspoň minimalizovať bolestivé prejavy v postihnutej časti chrbtice, - zlepšiť a obnoviť pohybovú funkciu nie iba postihnutej časti chrbtice ale aj celého tela, - prevencia v rámci terapie, ktorou prechádzame recidívam

Medzi základné obecné fyzioterapeutické postupy, používané k zlepšeniu posturálnej stability pri vertebrogénnych poruchách, zaraďujeme: - nácvik posturálnej stabilizácie chrbtice, hrudníka i panvy, - ovplyvnenie tuhosti a zlepšenie dynamiky hrudného koša chrbtice, - ovplyvnenie zpriamenia chrbtice, - nácvik posturálneho dychového stereotypu ,ktorý má stabilizačnú funkciu bránice, - nácvik posturálnej stabilizácie chrbtice , ktorá využíva reflexnú lokomóciu, - nácvik hlbokej posturálnej stabilizácie chrbtových svalov v modifikovaných polohách, - cvičenie posturálnych funkcií vo všetkých vývojových radoch.

Odstránenie alebo zmiernenie bolesti chrbtového svalstva pacienta sa preto často využíva aplikácie fyzikálna terapia. Fyzikálna terapia predstavuje skupinu metód, ktoré k dosiahnutiu čo najpriaznivejšieho účinku pre pacienta využíva celú škálu fyzikálnych, ale i chemických energií. Podľa druhu aplikovanej energie delíme fyzikálnu terapiu na: - mechanoterapiu, - termoterapiu a hydroterapiu, - fototerapiu, - elektroterapiu, - kombinovanú terapiu

CIELE A HYPOTÉZY PRIESKUMU

Cieľ 1: Cieľom práce bolo zistiť akí pacienti sú sledovaní pre ochorenie vertebro algickým syndróm a v ktorej časti chrbtice majú najväčšie ťažkosti Hypotéza 1.1: Predpokladáme, že väčšina respondentov, ktorí sa zúčastnili prieskumu sú ženy. **Hypotéza 1.2:** Predpokladáme, že väčšina respondentov bude trpieť nadváhou. **Hypotéza 1.3:** Predpokladáme, že vo väčšej miere budú respondenti v produktívnom veku a budú mať problém v oblasti lumbálnej chrbtice.
Cieľ 2: Cieľom práce bolo zistiť aké sú možnosti kúpeľnej liečby u pacientov s vertebro algickým syndrómom a či sú pacienti spokojní s poskytnutou kúpeľnou liečbou. Hypotéza 2.1: Predpokladáme, že v rámci kúpeľnej liečby boli poskytnuté rôzne druhy fyzikálnej terapie a ich kombinácia. **Hypotéza 2.2:** Predpokladáme, že pri aplikácii fyzikálnej terapie sa vyskytlo minimum nežiadúcich účinkov. **Hypotéza 2.3:** Predpokladáme, že viac ako polovica respondentov je spokojná s poskytnutou kúpeľnou liečbou.
Cieľ 3: Cieľom práce bolo zistiť efektívnosť kúpeľnej liečby a jej vplyv na bolesť, zlepšenie hybnosti, sebestačnosti a následne kvalitu života. Hypotéza 3.1: Predpokladáme, že na začiatku kúpeľnej liečby bude pacientov sprevádzať pocit úzkosti a že intenzita bolesti u väčšiny pacientov sa bude pohybovať od 5-9 podľa škály VAS, pri ukončení liečby to bude rozmedzí 1-4. **Hypotéza 3.2:** Predpokladáme, že bolesť bude mať vplyv na zníženie sebestačnosti, pohybu a rozsahu hybnosti a dĺžka zníženej sebestačnosti bude prevažne 3 dni **Hypotéza 3.3:** Predpokladáme, že po ukončení kúpeľnej liečby sa u respondentov zlepšila sebestačnosť, pohyblivosť, rozsah hybnosti a bolesti sú menšie ako pri nástupe do kúpeľov. A tým sa následne zlepšila i kvalita života.
Prieskumu sa zúčastnilo 150 respondentov ktorý absolvovali kúpeľnú liečbu v Trenčianskych Tepliciach pre vertebro algický syndróm.

Hypotéza 1.1: Predpokladáme, že väčšina respondentov, ktorí sa zúčastnili prieskumu sú ženy. Z celkového počtu 150 respondentov bolo 58 % žien a 42 % mužov. **Hypotéza 1.1 sa potvrdila. Hypotéza 1.2:** Predpokladáme, že väčšina respondentov bude trpieť nadváhou. Podľa predpokladu zastúpenie pacientov v kontexte telesnej váhy vyjadrenej v BMI je prevaha

mužov s nadváhou, u žien veľký rozdiel medzi normálnou váhou a nadváhou nie je. Celkovo sa nadváha alebo obezita vyskytuje u 71,3 % respondentov. **Hypotéza 1.2 sa potvrdila. Hypotéza 1.3:** Predpokladáme, že vo väčšej miere budú respondenti v produktívnom veku a budú mať problém v oblasti lumbálnej chrbtice. Najviac respondentov bolo vo vekovom rozmedzí 40 až 50 rokov. Najväčšie percento pacientov ktorým bola poskytnutá kúpeľná liečba pre vertebro algický syndróm mala bolesti v oblasti bedrovej chrbtice a to 30 % mužov (45 respondentov) a žien 35,333 % (53 respondentiek). **Hypotéza 1.3 sa potvrdila.**

Cieľ 2: Cieľom práce bolo zistiť aké sú možnosti kúpeľnej liečby u pacientov s vertebro algickým syndrómom a či sú pacienti spokojní s poskytnutou kúpeľnou liečbou. Hypotéza 2.1: Predpokladáme, že v rámci kúpeľnej liečby boli poskytnuté rôzne druhy fyzikálnej terapie a ich kombinácia. Pri tejto otázke respondenti zaznačili viac odpovedí. Vyplýva, že najčastejším typom fyzikálnej liečby bola LTV u 56 % respondentov, ďalej vodoliečba v 36 %, elektroliečba u 42 % respondentov. **Hypotéza 2.1 sa potvrdila. Hypotéza 2.2:** Predpokladáme, že pri aplikácii fyzikálnej terapie sa vyskytlo minimum nežiadúcich účinkov. Najčastejším nežiadúcim účinkom po aplikácii fyzikálnej liečby je zvýšenie bolesti u 28 % respondentov, ďalej závrate v 26 %, nevoľnosť v bola prítomná u 22 % a 2 % zaznačili iné nežiadúce účinky. **Hypotéza 2.2 sa nepotvrdila. Hypotéza 2.3:** Predpokladám, že viac ako dve tretiny respondentov je spokojná s poskytnutou kúpeľnou liečbou. Z počtu 150 respondentov bolo 55 % spokojných s poskytnutou kúpeľnou liečbou a 35% bolo skôr spokojných. **Hypotéza 2.3 sa potvrdila čiastočne.**

Cieľ 3: Cieľom práce bolo zistiť efektívnosť kúpeľnej liečby a jej vplyv na bolesť, zlepšenie hybnosti, sebestačnosti a následne kvalitu života Hypotéza 3.1: Predpokladám, že na začiatku kúpeľnej liečby bude pacientov sprevádzať pocit úzkosti a že intenzita bolesti u väčšiny pacientov sa bude pohybovať od 5-9 podľa škály VAS, pri ukončení liečby to bude rozmedzí 1-4. Najviac respondentov 75,3 % (113 respondentov) malo na začiatku liečby intenzitu bolesti podľa škály VAS na stupni 7 a 8. Pri stupni 7 a vyššie bolo 57 mužov a 78 žien. Z celkového počtu 150 respondentov malo najväčšie zastúpenie intenzity bolesti pri ukončení kúpeľnej liečby podľa škály VAS na stupni 1-2. Pri zrovnaní intenzity bolesti mužov a žien nie sú výrazné rozdiely. Väčší bol počet žien úplne bez bolesti a to 8 %. Pri stupni 1 to bolo 23% mužov a 35 % žien. Stupeň číslo 2 volilo 29 % mužov a 29 % žien. Respondenti označili viacero možností u 47 % respondentov. **Hypotéza 3.2:** Predpokladáme, že bolesť bude mať vplyv na zníženie sebestačnosti, pohybu a rozsahu hybnosti a dĺžka zníženej sebestačnosti bude prevažne 3 dni. Doba trvania nesebestačnosti z celkového počtu 150 respondentov u 15 % bola ovplyvnená iba jeden deň, u 35 % respondentov sú to dva dni, u 20 % sú to tri dni a, 5 % uviedlo dobu nesebestačnosti viac ako štyri dni a u 25 % nebola sebestačnosť vôbec ovplyvnená. **Hypotéza 3.2 sa potvrdila. Hypotéza 3.3:** Predpokladáme, že po ukončení kúpeľnej liečby sa u respondentov zlepšila sebestačnosť, pohyblivosť, rozsah

hybnosti a tým sa následne zlepšila i kvalita života. Pri vertebro algickom syndróme ako u mužov tak u žien prevažuje už iba čiastočná nesebestačnosť s najväčším výskytom zmiešanej mobility a z toho vyplýva obmedzená schopnosť umyť sa či pohybovať sa. Najmenej bola narušená schopnosť sa najesť. 70 % z celkového počtu respondentov pociťovalo zlepšenie hybnosti po poskytnutí fyzikálnej terapie. **Hypotéza 3.3 sa potvrdila.**

Záver

Z výsledkov prieskumu formou dotazníka vyplýva, že najviac respondentov ktorým bola poskytnutá kúpeľná liečba pre vertebro algický syndróm sa nachádzalo v produktívnom veku. Prevažovali u nich bolesti v oblasti lumbálnej chrbtice tupého charakteru i vystreľujúce do dolných končatín, čo svedčí o maximálnom zaťažení tohto úseku chrbtice, ktorý je miestom stretu telesnej váhy a vibrácií pri pohybe. To môže súvisieť i s prílišným zaťažením v produktívnom veku vplyvom zvyšujúcich sa nárokov spoločnosti v ekonomickej i psychickej oblasti, taktiež v kontexte s rozvojom vertebro algického syndrómu pochádzajúceho z degeneratívnych ochorení chrbtice a životným štýlom pri jednostrannej záťaži.

Zoznam použitej literatury:

1. DVORÁK, M., HORNÝ, V., MATÚŠOVÁ, I., VYLETELKA, J. 2001. Neoperačná liečba diskopatií v lumbálnej oblasti. 1.vyd. Bratislava: PETRUS 2001. 325s. ISBN 80- 88939-40-2.
2. DUNGL, P.2005 Ortopedie. Praha : Grada, 2005. 1273 s. ISBN 80-247-0550-8
3. GILBERTOVÁ, S. - MATOUŠEK, O. Ergonomie, optimalizace lidské činnosti. Praha: Grada, 2002. 240s. ISBN 80-247-0226-6.
4. GÚTH, A, Liečebné metodiky v rehabilitácii Svornosť Bratislava 2004, ISBN 80-88932-16-5 1
5. GÚTH , A.- Rehabilitácia 3, Svornosť Bratislava 2004, ISBN 0375-0922 13.GÚTH , A, Rehabilitácia pre ošetrovateľstvo ,Svornosť Bratislava 2011, ISBN 80- 88932-23-8
6. JANDA, V. - KRAUS, J. Neurologie pro rehabilitační pracovníky. Praha: Avicenum, 1975. ISBN 08-027-75.
7. KASÍK, J. a kol. 2002. Vertebrogenní kořenové syndrómy. Diagnostika a liečba. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002.. ISBN 80 – 247 – 0142 – 1.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Nadežda Peterková Justhová PhD.

Kúpele a.s. Trenčianske Teplice, T.G.MASARYKA 21, 914 51 Trenčianke Teplice

E-mail: nadka.justhova@pobox.sk

FAKTORY SÚVISIACE S ÚNAVOU U PACIENTOV SO SCLEROSIS MULTIPLEX

Factors Related to Fatigue in Patients With Multiple Sclerosis

Michaela Miertová

Univerzia Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine,
Ústav ošetrovateľstva, Slovensko
Comenius University in Bratislava, Jessenius Faculty of Medicine in Martin,
Department of Nursing, Slovakia

Abstrakt:

Úvod: Únava je jedným z najčastejších závažných a obťažujúcich symptómov u pacientov so sclerosis multiplex (SM). Pri vzniku a zhoršení ako aj pri zmiernení únavy sa uplatňuje multifaktoriálna kombinácia faktorov s interindividuálnou variabilitou u konkrétneho pacienta.

Cieľ: Popísať faktory súvisiace s únavou u pacientov so SM.

Metodika: Výskumný súbor tvorilo 305 respondentov, z toho 147 pacientov so SM (súbor A) a 158 v kontrolnom súbore (súbor B). Na zber údajov bol použitý dotazník v prospektívnej prierezovej štúdii. Dáta boli vyhodnotené deskriptívnou a induktívnou štatistikou. Etické aspekty štúdie boli dodržané.

Výsledky: U pacientov so SM k vzniku únavy prispievala bolesť, realizácia bežnej starostlivosti o seba samého, prechádzka, pobyt v chladnejšom prostredí. Zhoršenie únavy spôsoboval stres, realizácia bežnej starostlivosti o seba samého, fyzická aktivita a vyčerpanie v súvislosti s jej realizáciou, vykonávanie fyzickej aktivity dlhšie ako je bežné, prechádzka, vyššia teplota v exteriéri a pobyt v chladnejšom prostredí. Ku minimalizácii únavy prispieval pasívny odpočinok počas dňa.

Záver: Poznaním faktorov súvisiacich s únavou sa docieli jej efektívnejší manažment.

Kľúčové slová: Únava. Sclerosis multiplex. Faktory.

Abstract

Introduction: Fatigue is one of the most common severe and bothersome symptoms in patients with multiple sclerosis (MS). A multifactorial combination of factors with inter-individual variability in a particular patient is used for the onset and worsening as well as for minimization of fatigue.

Aim: To describe factors related to fatigue in patients with MS.

Methods: Research sample consisted of 305 respondents, of which 147 patients with MS (Sample A) and 158 in controls (Sample B). A questionnaire was used for data collection in a prospective cross-sectional study. Data were evaluated by descriptive and inductive statistics. The ethical aspects of the study were followed.
Results: In patients with MS, pain, self-care activities, walking, staying in a colder environment contributed to fatigue. Worsening of fatigue was caused by stress, self-care activities, physical activity and exhaustion related to its implementation, performing physical activity longer than usual, walking, higher outdoor temperature and staying in a colder environment. Passive rest during the day contributes to minimizing fatigue.
Conclusion: Knowing the factors related to fatigue will lead to more effective management of fatigue.

Keywords: Fatigue. Multiple sclerosis. Factors.

Úvod

Sclerosis multiplex (SM) je chronické neurodegeneratívne ochorenie centrálneho nervového systému vedúce k demyelinizácii a axonálnemu poškodeniu. Únava patrí k trom hlavným symptómom SM, ktorí pacienti vnímajú ako negatívny, stresujúci a obťažujúci (Stefancin et al., 2019). Vyskytuje sa u 75 – 95% pacientov (Razazian et al., 2020). Na únavu sa sťažujú aj pacienti pri nižšom skóre neurologického postihnutia podľa Kurtzkého EDSS škály (Sorensen et al., 2018).

Vznik únavy a jej zhoršenie je podmienené pôsobením jedinečnej kombinácie rôznych faktorov, ktoré nie sú doteraz všetky jednoznačne rozpoznané a objasnené. Ide o multifaktoriálne pôsobenie faktorov a interindividuálnu variabilitu pôsobenia konkrétnych faktorov u konkrétneho pacienta (Gullo et al., 2019; Linnhoff et al., 2019; Mezini, Soundy, 2019). Patria k nim napr. aktuálny zdravotný stav (napr. atak/relaps SM, bolesť, akútny infekt), fyzická práca v súvislosti s faktormi prostredia (napr. teplota, vlhkosť) (Gullo et al. 2019; Langeskov-Christensen et al., 2017; Mills, Young, 2008), mentálna aktivita, stres, negatívne emócie (ako hnev, smútok), psychické ochorenia v komorbidite so SM, nedostatok spánku (Lowenstein, 2009). Pacientom vznik a zhoršenie únavy prináša aj športovanie (aj príležitostné), práca v záhrade, domáce práce vrátane nakupovania, starostlivosť o seba (National Multiple Sclerosis Society, 2019). Zmiernenie únavy prináša pasívny oddych a krátky spánok počas dňa v ktoromkoľvek čase podľa potreby. Ale aj cielené vyhýbanie sa niektorým činnostiam, ktoré boli zdrojom únavy (Mills, 2012).

Cieľom štúdie bolo popísať faktory súvisiace s únavou u pacientov so SM.

Súbor

Výskumný súbor tvorilo 305 respondentov, z toho 147 pacientov so SM (súbor A) a 158 respondentov kontrolného súboru (súbor B). Výber respondentov bol zámerný na základe inkluzívnych kritérií: primárna diagnóza SM (G35), dĺžka trvania min. 1 rok, vek ≥ 18 rokov a viac, bez ataku/relapsu (min. 30 dní / posledné štyri týždne), bez depresie / minimálne liečba 3 mesiace, ochota spolupracovať, bez ohľadu na stav zneschopnenia podľa EDSS, odporučenie na participáciu v štúdii. Na lepšiu objektivizáciu únavy a problémov s tým súvisiacich u pacientov so SM sa odporúča zaradiť kontrolný súbor ako uvádzajú štúdie napr. Sander et al. (2016), Motta et al. (2016).

Metodika

Dizajn: kvantitatívna prierezová prospektívna štúdia

Zber dát bol realizovaný s použitím dotazníka pozostávajúceho z niekoľkých častí vrátane demografických položiek. Vzhľadom na cieľ štúdie boli zaradené len vybrané položky zamerané na identifikáciu faktorov súvisiacich so vznikom, zhoršením a minimalizáciou únavy u pacientov so SM.

Všetky dáta boli okódované a zaznamenané do dátovej matrice programu Microsof Excell. Pre analýzu empirických dát bol použitý štatistický softvér SPSS verzia 22. Z postupov deskriptívnej štatistiky boli použité výpočet absolútnej (N) a relatívnej (%) početnosti, aritmetického priemeru (M), smerodajnej odchýlky (SD), minimálnej (min.) a maximálnej (max.) hodnoty. Na identifikáciu signifikantných rozdielov medzi premennými v súbore pacientov so SM (súbor A) a kontrolnom súbore (súbor B) sme použili pri kategorických premenných Chí kvadrát test nezávislosti, reportovali sme jeho hodnotu ($\chi 2$) so stupňami voľnosti (df) a dosiahnutou štatistickou významnosťou (p). Empirické dáta boli testované na hladine významnosti 5 % ($p < 0,05$).

Zber dát prebiehal v období 08/2020 – 03/2021 na Neurologickej klinike Univerzitnej nemocnice Martin (UNM).

Etické aspekty štúdie: Za účelom získania súhlasu so zberom empirických dát bol oslovený prednosta Neurologickej kliniky UNM. V následnom kroku v súvislosti s povolením štúdie bola oslovená Etická komisia UNM (EK UNM č. 85/2020).

Výsledky

Bližšie charakteristiky súboru pacientov so SM (Súbor A) a respondentov kontrolného súboru (Súbor B) sú uvedené v Tabuľke 1.

Tabuľka 1 *Charakteristiky súboru A a B*

Charakteristiky	**Súbor A** (N = 147) N (%)	**Súbor B** (N = 158) N (%)
Pohlavie		
Ženy	104 (70,7)	111 (70,3)
Muži	43 (29,3)	47 (29,7)
Vek (M ± SD)	41,1 ± 9,8	44 ± 15,5
Pracovný stav		
zamestnaný (plný, čiastočný úväzok)	56 (38,1)	111 (70,3)
PN	20 (13,6)	2 (1,3)
invalidný dôchodok	64 (43,5)	1 (0,6)
starobný dôchodok	2 (1,3)	20 (12,7)
študent	5 (3,4)	24 (15,2)
Typ SM		
RR-SM	130 (88,4)	-
Dĺžka trvania SM (roky) (M ± SD)	8,3 ± 5,8	-
EDSS (M ± SD)	3,4 ± 1,7	-
Závažnosť SM podľa EDSS		
Minimálna (≤ 4,0)	90 (61,2)	-
Bývanie		
V spoločnej domácnosti	134 (91,2)	147 (93)
Pridružené ochorenie v osobnej anamnéze		
Áno	108 (73,5)	94 (59,5)
Najčastejšie pridružené ochorenia v osobnej anamnéze		
Kardiovaskulárne ochorenie	14 (9,5)	32 (20,3)

Legenda: A – súbor pacienti so SM, B – kontrolný súbor, N – absolútna početnosť, % – relatívna početnosť, M – aritmetický priemer, SD – smerodajná odchýlka

V Tabuľke 2 uvádzame vybrané faktory súvisiace so vznikom únavy v súbore A a súbore B.

Tabuľka 2 *Vybrané faktory súvisiace so vznikom únavy v súbore A a B*

Vybrané faktory	**Súbor A** (N = 147) N (%)	**Súbor B** (N = 158) N (%)	**χ2**	**df**	**p**	**φ**
Bolesť	81 (55,1)	68 (43)	4,436	1	**0,035**	0,121
Pasívny odpočinok počas dňa	19 (12,9)	37 (23,4)	5,593	1	**0,018**	0,135
Bežná starostlivosť o seba	66 (44,9)	27 (17,1)	27,787	1	**0,000**	0,302

Vybrané faktory	Súbor A (N = 147) N (%)	Súbor B (N = 158) N (%)	χ2	df	p	φ
Prechádzka	42 (28,6)	9 (5,7)	28,615	1	**0,000**	0,306
Vedľajšie účinky liekov	17 (11,6)	40 (25,3)	9,477	1	**0,002**	0,176
Pobyt v chladnejšom prostredí (interiér, exteriér)	24 (16,3)	11 (7)	6,574	1	**0,010**	0,147

Legenda: A – súbor pacienti so SM, B – kontrolný súbor, N – absolútna početnosť, % – relatívna početnosť, χ2 – hodnota chí kvadrátu, df – stupne voľnosti, p < 0,05, φ – vecná významnosť phi

Z výsledkov v Tabuľke 2 je zrejmé, že je signifikantne viac pacientov, ktorým vznik únavy zapríčiňuje bolesť (55,1 % vs. 43 %), bežná starostlivosť o seba (44,9 % vs. 17,1 %), prechádzka (28,6 % vs. 5,7 %) a pobyt v chladnejšom prostredí (16,3 % vs. 7 %). V súbore B je signifikantne viac respondentov, ktorým vznik únavy prináša pasívny odpočinok (23,4 % vs. 12,9 %) a vedľajšie účinky liekov (25,3 % vs. 11,6 %). V týchto rozdieloch bola štatistická významnosť p < 0,05 a vecná významnosť od nízkej po strednú (φ = <0,121; 0,306>).
V Tabuľke 3 uvádzame vybrané faktory súvisiace so zhoršením únavy v súbore A a B.

Tabuľka 3 *Vybrané faktory súvisiace so zhoršením únavy v súbore A a B*

Vybrané faktory	Súbor A (N = 147) N (%)	Súbor B (N = 158) N (%)	χ2	df	p	φ
Stres	57 (38,8)	44 (27,8)	4,105	1	**0,043**	0,116
Úzkosť	36 (24,5)	55 (34,8)	3,874	1	**0,049**	0,113
Bežná starostlivosť o seba	32 (21,8)	14 (8,9)	9,907	1	**0,002**	0,18
Fyzická aktivita, vyčerpanie súvislosti s jej realizáciou	53 (36,1)	25 (15,8)	16,376	1	**0,000**	0,232
Fyzická aktivita – jej vykonávanie dlhší čas ako je bežné	64 (43,5)	33 (20,9)	18,015	1	**0,000**	0,243
Prechádzka	16 (10,9)	2 (1,3)	12,686	1	**0,000**	0,204
Vyššia teplota v exteriéri	53 (36,1)	39 (24,7)	4,674	1	**0,031**	0,124
Pobyt v chladnejšom prostredí (interiér, exteriér)	12 (8,2)	2 (1,3)	8,272	1	**0,004**	0,165

Legenda: A – súbor pacienti so SM, B – kontrolný súbor, N – absolútna početnosť, % – relatívna početnosť, χ2 – hodnota chí kvadrátu, df – stupne voľnosti, p < 0,05, φ – vecná významnosť phi

Z výsledkov v Tabuľke 3 je zrejmé, že je signifikantne viac pacientov, ktorým zhoršenie únavy zapríčiňuje stres (38,8 % vs. 27,8 %), bežná starostlivosť o seba (21,8 % vs. 8,9 %), fyzická aktivita, vyčerpanie v súvislosti s jej realizáciou (36,1 % vs. 15,8 %), fyzická aktivita, jej vykonávanie dlhší čas ako je bežné (43,5 % vs. 20,9 %), prechádzka (10,9 % vs. 1,3 %), vyššia teplota v exteriéri (36,1 % vs. 24,7 %), pobyt v chladnejšom prostredí (8,2 % vs. 1,3 %). V súbore B je signifikantne viac respondentov, ktorým zhoršenie únavy zapríčiňuje úzkosť (34,8

% vs. 24,5 %). V týchto rozdieloch bola štatistická významnosť p < 0,05 a vecná významnosť nízka (φ = <0,113; 0,243>).

V Tabuľke 4 uvádzame vybrané faktory súvisiace s minimalizáciou únavy v súbore A a B.

Tabuľka 4 *Vybrané faktory súvisiace s minimalizáciou únavy v súbore A a B*

Vybrané faktory	**Súbor A** (N = 147) N (%)	**Súbor B** (N = 158) N (%)	**χ2**	**df**	**p**	**φ**
Pasívny odpočinok počas dňa	115 (78,2)	82 (51,9)	23,087	1	**0,000**	0,275
Bežná starostlivosť o seba	27 (18,4)	76 (48,1)	30,102	1	**0,000**	0,314
Prechádzka	91 (61,9)	129 (81,6)	14,763	1	**0,000**	0,22

Legenda: A – súbor pacienti so SM, B – kontrolný súbor, N – absolútna početnosť, % – relatívna početnosť, χ2 – hodnota chí kvadrátu, df – stupne voľnosti, p < 0,05, φ – vecná významnosť

Z výsledkov v Tabuľke 4 je zrejmé, že je signifikantne viac pacientov, ktorým minimalizáciu únavy prináša pasívny odpočinok počas dňa (78,2 % vs. 51,9 %). V súbore B je signifikantne viac respondentov, ktorým minimalizáciu únavy prináša bežná starostlivosť o seba (48,1 % vs. 18,4 %) a prechádzka (81,6 % vs. 61,9 %). V týchto rozdieloch bola štatistická významnosť p < 0,05 a vecná významnosť od nízkej po strednú (φ = <0,22; 0,314>).

Diskusia

V našej štúdii podľa výsledkov je zrejmé, že u pacientov za vznik a zhoršenie únavy zodpovedá bolesť a bežná starostlivosť o seba. Podobné výsledky v súvislosti s bolesťou ako faktorom zodpovedným za vznik a zhoršenie únavy uviedla aj štúdia autorov Rzepka et al. (2020). V komparácii s inými štúdiami napr. Üstün, Mollaouglu (2009) za zhoršením únavy u pacientov boli vyššie teploty a vlhkosť (vplyvy počasia, exteriér), fyzická aktivita ako taká. Podobne aj chlad napr. chladné počasie a pobyt spojený v chladnejšom prostredí zhoršuje únavu pre zvýšenie napätia vo svaloch u danej skupiny pacientov (Newton, Griffiths, Soundy, 2020). Autori Chan, Heck (2000) opisujú klimatické faktory ako vlhkosť a teplo (interiéri, exteriéri), chlad a pôsobenie vetra s vplyvom na zhoršenie únavy u pacientov so SM. Ich pôsobenie má negatívny dopad na mobilitu, fyzickú funkčnosť a limitáciu vzdialenosti, ktorú pacient zvládne prejsť samostatne alebo s použitím kompenzačných pomôcok. Uvedenými zisteniami by sme mohli vysvetliť aj výsledky našej štúdie, prečo aj prechádzka môže byť faktorom vyvolávajúcim a zhoršujúcim únavu. Fyzická aktivita ako taká tiež súvisela so vznikom a zhoršením únavy u pacientov so SM v našej štúdii, pričom podľa autorov Rietberg, van Wegen, Kwakkel (2010) treba prihliadať v danom kontexte aj na iné faktory, ako sú vek

pacienta a forma/typ SM. Rzepka et al. (2020) uvádzajú, že zohľadňovať treba aj pracovný stav pacienta, nakoľko u pracovne aktívnych je miera únavy nižšia. V uvedenom kontexte autori Vališ, Pavelek, Masopust (2016) uvádzajú, že zhoršenie únavy súvisí s úrovňou fyzickej aktivity a námahou s ňou spojenou. Iným faktorom zodpovedným za zhoršenie únavy u danej skupiny pacientov bol v našej štúdii stres, podobne to uviedli aj výsledky štúdie autorov Üstün, Mollaouglu (2009). Prežívanie stresu podmienňuje u pacientov pocity vyčerpanosti/vyčerpania. Stresorom môže byť pre nich napr. neschopnosť vykonávať zabehnutú rutinu, svoju profesiu (National Multiple Sclerosis Society, 2019).

Pasívny odpočinok počas dňa a to aj niekoľkokrát, a aj medzi jednotlivými činnosťami je pacientom so SM odporúčaný, nakoľko im prináša minimalizáciu únavy. Oddychovať sa odporúča v miestnosti, ktorá nie je prehriata,najlepšie si je ľahnúť a prikryť sa, aby naopak pacient nepociťoval zimu (Mills, 2012; Lowenstein, 2009). V kontrolnom súbore sú práve prechádzka a bežná starostlivosť o seba boli faktormi zmierňujúcimi pocit únavy. Podľa autoriek Gymerská, Krššáková (2019) je tento efekt na únavu dokázaný a tiež majú pozitívny vplyv na redukciu stresu.

Záver

Pacienti so SM identifikovali viacerené faktory súvisiace so vznikom, zhoršením a minimalizáciou únavy. Ich identifikácia prispeje k lepšiemu poznaniu problematiky únavy a zefektívnenie jej manažmentu, s cieľom zlepšenia kvality života danej skupiny pacientov.

Zoznam použitej literatúry

1. GULLO, Hannah L. et al. 2019. Cognitive and physical fatigue are associated with distinct problems in daily functioning, role fulfilment, and quality of life in multiple sclerosis. In *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, vol. 31, pp. 118–123. ISSN 2211-0348.
2. GYMERSKÁ, Martina - KRŠŠÁKOVÁ, Eva 2019. *Being a human.....that´s enough. Module 4 Psychohygiene in our lives. The Handbook for the programme particip*ants [online]. Bratislava : PERSONA. [cit. 2023-01-21]. 28 s. Dostupné na: https://coolschool.ozpersona.sk/wp-content/uploads/2021/06/module_4_participants_AJ.pdf.
3. CHAN, A. - HECK, C.S. 2000. Mobility in multiple sclerosis: More than just a physical problem. In *International Journal of Multiple Sclerosis Care* [online], vol. 2, no. 1, pp. 51–61 [cit. 2023-10-13]. DOI: 10.7224/1537-2073-2.1.51
4. LANGESKOV-CHRISTENSEN, Martin et al. Potential pathophysiological pathways that can explain the positive effects of exercise on fatigue in multiple sclerosis:

A scoping review. In *Journal of the Neurological Sciences*, [online], vol. 373, p. 307–320 [cit. 2023-10-12]. DOI: 10.1016/j.jns.2017.01.002.

5. LINNHOFF, Stefanie et al. 2019. Cognitive Fatigue in Multiple Sclerosis: An objective approach to diagnosis and treatment by transcranial electrical stimulation. In *Brain Sciences* [online], vol. 9, no. 5, pp. 100. [cit. 2020-06-22]. DOI: 10.3390/brainsci9050100.
6. LOWENSTEIN, Nancy A. 2009. *Fighting fatigue in multiple sclerosis. Practical ways to create new habits and increase your energy*. New York : Demos Medical Publishing. 172 pp. ISBN 978-1-932603-75-0.
7. MEZINI, Sofia - SOUNDY, Andrew. 2019. A thematic synthesis considering the factors which influence multiple sclerosis related fatigue during physical activity. In *Behavioral Sciences* [online], vol. 9, no. 7: 70 (pp. 1–23). [cit. 2023-10-12]. DOI: 10.3390/bs9070070.
8. MILLS, Roger. 2012. Defining and identifying fatigue in MS. In *MS in focus* [online], pp. 7–9. [cit. 2023-10-12]. Dostupné na: https://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/MS-in-focus-19-Fatigue-English.pdf.
9. MILLS, Rogers - YOUNG, Carolyn 2008. A medical definition of fatigue in multiple sclerosis. In *QJMed* [online], no. 101, pp. 49–60. [cit. 2020-03-27]. DOI:10.1093/qjmed/hcm122.
10. MOTTA, Caterina. et al. 2016. Disability and fatigue can be objectively measured in multiple sclerosis. In *PLOS One* [online], vol. 11, no. 2, pp. 1-12 (e0148997). [cit. 2023-10-12]. DOI: 10.1371/journal.pone.0148997.
11. NATIONAL MULTIPLE SCLEROSIS SOCIETY. 2019. *Fatigue: What You Should Know: A guide for people with MS. Consumer guide to clinical practice guidelines* [online]. National Multiple Sclerosis Society. 22 pp. [cit. 2020-08-03]. Dostupné na: https://www.nationalmssociety.org/NationalMSSociety/media/MSNationalFiles/Brochures/Brochure-Fatigue-What-You-Should-Know.pdf.
12. NEWTON, Georgina - GRIFFITH, Amy - SOUNDY, Andy 2020. The experience of fatigue in neurological patients with multiple sclerosis: A thematic synthesis. In *Physiotherapy*, vol. 107, pp. 306–316. https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.11.004.
13. RAZAZIAN, Nazanin et al. 2014. Study of fatigue frequency and its association with sociodemographic and clinical variables in multiple sclerosis. In *Neurosciences* [online], vol. 19, no. 1, pp. 38–42. [cit. 2023-10-12]. Dostupné na: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24419448.
14. RIETBERG, M.B. - VAN WEGEN, E.E. - KWAKKEL, G. 2010. Measuring fatigue in patients with multiple sclerosis: reproducibility, responsiveness and concurrent validity

of three Dutch self-report questionnaires. In *Disability Rehabilitation* [online], vol. 32, no. 22, p. 1870–1876. [cit. 2023-10-12]. DOI: 10.3109/09638281003734458.

15. RZEPKA, Michalina et al. 2020. Relationship between fatigue and physical activity in a Polish cohort of multiple sclerosis patients. In *Medicina* [online], vol. 56, no. 12: 726. [cit. 2023-10-13]. DOI:10.3390/medicina56120726.
16. SANDER, Carina et al. 2016. The impact of MS related cognitive fatigue on future brain parenchymal loss and relapse: A 17-months follow-up study. In *Frontier of Neurology* [online], no. 7:155. [cit. 2020-03-27]. DOI: 10.3389/fneur.2016.00155.
17. SORENSEN, Per Soelberg et al. 2018. The Multiple Sclerosis Care Unit. In *Multiple Sclerosis Journal* [online], vol. 25, no. 5, pp. 627–636. [cit. 2023-10-12]. DOI: 10.1177/1352458518807082.
18. STEFANCIN, Patricia 2019. Resting-state functional connectivity networks associated with fatigue in multiple sclerosis with early age onset. In *Multiple Sclerosis and Related Disorders* [online], vol. 31, pp. 101–105. [cit. 2023-10-12]. DOI: 10.1016/j.msard.2019.03.020.
19. ÜSTÜN, Emine - MOLLAOUGLU, Mukadder 2009. Factors affecting fatigue in multiple sclerosis patients. In *Neurology Psychiatry and Brain Research*, vol. 16, no. 3, pp. 101–106. ISSN 0941-9500.
20. VALIŠ, Martin - PAVELEK, Zbyšek - MASOPUST, Jiří 2016. Únava u roztroušené sklerózy a možnosti jejího ovlivnění. In *Medicína pro praxi*, vol. 13, no. 2, p. 75–78. ISSN 1214-8687.

Kontakt:
Mgr. Michaela Miertová, PhD.
Jesseniova lekárska fakulta UK
Ústav ošetrovateľstva
Malá Hora 5, 036 01 Martin
Slovenská republika
E-mail: michaela.miertova@uniba.sk

LABORATÓRNA DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA AKÚTNYCH LEUKÉMIÍ

Laboratory Differential Diagnostics of Acute Leukemias

Ivan Ondrášik[1], Jaromír Tupý[1,2], Janka Filická[1,2]

[1]Klinika hematológie a transfuziológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP-FN Ružomberok
[2]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Cieľom nášho teoretického prehľadového článku je analýza súčasných možností laboratórnej diagnostiky akútnych leukémií. Vychádzame z klasifikácie akútnych leukémií. Analyzujeme vyšetrenie krvného obrazu, morfologické vyšetrenia periférnej krvi a kostnej drene, histologické vyšetrenie kostnej drene, imunofenotypizáciu pomocou prietokovej cytometrie, cytogenetické a molekulárno genetické vyšetrenia.

Kľúčové slová: Akútne leukémie. Laboratórna diagnostika. Klasifikácia. Prietoková cytometria. Morfológia. Genetika.

Abstract

The aim of our review is to analyze current possibilities of laboratory diagnostics of acute leukemias. We are based on the classification of acute leukemia. We analyze blood count, morphological examination of peripheral blood and bone marrow, histological examination of bone marrow, immunophenotyping by flow cytometry, cytogenetic and molecular genetic examination.

Keywords: Acute leukemias. Laboratory diagnostics. Classification. Flow cytometry. Morphology. Genetics.

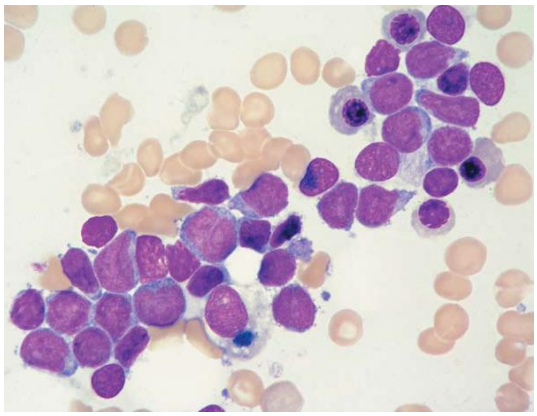
1 Diagnostika akútnej myeloblastovej leukémie - AML

Typickým nálezom u väčšiny chorých je v krvnom obraze nález leukocytózy, anémie a trombocytopénie, prípadne ich kombinácie. Vyšetrením diferenciálneho rozpočtu bielych krviniek v periférnej krvi nachádzame obvykle zmnoženie leukemických buniek (blastov), v prípade AML myeloblastov, a prítomnosť redukovaného počtu zrelých neutrofilných elementov (segmentov, prípadne tyčiek) s chýbaním stredných vývojových štádií granulocytov (metamyelocyty, myelocyty)- ide o tzv. hiatus leucaemicus. Morfologicky pri diagnóze AML nachádzame v nátere periférnej krvi myeloblasty, ktoré sú väčšie ako zrelé lymfocyty. Veľkosť

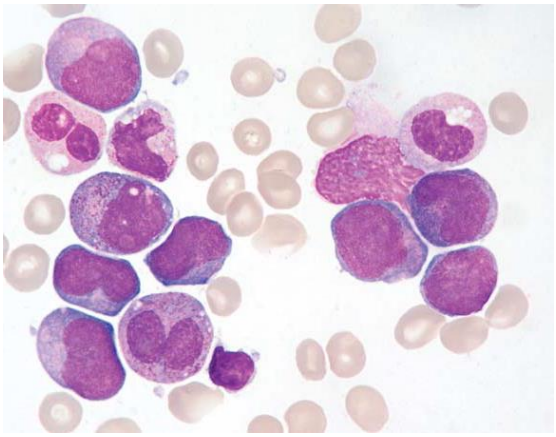
myeloblastov však môže byť porovnateľná s veľkosťou monocytov, ba niekedy myeloblasty svojou veľkosťou presahujú i veľkosť monocytov. Myeloblast má bazofilnú alebo šedomodrú cytoplazmu, úzky lem, guľaté alebo oválne jadro s jemným jadrovým chromatínom. Obvykle v jadre myeloblastu nachádzame ešte malé jadierka (nukleoly). Myeloblast obsahuje azurofilné granulá alebo môže byť bez granúl (negranulované myeloblasty). V myeloidnej línii nachádzame i Auerove tyče. Pri hodnotení náteru pacienta s MDS, je potrebné myslieť i na transformáciu do AML.

Kostná dreň býva pri diagnóze AML hypercelulárna, s prítomnosťou nad 20% myeloblastov. Myeloblasty bývajú vo veľkosti od o niečo väčších ako malý lymfocyt až po veľkosť zodpovedajúcu dvojnásobku monocytu. Jadro býva guľaté, oválne či obličkovité, so zárezom či lobulizované, chromatín je jemný a väčšinou je rozpoznateľných niekoľko alebo jeden veľký nukleolus. Cytoplazma myeloblastu je šedomodrá až silno bazofilná. V cytoplazme môže, ale i nemusia byť prítomné azurofilné granulá či Auerove tyče. Monoblasty v prípade akútnej monocytárnej leukémie a megakaryoblasty v prípade megakaryoblastovej leukémie sú ekvivalentom pre diagnózu AML. Proerytroblasty sa do kategórie blastov nezapočítavajú s výnimkou čistej erytroblastovej leukémie. Ak vo vyšetrovanej vzorke nájdeme najmenej 3% POX pozitívnych blastických buniek, môžeme ich zaradiť do myeloidnej línie. Ide o myeloblastovú leukémiu. Množstvo POX sa v myeloidných bunklách zvyšuje postupne s vyzrievaním buniek. V monocytoch býva jemná granulárna pozitivita. Silu pozitivity môžeme hodnotiť na 1-3 krížiky. Dôkaz POX nám pomáha rozlíšiť myeloblastovú alebo monoblastovú leukémiu od lymfoblastovej leukémie. AML M1, M2, M3, M4 sú pozítívne na myeloperoxidázovú reakciu. ALL je POX negatívna. Histologické vyšetrenie pri AML je indikované spravidla vtedy, keď sa nedarí získať reprezentatívny aspirát kostnej drene. Indikáciou je i sledovanie priebehu choroby, liečby a jej ukončenia. Býva vysoká bunečnosť, pôvodná krvotvorba býva nahradená nádorovou infiltráciou[1,2,3].

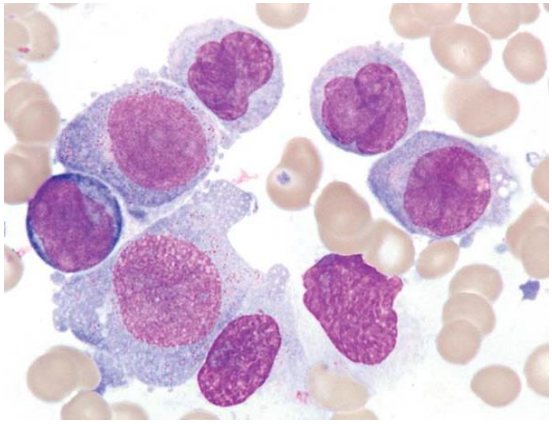
FCM u AML: Myelo-monocytárna rada (M4-M5): anti-MPO+, CD13+, CD33+, CD14+, CD11c+, CDw65+ a/alebo CD117 (≥ 2 pozitívne markery). Erytroidná rada (M6): nezrelá forma s negatívnymi imunologickými markermi a zrelá forma, anti-GlyA+. Megakaryocytárna rada (M7): mCD41+ (cCD41), mCD61+(cCD61). Nezrelá myeloidná rada (M0): pozitívne myeloidné markery, negatívne lymfoidné markery, negatívna cytochémia TdT+AMLAML s koexpresiou lymfoidných markerov[4].



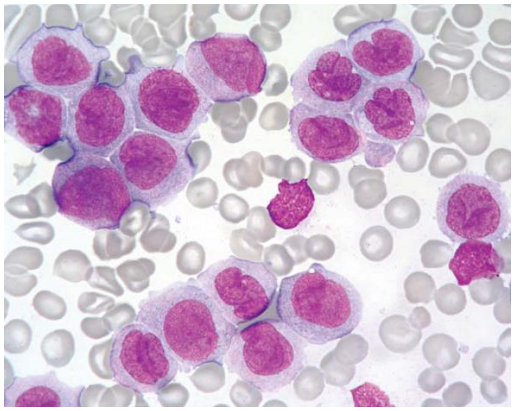
Obr. 1 *AML bez vyzrievania KD* [3].



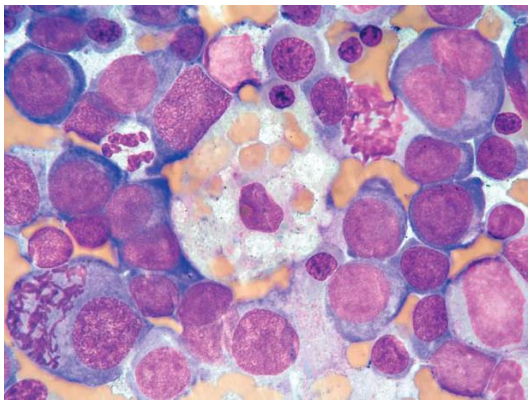
Obr. 2 *AML s vyzrievaním KD* [3].



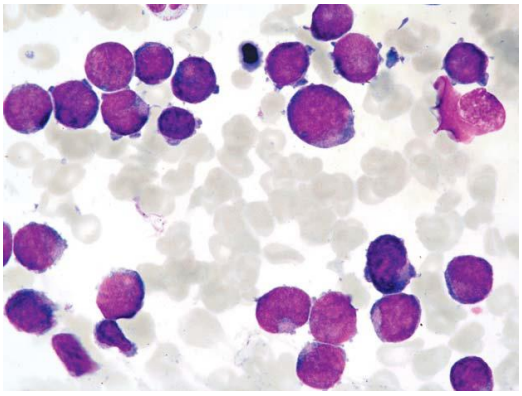
Obr. 3 *AML myelomonocytárna KD* [3]**.**



Obr. 4 *AML monocytárna KD* [3].



Obr. 5 *Čistá erytroleukémia KD* [3].



Obr. 6 *Akútna megakaryoblastová leukénia KD* [3].

2 Cytogenetická a molekulárno – biologická diagnostika a prognóza AML

Priaznivé (nízke riziko) – t(15;17), t(8;21)(q22;q22.1);RUNX1-RUNX1T1
inv(16)(p13.1q22)alebo t(16;16)(p13.1;q22);CBFB-MYH11
mutácia NPM1 bez FLT3-ITD alebo FLT3-ITDlow
bialelická mutácia CEBPA

Intermediárne (stredné riziko) – Mutácia NPM1 a FLT3-ITDhigh
Wild-type NPM1 bez FLT3-ITD alebo s FLT-ITDlow (bez rizikových genetických lézií)
t(9;11)(p21.3;q23.3);MLLT3-KMT2A
Cytogenetické abnormality neklasifikové ako priaznivé alebo nepriaznivé

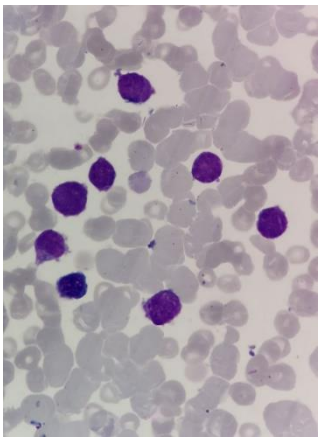
Nepriaznivé (vysoké riziko) – t(6;9)(p23;q34.1);DEK-NUP214
t(v;11q23.3);KMT2A prestavba
t(9;22)(q34.1;q11.2);BCR-ABL1
inv(3)(q21.3q26.2) or
t(3;3)(q21.3;q26.2);GATA2,MECOM(EV11)
-5alebo del(5q);-7;-17/abn(17p)
Komplexný karyotyp, monozomálny karyotyp
Wild-type NPM1 a FLT3-ITD high
mutácia RUNX1
mutácia ASXL1
mutácia TP53[5] .

3 Laboratórna diagnostika akútnej promyelocytovej leukémie - APL

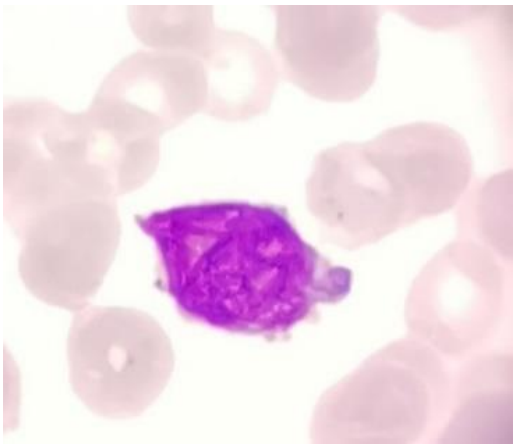
Typickým laboratórnym nálezom v krvnom obraze je pancytopénia. Leukocytóza je prítomná len u 20% chorých a je spojená s vysokým rizikom krvácania a relapsu. U pacientov s APL je ako sme už uviedli charakteristická koagulopatia prejavujúca sa nízkou hladinou fibrinogénu (hypofibrinogenémia) a vysokou elevaciou D-dimérov. Tento varujúci nález by mal klinika vždy viesť k podozreniu na APL. Klasická hypergranulárna varianta APL - AML M3 je spojená s normálnym, zníženým počtom leukocytov v periférnej krvi. Výnimočne sú leukocyty zvýšené. Stáva sa, že v nátere periférnej krvi sú bunky ťažko identifikovateľné. Niekedy môže ísť aj o aleukemickú formu leukémie tj. vtedy, keď v nátere periférnej krvi vôbec nenachádzame patologické leukemické bunky, tie sú však bohato prítomné v aspiráte kostnej drene. Pri hypergranulárnej promyelocytovej leukémii býva aspirát kostnej drene bohatý na nádorové elementy, ktoré sa historicky priraďujú k promyelocytom nad 20%, i keď nejde o bežné vyzrievanie granulocytového radu. Typických myeloblastov býva menej ako 30%. Atypické promyelocyty sú veľké elementy, ktorých cytoplazna je naplnená tmavo ružovými, červenými či purpurovými granulami. Nie je zreteľná Golgiho zóna, jadro je nepravidelné, ale jeho ohraničenie môže byť kvôli masívne prítomnej granulácii obtiažne rozlišiteľné. Ďalej obvykle nachádzame elementy, v ktorých sú prítomné Auerove tyče usporiadané do snopcov (faggot cells) – cytoplazma týchto buniek je bledá, pričom môžu byť prítomné i ďalšie azurofilné granuly. V patologických bunkách chýba sekundárna granulácia.

Pri AML M3v – mikrogranulárna APL je bežný vysoký počet leukocytov v krvnom obraze i nátere periférnej krvi. Pre túto mikrogranulárnu variantu APL je charakteristická prítomnosť nádorových elementov s hlboko rozštiepeným jadrom alebo prítomnosť dvojlaločnatých elementov – každý s lalokov obsahuje jadierko a oba laloky sú spojené úzkym jadrovým mostíkom. Cytoplazma je slabo až stredne bazofilná, v niektorých prípadoch je celkom agranulárna, alebo je prítomný len jemný poprašok azurofilnej granulácie. Niektoré leukemické bunky obsahujú Auerove tyče, ojedinele môžeme nájsť aj typické hypergranulárne promyelocyty.

Ilustrovaný pacient: AML M3 –APL aleukemická forma leukémie.



Obrázok 7 *Kostná dreň infiltrovaná leukemickými promyelocytmi.* Zdroj**:** archív KHaT



Obr. 8 *Kostná dreň, patologická bunka s Auerovými tyčami so snopcami (faggot cells).*

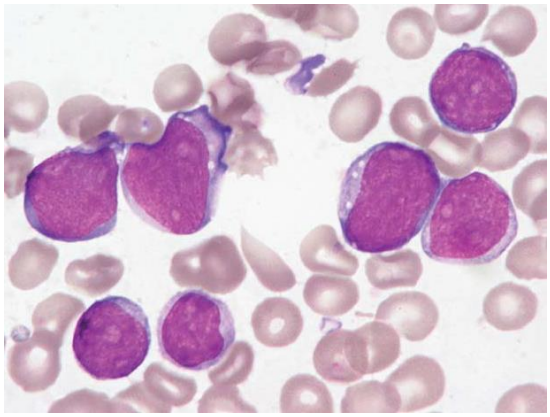
Zdroj**:** archív KHaT

Hypergranulárna APL je silno pozitívna myeloperoxidázovou reakciou MPO a CAE – chlóracetát esterázu. Mikrogranulárna varianta APL vykazuje pozitivitu A-EST α-naftol acetát esterázu [1,2,3].Imunofenitypovým vyšetrením na prietokovou cytometriou pri APL sa diagnostikujú nasledovné fenotypové znaky: HLA-DR(-), MPO+, CD13+, CD33+, CD15-, CD34-/+, CD2+, CD14- [4].Podstatným je pre určenie diagnózy akútnej promyelocytovej leukémie dôkaz t(15;17)(q22;q21) a dôkaz fúzneho génu PML/RARα pomocou reťazovej

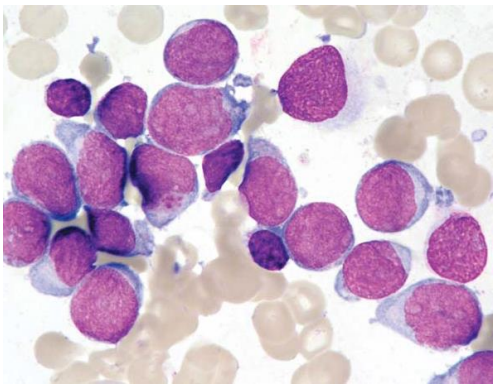
polymerázovej reakcie PCR alebo flourescenčnej in situ hybridizácie FISH. Vzhľadom k závažnosti vysokého rizika krvácania u pacientov trpiacich APL, by tieto vyšetrenia mali byť vyšetrené v statimovom režime, teda urgentne[5].

4 Diagnostika akútnej lymfoblastovej leukémie - ALL

Pri diagnóze ALL zisťujeme v krvnom obraze vysokú leukocytózu (vyššiu ako pri AML), anémiu a trombocytopéniu. V diferenciálnom rozpočte leukocytov nachádzame lymfoblasty. Hranica medzi lymfoblastickým lymfómom a ALL je arbitrárna, o leukémii sa hovorí pri počte blastov nad 20%. Lymfoblasty však môžu byť väčšie ako neutrofily. Jadrový chromatín lymfoblastu môže byť jemne granulárny až kondenzovaný. Lymfoblasty obsahujú nenápadné alebo až promitujúce jadierka. Cytoplazma lymfoblastu tvorí úzky lem, silno bazofilný, s početnými vakuolami. Niekedy nachádzame bunky v tvare zrkadla s rukoväťou (hand mirror cells), ktoré sú typické pri T-ALL. V prípade, že sa podarí odobrať kostnú dreň, tá je pri ALL hypercelulárna s infiltrovanými lymfoblastami, pri útlaku ostatnej hemopoézy [6].



Obr. 9 *Prekurzorová B-lymfoblastová leukémia KD* [3]**.**



Obr. 10 *Prekurzorová T-lymfoblastová leukémia KD* [3].

5 Imunologická klasifikácia ALL

B ALL	
CD19+ a/alebo CD79a+ a/alebo CD22+	
pro-B	TdT+,CD10-, cμ-, slg-
common - B	TdT+, CD10+, cμ-, slg-
pre - B	TdT+, CD10+, cμ+, slg-
Burkittov lymfóm/leukémia	TdT-, slg+
T ALL	
CD3+, niekedy CD10+	
pro -T	TdT+, CD7+CD2-CD5- CD8- CD1a-
pre - T	TdT+, CD2+a/aleboCD5+a/aleboCD8+,CD1a-
thymic - T	TdT+,CD1a+,mCD3+alebo -
T -NHL	TdT+/-,mCD3+,CD1a-,TCR αβ+ alebo TCR γδ +

Tab. č.1 [6].

6 Cytogenetická a molekulárno – biologická diagnostika ALL

Cytogenetické aberácie sú zistiteľné u 68-85% pacientov s ALL. Prognostický význam u dospelých ma filadelfský chromozóm Ph –translokácia t(9;22) a zmeny génu MLL na 11. chromozóme – translokácia t(11;v). Na molekulárnej úrovni má význam dôkaz fúzneho génu BCR – ABL. U dospelých s ALL sa stanovujú prestavby génu pre T lymfocytárny receptor (TCR) alebo ťažký imunoglobulínový reťazec (IgH). Metódy PCR sú spolu s imunofenotypizačnými štandardne používané na monitorovanie ochorenia v priebehu liečby i po jej ukončení. Minimálna reziduálna choroba (MRD) je najdôležitejším prognostickým faktorom ovplyvňujúcim prežitie pacientov[5].

Záver

Na kvalitné a rýchle určenie diagnózy AML, APL a ALL je nevyhnutné vykonať konzekventnú laboratórnu diferenciálnu diagnostiku už v rámci vyšetrenia náteru periférnej krvi a myelogramu – aspirátu kostnej drene. Výsledok morfológie potom nasmeruje nastavenie imunofenotypizačných vyšetrení, ale i vysokošpecifické histologické, cytogenetické a molekulárno-biologické vyšetrenia. V prvom rade treba diferenciálno – diagnosticky rozlíšiť fyziologický nález alebo infekciu (bakteriálneho alebo vírusového pôvodu). Od AL treba odlíšiť blasty vyplavené pri leukemoidnej reakcii (po útlme hemopoézy, pri sepse), po podaní chemoterapie, rádioterapie, rastových faktorov. Vo vzťahu k AML je podstatné diferencovať podtypy MDS a myeloproliferatívne neoplázie MPN: (CML(chronická, akcelerovaná fáza a blastický zvrat do AML alebo ALL), PV, ET, PMF (leukoerytroblastový obraz), juvenilnú CMML a chronickú CMML treba odlíšiť od reaktívnej monocytózy), CEL odlíšiť od reaktívnej eozinofílie pri parazitárnych a alergických ochoreniach. Odlíšiť treba aj CNL a aCML, Treba myslieť i na extrémne raritné ochorenia ako je bazofilná leukémia a mastocytóza, ktoré môžu progredovať do akútnej leukémie. Vo vzťahu k hodnoteniu lymfoblastov pri ALL je potrebné odlíšiť lymfoproliferatívne neoplázie LPN pri ktorých sú vyplavené atypické lymfocyty a lymfómové bunky pravdepodobne malígneho pôvodu: CLL, B-PLL, T-PLL(prolymfocyty), lymfómové bunky(centrocyty, centroblasty FL), DLBCL (centroblastická, imunoblastická, anaplastická varianta), atypické vilózne lymfocyty pri SLMZ, tricholymfocyty pri HCL, lymfoplazmocyty pri LPL a WM, cerebriformné bunky pri Sézaryho syndróme, pri myelóme a MGUS –plazmatické bunky, pri plazmocytárnej leukémii - plazmoblasty . Veľmi dôležité je odlíšiť ALL od vírusovej infekcie napr. pri infekčnej mononukleóze (atypické lymfocyty pravdepodobne reaktívne, infekčného pôvodu: virocyty, prechodné lymfo-monocytové elementy, Pfeifferove bunky). Veľmi dôležité je odlíšiť druhy chronických leukémií od akútnych leukémií. Pri jednotlivých podtypoch AML sú zmnožené myeloblasty, promonocyty, monoblasty, erytroblasty, megakaryoblasty. Pri APL sú zmnožené leukemické promyelocyty.

Pri ALL sú zmnožené lymfoblasty aj typického vzhľadu: L3 blasty s vakuolizáciou pri agresívnej Burkittovej leukémii.

Na základe morfologického vyšetrenia typu akútnej leukémie a aktuálnom zhodnotení aj iných laboratórnych hemostazeologických, biochemických, sérologických a zobrazovacích vyšetrení a po dôkladnom zhodnotení klinického stavu pacienta môže lekár - klinik nastaviť podávanie adekvátnej liečby.

Zoznam bibliografických odkazov

1. ARBER DA, ORAZI A.- HASSERJIAN R. et al. 2016. The 2016 revision to the World Health Organization (WHO) classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. *Blood*, 2016; p. 127:2391-2405.
2. ARBER DA, ORAZI A, ROBERT P. et. al. International Consensus Classification of Myeloid Neoplasms and Acute Leukemias: integrating morphologic, clinical, and genomic data. *Blood,* 2022;140:1200-1227.
3. KAČÍRKOVÁ P, CAMPR V. et al. *Hematoonkologický atlas krve a kostní dřeně.* Praha: Grada Publishing; 2007.
4. MARINOV I. *Průtoková cytometrie v klinické hematologii*. Praha: Triton; 2003.
5. POSPÍŠILOVÁ, Š. et al. *Molekulárni hematologie*. Praha: Galén; 2013.
6. ALAGGIO R, AMADOR C, ANAGNOSTOPOULOS I, et al. The 5th edition of the World health organization classification of haematolymhoid tumours: lymphoid neoplasms. *Leukemia* 2022;36: 1720-1748.

Kontakt:

PhDr. Ivan Ondrášik, PhD.
Klinika hematológie a transfuziológie
ÚVN SNP-FN Ružomberok
ul.gen. M. Vesela 21
034 26 Ružomberok
E-mail: ivan.ondrasik@gmail.com

WPŁYW ŻYWIENIA NA WYSTĘPOWANIE CHORÓB PSYCHICZNYCH

The Influence of Nutrition on the Occurrence of Mental Diseases

Irena Puszkarz[1], Kacper Zięba[1] Małgorzata Makar[1]

[1]Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu, Polska
Institute of Health Protection, National Academy of Applied Sciences in Przemyśl, Poland

Streszczenie

Wprowadzenie:

Wraz z postępem wiedzy w zakresie profilaktyki oraz leczenia zaburzeń psychicznych w medycynie zaczął pojawiać się nowy nurt noszący nazwę nutripsychiatrii, stanowiący połączenie medycyny żywienia oraz psychiatrii.

Cel: Celem pracy było zbadanie opinii personelu pielęgniarskiego na temat wpływu żywienia na występowanie chorób psychicznych.

Materiał i metody: Badaniem objęto 130 osób (90% kobiet, 10% mężczyzn), zatrudnionych w większości w dziennym ośrodku psychiatrii (40,77%), oraz w oddziale psychiatrycznym (30,00%). W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety. Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem programu PQStat wer. 1.8.4.

Wyniki: W opinii 43,85% badanych żywienie ma wpływ na występowanie chorób psychicznych a dietoterapia może być skutecznym elementem profilaktyki zdrowia psychicznego (51,54%). Ponad połowa badanych (53,08%) posiadała wiedzę, iż przedmiotem nutripsychiatri jest badanie związku pomiędzy stężeniem określonych składników żywieniowych i flory bakteryjnej jelit i funkcjonowania układu nerwowego.

Wnioski: W opinii osób młodszych sposób żywienia ma wpływ na występowanie chorób psychicznych. Wyższe wykształcenie oraz posiadanie dodatkowych kwalifikacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego zwiększa świadomość wpływu żywienia na występowanie chorób psychicznych. Personel pielęgniarski z mniejszym stażem pracy dysponuje większą wiedzą na temat wpływu odżywiania na występowanie chorób psychicznych.

Słowa kluczowe: Nutripsychiatria. Leczenie żywieniowe. Zdrowie psychiczne. Zaburzenia psychiczne. Dietoterapia.

Summary:

Introduction:

With the progress of knowledge in the field of prevention and treatment of mental disorders in medicine, a new trend called nutripsychiatry began to appear, which is a combination of nutritional medicine and psychiatry.

Aim: The aim of the study was to investigate the opinions of nursing staff on the impact of nutrition on the occurrence of mental illnesses.

Material and methods: The study included 130 people (90% women, 10% men), mostly employed in a day psychiatric center (40.77%) and in a psychiatric ward (30.00%). The diagnostic survey method, the survey technique and the author's questionnaire were used in the study. The statistical analysis was carried out with the use of PQStat wer. 1.8.4.

Results: In the opinion of nearly half (43.85%) of the respondents, nutrition has an impact on the occurrence of mental illnesses and diet therapy can be an effective element of mental health prevention (51.54%). More than half of the respondents (53.08%) were aware that the subject of nutripsychiatry is the study of the relationship between the concentration of specific nutrients and the bacterial flora of the intestines and the functioning of the nervous system.

Keywords: Nutripsychiatry. Nutritional treatment. Mental health. Mental disorders. Diet therapy.

Wprowadzenie:

Współczesna urbanizacja, nieustanny rozwój technologiczny oraz kulturowy są czynnikami determinującymi życie w nieustającym stresie, brakiem czasu na zmianę nawyków żywieniowych, destruktywnie wpływających na zdrowie człowieka. Spożywanie przetworzonych, wysokokalorycznych produktów uznawane za czynnik sprzyjający rozwojowi chorób cywilizacyjnych XXI wieku negatywnie wpływa także na zdrowie psychiczne. Do chorób, będących efektem nieodpowiedniego odżywiania zalicza się m.in. depresję oraz zaburzenia lękowe [1]. Nutripsychiatria łączy w sobie założenia medycyny żywienia oraz psychiatrii. W 2013 roku powstało Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań Żywieniowych w Psychiatrii (ang. International Society for Nutritional Psychiatry Research, ISNPR), którego zadaniem jest dostarczanie dowodów naukowych na temat znaczenia żywienia oraz składników pokarmowych dla utrzymania dobrostanu psychicznego, i ewentualnego włączenia do praktyki klinicznej [2]. Nieodpowiednie nawyki żywieniowe, bazujące na spożywaniu dużej ilości produktów przetworzonych, ubogich w wartości odżywcze są przyczyną nadwagi oraz otyłości współistniejącej z niedoborem składników odżywczych. Pomimo, iż poziom kalorii rośnie to dieta pozostaje uboga w rekomendowane ilości wartości mikro- oraz makrolelemntów, które odgrywają kluczową rolę w prawidłowym funkcjonowaniu układu

nerwowego. Istotnym problemem żywieniowym jest również spożywanie zbyt małych ilości warzyw, które są cennym źródłem błonnika pokarmowego, a także produktów zbożowych [3]. Funkcjonowanie mózgu oraz zachowanie jego morfologii jest uwarunkowane koniecznością dostarczania energii oraz kompletu składników odżywczych (w tym m.in. witamin, kofaktorów reakcji antyoksydacyjnych, lipidów, marko- oraz mikroelementów oraz katalizatorów syntez czynników neurotrofowych) [4]. Obecnie rośnie liczba badań, które skupiają się na wpływie żywienia na stan psychiczny osób, zmagających się z zaburzeniami psychicznymi. W efekcie nutripsychiatria staje się coraz szerzej rozwijającą się dziedziną [4]. Prawidłowe odżywienie mózgu wymaga dostarczenia odpowiednich tłuszczy, aminokwasów, minerałów, witamin oraz pierwiastków śladowych. Badania nad wpływem diety na zdrowie psychiczne wykazały znaczące powiązania pomiędzy nawykami żywieniowymi, a depresją [5,6]. Prowadzone badania pozwoliły na odnotowanie redukcji występowania depresji oraz samobójstw wśród osób, które kierowały się w codziennej diecie zasadami zdrowego odżywiania [7]. Ponadto istnieją randomizowane badania, w których potwierdza się skuteczność zmian diety, jako jednej z form leczenia depresji [8]. Dobrana w sposób selektywny suplementacja składników odżywczych dla organizmu może być efektywnym elementem terapii zaburzeń psychicznych. Należy do nich cynk, S-adenozylometionina, witaminy z grupy B z uwzględnieniem kwasu foliowego, N-acetylocysteina, witamina D [8]. Znaczącym w zapobieganiu oraz leczeniu zaburzeń psychicznych jest również szerokie działanie nienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3, które biorą czynny udział w synaptogenezie za pośrednictwem wpływu na degradację, a także syntezie receptorów. Kwasy te posiadają specyficzne działanie przeciwzapalne, które hamuje procesy apoptozy. Działanie nienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 wywiera również wpływ na funkcjonowanie błon komórkowych, wychwyt zwrotny neurotransmiterów oraz działanie BDNF [9]. Warto również zwrócić uwagę na sadenozylometionine (SAM) będącą związkiem powstającym z metioniny oraz adenozyny odgrywającym fundamentalną rolę w procesach metylacji. Wyniki prowadzonych badań wykazały jej skuteczność w działaniu przeciwdepresyjnym [10]. Z kolei wykorzystanie N-acetylocysteiny wpływało w efektywny sposób na skuteczność terapii zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, schizofrenii oraz trichotilomanii. Związek ten charakteryzuje się działaniem antyoksydacyjnym, przeciwzapalnym oraz neuroprotekcyjnym [11]. Niedobory cynku w diecie pozostają w korelacji z nasileniem objawów depresyjnych. Suplementacja cynku w terapii łączonej z farmakoterapią lekami przeciwdepresyjnymi jest kluczowym elementem w stabilizacji nastroju. Cynk modeluje aktywność cytokin, a także wpływa na procesy neurogenezy poprzez wywieranie wpływu na stężenie neurotroficznego czynnika mózgowego pochodzenia [12]. Witaminy z grupy B odgrywają istotną rolę w prawidłowym funkcjonowaniu tkanki nerwowej. Niedobór witaminy B9 (kwasu foliowego) pozostaje związany z występowaniem objawów depresyjnych, wpływa również na zmniejszenie odpowiedzi

organizmu na leczenie farmakologiczne [12]. Finalnie niskie stężenie witaminy D utożsamiane jest z występowaniem zwiększonego ryzyka występowania depresji oraz schizofrenii [13].

Zaburzenia metaboliczne u chorych, u których rozpoznano choroby psychiczne (w tym m.in. chorobę afektywną dwubiegunową, schizofrenię czy depresję) występują nawet 2-3 razy częściej aniżeli wśród populacji ogólnej. Zaburzenia depresyjne są grupą zaburzeń psychicznych, które często występują wśród osób z cukrzycą. Ryzyko występowania depresji wśród osób z chorobą przewlekłą wynosi 4,0% w porównaniu do populacji ogólnej, w której ryzyko to wynosi ok. 2,8% [14]. Ponad 11% osób chorujących na zaburzenie metaboliczne, jak cukrzyca spełnia kryteria postawienia rozpoznania depresji. Z kolei 31% osób chorych w sposób szczególny doświadcza objawów tego schorzenia. Częstość występowania depresji u chorych na cukrzycę jest wyższa w grupie kobiet (28%) niż w populacji męskiej (18%). Ryzyko zaburzeń psychicznych w tym depresji u osób z zaburzeniami metabolicznymi jest o 37% wyższe aniżeli w populacji zdrowej. Niektóre spośród czynników ryzyka cukrzycy są częściej rozpoznawane u osób chorujących na depresję ze względu na negatywny wpływ zaburzeń o charakterze depresyjnym na metabolizm cukrzycy, a zatem zwiększone wydzielanie hormonów kontrregulujących, zwiększoną aktywność czynników zapalnych oraz zaburzenia transportu glukozy. Pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi znacznie częściej mają tendencję do zaniedbywania samokontroli glikemii co w efekcie prowadzi do braku wyrównania metabolicznego cukrzycy zwiększając ryzyko występowania powikłań. Powikłania te stanowią czynnik powstawania bądź nasilenia epizodów depresyjnych wpływając na zmniejszenie odpowiedzi organizmu na leczenie antydepresyjne [15]. W aspekcie związku pomiędzy zaburzeniami metabolicznymi oraz żywieniowymi, zwiększeniem ryzyka występowanie zaburzeń psychicznych należy zwrócić również uwagę na grupę młodzieży. Badania wskazują na liczne związki pomiędzy zaburzeniami nastroju oraz zwiększeniem masy ciała. Badania epidemiologiczne, ponad 36 000 osób w wieku powyżej 15 r.ż. wykazały, iż u osób, które zmagają się z otyłością (BMI > 30) występuje zwiększone ryzyko zapadalności na zaburzenia nastroju. Ponadto kobiety z otyłością są bardziej podatne na występowanie zaburzeń lękowych oraz depresyjnych. Istnieje związek pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami z okresu dzieciństwa oraz zaburzeniami nastroju wśród młodzieży, które w dorosłym życiu skutkują otyłością oraz zawyżonymi wartościami wskaźnika BMI [16]. Interesującym zagadnieniem jest również badanie związku pomiędzy dietą a rodzajem spożywanych produktów oraz występowanie niedoboru witamin. Zwraca się uwagę na związek pomiędzy tymi czynnikami a fizjologią funkcjonowania ludzkiego mózgu, a tym samym również stanem psychicznym człowieka determinującym występowanie niektórych zachowań. Istnieje związek pomiędzy występowaniem depresji, zespołów zaburzeń uwagi, schizofrenią oraz chorobami otępiennymi, a spożywaniem niezdrowego jedzenia w tym przede wszystkim pożywienia typu fast food, a więc stosowania diety ubogiej w podstawowe tłuszcze, minerały oraz witaminy.

Raport opublikowany przez brytyjską organizację Sustain pt. „Zmień dietę, zmień umysł" zwraca uwagę na wydatki związane z funkcjonowaniem służby zdrowia, które są efektem leczenia zaburzeń psychicznych. Wydatki te będą nieustannie wzrastać, jeśli prowadzona polityka żywnościowa, ekologiczna, rolna oraz edukacyjna nie zacznie skupiać się na diecie oraz jej wpływie na funkcjonowanie mózgu. W raporcie podkreśla się, więc, że „jedzenie może mieć natychmiastowy i długotrwały wpływ na zdrowie psychiczne i zachowanie człowieka z powodu sposobu oddziaływania na strukturę i funkcje mózgu" [17].

Zaburzenia gospodarki węglowodanowej stanowią grupę zaburzeń występujących ze zwiększoną częstotliwością wśród osób chorych na schizofrenię, zwykle ujawniających się podczas rozpoznawania działań niepożądanych leków przeciwpsychotycznych. Przed wprowadzeniem obecnych schematów leczenia wśród chorych na schizofrenię rozpoznawano dużą liczbę przypadków zachorowania na cukrzycę. Wśród pacjentów z rozpoznaną schizofrenią odnotowuje się zwiększoną nawet o 15% częstotliwość występowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej w porównaniu do populacji zdrowej [15]. Coraz więcej badań naukowych dotyczy diety, a także wpływu poszczególnych składników odżywczych na funkcje umysłowe. Wnioski wskazują, iż występowanie nadwagi oraz otyłości coraz częściej jest związane z pojawianiem się stanów depresyjnych. Dodatkowo coraz częściej występowanie depresji przypisuje się niedoborom witamin, spośród, których wymienia się przede wszystkim witaminę B12, kwas foliowy oraz witaminę D, a także zbyt małe ilości niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (NNKT) w codziennej diecie. Zmniejszenie podaży witaminy B9 oraz B12 z dietą skutkuje występowaniem zaburzeń w metabolizmie wspomnianej uprzednio S-adenozylometioniny pełniącej kluczową rolę w prawidłowym funkcjonowaniu układu nerwowego z zaznaczeniem, że grupy metylowe są wykorzystywane w budowie neuroprzekaźników z uwzględnieniem serotoniny. W momencie, kiedy dochodzi do odłączenia grup metylowych od S-adenozylometioniny ma miejsce powstanie S-adenozylohomocysteiny, kolejno przekształcana jest ona wewnątrz komórek do homocysteiny. Hyperhomocysteinemia wchodzi w korelacje ze zwiększonym ryzykiem występowania chorób naczyniowych, ponadto związek ten przyśpiesza także procesy miażdżycowe, co z kolei determinuje duże znaczenie w aspekcie rozwoju zmian otępiennych. Związek ten wpływa ponadto niekorzystnie na wytwarzanie neuroprzekaźników skutkując tym samym rozwojem depresji. Jednym ze znaczących składników w diecie są kwasy omega3, które są istotne dla pracy mózgu, a stosowanie diety w nie ubogiej stanowi czynnik zwiększający ryzyko powstawania depresji, zaburzeń agresywnych oraz lęków. Deficyt kwasów omega-3 w codziennej diecie należy uznawać za biochemiczny marker depresji. Ponadto kwasy te stanowią czynnik wykorzystywany w leczeniu depresji lekoopornej w momencie, kiedy u pacjenta rozpoznaje się przeciwskazania do zastosowania tradycyjnych środków farmakologicznych w leczeniu depresji. Sytuacja taka ma miejsce m.in. w terapii kobiet w ciąży oraz matek karmiących

piersią. W związku z tym więcej przypadków depresji jest odnotowywanych wśród społeczeństw krajów, w których obserwowane jest zmniejszone spożycie ryb, które są podstawowym źródłem kwasów omega-3 oraz świeżych warzyw, owoców oraz produktów pełnoziarnistych, gdyż wskazane składniki diety są najlepszym źródłem witamin z grupy B [18]. Istotnym faktem jest występowanie zaburzeń psychicznych wśród osób stosujących diety odchudzające. Najczęściej wybieranym sposobem na redukcję tkanki tłuszczowej jest stosowanie diet odchudzających o restrykcyjnym charakterze. Większość stosowanych diet jest nieodpowiednio zbilansowana ze względu na ograniczanie spożywania istotnych składników odżywczych. Stosowanie restrykcyjnych diet odchudzających skutkuje występowaniem negatywnych skutków dla zdrowia organizmu. Ponadto stosowanie diet odchudzających jest czynnikiem sprzyjającym powstawaniu zaburzeń odżywiania jak m.in. bulimia czy anoreksja. Stosowanie restrykcyjnych diet niejednokrotnie skutkuje występowaniem zmiennych nastrojów w tym m.in. zmian depresyjnych oraz niepokoju [19].

Współczesna dieta, często uboga w składniki odżywcze oraz witaminy i sole mineralne, będąca dużym źródłem cukru oraz nasyconych kwasów tłuszczowych oraz nienasyconych kawasów tłuszczowych typu trans oraz omega-6 jest efektem zwiększonego zachorowania na depresję. Najczęściej alternatywne leczenie żywieniowe w zaburzeniach depresyjnych opiera się o włączanie do codziennego żywienia suplementacji kwasami omega-3, a także podaż odpowiedniej dla danego organizmu porcji składników odżywczych, do których należą węglowodany, białka, tłuszcze oraz pełniąca istotną funkcję w cyklu przemian kwasu foliowego S-adenozylometioninę (SAM). Ponadto stosowanie diety odchudzające skutkującej zmniejszeniem masy ciała wpływa w istotny sposób na zanik występujących dotychczas symptomów depresyjnych. Pozytywny efekt w terapii depresji odnotowano również wśród populacji stosującej dietę bezglutenową, u której wykazano zmniejszenie nasilenia objawów choroby [20].

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie opinii personelu pielęgniarskiego na temat wpływu żywienia na występowanie chorób psychicznych.

Materiał i metodyka

W badaniu udział wzięło 130 osób (90% kobiet i 10% mężczyzn). Wiek: < 30 lat (52,31%), 30-50 lat (30,00%). Miejsce zamieszkania: miasto - 58,46%, wieś - 41,54%. Staż pracy: < 10 lat - 55,38%, 10 -20 lat - 33,85%, >20 lat - 10,77%. Wykształcenie: wyższe licencjackie - 51,54%, wyższe magisterskie - 40,00%, średnie - 8,46%, kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwa psychiatrycznego - 45,38%, specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego - 32,31%. Miejsce zatrudnienia: 40,77% dzienny ośrodek psychiatrii, oddział

psychiatryczny - 30,00%. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania oraz autorski kwestionariusz ankiety. Weryfikacji hipotez badawczych dokonano z wykorzystaniem analizy statystycznej przeprowadzonej z wykorzystaniem programu PQStat wer. 1.8.4.

Wyniki:

Ponad połowa badanych przyznała, że dieta ma wpływ na nastrój człowieka (64,57%). W opinii 51,54% badanych, odpowiednia suplementacja może być czynnikiem zmniejszającym ryzyko występowania chorób psychicznych. Połowa ankietowanych (53,08%) wskazała, iż przedmiotem nutripsychiatrii jest badanie związku pomiędzy stężeniem określonych składników żywieniowych i flory bakteryjnej jelit i funkcjonowania układu nerwowego. W opinii 44,62% badanych istnieje związek pomiędzy prozdrowotnymi właściwościami baterii jelitowych, a ryzykiem występowania chorób psychicznych. Najliczniejsza grupa (44,62%) przyznała, że właściwości flory bakteryjnej jelit wpływają na obniżenie ryzyka występowania chorób psychiatrycznych. W opinii 54,62% badanych odpowiednia dieta zwiększa skuteczność farmakologicznych oraz niefarmakologicznych metod leczenia. Największy odsetek respondentów wskazał na rolę witaminy D (85,38%), wielonienasyconych niezbędnych kwasów tłuszczowych – WNKT (74,62%), kwasu foliowego (70,00%) oraz nienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 (68,46%). Najbardziej polecaną dietą w zapobieganiu oraz leczeniu chorób psychicznych była dieta śródziemnomorska (27,68%) oraz lekkostrawna (20,77%).

Dyskusja

Podsumowując podjęte w pracy zagadnienia należy zwrócić uwagę, że w obecnych czasach coraz większą uwagę zwraca się na występowanie, zapobieganie oraz leczenie zaburzeń i chorób psychicznych. Podstawą podejmowanych w Polsce działań w tym zakresie jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 z dnia 8 lutego 2017 r. Opracowana strategia skupia się przede wszystkim na zapewnieniu wszechstronnej opieki psychiatrycznej skoncentrowanej na upowszechnianiu środowiskowego modelu opieki zdrowotnej w psychiatrii oraz różnych form wsparcia społecznego. Ponadto w programie zakładana jest aktywizacja zawodowa osób chorych psychicznie, a także świadczenie skoordynowanych form pomocy i opieki, do których zalicza się również wsparcie psychologiczno-pedagogiczne. W NPZP uwzględniono opracowanie zasad przedstawiania osób zmagających się z zaburzeniami psychicznymi oraz prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych w zakresie problematyki zdrowia psychicznego. Wszelkie te działania mają na celu przede wszystkim podejmowanie skoordynowanej opieki nad osobami chorymi psychicznie poprzez zastosowanie innowacyjnych metod profilaktyki oraz leczenia. W badaniu

własnym niespełna połowa badanych osób uważała, że żywienie w znaczący sposób wpływa na występowanie chorób psychicznych (43,85%). Uzyskane wyniki można odnieść do badania Gardocka-Jałowiec A., Stańczyk P. oraz Szalonka K., którzy wskazali, że istnieje związek pomiędzy żywieniem, a stanem zdrowia i samopoczuciem ludzi. Autorzy badania zaznaczali, że wśród osób, które spożywają regularne, zbilansowane posiłki występuje znacznie wyższa samoocena zdrowia niż wśród osób, które nie prowadzą odpowiednich nawyków żywieniowych [21]. Badane osoby z dużą częstotliwością zauważały, że suplementacja może być czynnikiem zmniejszającym ryzyko występowania chorób psychicznych (51,54%). Respondenci byli również zdania, że dietoterapia może być skutecznym elementem profilaktyki zdrowia psychicznego. Ponadto istotnym z punktu prowadzonego badania było ustalenie, że ponad połowa osób była poprawnie przekonana, że przedmiotem nutripsychiatri jest badanie związku pomiędzy stężeniem określonych składników żywieniowych i flory bakteryjnej jelit i funkcjonowania układu nerwowego (53,08%). W badaniu własnym 54,62% badanych uznała, że odpowiednia dieta zwiększa skuteczność farmakologicznych oraz niefarmakologicznych metod leczenia. Dietę za podstawę leczenia chorób psychicznych uznało 13,07% badanych. Wynik te można odnieść do doniesień Majkutewicz P., Tyszko P. oraz Okreglicka K., którzy wskazywali, że w psychiatrii, szczególnie w sytuacjach, kiedy standardowa terapia nie przynosi oczekiwanych efektów koniecznym jest wprowadzenie nowoczesnych rozwiązań terapeutycznych. Autorzy zwrócili wówczas uwagę na szeroki wpływ czynników żywieniowych na powodzenie leczenia chorób i zaburzeń psychicznych. Określono, że dietoterapia pełni bardzo istotne zadanie prewencyjne oraz terapeutyczne w psychiatrii [22]. Ankietowani byli zdania, że skutkami nieodpowiedniego poziomu składników odżywczych mogą być problemy w zakresie zdrowia psychicznego. Najczęściej wskazywanym problem było obniżenie nastroju (85,38%) oraz zwiększone ryzyko występowania depresji (61,54%). W celu zapobiegnięcia występowaniu tych problemów ankietowi byli zdania, że należy stosować w codziennym życiu zasady odżywiania bazujące przede wszystkim na diecie śródziemnomorskiej (27,68%) oraz lekkostrawnej (20,77%). Badane osoby pozowały również zdania, że występowanie zaburzeń psychicznych pozostaje związane z problematyka zaburzeń metabolicznych. W efekcie ustalono, że zaburzenia metaboliczne wpływają na zwiększenie ryzyka występowania zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (83,08%), depresji (76,15%), zaburzeń nerwicowych (57,69%) oraz schizofrenii (56,15%). Ponadto w badaniu zdecydowano się na określenie opinii badanych na temat nutripsychiatrii, jako istotnego czynnika w profilaktyce i leczeniu zaburzeń psychicznych. Ponad połowa uczestników badania była zdania, że dziedzina ta może stanowić przełomowe znaczenie dla psychiatrii (66,15%). Przeprowadzone badanie pozwoliło na ustalenie, że w opinii osób młodszych sposób żywienia ma wpływ na występowanie chorób psychicznych.

Wnioski

1. W opinii osób młodszych sposób żywienia ma wpływ na występowanie chorób psychicznych
2. Personel pielęgniarski z wykształceniem wyższym posiada większą wiedzę na temat wpływu żywienia na występowanie chorób psychicznych
3. Posiadanie dodatkowych kwalifikacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego zwiększa poziom świadomości wpływu żywienia na występowanie chorób psychicznych

Piśmiennictwo

1. HIDAKA BH.: Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. J Affect Disord. 2012; 140(3): 205–214.
2. KARAKUŁA-JUCHNOWICZ K., RÓG J., Nutripsychiatria – jak wpływ na zdrowie psychiczne mają czynniki żywieniowe?, Psychiatria po Dyplomie 2019; 16(4): 13-18.
3. PARKER E., GOLDMAN J., MOSHFEGH A.: America's nutrition report card: comparing WWEIA, NHANES 2007–2010 Usual nutrient intakes to dietary reference intakes. FASEB J.2014; 28: 384.
4. SZCZYGIEŁ K., SAMOCHOWIEC J.: Wpływ żywienia na zdrowie psychiczne w opinii psychiatry. Psychiatry 2016, 16(3): 146–147.
5. SARRIS J., LOGAN AC., AKBARALY TN., AMMINGER GP., BALANZÁ-MARTÍNEZ V., FREEMAN MP., et al.: Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. Lancet Psychiatry 2015; 2(3): 271–274.
6. OPIE RS., ITSIOPOULOS C., PARLETTA N., et al.: Dietary recommendations for the prevention of depression. Nutr Neurosci. 2017; 20(3): 161–171.
7. DINIZ BS., MENDES-SILVA AP., SILVA LB., et al.: Oxidative stress markers imbalance in late-life depression. J Psychiatr Res. 2018; 102: 29–33.
8. LAI JS., HILES S., BISQUERA A. et al.: A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. Am J Clin Nutr. 2014; 99(1): 181–197.
9. JACKA FN., O'NEIL A., ITSIOPOULOS C., et al.: A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the ‚SMILES' trial). BMC Med. 2017, 15(1): 23.
10. MISCHOULON D., FREEMAN MP., Omega-3 fatty acids in psychiatry. Psychiatr Clin North Am. 2013; 36(1): 15–23.
11. SARRIS J., PAPAKOSTAS GI., VITOLO O., et al.: S-adenosyl methionine (SAMe) versus escitalopram and placebo in major depression RCT: efficacy and effects of histamine and carnitine as moderators of response. J Affect Disord. 2014; 164: 76–81.

12. BERK M., MALHI GS., GRAY LI., et al.: The promise of N-acetylcysteine in neuropsychiatry. Trends Pharmacol Sci. 2013; 34(3): 167–177.
13. LAI J., MOXEY A., NOWAK G., et al.: The efficacy of zinc supplementation in depression: systematic review of randomised controlled trials. J Affect Disord. 2012; 136(1-2): 31–39.
14. EYLES DW., BURNE THJ., MCGRATH JJ.: Vitamin D, effects on brain development, adult brain function and the links between low levels of vitamin D and neuropsychiatric disease. Front Neuroendocrinol. 2013; 34(1): 47–64.
15. KATON WJ.: Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. Biol. Psychiatry 2003; 54: 216–226.
16. DUDA-SOBCZAK A., WIERUSZ-WYSOCKA B.: Cukrzyca a choroby psychiczne. Psychiatria Polska 2011, 45, 4:589-590.
17. JOŚKO-OCHOJSKA J., LIZOŃCZYK I.: Występowanie depresji u młodzieży z nadwagą i otyłością. Hygeia Public Health 2014; 49(4): 690-695.
18. The alliance for better farming and food. It's the British Mental Health Foundation's partner in the Feeding Minds Campaign. UK, www.sustainweb.org/, (dostęp: 17.01.2023 r.).
19. KOSZOWSKA A., DITTFELD A., ZUBELEWICZ-SZKODZIŃSKA B.: Psychologiczny aspekt odżywiania oraz wpływ wybranych substancji na zachowania i procesy myślowe. Hygeia Public Health 2013; 48(3): 279-284.
20. MAKARA-STUDZIŃSKA M., PODSTAWKA D., KRÓLIK L.: Wsparcie emocjonalne a poziom lęku i depresji wśród młodych kobiet stosujących diety odchudzające. Hygeia Public Health 2013; 48(3): 340-345.
21. GARDOCKA-JAŁOWIEC A., STAŃCZYK P., SZALONKA K.: Wpływ żywienia i żywności na stan zdrowia w świetle badań, E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, E-Monografie 2020, 170: 99-101.
22. MAJKUTEWICZ P., TYSZKO P., OKRĘGLICKA K., Leczenie żywieniowe w depresji. Family Medicine & Primary Care Review 2014; 16(1): 48–50.

Kontakt:
dr Irena Puszkarz
Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu
E-mail: puszkarzirena@gmail.com

ANALÝZA NEDOSTATKU NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ U POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

An Analysis of the Shortage of Non-Medical Health Workers in Emergency Medical Service Providers

Vladimír Jarušek[1], Lukáš John[2], Radana Pěrůžková[1], Marinella Danosová[1]

[1]Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav zdravotnického záchranářství a intenzivní péče, Česká republika
[2]Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav zdravotnického managementu a ochrany veřejného zdraví, Česká republika

Abstrakt:

Úvod: V důsledku legislativních změn, mají od roku 2017 absolventi oboru zdravotnické záchranářství povinnost absolvovat nejméně jednoletou praxi u poskytovatelů akutní lůžkové intenzivní péče. V důsledku uvedené povinnosti se snižuje počet absolventů oboru a oddaluje se jejich nástup k poskytovatelům přednemocniční péče.

Cíl: Zjistit počet absolventů oboru zdravotnické záchranářství na vysokých školách v ČR a zjistit počty zdravotnických záchranářů zaměstnaných u poskytovatelů zdravotnické záchranné služby v letech 2017-2022. Analyzovat faktory, které mohou ovlivnit volbu zaměstnavatele absolventů oboru zdravotnické záchranářství.

Metody: Studie má design deskriptivní průřezové studie. Data byla sbírána v období květen až srpen 2023, pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Pro statistické zpracování dat byly použity metody deskriptivní a induktivní statistiky.

Výsledky: Od roku 2021 došlo k poklesu absolventů oboru zdravotnické záchranářství o 58.8 %. 64.29 % poskytovatelů zdravotnické záchranné služby uvedlo nedostatek zdravotnických záchranářů na trhu práce. Mezi faktory, které ovlivňují rozhodnutí nepracovat u zdravotnické záchranné služby, ale v nemocniční péči lze zařadit vyšší finanční ohodnocení (78,57 %) v nemocniční péči.

Závěr: Zjištěné výsledky mohou být účinným podkladem pro jednání regulatorních orgánů, vzdělavatelů i poskytovatelů přednemocniční i nemocniční péče. Tato jednání by měla vést ke změnám, které zajistí dostatek absolventů oboru zdravotnický záchranář, kteří budou motivováni vykonávat svoji profesi zejména v rámci přednemocniční péče.

Klíčová slova: Zdravotnický záchranář. Vzdělávání. Zaměstnavatel. Zdravotnická záchranná služba. Nemocniční péče.

Abstract

Introduction: As a result of legislative changes, since 2017, paramedicine graduates have been required to complete at least one year of practice with acute inpatient intensive care providers. As a result of this obligation, the number of graduates in the field is decreasing, and their entry into pre-hospital care providers is delayed.

Aim: Identify the number of graduates in paramedicine at universities in the Czech Republic and determine the number of paramedics employed by emergency medical service (EMS) providers in 2017-2022. To analyse the factors that may influence the choice of employer for paramedic graduates.

Methods: The study has a descriptive cross-sectional study design. Data were collected since May until August 2023, using a non-standardized custom design questionnaire. Descriptive and inductive statistical methods were used for statistical processing of data.

Results: Since 2021 there has been a 58.8% decline in paramedic graduates. 64.29% of emergency medical service providers reported a shortage of paramedics in the labour market. Factors influencing the decision not to work in EMS providers but in hospital care include higher financial compensation (78.57%) in hospital care.

Conclusion: The findings can provide a practical basis for action by regulators, educators and pre-hospital and hospital care providers. These discussions should lead to changes that will ensure enough paramedic graduates are motivated to practice their profession, particularly in pre-hospital care.

The contribution was supported by IGA_FZV_2023_001 An analysis of the shortage of non-medical health workers in ambulance service providers.

Keywords: Paramedic. Education. Employer. Emergency medical service. Hospital care.

Vlivem ukončení výuky ve studijním oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších odborných zdravotnických školách v roce 2018/2019, došlo od roku 2021 ke znatelné redukci počtu absolventů oboru zdravotnické záchranářství, a to o 58,8 %. Dále v důsledku legislativních změn, v zákoně č. 96/2004 Sb., o NLZP v § 18, od roku 2017 mají absolventi povinnost absolvovat nejméně jednoletou praxi u poskytovatelů akutní lůžkové intenzivní péče, což oddaluje jejich faktický nástup do výkonu povolání zdravotnického záchranáře u poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Jak ukazuje současná praxe, někteří zdravotničtí záchranáři, však ani po ukončení povinné roční praxe v nemocnici nechtějí pracovat u poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, což představuje reálný problém pro zajištění ZZS. Další problém se indukuje novelizací zákona o důchodovém pojištění.

Díky této novele mohou pracovníci zdravotnické záchranné služby odejít do dřívějšího důchodu, a to až o pět let, v závislosti na odsloužené době.

Hlavním cílem výzkumu je analýza příčin nedostatku zdravotnických záchranářů u poskytovatelů zdravotnických záchranných služeb. Dílčími cíli projektu je zjistit počet absolventů oboru zdravotnické záchranářství na vysokých školách v ČR v období 2017-2022 a dále identifikace faktorů, které ovlivňují absolventy k rozhodnutí pracovat u poskytovatele zdravotnické záchranné služby, anebo u poskytovatele akutní lůžkové intenzivní péče. Dalšími součástmi výzkumného šetření je zjištění aktuální personální situace u poskytovatelů zdravotnické záchranné služby a také ve sledovaném období, tedy v letech 2017-2022.

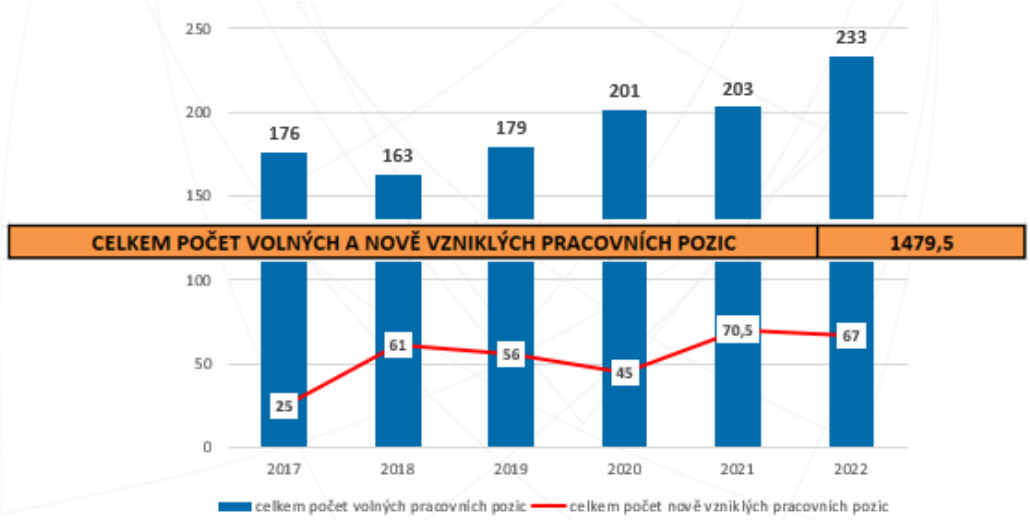
Výzkumné šetření má design deskriptivní průřezové studie. Data byla sbírána v období květen až srpen 2023, pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Pro statistické zpracování dat byly použity metody deskriptivní a induktivní statistiky. Do výzkumu byly zahrnuty všechny vysoké školy v ČR, které mají akreditován a vzdělávají obor zdravotnický záchranář. Dále se jednalo o všechny poskytovatele zdravotnické záchranné služby zřizované v ČR prostřednictvím jednotlivých krajů v ČR. Dalšími respondenty výzkumného šetření byly absolventi oboru zdravotnického záchranářství v letech 2017-2022. Byla podána žádost o souhlasné stanovisko Etické komisi Univerzity Palackého v Olomouci, které bylo uděleno. Projekt výzkumného šetření byl přihlášen do studentské soutěže Interní grantové agentury Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Projekt Analýza nedostatku NZLP u poskytovatelů ZZS byl IGA schválen a podpořen.

Výsledky výzkumného šetření je možné rozdělit do několika kategorií. Tou první je analýza absolventů VŠ. Na devíti vysokých školách absolvovalo v letech 2017-2022 celkem 1208 studentů oboru zdravotnické záchranářství. Počet absolventů se liší jak meziročně, tak dle jednotlivých fakult. Průměrný počet absolventů ročně je 201. Je zde patrný mírný celkový nárůst počtu absolventů.

Tab. č.1. *Počet absolventů VŠ v letech 2017-2022*

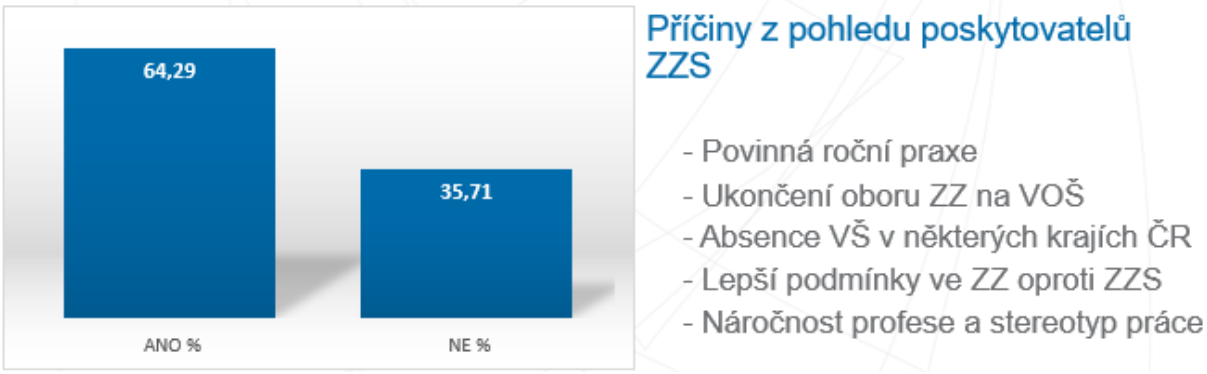
	počet absolventů						
Vysoká škola	2017	2018	2019	2020	2021	2022	celkem
č.1	12	17	13	16	9	16	**83**
č.2	0	8	9	19	31	32	**99**
č.3	42	54	39	55	52	46	**288**
č.4	29	31	36	21	22	25	**164**
č.5	17	8	17	14	25	18	**99**
č.6	21	25	39	29	41	29	**184**
č.7	0	0	0	15	23	20	**58**
č.8	17	14	25	16	23	26	**121**
č.9	19	14	17	17	23	22	**112**
č.10	x	x	x	x	x	x	0
č.11	x	x	x	x	x	x	0
	157	**171**	**195**	**202**	**249**	**234**	**1208**

Při realizaci výzkumného šetření byli osloveni poskytovatelé zdravotnické záchranné služby s cílem zjistil počet nově vzniklých a uvolněných pracovních pozic. Graf ukazuje, že celkový počet zaměstnanců, které poptávaly ZZS je 1479 oproti 1208 absolventům, kterých je ve sledovaném období o 271 méně.



***Graf č.1** Počet uvolněných a nových pracovních pozic v letech 2017-2022*

Poskytovatelé ZZS také uvedli, že 64,29 % již aktuálně pociťuje nedostatek zdravotnických záchranářů. Vedle grafu jsou uvedeny i nejčastější faktory, které poskytovatelé ZZS uvedly jako příčiny nedostatku.



***Graf č.2** Nedostatek zdravotnických záchranářů dle poskytovatelů ZZS*

Mezi respondenty z řad absolventů VŠ oboru zdravotnický záchranář bylo zjišťováno, jaké předem určené faktory nejvíce ovlivňují jejich rozhodnutí pracovat v nemocnici, nebo na ZZS. Z 1208 absolventů se výzkumného šetření zúčastnilo 289 respondentů, kteří vyplnili dotazník. 37 dotazníků bylo vyřazeno, z různých důvodů, které by snižovaly validitu výzkumu, zejména neúplné vyplnění všech položek. Celkově bylo pracováno s 252 dotazníky, což představuje návratnost 20,9 % z celkového počtu.

U respondentů byly zjišťovány faktory ovlivňující jejich rozhodnutí a míra jejich souhlasu, či nesouhlasu hodnocená Likertovou škálou 1-5. Z nejzajímavějších faktorů bylo finanční ohodnocení, které bylo rozhodující, nebo spíše rozhodující pro 78,57 % respondentů pracujících v nemocnicích, oproti 58,56 % respondentům pracujících na ZZS.

***Tab. č.2**. Míra souhlasu respondentů s tvrzením:*

„Výše finančního ohodnocení je pro mě rozhodujícím faktorem pro výběr zaměstnání“

	NEM		ZZS		Celkem	
Míra souhlasu	N	%	N	%	N	%
1	21	16,67%	10	9,01%	31	13,08%
2	78	61,90%	55	49,55%	133	56,12%
3	5	3,97%	11	9,91%	16	6,75%
4	21	16,67%	33	29,73%	54	22,78%
5	1	0,79%	2	1,80%	3	1,27%
Celkový součet	126	100,00%	111	100,00%	237	100,00%

Závěr

V našem příspěvku se věnujeme analýze nedostatku nelékařských zdravotnických pracovníků u poskytovatelů zdravotnické záchranné služby. Zjištěné výsledky mohou být účinným podkladem pro jednání regulatorních orgánů, vzdělavatelů i poskytovatelů přednemocniční i nemocniční péče. Tato jednání by měla vést ke změnám, které zajistí dostatek absolventů oboru zdravotnický záchranář, kteří budou motivováni vykonávat svoji profesi zejména v rámci přednemocniční péče.

Seznam literatury:

1. Česká republika, *Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních*. In: Sbírka zákonů České republiky. Praha: Ministerstvo vnitra-tiskárna, 1993- . ISSN 1211-1244.
2. *Urgentní medicína: časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. České Budějovice: Mediprax CB, 1998- . ISSN 1212-1924. Dostupné také z: https://urgentnimedicina.cz.

Příspěvek byl vytvořen za podpory projektu IGA_FZV_2023_001 Analýza nedostatku nelékařských zdravotnických pracovníků u poskytovatelů zdravotnické záchranné služby.

Kontakt:

Mgr. Vladimír Jarušek, MBA
Ústav zdravotnického záchranářství a intenzivní péče
Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
Hněvotínská 976/3, 775 15 Olomouc
Česká republika
E-mail: vladimir.jarusek@upol.cz

ZAGROŻENIA BIOLOGICZNE NA STANOWISKU PRACY - ROLA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO W ZAPOBIEGANIU ZAKAŻENIOM SZPITALNYM

Biological Factors at the Workplace - the Role of Nursing Staff in Preventing Nosocomial Infections

Katarzyna Tomaszewska[1]
orcid.org/0000-0002-2129-9107
[1]Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im Ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu,
Renata Kamińska
Absolwentka Collegium Masoviense Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu

Streszczenie Zakażenia szpitalne są bardzo częstym problemem placówek medycznych. Personel medyczny w związku z nieprzestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki przyczynia się do powstania zakażeń szpitalnych.
Celem badań była ocena roli personelu medycznego w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym.
Materiał i metody Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Badania przeprowadzone metodą CAVI w styczniu 2023 roku.
Wyniki Respondenci w większości zadeklarowali mycie rąk po każdorazowym kontakcie z pacjentem (93,6%) oraz ich dezynfekcję i zmianę rękawiczek (41,3%). Największym wektorem przenoszenia zakażenia w opinii personelu pielęgniarskiego były dłonie, na które wskazało 66,1% osób. Wszyscy ankietowani deklarowali stosowanie środków ochrony osobistej, w przypadku wprowadzenia reżimu sanitarnego. Do rozwoju zakażeń szpitalnych w opinii ankietowanych osób przyczynić się brak przestrzegania procedur epidemiologicznych przez wszystkich pracowników.
Wnioski Pielęgniarki odgrywają bardzo ważną rolę w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym. Sprzątanie stanowiska po zakończeniu pracy środkami odkażającymi zależało od płci badanych, stażu pracy oraz wykształcenia, a nie zależało od wieku i miejsca pracy. Pielęgniarki wykazały chęć udziału w szkoleniu na temat zakażeń szpitalnych. Respondenci przestrzegają zasad pielęgnacji wkłuć obwodowych i postępowania z odpadami medycznymi.

Słowa kluczowe Czynniki biologiczne. Zakażenia szpitalne. Pielęgniarka. Środki ochrony osobistej.

Summary Nosocomial infections are a very common problem in medical facilities. Medical personnel contribute to the occurrence of hospital infections due to non-compliance with the rules of asepsis and antisepsis.

The aim of the study was to assess the role of medical staff in preventing nosocomial infections.

Material and methods The diagnostic survey method was used, using an original questionnaire. Research conducted using the CAVI method in January 2023.

Results Most respondents declared washing their hands after each contact with a patient (93.6%), disinfecting them and changing gloves (41.3%). The largest vector of infection transmission, in the opinion of nursing staff, were hands, indicated by 66.1% of people. All respondents declared the use of personal protective equipment when a sanitary regime was introduced. According to the respondents, the lack of compliance with epidemiological procedures by all employees contributed to the development of nosocomial infections.

Conclusions Nurses play a very important role in preventing nosocomial infections. Cleaning the workplace with disinfectants after work depended on the respondents' gender, length of service and education, and did not depend on age and place of work. Nurses showed willingness to participate in training on nosocomial infections. Respondents follow the rules for the care of peripheral catheters and the handling of medical waste.

Keywords: Biological factors. Nosocomial infections. Nurse. Personal protective equipment.

Wstęp

Zakażenia, do których dochodzi w szpitalach i innych zakładach opieki medycznej we współczesnej terminologii określane są mianem zakażeń związanych z opieką medyczną (ang. healthcare associated infections). Spośród tych zakażeń ważną część stanowią zakażenia szpitalne. Nie wyczerpują one co prawda wszystkich okoliczności i możliwości zakażeń w instytucjach opieki medycznej, jednakże wiedza zgromadzona w oparciu o obserwacje zakażeń mających miejsce w szpitalach stanowi podstawę, na której opierają się systemy epidemiologicznego nadzoru [1].

Z uwagi na swoją specyfikę zakażenia szpitalne rozwijają się za sprawą różnorodnych czynników związanych z systemami i procesami świadczenia usług opieki zdrowotnej. Mogą być również wywołane przez zachowania ludzkie uwarunkowane wykształceniem, ograniczeniami polityczno–ekonomicznymi państwa, czy normami i społecznymi przekonaniami. Źródło przenoszenia bakterii mogą stanowić m.in. brudne ręce personelu medycznego, skażone otoczenie chorego, niejałowy sprzęt, przyjmowanie pacjentów, którzy wymagają szczególnych warunków hospitalizacji bez ich izolacji, zatrudnianie osób nieprzygotowanych do pracy w szpitalu, czy nieskuteczny system przeciwdziałania

zakażeniom wewnątrzszpitalnym [2]. W ocenie ekspertów 10,0% osób leczonych w polskich szpitalach zagrożonych jest zakażeniami szpitalnymi. Przyjmując, że około 5,0% wszystkich hospitalizowanych osób w Polsce ulega zakażeniom w szpitalu, oznaczałoby to roczną liczbę zakażeń na poziomie 400 tys. przypadków [3]. Co jednak niezwykle ważne, większości tych zakażeń można zapobiec.

Według najnowszego raportu Najwyższej Izby Kontroli w Polsce nieprzerwanie wzrasta liczba pacjentów zakażonych w trakcie pobytu w szpitalu. Niestety z uwagi na funkcjonujące w kontrolowanych przez NIK szpitalach systemy monitorowania i raportowania o zakażeniach nie dostarczały pełnych danych, co w ocenie Izby oznacza, że dostępne zestawienia mogą być istotnie zaniżone [4].

Zakażeniem szpitalnym jest „zakażenie, które wystąpiło w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w przypadku, gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylęgania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń w okresie nie dłuższym, niż okres jej wylęgania, a objawy danej jednostki chorobowej lub zakażenia pojawiły się w ciągu 48 – 72 godzin od momentu przyjęcia, bądź wypisania pacjenta". Zakażenia szpitalne oprócz pacjentów, dotyczą również całego personelu szpitala [5].

Mimo rozwoju medycyny zakażenia szpitalne nadal pozostają problemem wszystkich placówek lecznictwa zamkniętego. Sytuację komplikuje dodatkowo pojawienie się bakterii, które nie odpowiadają na antybiotykoterapię. I mimo, że w większości przypadków występujące na skutek zakażeń infekcje kończą się niegroźnymi chorobami, łatwymi do leczenia i niepozostawiającymi długotrwałych skutków, to należy pamiętać, że zdarzają się jednak infekcje szpitalne, które prowadzą do poważnych chorób skutkujących koniecznością dłuższego pobytu chorego w oddziale i długotrwałych powikłań. Zapalenie płuc, czy zakażenie krwi może prowadzić do poważnych komplikacji skutkujących niejednokrotnie zgonem. Dlatego zaakcentowania wymaga fakt, iż zakażenia szpitalne przyczyniają się do powikłań choroby podstawowej, nierzadko prowadząc do niepełnosprawności, obniżenia jakości życia, a w skrajnych przypadkach nawet do śmierci. Analiza literatury medycznej zawierającej procedury i opisy konkretnych medycznych przypadków, dla których zaobserwowano rozwój zakażeń dowodzi, że najczęściej dochodzi do zakażeń układu naczyniowego. Bakterie obecne w układzie naczyniowym mogą powodować zakażenie żył, tętnic, kapilar albo zakażenia krwi – bakteriemie. Wystąpienie zakażenia oddziałuje na obniżenie zdolności szybkiego powrotu do zdrowia pacjenta, a w przypadku powikłań, na dalszą aktywność zawodową [1].

Podstawowe czynniki, które wywierają wpływ na występowanie zakażeń szpitalnych można dają się uporządkować w określonych kategoriach:

1. czynniki, które zależne są od stanu pacjenta, do jakich zalicza się obniżoną odporność chorego na skutek procesu chorobowego lub oddziaływania czynników jatrogennych,

co powoduje zwiększenie wrażliwości na czynniki zakaźne o dużej wirulencji, jak też czyni pacjenta podatnym na zakażenia oportunistyczne,

2. środowisko szpitalne, które sprzyja przenoszeniu się czynników zakaźnych – obecność innych osób chorych i ich bliskość zwiększają ryzyko rozsiewania zarazków, jak też obecność zarazków na przedmiotach wyposażenia zwiększa ryzyko zakażenia,
3. techniki lecznicze – stosowanie etiotropowego leczenia przyczynia się do powstawania w drodze mutacji bądź w wyniku selekcji szczepów opornych na działanie antybiotyków, z kolei używanie urządzeń do wspomaganego oddychania, cewników moczowych i naczyniowych, urządzeń do wspomaganego oddychania, urządzeń do wziernikowania, czy implantowanych elektrod stwarza dodatkowe drogi wprowadzania zakażeń,
4. niestaranność personelu – nieprzestrzeganie higieny rak, niewłaściwie stosowane techniki sterylizacyjne, niedokładne mycie i odkażanie zarówno sprzętów, jak i pomieszczeń to jedne z najczęstszych przyczyn szpitalnych zakażeń [6].

Wymienione powyżej grupy czynników stanowią istotną wskazówkę do podjęcia profilaktycznych działań i zwalczania zakażeń – to najistotniejsze sytuacje i miejsca, które powinny zostać objęte szczególną ochroną a wokół nich skoncentrowane działania interwencyjne. Podstawę zwalczania zakażeń szpitalnych i nadzoru epidemicznego stanowi jednak rozpoznanie procesu, na który składają się rezerwuary zarazków (media i miejsca, w których patogen może przetrwać) oraz źródła zakażeń (miejsca, z których czynnik zakaźny zostaje przeniesiony na człowieka) [7]. Inny ważny element procesu epidemicznego stanowią drogi przenoszenia: powietrzna, pokarmowa, kontaktowa i parenteralna przez krew, bądź płyny ustrojowe, w których czynnik przenoszony jest, w przypadku przerwania ciągłości powłok. Ostatni element wspomnianego procesu stanowi sam gospodarz, którego odporność albo podatność na zakażenie przekłada się na prawdopodobieństwo zakażenia w sytuacji kontaktu z zarazkiem [2].

Celem pracy było przedstawienie roli pielęgniarek w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym.

Materiał i metody Badaniem objęto 109 pielęgniarek aktywnych zawodowo, wykonujących swoją pracę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, oddziałach zachowawczych i zabiegowych. Były one anonimowe i dobrowolne prowadzono je on-line w marcu 2023roku. Badanie zostało zrealizowane metodę sondażu diagnostycznego, techniką było badanie ankietowe, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Analiza statystyczna Podstawowym testem, który został wykorzystany w analizach statystycznych jest test Chi-kwadrat na niezależność zmiennych. Stosowany był głównie dla pytań zbudowanych na skalach nominalnych. Obliczeń dokonano za pomocą programu IBM SPSS Statistics 22, przyjmując poziom istotności, gdy p≤0,05.

Wyniki

W badaniu udział wzięło 109 aktywnych zawodowo pielęgniarek. Charakterystykę badanej grupy przedstawia Tabela nr 1.

Tabela nr 1 *Charakterystyka badanej grupy*

Zmienna		n	%
Płeć	Kobieta	80	73,4
	Mężczyzna	29	26,6
Wiek	20 - 30 lat	12	11,0
	31 - 40 lat	19	17,4
	41 - 50 lat	48	44,0
	51 i więcej lat	30	27,5
Miejsce pracy	Oddział zachowawczy	56	51,4
	Oddział zabiegowy	33	30,3
	OIOM	7	6,4
	SOR	13	11,9
Staż pracy	Do 5 lat	16	14,7
	6 - 10 lat	6	5,5
	11 - 20 lat	22	20,2
	21 - 30 lat	43	39,4
	Ponad 30 lat	22	20,2
Wykształcenie	Liceum medyczne/ studium medyczne	18	16,5
	Studia wyższe licencjackie	74	67,9
	Studia wyższe magisterskie	17	15,6

Źródło: opracowanie własne

W pracy zawodowej z zakażeniami powstałymi w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi spotykało się 30,3% respondentów. Badani w większości zadeklarowali mycie rąk po każdorazowym kontakcie z pacjentem (93,6%). Ankietowani po każdym kontakcie z pacjentem dezynfekowali ręce i zmieniali rękawiczki (41,3%) bądź myli i dezynfekowali ręce oraz zmieniali rękawiczki (33,0%).

Wszystkie czynności w rękawiczkach przy chorym wykonywały częściej pielęgniarki i pielęgniarze pracujący na OIOM i SOR (85,0%) lub oddziału zachowawczego (60,7%), rzadziej osoby zatrudnione w oddziale zabiegowym (30,3%) - p=0,0003. Wyniki przedstawia Tabela nr 2.

Tabela nr 2. *Wykonywanie wszystkich czynności przy chorym w rękawiczkach, a miejsce pracy*

			Miejsce pracy			Ogółem
			Oddział zachowawczy	Oddział zabiegowy	OIOM/ SOR	
Wykonywanie wszystkich czynności przy chorym w rękawiczkach	Tak	n	34	10	17	61
		%	60,7%	30,3%	85,0%	56,0%
	Nie	n	22	23	3	48
		%	39,3%	69,7%	15,0%	44,0%
Ogółem		n	56	33	20	109
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ2=16,172; p=0,0003						

Źródło: opracowanie własne

Ankietowani oddziału zabiegowego częściej myli ręce przed przystąpieniem do pracy (54,5%), a osoby pracujące w OIOM/ SOR (70,0%) lub oddziale zachowawczym (55,4%) częściej po kontakcie z pacjentem (p=0,0100). Używanie po umyciu rąk środka do dezynfekcji rąk nie zależało istotnie od miejsca pracy badanych (p=0,2215).

Największym wektorem przenoszenia zakażenia w opinii badanych były dłonie, na które wskazało 66,1% osób. Wśród innych wektorów zakażenia wymieniono drogę kropelkową (15,6%), sprzęt wielokrotnego użytku (14,7%), drogę powietrzną (1,8%) lub nie znano odpowiedzi (1,8%). Wszyscy ankietowani stosowali środki ochrony osobistej, głównie rękawice jednorazowego użytku (86,2%), rzadziej używano maski (7,3%), kombinezonu/ fartucha ochronnego (4,6%), czy gogle (1,8%).

Respondenci przyznali, że w związku z epidemią COVID-19 zwiększyła się częstość stosowania środków ochrony osobistej (93,6%). Posiadanie w miejscu pracy wydzielonej izolatki dla pacjentów wymagających zastosowania reżimu sanitarnego potwierdziło 65,1% badanych. Zastosowanie izolacji wobec pacjenta wynikało przede wszystkich ze zdiagnozowania u niego COVID-19 (49,5%), lub wykrycia Clostridium defficele (30,3%). Rzadko pacjent był izolowany, gdy stwierdzono u niego zakażenie gronkowcem lub inną bakterią (12,8%), grypą (1,8%), czy w innych sytuacjach (0,9%). U pacjentów, u których zastosowano reżim sanitarny, respondenci wykonywali czynności pielęgniarskie na samym końcu (88,1%). Badania nie wykazały, aby wykonywanie czynności pielęgniarskich wobec pacjentów, u których zastosowano reżim sanitarny zależało istotnie od płci badanych ($\chi2=1,652$; p=0,6476), wieku ($\chi2=3,261$; p=0,7755) oraz miejsca pracy (p=0,1303).

Prowadzenie w miejscu pracy rejestru zakażeń szpitalnych potwierdziło 69,7% ankietowanych, nie miało wiedzy w tym zakresie 28,4% respondentów. Tworzenie procedur w miejscu pracy o zakażeniach szpitalnych potwierdziło 96,3% badanych. Ankietowani w celu przeprowadzenia badań mikrobiologicznych pobierali od pacjentów najczęściej posiewy krwi (72,5%), wymazy z ran (67,0%) lub mocz na posiew (66,1%). W nielicznych przypadkach badani pobierali do badań mikrobiologicznych popłuczyny z drzewa oskrzelowego (13,8%), końcówkę cewnika z wkłucia centralnego (11,0%).

Do rozwoju zakażeń w opinii ankietowanych osób przyczynić się przede personel zatrudniony w szpitalu min lekarze (40,4%), pielęgniarki (36,7%), salowe (13,8%), opiekunowie medyczni (7,3%) lub rehabilitanci (1,8%). Z przypadkami wystąpienia zakażeń szpitalnych częściej lub rzadziej do czynienia miało 78,0% pielęgniarek (Tabela nr 3).

Tabela 3. *Częste spotykanie się w pracy zawodowej z zakażeniami szpitalnymi powstałymi w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi a płeć*

			Płeć		Ogółem
			Kobieta	Mężczyzna	
Częste spotykanie się w pracy zawodowej z zakażeniami powstałymi w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi	Tak	n	16	17	33
		%	20,0%	58,6%	30,3%
	Nie	n	21	3	24
		%	26,3%	10,3%	22,0%
	Czasami	n	43	9	52
		%	53,8%	31,0%	47,7%
Ogółem		n	80	29	109
		%	100,0%	100,0%	100,0%
χ2=15,234; p=0,0005					

Źródło: opracowanie własne

Respondenci, posiadający wykształcenie licencjackie częściej od pozostałych osób (37,8%) twierdzili, że w pracy często mieli do czynienia z zakażeniami powstałymi w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi (p=0,0417) – Wyniki przedstawia Tabela nr 4.

Tabela 4. *Spotykanie się w pracy zawodowej z zakażeniami powstałymi w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi a wykształcenie*

			Wykształcenie			Ogółem
			Liceum medyczne/ studium medyczne	Studia wyższe licencjackie	Studia wyższe magisterskie	
Częste spotykanie się w pracy zawodowej z zakażeniami powstałymi w związku z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi	Tak	n	3	28	2	33
		%	16,7%	37,8%	11,8%	30,3%
	Nie	n	2	16	6	24
		%	11,1%	21,6%	35,3%	22,0%
	Czasami	n	13	30	9	52
		%	72,2%	40,5%	52,9%	47,7%
Ogółem		n	18	74	17	109
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ2=9,923; p=0,0417						

Źródło: opracowanie własne

Dyskusja

Jednym z najważniejszym problemów funkcjonowania placówek medycznych jest ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych, związane z udzielaniem świadczeń medycznych. Zadaniem każdego pracownika służby zdrowia jest podejmowanie działań oraz wykonywanie procedur, tworzenie standardów, mających na celu zapobieganie zakażeniom szpitalnym. Bardzo dużą rolę w zapobieganiu zakażeniom przypisuje się pielęgniarkom, które sprawują bezpośrednią opieką wobec chorego oraz wykonują inwazyjne procedury mogące przyczynić się do wystąpienia zakażeń szpitalnych.

W badaniach własnych wykazano, że 47,7% personelu pielęgniarskiego spotykało się czasami z zakażeniami szpitalnymi. Prowadzenie w miejscu pracy rejestru zakażeń szpitalnych potwierdziło 69,7% badanych. Do rozwoju zakażeń szpitalnych w opinii ankietowanych osób przyczynić mogą się przede wszystkim lekarze (40,4%) lub pielęgniarki (36,7%). Udział w szkoleniach na temat zakażeń szpitalnych potwierdziło 66,1% badanych pielęgniarek/ pielęgniarzy. W badaniach prowadzonych wśród personelu pielęgniarskiego Sternal i wsp. wykazali, że wszystkie badane pielęgniarki mają do czynienia z zakażeniami szpitalnymi w miejscu swojej pracy. Każda z badanych zadeklarowała przeszkolenie w zakresie zakażeń szpitalnych, jednocześnie wyrażając chęć zwiększa liczby szkoleń w tym zakresie. W badaniach Sternal i wsp. wszystkie badane osoby zadeklarowały znajomość definicji zakażeń szpitalnych, przy czym 42,5% udzieliło błędnej odpowiedzi [8]. Škodová i wsp. wykazali, że edukacja odgrywa kluczową rolę w tworzeniu dobrych nawyków w zakresie higieny rąk, wiedzy teoretycznej i rozwoju umiejętności [9]. Goślińska – Kuźniarek i wsp. uznały, że w Europie co roku dochodzi do około 5 milionów zakażeń szpitalnych, przyczyniających się do 135 tysięcy zgonów i stanowiących duże obciążenie ekonomiczne [10]. Jarosik i wsp. wykazali, że pielęgniarki posiadały różny poziom wiedzy związanej z przestrzeganiem procedur higieny rąk oraz mają potrzebę uzupełnienia jej w tym zakresie [11]. Chwedoruk i wsp. wykazali, że wiedza pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową jest zróżnicowana i zależy od uzyskanego wykształcenia, a wyższy poziom wiedzy w zakresie zakażeń szpitalnych posiadały pielęgniarki z wyższym wykształceniem, co potwierdzają badania własne [12]. Ostrogórska i wsp. zwróciła uwagę, że redukcja zakażeń w oddziale intensywnej terapii noworodka jest możliwa dzięki wdrożeniu regularnych szkoleń w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych [13]. Kosonóg i wsp. wykazali, że wiedza pielęgniarek na temat aseptyki i antyseptyki w wybranych procedurach medycznych jest zróżnicowana i niewystarczająca, a najlepsze wyniki w zakresie wiedzy uzyskano wśród pielęgniarek pracujących w szpitalach [14]. Wasilewski uznał, że wzrost liczby zakażeń przy małej liczbie hospitalizowanych pacjentów jest wynikiem braku kontroli rejestru zakażeń, zatrudniania osób nieprzygotowanych do pracy w szpitalu, stosowania niejałowego sprzętu oraz brudnych rąk personelu medycznego sprawującego opiekę wobec chorego [5]. W badaniach Kołpa i wsp., aż 89% pielęgniarek uczestniczyło w szkoleniach na temat zakażeń szpitalnych [15]. Adegboye i wsp. wykazali, że poziom wiedzy personelu medycznego OIT w zakresie zakażeń szpitalnych była na dobrym poziomie, jednak nie miało to odzwierciedlenia w przestrzeganiu zasad higieny w praktyce a 86,0% respondentów stwierdziło, że ręce są najczęstszym wektorem przenoszenia infekcji. Natomiast [16]. W przedstawionych przez Wiśniewską i wsp. badaniach wykazano, że 74% badanych pielęgniarek deklaruje wysoki poziom wiedzy w zakresie przestrzegania procedur profilaktyki zakażeń linii naczyniowej w czasie praktyki zawodowej [17].

Na podstawie badań własnych wykazano pozytywne wyniki w zakresie higieny rąk. Zdaniem 93,6% badanych myło ręce po każdorazowym kontakcie z pacjentem. Na podstawie badań prowadzonych przez Sternal i wsp. wykazano, że ręce zdaniem badanego personelu są najważniejszym wektorem przenoszenia zakażenia, przy czym 25% badanych przyznało, że nie przestrzega procedury mycia rąk. Pielęgniarki z badań Sternal i wsp. wiedziały, że ręce należy myć przed kontaktem z pacjentem oraz po zdjęciu jednorazowych rękawiczek, przy czym badany personel uznał, że w pracy zawodowej brakuje im rękawiczek jednorazowego użytku [8]. W badaniach Price i wsp. wykazano, że pomimo wykonywania higieny rąk najczęściej pomijanym etapem było mycie lub dezynfekcja przestrzeni między palcami [28]. Wałaszek i wsp. wykazali, że personel medyczny często zapominał, jaka jest kolejność etapów mycia i/lub dezynfekcji rąk [18]. W badaniach prowadzonych w Hiszpanii, aż 20% badanych podczas mycia rąk pomijało etap pocierania kciuka [19]. Garus-Pakowska badała wpływ obciążenia pracą na przestrzeganie zasad higieny rąk i wykazała, że obciążenie pracą zwiększa częstość nieprzestrzegania rekomendacji w zakresie higieny rąk, a ponadto podczas nocnych dyżurów pracownicy medyczni rzadziej przestrzegają higieny rąk niż na dyżurach popołudniowych i porannych [20]. W badaniach prowadzonych przez Kasperczyk i wsp. wśród personelu lekarskiego wykazano, że 91% respondentów twierdziło, że zna prawidłowe techniki mycia rąk, tylko co trzeci student kierunku lekarskiego (31%) i stomatologii (34%) przyznał, że zapoznał się i stosował zasadę „pięciu kroków higieny rąk". Jedynie 42% respondentów wskazało prawidłowo wszystkie sytuacje w których należy przeprowadzić dezynfekcję rąk [21].

W badaniach własnych wykazano, że środka do dezynfekcji rąk używało 46,8% ankietowanych. W innym badaniu przeprowadzonym w Polsce wśród różnych grup zawodowych pracowników medycznych wykazano, że badanych cechuje niski poziom wiedzy w zakresie higieny rąk [22]. Harris i wsp. wykazali, że większość pracowników medycznych wcale nie dezynfekuje rąk podczas zmiany rękawiczek między pacjentami [23], co potwierdzają inne badania [24, 25].

Na podstawie badań własnych wykazano, że pielęgniarki posiadają wiedzę w zakresie zakażeń szpitalnych, jednak nie zawsze postępują zgodnie z zasadami mającymi na celu zapobieganie im. Przykładem jest wiedza w zakresie higieny rąk. Pielęgniarki znają zasady, jednak nie zawsze stosują je w praktyce. Należy zatem dążyć do wdrożenia szkoleń w zakresie profilaktyki zakażeń.

Wnioski

1. Pielęgniarki, ze względu na specyfikę swojej pracy odgrywają bardzo ważną rolę w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym.
2. Codzienne czynności zawodowe pielęgniarek narażają je na kontakt z materiałem zakaźnym, możliwość transmisji wirusa na kolejnych pacjentów

3. Respondenci stosują środki ochrony osobistej, najczęściej w postaci rękawic jednorazowego użytku.
4. Pielęgniarki nie brały udziału w szkoleniach na temat zakażeń szpitalnych, ale wykazały chęć udziału w takim szkoleniu

Piśmiennictwo:

1. WIATRAK B., KARUGA – KUŹNIEWSKA E. WIATRAK B, STASZUK A, GABRYŚ J, TADEUSIEWICZ R. Zakażenia układu naczyniowego – charakterystyka, czynniki ryzyka, metody zapobiegania i konsekwencje ekonomiczne, Polim. Med. 2016, 46, 1: 59–69.
2. HECZKO P. B., WÓJKOWSKA – MACH J. (red. nauk.): Zakażenia szpitalne. Podręcznik dla zespołów kontroli zakażeń, PZWL, Warszawa 2015: 5.
3. SEWERYN M: Zakażenia szpitalne w polskich placówkach: Menedżer zdrowia, nr 6-7/2018: 20. https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/zakazenia-w-szpitalach-powaznym-problemem.html data dostępu: 10.03.2023 r.
4. WASILEWSKI P.: Zakażenia szpitalne, Kontrola i audyt, Nr 6/listopad-grudzień/2018: 76 – 76.
5. GARUS-PAKOWSKA A. Biological Factors in the Workplace-Current Threats to Employees, the Effects of Infections, Prevention Options. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 5;19(9):5592. doi: 10.3390/ijerph19095592. PMID: 35564987; PMCID: PMC9099500.
6. HONGHUI Z, QINGTING L, YAO C, HUA P, CHUNMI G, QING L, JIA G. Prevention and Control of Nosocomial Infections among Hospital Logistic Staff During the COVID-19 Pandemic. J Healthc Eng. 2022 Feb 12;2022:5020154. doi: 10.1155/2022/5020154. PMID: 35190762; PMCID: PMC8858056.
7. STERNAL D, FRANEK G, PIEŃKUŚ D. Wiedza pielęgniarek na temat profilaktyki zakażeń szpitalnych u chorych po udarach mózgu, Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne 2014; 3(2):58–63.
8. ŠKODOVÁ M, GIMENO-BENÍTEZ A, MARTÍNEZ-REDONDO E, MORÁN-CORTÉS JF, JIMÉNEZ-ROMANO R, GIMENO-ORTIZ A. Hand hygiene technique quality evaluation in nursing and medicine students of two academic courses. Rev Lat Am Enfermagem. 2015 Jul-Aug;23(4):708-17. doi: 10.1590/0104-1169.0459.2607. PMID: 26444174; PMCID: PMC4623734.
9. GOŚLIŃSKA-KUŹNIAREK O, KARPIŃSKI T. Znaczenie higieny rąk u pracowników służby zdrowia, Forum Zakażeń 2014;5(2):79–84.

10. JAROSIK M, GARUS-PAKOWSKA A. Wiedza i przestrzeganie procedur higienicznych jako element profilaktyki przeciwzakaźnej w pracy pielęgniarek, Hygeia Public Health 2012, 47(2): 215-222.
11. CHWEDORUK M, GOTLIB J. Ocena wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014;2:147–153.
12. OSTROGÓRSKA P, GNIADEK A. Kompetencje pielęgniarek i położnych z zakresu nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi występującymi na oddziałach intensywnej terapii noworodka, Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 2, 189–198.
13. KOSONÓG K, GOTLIB J. Wiedza pielęgniarek na temat aseptyki i antyseptyki, Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (1): 30–40
14. KOŁPA M, GROCHOWSKA A, GNIADEK A, JURKIEWICZ B. Poziom wiedzy personelu medycznego szpitala o przenoszeniu zakażeń drogą kontaktową – wynik badania ankietowego, Przegl Epidemiol 2015; 69: 615 – 618.
15. ADEGBOYE MB, ZAKARI S, AHMED BA, OLUFEMI GH. Knowledge, awareness and practice of infection control by health care workers in the intensive care units of a tertiary hospital in Nigeria, Afr Health Sci. 2018 Mar;18(1):72-78.
16. WIŚNIEWSKA A, ŚLUSARSKA B, KSIĄŻEK M, NOWICKI G, ZBOINA B, JĘDRZEJKIEWICZ B. Wiedza i samoocena pielęgniarek w obszarze przestrzegania procedur profilaktyki zakażeń związanych z obecnością cewników naczyniowych, Piel Zdr Publ. 2018;8(4):277–283.
17. PRICE L, MELONE L, CUTAJAR E, BLANE L, GOZDZIELEWSKA L, YOUNG M, MCALONEY-KOCAMAN K, REILLY J. Investigating the effect of preparation for and participation in a hand-sanitizing relay on nursing students' ability to recall the WHO 6-step hand hygiene technique. Am J Infect Control. 2018 Nov;46(11):1304-1306. doi: 10.1016/j.ajic.2018.04.222. Epub 2018 May 24. PMID: 29805058.
18. ARIKAN D, GÜRARSLAN BAŞ N, KURUDIREK F, BAŞTOPCU A, USLU H. The Effect of Therapeutic Clowning on Handwashing Technique and Microbial Colonization in Preschool Children. J Nurs Scholarsh. 2018 Jul;50(4):441-450. doi: 10.1111/jnu.12392. Epub 2018 May 15. PMID: 29764000.
19. GARUS-PAKOWSKA A. Wpływ obciążenia pracą na przestrzeganie procedur higienicznych przez personel medyczny, Medycyna Pracy 2011;62(4):369–376.
20. KASPERCZYK J, SZCZUREK W, SZCZUREK D, JOŚKO-OCHOJSKA J. Wiedza, praktyka i postawy studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego wobec higieny rąk, Probl Hig Epidemiol 2016, 97(3): 229-235.
21. WAŁASZEK M. Higiena rąk – wymagania stawiane pracownikom medycznym, Problemy Pielęgniarstwa 2018; 26 (2): 90–98.

22. HARRIS AD, MORGAN DJ, PINELES L, PERENCEVICH EN, BARNES SL. Deconstructing the relative benefits of a universal glove and gown intervention on MRSA acquisition. J Hosp Infect. 2017 May;96(1):49-53. doi: 10.1016/j.jhin.2017.03.011. Epub 2017 Mar 16. PMID: 28410760; PMCID: PMC6839451.KAMPF G, LEMMEN S. Disinfection of gloved hands for multiple activities with indicated glove use on the same patient. J Hosp Infect 2017; pii: S0195-6701: 30343-30342.
23. GOŚLIŃSKA-KUŹNIAREK O, KARPIŃSKI T. Znaczenie higieny rąk u pracowników służby zdrowia, Forum Zakażeń 2014;5(2):79–84.

Kontakt:
Katarzyna Tomaszewska
Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Ul. Czarnieckiego 16
37-500 Jarosław
Polska
tomka8@wp.pl

ŠPECIFICKÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ POSKYTOVANÁ ÚSTREDNOU VOJENSKOU NEMOCNICOU PRE PROFESIONÁLNYCH VOJAKOV A OBČANOV

Ivana Juríková[1], Katarína Kohútová[2]

[1] Oddelenie pracovného lekárstva, Pracovná zdravotná služba,
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN, Slovenská republika
[2] Oddelenie pracovného lekárstva
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN, Slovenská republika

Abstrakt

V Ústrednej vojenskej nemocnici SNP – FN Ružomberok je poskytovaná zdravotná starostlivosť pre profesionálnych vojakov a občanov. V rámci výberového konania pred vstupom do Ozbrojených síl Slovenskej republiky sú vyšetrovaní regrúti resp. kadeti. Špecifická zdravotná starostlivosť zahŕňa prehliadky pre profesionálnych vojakov na pracovnom lekárstve a internej klinike. Po návrate z plnenia úloh v epidemiologicky rizikových krajinách absolvujú vojaci 5-dňový karanténny pobyt. Pracovná zdravotná služba vykonáva dohľad nad pracovným prostredím v rezorte Ministerstva obrany Slovenskej republiky a následne pracovní lekári vykonávajú preventívne prehliadky vo vzťahu k práci.

Kľúčové slová: Profesionálni vojaci. Regrúti. Zdravotná starostlivosť. Pracovné lekárstvo.

Abstract

In the Central Military Hospital SNP – FH Ružomberok, medical care is provided for soldiers and citizens. Recruits and cadets are examined as part of the selection procedure before joining the Armed Forces of the Slovak republic. The specific health care includes examinations for soldiers at occupational medicine and an internal clicnic. Soldiers stay in 5-day quarantine after returning from performing tasks in epidemiologically risky countries. The occupational health service supervises the working environment in the Ministry od Defense department, and then doctors deal with preventive examinations in relation to work.

Keywords: Soldiers. Recruits. Health care. Occupational medicine,

Úvod

K základným úlohám Ministerstva obrany Slovenskej republiky (ďalej MOSR) patrí aj manažment zdravotnej starostlivosti o profesionálnych vojakov (ďalej len PrV) a civilných občanov žiadajúcich o prijatie do štátnej služby – regrútov. Vo všeobecnosti platí, že prevencia

je najdôležitejšia, a aj preto MOSR požaduje od PrV, aby sa pravidelne, to znamená počas každého roka zúčastnili: preventívnych prehliadok u všeobecného lekára; posudzovania zdravotného stavu v 5-ročných intervaloch na pracovnom lekárstve; ak je potrebné, absolvovali zdravotné prehliadky pred vstupom na zahraničné kurzy; a v neposlednom rade prehliadky vo vzťahu k práci, ak je práca zaradená v 3. alebo 4. rizikovej kategórii. V niektorých prípadoch je iniciované prieskumné konania, ktoré zahajuje lekár alebo veliteľ k posúdeniu spôsobilosti na výkon štátnej služby.

Veliteľstvo vojenského zdravotníctva v spolupráci s Ústrednou vojenskou nemocnicou SNP – FN Ružomberok zostavuje súbor konziliárnych a laboratórnych vyšetrení, ktoré najlepšie zhodnotia zdravotný stav PrV a regrútov. Posudzovanie sa realizuje v spolupráci s pracovným lekárstvom, pracovnou zdravotnou službou a pri posudzovaní sa pracovní lekári riadia vyhláškou 446/2022 Z.z.. Posudkoví, resp. pracovní lekári následne vyhodnotia každého profesionálneho vojaka alebo regrúta so záverom: A – spôsobilý na výkon štátnej služby, B – nespôsobilý na výkon funkcie, C – dočasne nespôsobilý na výkon štátnej služby alebo D – nespôsobilý na výkon štátnej služby. Zdravotná spôsobilosť občana sa označuje A alebo D, spôsobilosť profesionálnych vojakov sa označuje A, B, C alebo D.

1 Zdravotná spôsobilosť občana Slovenskej republiky na prijatie do štátnej služby profesionálneho vojaka

Občania, ktorí sa hlásia do Ozbrojených síl Slovenskej republiky (ďalej len OSSR) musia splniť 3 základné spôsobilosti, a to fyzickú, psychickú a zdravotnú spôsobilosť.
Fyzická zdatnosť sa preveruje formou previerky fyzických zdatností. Medzi povinné disciplíny patrí: 12 minútový beh, člnkový beh alebo beh na 60 metrov a nakoniec ľah-sedy alebo zhyby na hrazde u muža a skok z miesta u ženy. Presné normy pre mužov a ženy a pre vekové kategórie sú striktne stanovené a uvedené v 281/2015 Z.z. zákone o štátnej službe profesionálnych vojakov.

Psychickú odolnosť v rezorte MOSR potvrdzujú psychológovia na základe absolvovania psychických testov, inteligenčných testov a množstva ďalších testov.

Zdravotná spôsobilosť regrútov sa preveruje v Ústrednej vojenskej nemocnici SNP – FN Ružomberok pracovnými lekármi, ktorí postupujú podľa vyhlášky 446/2022 Z.z. o posudzovaní zdravotnej starostlivosti.

Regrúti absolvujú v rámci jedného dňa vyšetrenie na ambulancii pracovného lekárstva, s odberom biologického materiálu, vykoná sa EKG, zmerajú sa antropometrické údaje a premeria sa tlak krvi. Pracovní lekári podrobne preštudujú zdravotnú dokumentáciu a odosielajú občana na absolvovanie konziliárnych vyšetrení na odborných ambulanciách, a to na: chirurgickej, očnej, krčnej, zubnej, neurologickej, kožnej a u žien gynekologickej. V rámci vyšetrení absolvujú röntgen hrudníka a opäť absolvujú psychologické vyšetrenie, ktoré v tomto prípade posudzuje klinický psychológ.

Na záver prichádzajú regrúti do ambulancie pracovného lekárstva. Tu lekári zhodnotia na základe absolvovaných vyšetrení, preštudovanej zdravotnej dokumentácie a dostupných laboratórnych vyšetrení, či je žiadateľ o vstup do OSSR schopný alebo neschopný prijatia. Tieto závery sú odoslané na Personálny úrad OSSR a ten následne zasiela rozhodnutie o prijatí alebo neprijatí žiadateľa na základe splnených podmienok (fyzická zdatnosť, psychická a zdravotná spôsobilosť).

Vyšetrovanie žiadateľov, teda regrútov alebo kadetov sa vykonáva v ambulancii Pracovného lekárstva v ÚVN SNP – FN Ružomberok od júna 2020. S aktuálnou situáciou vo svete sa zvyšuje aj záujem o vstup od OSSR. Za 5 mesiacov v roku 2020 bolo vyšetrených 241, v roku 2021 vyšetrených 1451, v roku 2022 1489 žiadateľov, z toho bolo 287 nespôsobilých občanov, čo predstavuje 19,2%. K 27. septembru 2023 bolo vyšetrených od začiatku roka 1356 žiadateľov, z toho 219 nespôsobilých, t.j. 16,15%.

Medzi najfrekventovanejšie diagnózy, pre ktoré sú regrúti nespôsobilí patria: očné diagnózy (myopia, amblyopia), polinóza, bronchiálna astma, ale aj skolióza hlavne u mladých 18- až 20-ročných uchádzačov o vstup do OSSR. Stúpajúci trend majú hematologické ochorenia, pri ktorých môžeme hovoriť o vážnom probléme, pretože, ak je budúcim profesionálnym vojakom diagnostikovaná vrodená trombofilná choroba (toho času bez klinických ťažkostí), pri náročnej fyzickej a psychickej záťaži, ktorá je kladená na PrV, môže ľahko dekompenzovať a viesť k fatálnym následkom .

Vyhláška, ktorá za posledné roky prešla rôznymi aktualizáciami a prispôsobeniu sa modernej medicíne, stále prísne pristupuje k posudzovaniu regrútov, pretože zdravotný stav PrV má mať zdravotnú klasifikáciu „A“ počas celej doby štátnej služby, dnes je to 25 rokov.

2 Zdravotná spôsobilosť profesionálneho vojaka na výkon štátnej služby

Špecifická zdravotná starostlivosť pre profesionálnych vojakov je poskytovaná v ÚVN SNP – FN Ružomberok v pravidelných intervaloch. Podľa vekových kategórií PrV absolvujú rôzne vyšetrenia. Pracovní lekári posudzujú zdravotný stav podľa vyhlášky 446/2022 Z.z., na základe ktorej navrhujú zdravotnú klasifikáciu A, B, C alebo D. Pri navrhovanej zmene zdravotnej klasifikácie B, C alebo D, vojenský všeobecný lekár pre dospelých vypracuje návrh na prieskumné konanie. Posudkoví lekári z prieskumnej komisie následne buď potvrdia, alebo vyvrátia záver navrhnutý lekármi pracovného lekárstva.

V rámci vyšetrení PrV absolvujú súbor vyšetrení v podobnej forme ako občania žiadajúci o vstup do OSSR. Ide o: odber krvi a moču, vyhotovenie EKG, odmeranie tlaku krvi, výšky a hmotnosti. Pracovní lekári vykonajú základné vyšetrenia, následne PrV absolvujú súbor konziliárnych vyšetrení vrátane RTG hrudníka, záťažovej ergometrie, sonografického vyšetrenie brucha a krčných žíl, ale aj ECHO srdca. Na záver zhodnotia lekári pracovného lekárstva všetky závery odborných a laboratórnych vyšetrení a stanovia posudkový záver.

Vyšetrenia PrV absolvujú do 50. roku v 5-ročných intervaloch. Po 50. roku je interval skrátený na 3 roky a PrV sú hospitalizovaní na 3 dni na internej klinike. V rámci hospitalizácie

absolvujú navyše scintigrafiu myokardu a kolonoskopické vyšetrenie. Záver s klasifikáciou aj tejto hospitalizácie dávajú pracovní lekári.

Platnosť tohto vyšetrenia je po celý čas, teda 3 alebo 5 rokov, následne absolvujú vyšetrenia opätovne. Výnimku majú profesionálni vojaci, ktorí absolvujú pravidelne prehliadky v leteckom centre na Sliači, ako letecký, resp. lietajúci personál.

Do konca roku 2022 absolvovali na pracovnom lekárstve prehliadky len PrV, ktorí boli vysielaní na plnenie funkcií v zahraničí, alebo sa vracali z týchto zahraničných misií a takýchto vyšetrení bolo 1399. V roku 2021 bolo vyšetrených 1853 PrV, v roku 2020 – 1628 PrV, v roku 2019 – 1717 PrV, v roku 2018 – 1519 PrV a v roku 2017 – 1724 PrV.

Od januára 2023 do konca septembra 2023 bolo v ÚVN SNP – FN Ružomberok uzavretých 1480 vyšetrených. Z toho 1331 do 50 rokov vyšetrených na pracovnom lekárstve a 149 hospitalizovaných na internej klinike. Návrh na zmenu zdravotnej klasifikácie bola u 49 PrV (3,5 %) do 50 rokov a 16 (10,7 %) u PrV nad 50 rokov.

Najčastejšie diagnózy, pre ktoré sú PrV nespôsobilí sú: kardiovaskulárne ochorenia, ako artériová hypertenzia, závažné chlopňové chyby; vrodené trombofilné stavy – mutácia faktoru V (Leiden), syndróm lepivých doštičiek, ale aj prítomnosť antierytrocytových protilátok. Dočasná nespôsobilosť vzniká vtedy, ak sú k nám PrV zaslaní a nie sú doriešené diagnosticky a terapeuticky rôzne úrazy alebo infekčné a iné akútne ochorenia.

3 Observačné pobyty po návrate z plnenia úloh v zahraničí

Observačné pobyty sa vykonávajú v ÚVN SNP – FN po návrate z epidemiologicky rizikových krajín, napr. Irak, Afaganistan, Mali a i. Ide o 5-dňový pobyt, ktorý zahŕňa fyzikálne vyšetrenie, odber biologického materiálu a pneumologické vyšetrenie.Oproti bežnému vyšetreniu PrV absolvujú výter z tonzíl, z konečníka, odber stolice na parazity, odber Quantiferonu a odčítanie Mantoux. Na konci pobytu pracovný lekár uzavrie, či došlo k poškodeniu zdravia následkom pobytu v zahraničí.

Najčastejšou príčinou poškodenia zdravia je latentná tuberkulóza. PrV v zahraničí prichádzajú do kontaktu s civilným obyvateľstvom, a preto dochádza aj k prenosu infekcie. Po návrate následne podliehajú dispenzárnej starostlivosti pneumológa, ktorý manažuje zdravotné prehliadky, diferenciálnu diagnostiku a liečbu PrV.

4 Pracovná zdravotná služba

Úlohou pracovnej zdravotnej služby – verejných zdravotníkov – je vykonávanie dozoru nad podmienkami práce. PZS poskytuje poradenstvo v oblasti ochrany zdravia pri práci. Záverom auditov je hodnotenie zdravotného rizika, kategorizácia prác a pracovných činností a návrhy na zaradenia alebo vyradenie zamestnancov do rizika.

Medzi rizikové faktory patria: fyzikálne (hluk, vibrácie, mikroklimatické podmienky, ionizujúce žiarenie, osvetlenie, ...); chemické (chemické, karcinogénne, mutagénne látky);

biologické (baktérie, vírusy, plesne) a iné faktory, ako je psychická pracovná záťaž, dlhodobé jednostranné zaťaženie, atď.

Pracovná zdravotná služba – pracovní lekári – vykonávajú prehliadky vo vzťahu k práci, ktoré sú zaradené do 3. a 4. rizikovej kategórie.

Prehliadky sa vykonávajú pred zaradením do rizikovej práce, pri výstupe z rizika, taktiež mimoriadne prehliadky, pri zmene zdravotného stavu, po dlhodobej práceneschopnosti.

Preventívne prehliadky zaradené do 3. kategórie sa vykonávajú každé 2 roky, v 4. kategórii každý rok.

V rámci rezortu Ministerstva obrany sú profesionálni vojaci taktiež zaradení do rizika. PrV pracujú prevažne v hlučnom prostredí a hluk pochádza napr. zo strojov, lietadiel, ale aj hudobných nástrojov vo vojenskej hudbe. Ďalším bežným rizikovým faktorom je psychická pracovná záťaž, ktorá sa pri výkone štátnej služby vyžaduje u vybraných vojenských odborností, kde je potrebná hlavne koncentrácia, práca pod nátlakom, ale aj nočná práca pri 24-hodinových zmenách. Piloti vrtuľníka, ktorí pracujú v riziku vibrácií, a kde dochádza k celotelovým vibráciám, absolvujú prehliadky, pri ktorých sa vykonáva chladový test s fotopletyzmografickým vyšetrením, ktoré slúži k diagnostike vazoneuróz.

Záver

Mladí ľudia vidia istoty, ktoré ponúka rezort Ministerstva obrany Slovenskej republiky a rezort sa neustále snaží, aby sa nezlepšovala len fyzická zdatnosť a vojenské zručnosti, ale aj zdravie profesionálnych vojakov. Vďaka prevencii sa v skorých štádiách zachytia ochorenia, ktoré môžu byť včasne liečené a vojaci môžu pri správnej liečbe pokračovať vo výkone štátnej služby. Vyšetrenia profesionálnych vojakov a civilných občanom boli vykonávané aj počas covidového obdobia v rokoch 2020 až 2022. Záujem o vstup do OSSR neklesol ani po akcelerácii konfliktu u nášho východného suseda v roku 2021. Vďaka spolupráci medzi Veliteľstvom vojenského zdravotníctva MOSR a Ústrednou vojenskou nemocnicou v Ružomberku sa neustále pracuje na zlepšovaní zdravia profesionálnych vojakov.

Kontakt:
kpt. MUDr. Ivana Juríková
vedúci tímu Pracovnej zdravotnej služby
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN
ul. gen. Miloša Vesela 21
03426 Ružomberok
E-mail: jurikovai@uvn.sk

WYBRANE ELEMENTY ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH MIESZKAŃCÓW GMINY WIEJSKIEJ

Selected Elements of Health Behaviors in the Inhabitants of a Rural Commune

Agnieszka Banaś[1], Beata Niedźwiecka[1], Katarzyna Piasek[1]

Instytut Ochrony Zdrowia Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu
Institute of Health Protection, National Academy of Applied Sciences in Przemyśl, Poland

Streszczenie

Wprowadzenie:

Wiedza na temat zachowań zdrowotnych kształtuje i utrwala przyjmowanie określonych postaw zarówno służących zdrowiu jak i wywierających na nie destrukcyjny wpływ. Zachowania prozdrowotne stanowią kluczowy czynnik, który warunkuje zdrowie i przekłada się na jakość życia człowieka, są to zachowania prawidłowe, podtrzymujące i utrwalające zdrowie człowieka a w konsekwencji zdrowie populacji. Przeciwieństwem postępowania służącego zdrowiu są zachowania ryzykowne, których bezpośrednim lub odroczonym w czasie skutkiem jest pogorszenie zdrowia, rozwój choroby a nawet śmierć.

Cel: Celem pracy było zbadanie i ocena zachowań zdrowotnych osób mieszkających na wsi w odniesieniu do czynników demograficznych.

Materiał i metody: W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego, narzędziem był kwestionariusz ankiety oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych. Badania prowadzono metoda on line. Łącznie przebadano 109 osób mieszkających na wsi. Kryterium włączenia stanowiło miejsce zamieszkania. W opracowaniu użyto testu niezależności $\chi 2$, testu t dla prób niezależnych oraz jednoczynnikowej analizy wariancji. Przyjęto poziom istotności $p<0,05$. Obliczenia wykonano programem IBM SPSS Statistics 22.

Wyniki: W badaniu ankietowym udział wzięło 109 mieszkańców wsi, głównie kobiety (95,4%, N=104). Mieszkańcy wsi, to osoby między 21 a 72 rokiem życia. Średnia wieku badanych wyniosła 42,27 lat (SD=11,47), a mediana wieku, to 44 lata. Od 46 do 55 lat miało 34,9% mieszkańców wsi (N=38), 36-45 la miało 27,5% osób (N=30), a 21-35 lat posiadało 26,6% badanych (N=29). Większość mieszkańców wsi posiadała wykształcenie wyższe (70,6%, N=77), natomiast wykształcenie średnie miało 29,4% osób (N=32). Pracownikami fizycznymi było 47,7% mieszkańców wsi (N=52), a pracę o charakterze umysłowym wykonywało 33,9% badanych (N=37). Grupa bezrobotnych stanowiła 7,3% respondentów(N=8), uczyło się/ studiowało 6,4% osób (N=7), a emerytami/ rencistami było 4,6% badanych (N=5).

Wnioski: Wiek i płeć nie determinują nasilenia stopnia zachowań prozdrowotnch Wykształcenie nie ma wpływu na podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem. Aktywność zawodowa pozytywnie wpływa na podejmowanie zachowań prozdrowotnych. Istnieje potrzeba działań edukacyjnych promujących zdrowy styl życia wśród mieszkańców gmin wiejskich.

Słowa kluczowe: Zachowania zdrowotne. IZZ. Osoby starsze. Gmina wiejska.

Summary and keywords

Introduction: Knowledge about health behaviors shapes and perpetuates the adoption of specific attitudes that both benefit health and have a destructive impact on it.

Health-promoting behaviors are a key factor that determines health and translates into the quality of human life; these are correct behaviors that maintain and consolidate human health and, consequently, the health of the population. The opposite of health-promoting behavior is risky behavior, the immediate or delayed result of which is health deterioration, disease development or even death.

Aim: The aim of the study was to examine and assess the health behaviors of people living in rural areas in relation to demographic factors.

Material and methods: The study used the diagnostic survey method, the tools were a survey questionnaire and the Health Behavior Inventory. The research was conducted online. A total of 109 people living in the countryside were examined. The inclusion criterion was place of residence. The study used the $\chi 2$ test of independence, t-test for independent samples and one-way analysis of variance. The significance level of $p<0.05$ was assumed. Calculations were performed with IBM SPSS Statistics 22.

Results: 109 rural residents, mainly women (95.4%, N=104), took part in the survey. The inhabitants of the village are people between 21 and 72 years old. The average age of the respondents was 42.27 years (SD=11.47), and the median age was 44 years. 34.9% of rural residents were aged 46 to 55 (N=38), 27.5% of people aged 36-45 (N=30), and 21-35 were 26.6% of the respondents (N=29). . The majority of rural residents had higher education (70.6%, N=77), while 29.4% had secondary education (N=32). 47.7% of rural residents were manual workers (N=52), and 33.9% of the respondents (N=37) performed white-collar work. The group of the unemployed constituted 7.3% of the respondents (N=8), 6.4% of the respondents were in education/studies (N=7), and 4.6% of the respondents were pensioners/pensioners (N=5).

Conclusions: Age and gender do not determine the intensity of health-related behaviors. Education has no impact on health-related behaviors. Professional activity has a positive

impact on health-promoting behavior. There is a need for educational activities promoting a healthy lifestyle among the inhabitants of rural communes.

Keywords: Health behaviors. IZZ. Elderly people. Rural commune.

Wprowadzenie:

Pod pojęciem zachowań zdrowotnych rozumiany jest sposób postępowania jednostki, który wywiera wpływ na jej zdrowie, utrzymanie go oraz umacnianie. W literaturze przedmiotu zachowania zdrowotne określane są jako celowe, nawykowe, bądź reaktywne formy aktywności przejawianej przez człowieka, które pozostają we wzajemnym i istotnym związku ze zdrowiem [1].

Mimo, że kształtowanie zachowań zdrowotnych przebiega w trakcie całego życia człowieka, to okazuje się, że wzorce nabyte w dzieciństwie i wczesnej młodości rzutują na te przejawiane w życiu dorosłym. Pośród wielu czynników, które wpływają na kształtowanie się zachowań zdrowotnych można wymienić czynniki predysponujące, umożliwiające, i wzmacniające zmianę zachowań zdrowotnych. Dotyczy to wzorców osobowych obserwowanych w domu, przedszkolu, szkole, lokalnej społeczności, wpływie mediów masowych, itp. [1]. Obecnie badanie zachowań zdrowotnych traktowane jest jako ważna metoda pomiaru stanu zdrowia populacji, stanowiąca jednocześnie podstawę planowania i ewaluacji zdrowotnej edukacji, opracowywania profilaktycznych programów i projektów promocji zdrowia [2].

Punktem wyjścia niniejszych rozważań wydaje się przybliżenie znaczenia samego pojęcia zdrowia. Otóż zgodnie z najpowszechniejszą i najczęściej stosowaną definicją zdrowia jest ta opracowana przez Światową Organizację Zdrowia zgodnie, z którą „zdrowie jest stanem pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby, czy niepełnosprawności” [3]. Punktem wyjścia dla analizy zagadnienia „zachowań zdrowotnych” wydaje się być założenie, że stanowią one pewną część ogółu podejmowanych przez człowieka zachowań, a ich „formy” ściśle powiązane są ze wszystkimi przejawami sposobu życia człowieka. Podstawowym aspektem, który wyróżnia zachowania zdrowotne na tle innych zachowań człowieka jest zatem fakt, że pozostają one nieobojętne dla zdrowia [4].

W naukach o zdrowiu i praktyce zdrowia publicznego definiuje się termin „zachowań zdrowotnych” kładąc największy nacisk na tzw. zdrowy styl życia. To, czy określone zachowanie wchodzi w skład zdrowego stylu życia uzależnione jest przede wszystkim od siły, jaką oddziałuje ono na stan zdrowia przez redukcję ryzyka zachorowania. Siła wpływu natomiast ustalana jest w oparciu o populacyjne badania epidemiologiczne [5].

Wśród eksponowanych najczęściej zachowań, które przekładają się na zdrowie człowieka wskazuje się: regularną aktywność fizyczną, sposób odżywiania, sposób spędzania wolnego czasu i odpoczynek, niepalenie tytoniu i unikanie dymu papierosowego, nienadużywanie alkoholu, rezygnacja z konsumpcji substancji psychoaktywnych, czy radzenie sobie ze stresem [6].

W grupie zachowań zdrowotnych rozpatrywanych z medycznego punktu widzenia wymienia się także: zachowania, których celem jest ochrona zdrowia w czasie pracy, bezpieczne zachowania w ruchu drogowym, bezpieczne zachowania seksualne. Z kolei w ujęciu zachowań związanych z medycyną można wyróżnić: regularne wykonywanie profilaktycznych badań ukierunkowane na wczesne wykrywanie chorób, jak najszybsze zgłaszanie się po profesjonalną pomoc w sytuacji wykrycia niepokojących objawów, czy stosowanie wyłącznie niezbędnych leków i nienadużywanie lekarstw [6].

Zdaniem prof. Barbary Woynarowskiej „zachowania zdrowotne" rozumieć należy jako postępowanie, działania (lub ich zaniechanie), które bezpośrednio lub pośrednio wpływają na zdrowie i samopoczucie człowieka" Autorka wyróżniła zachowania zdrowotne sprzyjające zdrowiu i zagrażające mu [6].

Nauki społeczne zaś, odnosząc się do zachowań zdrowotnych, koncentrują się wokół tego, czy to, co według medycyny jest rozumiane jako zdrowy styl życia stanowi faktycznie styl zachowania się osoby lub grupy osób, czy jest jedynie wyznaczonym teoretycznie zakresem zainteresowania tych osób. Dla przykładu, jak pokazują amerykańskie badania ¾ Amerykanów nie pali tytoniu, ponad 1/5 spożywa dziennie 5 porcji owoców i warzyw, tyle samo osób każdego dnia podejmuje aktywność fizyczną, a 40 % utrzymuje prawidłową masę ciała, a mimo to zaledwie 3 % Amerykanów realizuje łącznie wszystkie te typy zachowań. Dlatego w myśl stanowiska prezentowanego przez nauki społeczne trudno jest mówić o empirycznej obecności zdrowego stylu życia, można jedynie wskazywać na pewien poziom upowszechnienia w społeczeństwie poszczególnych rodzajów zachowań istotnych dla zdrowia w społeczeństwie i wiążących się z tym przekonań [6].

Jako jeden z pierwszych Gochman określił „zachowania zdrowotne" mianem „osobistych atrybutów, takich jak: przekonania, oczekiwania, motywy, wartości, spostrzeżenia oraz inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe, włączając stany i cechy uczuciowe, emocjonalne, wzorce jawnego zachowania, działania i nawyki, które wiążą się z utrzymaniem, odzyskaniem i polepszeniem zdrowia". Zdaniem cytowanego autora „zachowania zdrowotne obejmują przekonania, przewidywania, myśleniem motywy, emocjonalne mechanizmy osobowości i wewnętrzne wzorce zachowań wiążących się z umacnianiem, utrzymaniem i przywracaniem zdrowia [5].

Cel: Celem pracy było zbadanie i ocena zachowań zdrowotnych osób mieszkających na wsi w odniesieniu do czynników demograficznych.

Materiał i metody: W badaniu ankietowym udział wzięło 109 mieszkańców wsi, głównie kobiety (95,4%). Mieszkańcy wsi, to osoby między 21 a 72 rokiem życia. Średnia wieku badanych wyniosła 42,27 lat , a mediana wieku, to 44 lata. Od 46 do 55 lat miało 34,9% mieszkańców wsi, 36-45 lat miało 27,5% osób, a 21-35 lat posiadało 26,6% badanych. Nieliczni mieszkańcy wsi biorący udział w badaniu ankietowymi byli w wieku 56 lat i więcej (11,0%). Większość mieszkańców wsi posiadała wykształcenie wyższe (70,6%), natomiast wykształcenie średnie miało 29,4% osób). Pracownikami fizycznymi było 47,7% mieszkańców wsi, a pracę o charakterze umysłowym wykonywało 33,9% badanych. Grupa bezrobotnych stanowiła 7,3% respondentów, uczyło się/ studiowało 6,4% osób, a emerytami/ rencistami było 4,6% badanych.

W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Techniką była ankieta, narzędziem był kwestionariusz ankiety. Poza kwestionariuszem ankiety w pracy wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych IZZ. Kwestionariusz zawiera 24 stwierdzenia opisujące zachowania zdrowotne, które zostały podzielone na cztery kategorie: prawidłowe nawyki żywieniowe – PNŻ; zachowania profilaktyczne – ZP; praktyki zdrowotne – PZ; pozytywne nastawienie psychiczne – PNP. Wyniki w przedziale 1–4 oznaczają niskie nasilenie zachowań, z koeli od 7–10 wysokie nasilenie zachowań prozdrowotnych.

W opracowaniu użyto testu niezależności $\chi 2$, testu t dla prób niezależnych oraz jednoczynnikowej analizy wariancji. Przyjęto poziom istotności $p<0,05$. Obliczenia wykonano programem IBM SPSS Statistics 22.

Wyniki:

Na podstawie badań własnych wykazano, że połowa mieszkańców wsi (50,5%, N=55) posiadała niskie nasilenie zachowań zdrowotnych. Na poziomie przeciętnym zachowania zdrowotne prezentowało 27,5% mieszkańców wsi. Wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych dotyczył 40,0% mężczyzn i 21,2% kobiet. Wyniki przeciętne uzyskało 27,9% kobiet i 20,0% mężczyzn. Niski poziom zachowań zdrowotnych zauważono nieco częściej wśród kobiet (51,0%) niż wśród mężczyzn (40,0%). Niski poziom zachowań zdrowotnych dotyczył częściej mieszkańców wsi w wieku do 45 lat (54,2%) niż osób powyżej 45 r.ż. (46,0%). Podobny odsetek badanych (1/4 osób) uzyskał wyniki przeciętne w obu grupach wiekowych, natomiast wysokie nasilenie zachowań zdrowotnych zauważono częściej wśród osób powyżej 45 r.ż. Wśród mieszkańców wsi posiadających wykształcenie wyższe nasilenie zachowań zdrowotnych częściej było wysokie (24,7%) lub przeciętne (28,6%) w porównaniu do osób z wykształceniem średnim, które częściej prezentowały niski poziom zachowań zdrowotnych (59,4%). Mieszkańcy wsi z wykształceniem wyższym posiadali nieco wyższy wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (78,35 pkt.) niż mieszkańcy wsi z wykształceniem średnim (72,34 pkt.). Wysoki poziom nasilenia zachowań zdrowotnych dotyczył częściej pracowników

umysłowych (37,8%). Przeciętny poziom zachowań zdrowotnych zauważono częściej w grupie uczniów/ studentów (71,4%) oraz pracowników umysłowych (32,4%). Niski poziom zachowań zdrowotnych dotyczył częściej pracowników fizycznych (67,3%) oraz emerytów/ rencistów/ bezrobotnych (61,5%).

Dyskusja: Podstawą utrzymania dobrego stanu zdrowia i jakości życia są pozytywne zachowania zdrowotne, oparte na zasadach zdrowego żywienia, połączone z odpowiednią ilością aktywności fizycznej i wypoczynku. W badaniach prowadzonych wśród Polaków, wykazano, że co trzeci mieszkaniec Polski wystawił swojemu zdrowiu ocenę poniżej dobrej, co oznacza, iż prawie co czwarty Polak ocenił swoje zdrowie jako bardzo dobre, prawie co drugi – jako dobre, co piąty – jako takie sobie i co dziesiąty jako złe lub bardzo złe [7]. W badaniach prowadzonych przez Seń i wsp. wykazano zależność pomiędzy ogólnymi zachowaniami zdrowotnymi oraz prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi i pozytywnym nastawieniem psychicznym a jakością życia [8]. W badaniach prowadzonych przez Gromadę i wsp. wykazano, że średnia częstość prezentowanych zachowań zdrowotnych przez wieś mieszkańców wynosi 2,52 w skali 1-4, co oznacza, że respondenci wykazują zatem średnią wskaźnik absorpcji zachowań zdrowotnych [9]. W badaniach prowadzonych przez Kuprewicza i wsp. niski poziom wskaźnik zachowań zdrowotnych u 34% ludności wiejskiej wobec 25,8% w miastach oraz niski poziom wiedzy u 58,9% badanych, w tym 53,9% w miastach i 64,2% na wsi, ponadto wykazano, że większość kobiet ma wyższy poziom zachowań zdrowotnych w porównaniu z mężczyznami [10]. W badaniach prowadzonych przez Arendt i wsp. prowadzonych wśród mężczyzn po 40 roku życia wykazano, że zachowania zdrowotne mężczyzn po 40 roku życia kształtują się na poziomie przeciętnym. Najwyżej oceniona domena to pozytywne nastawienie psychiczne, natomiast najsłabiej to prawidłowe nawyki żywieniowe. Zachowania zdrowotne są istotnie zależne od miejsca zamieszkania i aktywności zawodowej [11] Zadworna – Cieślak i wsp. w badaniach prowadzonych w starszych osób, potwierdza, że kobiety są bardziej zaangażowane w działania prozdrowotne i wykazują większą dbałość o zdrowie niż płeć przeciwna. Ponadto autorka wykazała, że seniorzy zamieszkujący małe wsie wykazują mniejszy stopień zachowań prozdrowotnych niż ich rówieśnicy z większych miejscowości [12].

W badaniach własnych wykazano, że mieszkańcy obszarów wiejskich twierdzili, że od czasu do czasu (33,0%) lub często (28,4%) poważnie traktowali wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie ich stanem zdrowia, zaś regularnie na badania lekarskie mieszkańcy wsi zgłaszali się od czasu do czasu (34,9%).

W badaniach własnych wykazano, że po dużą ilość warzyw i owoców mieszkańcy wsi sięgali często (34,9%) lub od czasu do czasu (30,3%). Ograniczanie spożywania tłuszczy zwierzęcych lub cukru było wśród mieszkańców wsi zróżnicowane, bowiem 31,2% badanych

ograniczało je od czasu do czasu, 29,4% osób ograniczało je często, a 25,7% respondentów. W badaniach prowadzonych przez Świstak i wps. wykazano, że tradycyjny wzorzec spożycia żywności w gospodarstwach wiejskich różnił od innych wyższy poziom konsumpcji większości artykułów spożywczych, z wyjątkiem ryb i owoców [13].

W badaniach własnych wykazano, że mieszkańcy wsi, to osoby, które prawie zawsze ograniczały palenie tytoniu (45,9%,). Prawie nigdy nie ograniczało palenia tytoniu 22,0% osób. Od czasu do czasu nadmiernego wysiłku fizycznego unikało 30,3% mieszkańców wsi, a rzadko udawało się to 29,4% badanym. Badani najczęściej podejmowali zachowania zdrowotne w zakresie unikania używek, najrzadziej w zakresie aktywności fizycznej i żywieniowe. Osoby, u których wykazano więcej czynników ryzyka, aktywne zawodowo, a także osoby bardziej wykształcone częściej wykonywały badania profilaktyczne.

O zdrowie powinien dbać każdy człowiek bez względu na wiek, płeć czy miejsce zamieszkania. Polityka zdrowotna powinna skupiać się na problemach seniorów oraz możliwości ich eliminacji poprzez przestrzegania zaleceń związanych ze zdrowiem

Wnioski:

1. Wiek i płeć nie determinują nasilenia stopnia zachowań prozdrowotnch
2. Wykształcenie nie ma wpływu na podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem.
3. Aktywność zawodowa pozytywnie wpływa na podejmowanie zachowań prozdrowotnych.
4. Istnieje potrzeba działań edukacyjnych promujących zdrowy styl życia wśród mieszkańców gmin wiejskich

Piśmiennictwo

1. PUCHALSKI K.: Uwarunkowania zachowań zdrowotnych i możliwości ich kształtowania [w:] Korzeniowska E., Puchalski K (red.), „Nisko wykształceni pracownicy a zdrowie – wyzwania dla edukacji zdrowotnej", Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, Łódź 2010: 33-44.
2. SKOMMER M.: Uwarunkowania zachowań zdrowotnych człowieka, [w:] Bartkowiak G. (red.), „Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Nauka i praktyka", Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008: 11-30**.**
3. Definicja zdrowia wg WHO dostępna za pośrednictwem strony: https://profibaza.pzh.gov.pl/publikacje/podstawy-zdrowia-publicznego/01-zdrowie-definicja data dostępu: 11.04.2023 r.
4. UKLEJA H., KWASEK R., IGNASIAK K.: Zachowania prozdrowotne dzieci w środowisku lokalnym, Kutno 2016: 7 – 13.

5. WOYNAROWSKA B., OSTASZEWSKI K., KULMATYCKI L.: Działania szkół na rzecz zdrowia
   w Polsce. Diagnoza i rekomendacje, „Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu", 2, nr 38, 2016: 169.
6. NOWICKI G. J., ŚLUSARSKA B., ZBOINA B. i in.: Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne" oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka ASO.A 11(1)/2018: 372-387.
7. Badanie EHIS - Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, 2014.
8. SEŃ M., JAKUBOWSKA L., GRABOWSKA B.: Jakość życia a zachowania zdrowotne osób starszych zamieszkujących w mieście i na wsi, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2019;4:282–287
9. GROMADA A., KOBOS E.: Zachowania zdrowotne mieszkańców wsi w zakresie profilaktyki raka jelita grubego, Piel Pol. 2018;4(70):372–378.
10. KUPREWICZ A, KRAJEWSKA-KUŁAK E, TROCHIMOWICZ L. Wiedza na temat raka jelita grubego i preferowane zachowania zdrowotne mieszkańców miasta i wsi. Pielęg Chir Angiol. 2016; 2: 74–83
11. ARENDT A., LASZCZYŃSKA M., BAŻYDŁO M., KOTWAS A. i wsp.: Ocena zachowań zdrowotnych mężczyzn po 40 roku życia, Probl Hig Epidemiol 2014, 95(3): 659-666.
12. ZADWORNA-CIEŚLAK M, OGIŃSKA-BULIK N. Zachowania zdrowotne osób w wieku senioralnym – rola optymizmu. Psychogeriatria Polska 2013; 10 (4): 145–156.
13. ŚWISTAK E., LASKOWSKI W.: Zmiany wzorca konsumpcji żywności na wsi i ich uwarunkowania, Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej 2016;114: 5–17.

Kontakt:
Agnieszka Banaś
Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu
E-mail: agabanas971@gmail.com

HODNOCENÍ SVALOVINY JAKO SOUČÁST NUTRIČNÍHO SCREENINGU

Assessment of Muscle Mass as Part of Nutritional Screening

Vítek Blanař[1], Marie Chrástecká[1], Jan Pospíchal[1], Katarína Zrubáková[2]

[1]Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Pardubice
[2]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt:

Úvod: Prevalence rizika malnutrice u dospělých pacientů a variabilita senzitivity a specificity běžných screeningových nástrojů naznačují potřebu přesnějších metod pro hodnocení rizika malnutrice. Hodnocení stavu svaloviny může zlepšit senzitivitu a specificitu nutričního screeningu, a jeho začlenění je doporučováno Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM). Svalová hmota je klíčovým ukazatelem nutričního stavu i u obézních pacientů.

Cíl: Cílem studie bylo porovnat screening rizika malnutrice pomocí měření síly stisku ruky s použitím standardních screeningových nástrojů, jako je MUST, MNA-SF a MEONF-II.

Metodika: Studie zahrnovala 75 pacientů na chirurgickém oddělení, interním a na oddělení dlouhodobé léčebné péče. Získaná data zahrnovala věk, pohlaví, váhu, výšku, délku hospitalizace, hlavní lékařskou diagnózu. Nástroje MUST, MNA-SF, a MEONF-II, včetně měření sily stisku ruky (HGS) byly použity k hodnocení rizika malnutrice.

Výsledky: Výsledky ukázaly rozdílné kategorizace rizika podvýživy mezi nástroji. MEONF-II a MNA-SF dosáhly podobných výsledků jako MUST, zatímco síla stisku ruky (HGS) měla nižší senzitivitu a specificitu. Shoda mezi HGS a MUST dosáhla 68 %.

Diskuze: Výsledky ukazují, že HGS samostatně nemá dostatečnou senzitivitu a specificitu pro screening rizika malnutrice. Avšak jako doplňkový nástroj může odhalit skrytou podvýživu u pacientů, zejména těch s normální váhou nebo nadváhou, kde snížení síly stisku ruky předchází jiným příznakům.

Závěr: Měření síly stisku ruky může být užitečné jako doplněk standardních screeningových nástrojů pro riziko malnutrice, ale není vhodné používat ho samostatně. Při použití HGS by měla sestra brát v úvahu případnou přítomnost dalších proměnných které ovlivňují sílu stisku ruky. Nicméně, nástroj HGS může účinně zvýšit záchyt pacientů s rizikem malnutrice.

Klíčová slova: Malnutrice. Nutriční screening. Svalovina. Síla stisku ruky. Riziko podvýživy. Psychometrické vlastnosti. Kvalita péče.

Abstract:

Introduction: The prevalence of the risk of malnutrition in adult patients and the variability in the sensitivity and specificity of common screening tools suggest the need for more accurate methods to assess the risk of malnutrition. Assessing muscle mass can enhance the sensitivity and specificity of nutritional screening, and its incorporation is recommended by the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM). Muscle mass is a key indicator of nutritional status even in obese patients.

Objective: The aim of this study was to compare the screening of malnutrition risk through the measurement of handgrip strength (HGS) with standard screening tools such as MUST, MNA-SF, and MEONF-II.

Methods: The study included 75 patients from the surgical, internal, and long-term care departments. The data obtained included age, sex, weight, height, hospitalisation duration, and primary medical diagnosis. The MUST, MNA-SF, and MEONF-II tools, along with the measurements of handgrip strength (HGS), were used to assess the risk of malnutrition.

Results: The results showed different categorisations of the risk of malnutrition among the tools. MEONF-II and MNA-SF achieved similar results to MUST, while handgrip strength (HGS) had lower sensitivity and specificity. The agreement between HGS and MUST reached 68%.

Discussion: The results indicate that HGS alone does not have sufficient sensitivity and specificity to detect risk of malnutrition. However, as a supplementary tool, it can detect hidden malnutrition in patients, especially those of normal weight or overweight, where a reduction in handgrip strength precedes other symptoms.

Conclusion: The measurement of hand grip strength can be useful as a complement to standard screening tools for the risk of malnutrition, but is not suitable for standalone use. When using HGS, the nurse should consider the possible presence of other variables that affect the strength of the hand grip. However, the HGS tool can effectively increase the detection of patients at risk of malnutrition.

Keywords: Malnutrition. Nutritional screening. Muscle mass. Hand grip strength. Risk of malnutrition. Psychometric properties. Quality of care.

Úvod

Prevalence rizika malnutrice se může u dospělých pacientů pohybovat od 25 % do 79 % v závislosti na skladbě základních diagnóz pacientů a použité metodice hodnocení. Běžné screeningové nástroje dosahují velké variability senzitivity od 36,9 % do 100 % a specificita se pohybuje od 51 % do 100 % [1]. Jednou z cest pro dosažení přesnějších výsledků screeningu a následné adekvátní nutriční péče může být rozšíření běžného nutričního screeningu o hodnocení stavu svaloviny.

Hodnocení stavu svaloviny v rámci nutričního screeningu hospitalizovaných pacientů přináší informace, které mohou výrazně ovlivnit kvalitu péče o pacienty a výsledky jejich léčby. Jednou z klíčových výhod je identifikace rizika podvýživy, která při kombinaci hodnocení úrovně svaloviny spolu se standardními screeningovými nástroji zvyšuje senzitivitu i specificitu nutričního screeningu. Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) doporučuje zařazení hodnocení svaloviny mezi základní indikační kritéria pro diagnózu malnutrice [2]. Výhodou těchto vyšetření je možnost odhalení proteinové malnutrice u pacientů, u kterých ještě nedošlo k výraznému váhovému úbytku. Sestry tak mohou identifikovat pacienty, kteří jsou ohroženi nedostatečným příjmem živin vzhledem k metabolickým nárokům a následně jim mohou poskytnout adekvátní péči a nutriční podporu. Hodnocení svaloviny je důležitý ukazatel nutričního stavu dokonce i u skupiny obézních pacientů, kteří by jinak byli běžnými screeningovými nástroji neodhaleni.

Svalovinu je možné hodnotit ze dvou různých hledisek, kterými jsou objem či váha svaloviny a svalová funkce, tedy měření síly. Skupina GLIM [2] doporučuje měření svaloviny (objemu) pomocí ověřených měření tělesného složení, jako je bioelektrická impedance, ultrazvuk, počítačová tomografie nebo magnetická rezonance, ale tyto metody stále nejsou dostupné pro nutriční hodnocení. Jejich nevýhodami je časová náročnost, finanční náklady nebo v některých případech zátěž pro pacienta. O něco méně přesné jsou metody zjišťování objemu pomocí fyzikálního vyšetření, například měření obvodu lýtka nebo paže.

Druhé hledisko hodnotí svaly ve vztahu k jejich funkci. Na jedné straně lze použít některé funkční testy – například testy chůze, které mají různá pravidla a hodnotící kritéria [3]. Jednodušší alternativou na organizaci a provedení pro pacienta je hodnocení svaloviny pomocí měření síly stisku ruky (Hand Grip Strenght, HGS). Jedná se o jedno z nejjednodušších a snadno dostupných ukazatelů úrovně výživy a celkové tělesné kondice, zejména u geriatrických pacientů. Její měření je uplatnitelné, jako jedna z metod pro brzkou detekci pacientů s rizikem vzniku podvýživy [1]. Využívá však odlišného přístupu k hodnocení tohoto rizika, než běžné škály a nástroje. Nevychází z anamnestických dat, vážení a měření výšky nebo výpočtů, ale pouze z jednoho parametru, kterým je měření síly flexorů prstů a ruky. Tato síla je měřena dynamometrem a obvykle je uváděna v kilogramech. Vyšetření trvá v řádu vteřin a je finančně nenáročné. Dalším kladem měření síly stisku ruky je prokázaná souvislost,

mezi sílou stisku ruky a délkou hospitalizace, kterou je možné pomocí tohoto nástroje predikovat [4]. U rizikových pacientů, při jejich včasném odhalení, lze délku hospitalizace, a s tím spojené navýšení nákladu, včasnou nutriční intervencí naopak zkrátit.

Nástroj HGS a jeho využití v praxi má však i své limitace. Při srovnání senzitivity a specificity HGS s SGA (Subjective Global Assessment), v podobě „zlatého standardu", dosahuje HGS podle literatury senzitivity 74 %, avšak specificity pouze 51 % [5], což je v souladu se skutečností, že snížená síla stisku ruky může být i z mnoha jiných důvodů, než je vznikající riziko malnutrice. Měření síly stisku ruky není vhodné u pacientů s předchozími úrazy horních končetin, po operacích, s artritidou kloubů ruky, po cévních mozkových příhodách nebo s některými neurologickými chorobami. K ovlivnění výsledků může docházet i u pacientů, kteří měli ve své profesi jednostranné zatížení horních končetin. Z výše uvedené specificity je patrné, že HGS nejlépe funguje, jako doplňkový nástroj nějakého standardního screeningového nástroje pro riziko malnutrice, který je již běžně používán v lůžkovém zařízení. Praktické využití HGS a jeho srovnání s jinými screeningovými nástroji pro hodnocení rizika malnutrice nebylo u středoevropské České nebo Slovenské populace dosud publikováno.

Cíl

Cílem příspěvku je porovnat screening rizika malnutrice pomocí měření síly stisku ruky a pomocí standardních screeningových nástrojů.

Metodika

Studie byla koncipovaná jako kvantitativní průřezové šetření. Sběr dat probíhal na oddělení chirurgie (CHIR), interny (INT) a dlouhodobé léčebné péče (DLP) u celkového souboru 75 pacientů starších 18 let, kteří byli předem poučeni a vyslovili souhlas se zapojením do sběru dat. Mezi zaznamenané charakteristiky pacientů patřil věk, pohlaví, váha, výška, měření obvodu lýtka, HGS, délka hospitalizace, hlavní lékařská diagnóza. Kromě objektivních dat byla sbírána i subjektivní data pacientů, která byla nutná pro vyhodnocení všech nástrojů. Těmito nástroji byl MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form) a MEONF-II (Minimal Eating Observation and Nutrition Form - version II). MUST byl zároveň zvolen jako zlatý standard, se kterým se porovnávaly psychometrické vlastnosti dalších nástrojů pro hodnocení rizika malnutrice. Pro porovnání vyhodnocení přítomnosti podvýživy u hospitalizovaných pacientů průzkumného souboru vybranými screeningovými nástroji byly použity kategorie „žádné nebo nízké riziko podvýživy", „střední riziko podvýživy", a „vysoké riziko podvýživy". U všech nástrojů byly vypočítány hodnoty psychometrických vlastností (specificita, senzitivita, negativní a pozitivní prediktivní hodnota a přesnost) v souladu s doporučením Westergren et al [6].

Všem pacientům bylo provedeno hodnocení svalové síly stisku ruky (HGS) pomocí dynamometru. Tato síla je měřena v kilogramech. V minulosti byly v zahraničí publikovány mezinárodní populační normy síly stisku ruky rozdělené podle věku a pohlaví, nicméně přesné populační normy pro středoevropskou populaci chybí. Nejdůležitější hranicí, která byla u českých pacientů ověřena, je snížení síly stisku ruky pod 27 kg u mužů a pod 16 kg u žen, což jsou hraniční hodnoty pro sakropenii [3].

Mezi nástroje, které již ve svém základu používají HGS jako doplňující metodu (klinický identifikátor přítomnosti podvýživy), patří i MEONF-II. Na základě uspokojivých hodnot psychometrických vlastností a přívětivosti pro personál byl doporučen k překladu [1], následně byl standardizovanou metodou přeložen [7] a nyní probíhá jeho validizace a kulturní adaptace. Jednotlivé fáze procesu validizace a adaptace přeložené české verze MEONF-II jsou v souladu s manuálem autorů nástroje MEONF-II [8]. Během první a druhé fáze byla vyhotovena verze, která byla testována v klinické praxi. Dle doporučení autorů bylo provedeno porovnání s dalšími zvolenými nástroji, včetně HGS jako samostatného nástroje.

Výsledky

Charakteristika respondentů

Nejdříve byly analyzovány popisné charakteristiky pacientů na jednotlivých odděleních (Viz tabulka 1). Na oddělení DLP bylo součástí pilotního testování celkem 20 žen a 5 mužů. Věkový průměr dosahoval 79,6 let a rozptyl věku těchto pacientů nebyl příliš velký (33let). Pacienti v souboru byli hospitalizováni průměrně 22,5 dne, nejčastěji s ortopedickým či kardiovaskulárním onemocněním. U více než poloviny pacientů byl přítomen příznak přítomnosti podvýživy na základě měření síly stisku ruky (HGS) a nechtěná ztráta hmotnosti. Vyhodnocením MEONF-II byl stav výživy u 7 pacientů kategorizován jako „vysoké riziko podvýživy“, a u dalších 9 pacientů „střední riziko podvýživy“. Nástroje v průměru kategorizovaly stav výživy pacientů jako „střední riziko podvýživy“.

Na interním oddělení (INT) se průzkumu zúčastnilo 15 žen a 10 mužů, jejichž věk byl průměrně 65,7 let, s minimem 28 let a maximem 92 let, se širším rozptylem (64let), než u oddělení DLP. Pacienti byli hospitalizováni téměř o polovinu kratší dobu (12,5 dne) než na DLP oddělení, s nejvýrazněji zastoupeným gastrointestinálním a respiračním onemocněním. V oblastech hodnocení podvýživy MEONF-II se nejčastěji vyskytovala ztráta energie/chuti k jídlu, nechtěná ztráta hmotnosti, a přítomnost klinického příznaku (nízká hodnota HGS). Z celkového souboru bylo u 15 pacientů vyhodnoceno riziko podvýživy. MEONF-II vyhodnotil stav výživy u 12 pacientů jako „vysoké riziko podvýživy“, u 3 jako „střední riziko podvýživy“. Celkově hodnotily nástroje stav výživy průzkumného souboru na oddělení INT jako „střední riziko podvýživy“.

Soubor respondentů na chirurgickém oddělení (CHIR) sestával z 12 žen a 13 mužů, kteří byli hospitalizování průměrně 7,6 dní. Podobně, jak tomu bylo i na INT byl rozptyl věku širší (56 let), s průměrným věkem 63,0 let. Nejčetněji zastoupeno bylo ortopedické a dermatologické onemocnění. Do kategorie „vysoké riziko podvýživy“ bylo zařazeno 8 pacientů, a u dalších 7 pacientů bylo vyhodnoceno „střední riziko podvýživy“. Průměr získaného bodového hodnocení screeningovými nástroji u všech pacientů z oddělení CHIR v souboru odpovídal střednímu riziku podvýživy.

V souhrnném souboru respondentů (N=75) odpovídá věkový průměr 64,9 let. Nejvíce u pacientů byla zastoupena onemocnění ortopedická, dermatologická, a kardiovaskulární. Hodnotící příznaky screeningových nástrojů nejčastěji zachycovaly pacienty, kteří měli sníženou energii nebo chuť k jídlu, nechtěnou ztrátou hmotnosti, a přítomnosti objektivního klinického příznaku – sníženou sílu stisku ruky. Nástroj MEONF-II identifikoval u 27 pacientů vysoké riziko podvýživy, a u dalších 20 pacientů střední riziko podvýživy. Zbylé pacienty (n=28) zařadil do kategorie „žádné nebo nízké riziko podvýživy“. MEONF-II kategorizoval pacienty v průměru jako „ve středním riziku podvýživy“. Průměrná hodnota rizika podvýživy vyhodnocena pomocí vybraných nástrojů prokazovala přítomnost středního rizika podvýživy u celkového souboru respondentů v průzkumu.

Tabulka 1 *Charakteristika souboru pacientů*

Oddělení	Ženy	Muži	Věkový průměr	Délka hospitalizace	Kategorie onemocnění podle lékařské diagnózy	Přítomnost příznaků dle MEONF-II
DLP (n=25)	20	5	79,6 let	22,5 dní	Ortopedické, kardiovaskulární	Klinické příznaky, nechtěná ztráta hmotnosti
INT (n=25)	10	15	65,7 let	12,5 dní	Gastrointestinální, respirační	Energie/chuť k jídlu, klinické příznaky, nechtěná ztráta hmotnosti
CHIR (n=25)	12	13	63,0	7,6 dní	Ortopedické, dermatologické	Energie/chuť k jídlu, klinické příznaky, nechtěná ztráta hmotnosti
Celkový soubor (n=75)	42	33	64,9	14,3 dní	Ortopedické, kardiovaskulární, gastrointestinální	Energie/chuť k jídlu, klinické příznaky, nechtěná ztráta hmotnosti

Psychometrické vlastnosti vybraných nástrojů

Pro získání hodnot psychometrických vlastností musely být porovnány data (vyhodnocení rizika přítomnosti či nepřítomnosti podvýživy) získané pomocí vybraných screeningových nástrojů (MEONF-II, MNA-SF, HGS) a nástroje MUST (zlatý standard). Hodnotila se shoda/neshoda jednotlivých nástrojů s MUST v záchytu rizika podvýživy u celkového souboru respondentů (N=75). Psychometrické vlastnosti nástrojů jsou uvedeny v tabulce 2.

Tabulka 2 *Vybrané psychometrické vlastnosti nástrojů MEONF-II, MNA-SF, HGS ve vztahu ke zlatému standardu MUST*

Nástroj	Senzitivita	Specificita	Pozitivní prediktivní hodnota	Negativní prediktivní hodnota	Přesnost
MEONF-II	0,81	0,86	0,90	0,73	0,82
MNA-SF	0,81	0,89	0,93	0,73	0,84
HGS	0,71	0,64	0,71	0,64	0,68

V kategorizaci přítomnosti/nepřítomnosti rizika malnutrice u nástroje MEONF-II při porovnání s MUST dosahovala shoda 82,6 % (tj. byla dosažena u 62 pacientů). V 9 případech vyhodnotil MEONF-II pacienty jako v riziku podvýživy, a přitom MUST nikoliv. Opak byl zaznamenán u 4 zbylých pacientů. Téměř totožných výsledků bylo dosaženo i při porovnání MNA-SF a MUST. Výsledná shoda, tedy přesnost činila (84,0 %).

Shoda výsledků porovnání HGS a MUST nedosahovala tak vysokých hodnot, jako tomu bylo u předchozích nástrojů. V přítomnosti či nepřítomnosti podvýživy dosáhly zmíněné nástroje shody 68 % (tj. u 51 pacientů). U obou kategorií bylo vždy 12 pacientů, u kterých se jejich vyhodnocení lišilo.

Psychometrické vlastnosti jednotlivých nástrojů mohly být následně vypočítány díky výsledkům komparace s MUST. Senzitivita nástrojů MEONF-II a MNA-SF dosahuje 81 %. Specificita MEONF – II činila 86 % a u nástroje MNA-SF 89 %. Pozitivní prediktivní hodnota MEONF-II byla vypočítána na 90 %, a u MNA 93 %. Negativní prediktivní hodnotu měly stejně jako u senzitivity shodnou, a to 73 %. Přesnost MEONF-II dosahovala 82 %, a hodnota MNA-SF 84 %. HGS měl nižší hodnoty než oba předešlé nástroje. Senzitivita a pozitivní prediktivní hodnota odpovídala 71 % a specificita a negativní prediktivní hodnota 64 %.

Diskuze

Zjištěné výsledky ukazují, že není patrný výrazný rozdíl v hodnocení psychometrických vlastností mezi nástroji MUST a MNA-SF ani při porovnání MUST a MEONF – II. V celkem 9 případech vyhodnotil nástroj MEONF-II pacienty jako v riziku podvýživy, a přitom MUST nikoliv. Tento „přísnější“ záchyt pacientů může být způsoben právě hodnocením síly stisku ruky, který je u nástroje MEONF – II používán jako parametr objektivního hodnocení nutričního stavu. Guera et al [4] zdůrazňuje přínos HGS v tom, že naměřená hodnota síly stisku statisticky významně souvisí s predikcí délky hospitalizace. Do velké míry při výpočtu psychometrických vlastností škál závisí na tom, jaká škála je použita v roli „zlatého standardu“. Zjištěné výsledky v této studii mohou být ovlivněny tím, že některé hodnotící položky má MUST shodné s položkami MNA-SF (např. BMI a nechtěný váhový ubytek), ale i MEONF – II (nechtěný váhový úbytek, ale BMI rozděleno jinak podle věku).

Psychometrické vlastnosti HGS, pokud se použije jako screeningový nástroj samostatně, nedosahují dostatečných hodnot. Zejména na základě senzitivity a specificity na našem souboru respondentů jej nelze doporučit jako samostatný screeningový nástroj. Tato zjištění jsou v souladu s předchozími výzkumy [9; 10]. Avšak jak podle zmíněných studií, tak i na základě našich výsledků lze HGS považovat za komplementární nástroj, který vhodně doplňuje standardní nástroje pro hodnocení rizika malnutrice. Jeho úkol spočívá v odhalení zvýšeného rizika u specifických skupin osob, které mohou mít skrytou protein-energetickou malnutricí, která může být u pacientů maskována normální váhou nebo dokonce nadváhou. Avšak tito pacienti mohou mít větší podíl tělesné tukové tkáně namísto svaloviny. Značným přínosem pro klinické rozhodování o nutričních a dalších ošetřovatelských intervencích může být skutečnost, že snížení svalové síly zpravidla předchází ostatním příznakům poukazujícím na riziko vzniku malnutrice. Snížení svalové síly se projevuje ještě před úbytkem hmotnosti či objemu kosterní svaloviny [2]. Brzká identifikace těchto pacientů může vést k rychlejšímu a efektivnějšímu nastavení intervencí a následně k zachování a rozvinutí většího zdravotního potenciálu pacienta včetně jeho soběstačnosti.

Zjištění této studie jsou limitována skutečností, že výše uvedené screeningové nástroje mají některé subjektivně hodnotitelné položky a do určité míry podléhají zkreslení podle konkrétního hodnotitele. V budoucnu by bylo přínosné porovnat se screeningovými nástroji objektivní veličiny, jako například výsledky krevních odběrů (albumin, celkovou bílkovinu apod.).

Závěr

Využití měření síly stisku ruky lze v praxi využít, jako vhodnou doplňující metodu pro screening rizika podvýživy, která zvýší celkovou senzitivitu screeningu. Avšak je však třeba přihlédnout k dalším proměnným, které mohou ovlivnit sílu stisku ruky pacienta, například

k omezením spojeným s úrazy nebo onemocněními horních končetin pacientů v jejich anamnéze. Pro nízkou hodnotu specificity není vhodné používat HGS, jako samostatný nástroj bez zhodnocení dalších parametrů. Výhodou použití spolu s jiným standardizovaným nástrojem může být zejména záchyt pacientů, kteří nejsou v riziku vzniku malnutrice z důvodu nízkého BMI, avšak mají nižší podíl kosterní svaloviny.

Poděkování:

Konferenční příspěvek byl podpořen grantem KEGA 009KU-4/2022.
„Výživa a pohybová aktivita ako bazálne piliere starostlivosti o rizikových pacientov“

Reference:

[1] CHRÁSTECKÁ, Marie, Vít BLANAŘ a Jan POSPÍCHAL. Risk of malnutrition assessment in hospitalised adults: A scoping review of existing instruments. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2023, **32**(13-14), 3397-3411 [cit. 2023-06-28]. ISSN 0962-1067. Dostupné z: doi:10.1111/jocn.16470

[2] CEDERHOLM, T., G.L. JENSEN, M.I.T.D. CORREIA et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition* [online]. 2019, **38**(1), 1-9 [cit. 2021-10-04]. ISSN 02615614. Dostupné z: doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002

[3] KOHOUT, Pavel, ed. *Klinická výživa*. 1. vydání. Praha: Galén, 2021. ISBN 978-80-7492-555-9.

[4] GUERRA, Rita S., Isabel FONSECA, Fernando PICHEL, Maria T. RESTIVO a Teresa F. AMARAL. Usefulness of Six Diagnostic and Screening Measures for Undernutrition in Predicting Length of Hospital Stay: A Comparative Analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* [online]. 2015, **115**(6), 927-938 [cit. 2023-10-17]. ISSN 22122672. Dostupné z: doi:10.1016/j.jand.2014.11.015

[5] GUERRA, R S, I FONSECA, F PICHEL, M T RESTIVO a T F AMARAL. Handgrip strength cutoff values for undernutrition screening at hospital admission. *European Journal of Clinical Nutrition* [online]. 2014, **68**(12), 1315-1321 [cit. 2023-10-17]. ISSN 0954-3007. Dostupné z: doi:10.1038/ejcn.2014.226

[6] WESTERGREN, Albert, Erika NORBERG a Peter HAGELL. Diagnostic performance of the Minimal Eating Observation and Nutrition Form - Version II (MEONF-II) and Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002) among hospital inpatients - a cross-sectional study. *BMC Nursing* [online]. 2011, **10**(1) [cit. 2023-10-17]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: doi:10.1186/1472-6955-10-24

[7] CHRÁSTECKÁ, Marie. *Překlad a pilotní testování screeningového nástroje MEONF-II pro hodnocení rizika podvýživy*. Padubice, 2022. Dostupné také z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/79520/ChrasteckaM_PrekladPilotni_VB_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Vít Blanař.

[8] HAGELL, Peter, Steve SMITH a Albert WESTERGREN. Manual for translation and cultural adaptation of the Minimal Eating Observation and Nutrition Form – Version II (MEONF-II). *Kristianstad University Press* [online]. Kristianstad University, 2015, 1-32 [cit. 2023-10-17]. ISSN 1654-1421. Dostupné z: https://www.hkr.se/globalassets/avdelningar/forskning/pro-care/42---translation-manual-meonf-ii-2015.pdf

[9] SHARMA, Praveen, Abdul RAUF, Abdul MATIN, Rachit AGARWAL, Pankaj TYAGI a Anil ARORA. Handgrip Strength as an Important Bed Side Tool to Assess Malnutrition in Patient with Liver Disease. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology* [online]. 2017, **7**(1), 16-22 [cit. 2023-10-17]. ISSN 09736883. Dostupné z: doi:10.1016/j.jceh.2016.10.005

[10] MASSY-WESTROPP, Nicola M, Tiffany K GILL, Anne W TAYLOR, Richard W BOHANNON a Catherine L HILL. Hand Grip Strength: age and gender stratified normative data in a population-based study. *BMC Research Notes*. 2011, **4**(1). ISSN 1756-0500. Dostupné z: doi:10.1186/1756-0500-4-127

Kontakt:
Vítek Blanař
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
Pardubice

SKÚSENOSTI ZDRAVOTNÍKOV S POSKYTOVANÍM ODBORNEJ POMOCI VOJNOVÝM UTEČENCOM

Health Workers´ Experience With Providing Professional Care To War Refugees

Andrea Ševčovičová, Martin Mašek

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava,
Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi, Rožňava

Abstrakt

Úvod: Starostlivosť o vojnových utečencov z Ukrajiny sa stala hneď od začiatku kľúčovým problémom zdravotníckej praxe. V prvých dňoch od zahájenia inváze začali pod hrozbou ohrozenia života migrovať na Slovensko tisícky utečencov, ktorým pomocnú ruku medzi prvými podávali aj zdravotníci, bez predchádzajúcich skúseností s podobnou situáciou.

Cieľ: Zmapovať skúseností zdravotníckych pracovníkov s poskytovaním pomoci ukrajinským utečencom.

Metódy: Metódou zberu dát bol pološtruktúrovaný rozhovor so šiestimi zdravotníkmi, ktorí poskytovali odbornú pomoc v zdravotníckych zariadeniach a na hraničných priechodoch, ale prispeli aj individuálnymi formami pomoci ukrajinským utečencom. Zber dát sa uskutočnil v januári a februári 2023. Analýza dát sa realizovala prostredníctvom tematickej analýzy.

Výsledky: Pomáhať začali všetci respondenti ihneď po zahájení vojnového konfliktu. Jeden z nich pôsobil ako dobrovoľník v záchytnom tábore. Aktívni boli pri zabezpečovaní ubytovania a transportov, tiež pri organizovaní potravinových zbierok, materiálnej a inej humanitárnej pomoci. Väčšina zdravotníkov pôvodom z Ukrajiny mala príbuzných v zasiahnutých oblastiach. Na svojich pracoviskách pomáhali okrem poskytovania zdravotníckej starostlivosti tiež s tlmočením a prekladateľskými službami.

Záver: Zdravotníci pomáhajúci vojnovým utečencom sa realizovali pri výkone odbornej činnosti a tlmočení, ale zároveň pre nich vo voľnom čase organizovali ďalšiu pomoc. Veľmi ťažko niesli skutočnosť, že v ich domovskej krajine čelili ohrozeniu ich blízki príbuzní.

Kľúčové slová: Konflikt na Ukrajine. Poskytovanie pomoci utečencom. Skúsenosti zdravotníkov. Vojnoví utečenci.

Abstract:

Introduction: Care of war refugees from Ukraine became a key issue of health practice right from the beginning. In the first days after the invasion started, thousands of migrants whose lives were endangered started migrating to Slovakia; among the first, the helping hand was offered also by health workers, without any previous experience with a similar situation.

Aim: To map health workers 'experience with providing aid to Ukrainian refugees.

Methods: The method of data collection was a semi-structured interview with six health workers, who provided professional care in health care facilities and at border crossings, and they also contributed by individual forms of aid to Ukrainian refugees. The data collection took place in January and February 2023. The data analysis was carried out through thematic analysis.

Results: All the respondents began helping immediately after the start of the conflict. One of them acted as a volunteer in a detention camp. They were active in securing accommodation and transports, also organizing food collections, material, and other humanitarian aid. Most of the health workers with Ukrainian origin had relatives in the affected areas. Except providing health care, at their workplaces they also helped with translating and interpreting services.

Conclusion: Health workers helping war refugees performed professional activities and translations, but also in their free time organized other help. It was hard for them to bear the fact that their close relatives were facing the threat in their home country.

Keywords: Conflict in Ukraine. Providing aid to refugees. Health workers' experience. War refugees.

Úvod

Vyostrením napätia medzi Ukrajinou a Ruskou federáciou, ktorá sa vyhrocovala od roku 2014 došlo 24. februára 2022 k inváziu ruských ozbrojených síl na Ukrajinu (Spravodajstvo Európsky parlament, 2022). Táto udalosť vyústila do masívneho odchodu ukrajinského obyvateľstva z vojnou okupovaného územia. Vzhľadom na geografickú blízkosť a spoločnú hranicu so Slovenskou republikou boli ukrajinskí občania z obáv o vlastný život nútení opustiť svoj domov prekročením našej hranice. Za účelom hľadania dočasného alebo trvalého útočiska postihnutého obyvateľstva získali status utečencov. Jeleňová (2017) spresňuje, že utečencom sa rozumie osoba, ktorá je pod hrozbou ohrozenia života alebo zdravia nútená opustiť svoju krajinu.

Ihneď po začatí vojenského konfliktu a prílevom utečencov sa na našom území vytvorili záchytné tábory (tzv. hot spoty), ktoré slúžili na poskytnutie základnej materiálnej, sociálnej a zdravotnej starostlivosti (Ministerstvo vnútra SR, 2022). Prvé hot spoty boli zriadené vo

Vyšnom Nemeckom, v Ubli a v Uliči. Svoje služby utečencom začali poskytovať 28. februára 2022. V tento deň bol zriadený ďalší hot spot na hraničnom priechode Veľké Slemence. Niektorí utečenci vyžadovali poskytnutie zdravotnej starostlivosti priamo na hraničnom priechode. Ďalšou skupinou boli utečenci s chronickými zdravotnými ťažkosťami. Zdravotníci sa stretávali aj s potrebou hospitalizácie utečencov (Mašek, 2023). Občania unikajúci pred vojnou dostali na Slovensku potrebnú zdravotnú starostlivosť. Osoby so statusom azylanta mali zdravotnú starostlivosť plne preplácanú z verejného zdravotného poistenia. Žiadateľom o azyl alebo o dočasné útočisko vznikla nárok na neodkladnú a potrebnú indikovanú zdravotnú starostlivosť (MZ SR, 2022). Podľa vyjadrení Všeobecnej zdravotnej poisťovne, po vyše dvoch mesiacoch od zahájenia vojenského konfliktu na Ukrajine vyhľadali utečenci lekársku starostlivosť na Slovensku najčastejšie kvôli ochoreniam obehovej sústavy, nádorom, z dôvodu poranení, otravy či iných následkov vonkajších príčin. Utečenci vyhľadávali lekára aj kvôli infekčným a parazitárnym ochoreniam alebo ženy v dôsledku tehotenstva, pôrodu a šestonedelia (Pravda, 2022).

Pri ošetrovaní utečencov bol zdravotnícky personál konfrontovaný s problémami, ktoré súviseli s jazykovou bariérou. Ako uvádzajú Andraščíková, Ferko (2023, s.18), ošetrovanie cudzincov je z pohľadu porozumenia jazyka náročné. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti musí ošetrujúci rešpektovať aj súčasné emocionálne rozpoloženie vojnových utečencov, schopnosť zvládania stresujúcej situácie z poškodenia zdravia, riešenia osobnej finančnej záťaže a nejasnej budúcnosti. Slovensko preukázalo veľkú solidárnosť pri poskytovaní humanitárnej pomoci pre vojnových utečencov, zabezpečení dostupnosti zdravotnej starostlivosti a vytvorenia podmienok pre získanie statusu azylanta či dočasného útočiska.

Cieľ štúdie

Cieľom štúdie bolo zmapovať skúseností zdravotníckych pracovníkov s poskytovaním pomoci ukrajinským utečencom a zistiť, aké dôsledky zanechali na zdravotníkoch osobné skúseností s poskytovaním pomoci ukrajinským utečencom.

Metodika štúdie

Metódou zberu údajov bol pološtrukturovaný rozhovor, ktorého obsah sa zaznamenával prostredníctvom diktafónu. Zber dát sa uskutočnil v mesiacoch január – február 2023 na základe vopred dohodnutých podmienok v domácom prostredí alebo na pracovisku respondentov. Dĺžka trvania jednotlivých rozhovorov sa pohybovala od 35 do 45 minút. Respondenti boli vopred informovaní aj o účele štúdie a ubezpečení o možnosti kedykoľvek odstúpiť z jej realizácii bez znášania akýchkoľvek dôsledkov zo strany autorov. Účasť na štúdii bola dobrovoľná, zahájeniu rozhovorov predchádzalo podpísanie informovaného súhlasu s účasťou na štúdii. Po prepise rozhovorov sa dáta analyzovali prostredníctvom tematickej

analýzy triedením do blokov, formulovaním tém a subtém, hľadaním spojitostí a následným priradením odpovedí k jednotlivým témam a subtémam.

Prieskumný súbor

Výber respondentov z okolia autorov štúdie bol zámerný. Kritériami zaradenia do štúdie sa stala ochota spolupracovať, výkon zdravotníckeho povolania na Slovensku, poskytovanie zdravotnej starostlivosti komunite utečencov počas migrácie zapríčinenej vojnou na Ukrajine/poskytovanie humanitárnej alebo iných foriem pomoci utečencom mimo pracoviska. Kvalitatívnej štúdie sa zúčastnili šiesti respondenti, ktorých v príspevku prezentujeme kódovým označením R1 – R6. Išlo o štyri ženy a dvoch mužov vo vekovom rozmedzí od 29 do 56 rokov. Bližšiu charakteristiku respondentov uvádzame v tabuľke 1.

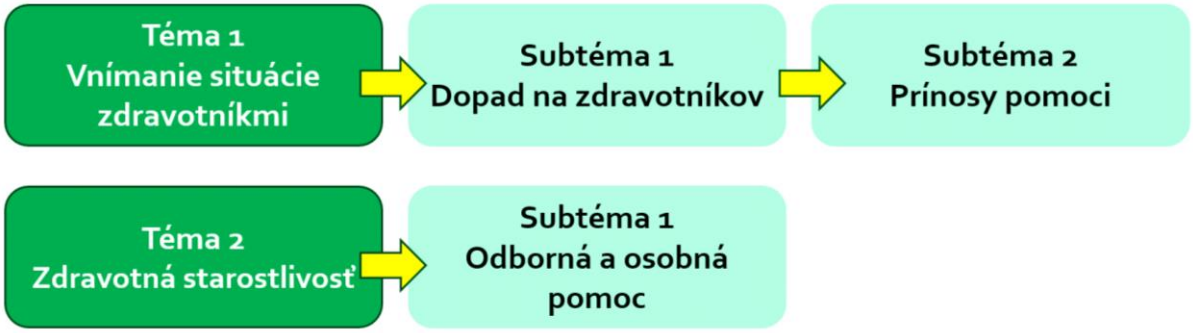
***Tab. 1** Charakteristika respondentov štúdie*

Proband	Vek	Pracovná pozícia	Miesto pôsobenia	Zasiahnutie udalosťami vojnového konfliktu
R1/muž	32	záchranár	Banská Bystrica	dobrovoľník - záchytný tábor Ubľa, poskytnutie ubytovania
R2/žena	33	lekár	Banská Bystrica	prekladateľské služby, tlmočenie, pomoc s ubytovaním, transportami
R3/žena	29	sestra	Banská Bystrica	príbuzní v zasiahnutých oblastiach, rodičovská dovolenka
R4/žena	49	praktická sestra	Spišská Nová Ves	príbuzní v zasiahnutých oblastiach, pomoc s ubytovaním, transportami
R5/žena	40	sestra	Banská Bystrica	príbuzní v zasiahnutých oblastiach
R6/muž	56	lekár	Spišská Nová Ves	tlmočenie

Zdroj: vlastné spracovanie

Výsledky a diskusia

Pre účely tohto príspevku predkladáme zistenia, ktoré sme formulovali do témy 1 Vnímanie situácie zdravotníkmi a témy 2 Zdravotná starostlivosť. Súhrnne znázornenie týchto tém ilustruje obrázok 1.



Obr. 1 *Znázornenie vybraných tém a subtém z analyzovaných dát*

Zdroj: vlastné spracovanie

Na Slovensku pracuje komunita zdravotníkom pôvodom z Ukrajiny, ktorí situáciu v domovskej krajine prijali veľmi citlivo so strachom o budúcnosť svojich blízkych. Avšak nie len oni, ale aj zdravotníci pôvodom zo Slovenska vnímali túto situáciu ako deprimujúcu, čo potvrdili viacerí vo svojich výpovediach pri prezentácii subjektívneho vnímania jednotlivých dôsledkov (R1): *„Cítil som zármutok, frustráciu, pocit beznádeje. Sklamanie z fungovania moderného sveta, kde by k takýmto udalostiam nemalo dochádzať. Taktiež moja rodina sa obávala aj o svoju bezpečnosť a o budúcnosť.“* Strach zo situácie prežívala aj ďalšia respondentka (R2), ktorá uvádza: *„Bezprostredne ma táto situácia zasiahla strachom o svojich príbuzných a blízkych. Mám tetu a jej celu rodinu - troch synov a každý ma manželku, deti, dokonca jeden má už vnuka v Kyjeve, ktorí tam boli vo februári a marci. Aj keď bezprostredne neboli zasiahnuté ich domovy, skrývali sa v pivnici a jedna raketa spadla neďaleko ich domu.“* Silné emócie z celej situácie prejavila aj sestra, ktorá má príbuzných na Ukrajine (R3): *„Strach a plač je asi vyjadrením, ako sa ma dotkla vojna.“* Situáciu aj skoro rok po zahájení konfliktu (vzhľadom na obdobie zberu dát našej štúdie) veľmi citlivo vníma lekár, ktorý potvrdzuje nepriaznivé dôsledky na psychiku (R6): *„Veľmi ťažko sme to znášali psychicky. Zle sa o tom rozpráva.“*

Ako uvádza Mašek (2022), zdravotnícki pracovníci vnímali veľmi citlivo situáciu na ozbrojeným konfliktom postihnutej Ukrajine, jej devastačné následky na obyvateľstvo a bezprostredné ohrozenie svojich rodín a blízkych osôb. Neskrývali strach, frustráciu a obavy o životy a zdravie blízkych. V svojich vyjadreniach prezentovali obavy o rozšírenie ozbrojeného konfliktu ďalej na západ. Vyjadrovali nesúhlas s konfliktom, poukazovali na jeho ničivé následky a zhodli sa na nezmyselnosti tohto ozbrojeného ničivého aktu. Boli vďační za možnosť pomáhať utečencom z Ukrajiny, čo len vyzdvihuje povahu ich profesie. Umocnenie spokojnosti bolo ovplyvnené štátnou príslušnosťou zdravotníckeho pracovníka. V subtéme 2 Prínosy pomoci sa naši respondenti zhodli na tom, že sa cítili byť potrební a z pomoci utečencom majú dobré pocity: *„Vždy som mala pocit radosti, keď som mohla aspoň trochou pomôcť v ich ťažkej životnej situácií.“* (R5)

„Cítila som malé uspokojenie, keď sa mi podarilo pomôcť jednotlivcom v našej nemocnici.“ (R2)

V rámci prezentácie vyjadrení v subtéme 2 Zdravotná starostlivosť sme zistili, že slovenskí zdravotníci a zdravotníci pôvodom z Ukrajiny pracujúci na Slovensku sa k pomoci utečencov postavili komplexne a ich situáciu neriešili len v rámci svojho pracovného času, ale snažili sa pomôcť aj individuálnymi aktivitami ako napríklad tlmočením, pomocou s tranzitom, informovaním verejnosti o aktuálnych potrebách v rámci sociálnych sietí, organizovaním zbierok, finančnými prostriedkami. Činnosť zdravotníkom pokračovala aj po zvládnutí hlavného náporu súvisiaceho s príchodom utečencov. Niektorí poskytli utečencom ubytovanie (R1): *„Priamo s utečencami som sa dostal do kontaktu v mojej práci a keď bývali u mňa doma. Ubytovali sme v podkroví dve ukrajinské ženy s dvomi deťmi. Spolupracoval som pri zbierke humanitárnej pomoci pre utečencov. Pomáhal som pri zbierke zdravotníckych potrieb pre postihnuté oblasti na Ukrajine.“* Vzhľadom na jazykovú bariéru bolo žiaduce zabezpečiť prekladateľov z ukrajinského jazyka. Veľmi nápomocní boli študenti pôvodom z Ukrajiny študujúci na našich univerzitách a zvlášť ak išlo o študentov zdravotníckych odborov. Takúto pomoc ocenili nielen ukrajinskí utečenci, ale aj slovenskí zdravotníci, ktorým prítomnosť tlmočiacej osoby uľahčila spoluprácu s pacientami. Podľa Bednárikovej (2023) môže jazyková bariéra umocnená kultúrnym šokom a stresujúcou situáciou po náhlom odchode z domovského prostredia predstavovať problém pri poskytovaní ošetrovateľskej a gynekologicko – pôrodníckej starostlivosti. Respondenti hovoriaci ukrajinským alebo ruským jazykom (R2, R3, R4, R5, R6), poukazovali na pocit úľavy a upokojenia, ktorý zažívali utečenci z Ukrajiny, keď zistili, že zdravotník s ktorým sú v kontakte hovorí ich rodným jazykom, alebo pochádza priamo z Ukrajiny. Piati zo šiestich respondentov sa podieľali na prekladateľskej činnosti utečencom. S prekladmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti mala skúsenosť aj R2: *„Pomáhala som poväčšine prekladať pre utečencov informované súhlasy v nemocnici, taktiež prepúšťacie správy z ukrajinčiny do slovenčiny. V menšej miere som pomáhala s organizáciou pomoci pre utečencov a transportovaní. Na začiatku bolo veľmi veľa ochoty pomôcť a vznikal občas chaos, potom to už malo peknú štruktúru. Utečencov, ktorí boli u nás hospitalizovaní som sa snažila podporiť aj psychicky formou možnosti sa porozprávať.“* Iný lekár (R6) podobne uľahčoval prácu zdravotníkov v súvislosti s tlmočením: *„Riešil som hlavne v nemocnici kontakty s utečencami, v zmysle pomoci v komunikácii so slovenskými lekármi a ostatným zdravotníckym personálom. Okrem toho som pomáhal vybaviť ubytovanie, a s adaptáciou.“* Ako veľmi aktuálna sa ukázala pomoc pri ďalšom nasmerovaní utečencov (R5): „*Snažila som sa pomôcť v prelomení jazykovej bariéry, vo finančnej pomoci, hľadala som kontakty pre dočasné ubytovanie, stravu a náhradné oblečenie, kontakty na charitatívne miesta. Niekedy sme odniesli potraviny a teplé oblečenie do centra pomoci a charity ako väčšina nášho obyvateľstva.“* Niektorí zdravotníci pôvodom z Ukrajiny sa snažili pomáhať

utečencom organizovaním pomoci už od prekročenia hranice (R4): *„S manželom som zabezpečovala prevoz Ukrajincov z hraníc do miesta môjho bydliska a okolia. Taktiež sme prispievali materiálne a finančne.“*

Terénne skúseností zdravotníckych pracovníkov boli kumulované okrem všetkých hraničných priechodov najmä do hot spotov – Ubľa, Vyšné Nemecké a Veľké Slemence, kde boli na začiatku utečenci sústreďovaní. Výsledky nášho šetrenia potvrdili, že zdravotnícki pracovníci neposkytovali len zdravotnú starostlivosť, ale v rámci pomoci utečencom sa venovali aj materiálnej a potravinovej pomoci, zabezpečovali prístup k voľnopredajným liekom, pomáhali s transportom potrebného materiálu, prevozom utečencov na ďalšie možné miesta pobytu, finančne prispievali na zbierky podporujúce utečencov z Ukrajiny a v prípade potreby sa realizovali v tlmočníckej a prekladateľskej činnosti.

Záver

Napriek minimálnym skúsenostiam s poskytovaním zdravotnej starostlivosti vojnovým utečencom výsledky nami realizovanej štúdie potvrdili pohotové reakcie odborného personálu a snahu realizovať sa v rámci humanitárnej pomoci mimo zdravotníckeho zariadenia. Zdravotníci pôvodom z Ukrajiny využili znalosť jazyka utečencov v prospech poskytovanej starostlivosti a pri zmierňovaniu obáv ošetrovaných pacientov. Cítili strach o príbuzných na Ukrajine a intenzívnu potrebu pomáhať aj mimo zdravotníckych zariadení, čo prezentovali zapojením sa do potravinovej pomoci, zabezpečovaním ubytovania, organizovaním transportov a inou humanitárnou pomocou.

Zoznam použitej literatúry

1. ANDRAŠČÍKOVÁ, Ľ., FERKO, M. 2023. Špecifiká poskytovania dentálnej starostlivosti u pacientov – utečencov z Ukrajiny. In VANSAČ, P., CZARNECKI, P. (Eds.): *Zborník z IX. Medzinárodnej vedeckej konferencie, „Humanitárna pomoc pre Ukrajinu a intervencie (skúsenosti) profesionálnych a dobrovoľníckych tímov s utečencami z Ukrajiny“*, Michalovce 11. november 2022, Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska Warszawa 2023, s.15-19. ISBN 978-83-964214-5-6.
2. BEDNÁRIKOVÁ, M. 2023. Multikultúrna ošetrovateľská starostlivosť o migrantov Rešpektovanie ich náboženských a kultúrnych zvyklostí. In VANSAČ, P., CZARNECKI, P. (Eds.): *Zborník z IX. Medzinárodnej vedeckej konferencie, „Humanitárna pomoc pre Ukrajinu a intervencie (skúsenosti) profesionálnych a dobrovoľníckych tímov s utečencami z Ukrajiny“*, Michalovce 11. november 2022, Collegium Humanum – Szkoła Główna Menedżerska Warszawa 2023, s.78-56. ISBN 978-83-964214-5-6.

3. JELEŇOVÁ, I. 2017. *Interkultúrne interakcie a migrácia – Vybrané aspekty problematiky*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2017. 106 s. ISBN 978-80-8125-555-1.
4. MAŠEK, M. 2023. *Starostlivosť o utečencov ako problém ošetrovateľskej praxe.* Rožňava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o. Bratislava, Detašované pracovisko Bl. Sáry Salkaházi Rožňava, 2023. Bakalárska práca. Vedúci bakalárskej práce: PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH. 46 s.
5. MZ SR. 2022. *Vojnoví utečenci z Ukrajiny majú zabezpečenú zdravotnú starostlivosť*. [online] 07.03.2022 [cit. 2023-10-30] Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Clanok?Vojnovi-utecenci-z-Ukrajiny-maju-zabezpecenu-ZS
6. PRAVDA. 2022. Pre aké problémy najčastejšie vyhľadávajú starostlivosť utečenci z Ukrajiny? [online] 10.06.2022 [cit. 2023-10-30] Dostupné na: https://zdravie.pravda.sk/zdravie-a-prevencia/clanok/630008-pre-ake-problemy-najcastejsie-vyhladaju-zdravotnicku-pomoc-utecenci-z-ukrajiny/
7. Spravodajstvo Európsky parlament. 2021. Spravodajstvo - *Čo sú príčiny napätých vzťahov medzi EÚ a Ruskom?* [online] 04.02.2021, 24.02.2022 [cit. 2022-06-20] Dostupné na: https://www.europarl.europa.eu/news/sk/headlines/world/20210128STO96606/co-je-pricinou-napatych-vztahov-medzi-eu-a-ruskom

Kontakt:
PhDr. Andrea Ševčovičová, PhD., MPH
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi
Kósu Schoppera 22
048 01 Rožňava
E-mail: ada.sevcovicova@gmail.com

PROGRAM EDUKACYJNO-ZDROWOTNY "WCZESNA REHABILITACJA OKOŁOPORODOWA"

"Early Perinatal Rehabilitation" Educational and Health Program

Kinga Żurawska vel Dziurawiec[1], Ewa Buczko[1,2], Wanda Radymska[3]

[1]Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, humanistycznych i Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu, ul. Książąt Lubomirskich 6, 37-700 Przemyśl

[2]Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, Kliniczny Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej.

[3]Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, Zakład Rehabilitacji.

Streszczenie

Program edukacyjno-zdrowotny "Wczesna rehabilitacja okołoporodowa" jest realizowany w Wojewódzkim Szpitalu im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, w Klinicznym Oddziale Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej. Jego podstawowym celem jest pozytywne, a więc skuteczne i efektywne wzmocnienie aparatu mięśniowo-szkieletowego, głównie obręczy miednicznej i mięśni dana miednicy, zintegrowane z opieką położniczo-ginekologiczną sprawowaną nad kobietą podczas ciąży, porodu i połogu.

Program zakłada m.in.: przygotowanie kobiety do korzystania z pozycji wertykalnych podczas porodu, nauczenie swobodnego oddechu, omówienie profilaktyki poporodowej, pozycji odciążających, bezpiecznych sposobów zmiany pozycji, ochrony krocza, omówienie i odpowiednio wczesne wdrożenie rehabilitacji uroginekologicznej. Skierowany jest do wszystkich kobiet po porodach naturalnych i zabiegowych, zagrożonych nietrzymaniem moczu, mających problemy z powrotem do formy sprzed ciąży.

Słowa kluczowe: Program zdrowotny. Opieka okołoporodowa. Rehabilitacja.

Summary

The educational and health program "Early perinatal rehabilitation" is implemented at the Provincial Hospital. Saint Padre Pio in Przemyśl, in the Clinical Department of Gynecology and Obstetrics with the Sub- Department of Gynecological Oncology. Its basic goal is to positively, and therefore effectively and efficiently, strengthen the musculoskeletal system, mainly the pelvic girdle and pelvic muscles, integrated with obstetric and gynecological care provided to women during pregnancy, childbirth and postpartum.

The program includes: preparing women to use vertical positions during childbirth, teaching them how to breathe freely, discussing postpartum prevention, relief positions, safe ways to change positions, protecting the perineum, discussingand early implementation of urogynecological rehabilitation. It is addressed to all women after natural and surgical childbirth, at risk of urinary incontinence, and having problems returning to their pre-pregnancy shape.

Keywords: Health program. Perinatal care. Rehabilitation.

Wstęp

Siła układu mięśniowo-szkieletowego podczas ciąży, w okresie okołoporodowym oraz podczas połogu poporodowej są przedmiotem wielu dyskusji i analiz. Możliwość pozostania aktywnym w czasie ciąży i po jej zakończeniu zapewnia znaczne korzyści fizjologiczne, niezależnie od wcześniejszego statusu rozciągnięcia i wytrenowania mięśni.

Z medycznego punktu widzenia aktywność fizyczna w czasie ciąży zmniejsza ryzyko rozwoju takich schorzeń, jak cukrzyca ciążowa, stan przedrzucawkowy, nadciśnienie, depresja, oraz nietrzymanie moczu w okresie prenatalnym i poporodowym. Podczas ciąży ciało przechodzi wiele zmian, które cofają się po porodzie, organizm ma czas na regenerację. Proces ten trwa od dziewięciu do dwunastu miesięcy, niezależnie od tego w jaki sposób zakończyła się ciąża. Optymalnie byłoby gdyby rekonwalescencji poporodowa zakończyła się przywróceniem sprawnego oddychania, normalnej funkcji mięśni dna miednicy i kanału rodnego oraz normalnej postawy stojącej, gdyż w czasie ciąży kobieta przyjmuje postawę „kołysaną" – szczególnie z przesadnym wygięciem w dolnej części pleców (aby zrównoważyć ciężar dziecka). Jest to możliwe dzięki ćwiczeniom mającym na celu przywrócenie siły tułowia – czyli mięśni brzucha, mięśni dna miednicy i mechaniki oddychania – pozwalają organizmowi przywrócić skuteczną kontrolę mięśni i zminimalizować ryzyko przewlekłego bólu, problemów z pęcherzem i/lub jelitami. Dlatego też należałoby organizm kobiety ciężarnej przygotować do tego, aby po porodzie dochodziło do pełnej rekonwalescencji. Jest to możliwe dzięki szeroko rozumianej rehabilitacji okołoporodowej, która ma za zadanie przede wszystkim:

- Przygotowanie mięśni dna miednicy oraz krocza do porodu
- Zminimalizowanie wystąpienia bóli kręgosłupa i miednicy w ciąży, w tym rozejścia spojenia łonowego, zespołu mięśnia gruszkowatego
- Przygotowanie kobiety do korzystania z pozycji wertykalnych podczas porodu
- Omówienie niefarmakologicznych metod bólu porodowego
- Nauczenie swobodnego oddechu

- Omówienie profilaktyki poporodowej, pozycji odciążających, bezpiecznych sposobów zmiany pozycji, ochrony krocza
- Omówienie i odpowiednio wczesne wdrożenie rehabilitacji uroginekologicznej umożliwiającej zapobieżenie lub zminimalizowanie takich powikłań jak: poporodowe nietrzymanie moczu, poporodowe nietrzymanie stolca i gazów, zaburzenia mięśni odbytu, wulwodynia (ból w okolicy wejścia do pochwy spowodowany patologicznym napięciem mięśni), zaburzenia współżycia po ciążach, porodach drogami natury i po cięciu cesarskim (dyspareunia-bolesne współżycie płciowe).

Adresatki programu

Wczesną rehabilitacją okołoporodową należy objąć kobiety:

- w ciąży cierpiące na bóle pleców, rwę kulszową, hemoroidy, obrzęki, przeciążenia stawów, bóle nóg, obrzęki nadgarstków, bóle głowy, bóle szyi, bóle krzyża
- po porodzie naturalnym i po cięciu cesarskim
- z wysiłkowym nietrzymaniem moczu
- z oddzieleniem mięśnia prostego brzucha
- z oddzieleniem spojenia łonowego
- z bólem pleców
- wymagające kinesiotapingu przy bólach pleców, bólu w obrębie miednicy mniejszej, po nacięciu krocza i rozdarciu, po cięciu cesarskim
- wymagające profilaktyki zaburzeń statycznych (obniżenie narządu rodnego i wypadanie narządu rodnego) oraz nietrzymania moczu.

Cel programu

Podstawowym celem tego programu jest pozytywne, a więc skuteczne i efektywne wzmocnienie aparatu mięśniowo-szkieletowego, głównie obręczy miednicznej i mięśni dana miednicy, zintegrowane z opieką położniczo-ginekologiczną sprawowaną nad kobietą podczas ciąży, porodu i połogu.

Cele szczegółowe:

Kształtowanie umiejętności, postaw i nawyków w zakresie:

- dbałości o własny układ szkieletowo-mięśniowy,
- utrzymania prawidłowej postawy ciała,
- znaczenia aktywności ruchowej dla zachowania zdrowia fizycznego i psychicznego,
- przestrzegania zasad prawidłowego odżywiania się (regularność i urozmaicenie posiłków, produkty mleczne, owoce, surówki),
- korzystania z aktywnych form wypoczynku,

- profilaktyki dysfunkcji mięśni dna miednicy – możliwości zapobiegania przeciążeniom mięśni i stawów
- mobilizacji do wczesnego rozpoczęcia fizjoterapii połogowej
- kształtowania prozdrowotnych nawyków.

Metody umożliwiające realizację programu:

- wykład na temat powrotu do aktywności fizycznej kobiet po porodzie
- pogadanka na temat roli fizjoterapii w opiece nad kobietą w okresie okołoporodowym
- instruktaż prawidłowego wzorca pracy mięśni dna miednicy (pomoc w przygotowaniu się do pionizacji i chodzenia).

Miejsce realizacji:

Wojewódzki Szpital im. Św. Ojca Pio w Przemyślu, Kliniczny Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej.

Realizacja programu:

1. Podstawa to postawa – wyprostowana sylwetka u wszystkich ciężarnych, po porodzie.
2. Fizjoterapeuta po konsultacji wspomaga ćwiczenia indywidualne, masaże, terapię manualną, terapię taśmą – kinesiotaping. W czasie ciąży położna oraz fizjoterapeuta przygotowują pacjentkę do porodu (m.in. nauka oddychania, pozycje porodowe, uśmierzanie bólu, zasady prawidłowej pozycji do karmienia, profilaktyki bólów pleców, przygotowanie do ćwiczeń mięśni dna miednicy, które należy rozpocząć zaraz po porodzie, profilaktyka zrostów po porodzie naturalnym i cięciu cesarskim, terapia igłowa przy przeciążeniach mięśni). Ćwiczenia mięśni dna miednicy zalecane są zaraz po porodzie – tylko doświadczony fizjoterapeuta jest w stanie prawidłowo zdiagnozować dysfunkcję mięśni i ustalić plan terapii: ćwiczenia i elektrostymulacja.
3. Kobiety z wysiłkowym nietrzymaniem moczu po ciążach i porodach naturalnych m.in. po ciążach oraz porodach drogami natury, u których WNN po porodzie ma charakter fizjologiczny, a jeśli utrzymuje się dłużej niż 4 miesiące po porodzie, wymagają rehabilitacji uroginekologicznej.
4. U pacjentek po cieciu cesarskim fizjoterapeuta stosuje łączone techniki mobilizacji blizn: terapię manualną, terapię powięziową, masaż oraz suche igłowanie. Ustalany jest plan leczenia i nauczany autoterapii blizn krocza i blizn po cięciu cesarskim. Profilaktyka zrostów jest zalecana bezterminowo, do końca życia, ponieważ blizny z wiekiem ulegają zwłóknieniu.

5. Rehabilitant uroginekologiczny jest w stanie zdiagnozować problemy z kroczem m.in. rozwarcie krocza, pęknięcie szwów po nacięciu krocza oraz skierowanie na ewentualną korektę chirurgiczną.
6. U wszystkich pacjentek zachęcanie do stosowania podnóżka w toalecie - rozluźnienie dna miednicy i więzadła odbytowo – odbytniczego.

Ewaluacja programu, spodziewane efekty:

a. Korzyści dla pacjentek

1. prawidłowe napięcie i siła mięśni całego ciała, ale przede wszystkim, mięśni dna miednicy, które w czasie właściwie wykonywanej aktywności fizycznej stają się lepiej napięte, odżywione i elastyczne;
2. lepsze dotlenienie i odżywienie tkanek organizmu;
3. zwiększenie wydolności wielonarządowej;
4. poprawa mobilności mięśni i stawów;
5. mniejszy odsetek nacięć i pęknięć krocza;
6. redukcja stresu;
7. ergonomia zachowań w czasie opieki nad dzieckiem;
8. zwiększenie świadomości na temat profilaktyki obniżeń narządów miednicy mniejszej i nietrzymania moczu;
9. szybszy powrót do sprawności sprzed ciąży i porodu;
10. wykorzystanie nabytych umiejętności przy podnoszeniu się i wstawaniu z łóżka, prawidłowym kaszlu i kichaniu,
11. opanowanie właściwego wzorca pracy mięśni dna miednicy.

b. Korzyści dla szpitala

1. realizacja praw pacjenta, przez co szpital zyskuje wizerunek jednostki przyjaznej dla pacjentki;
2. promocja szpitala poprzez umieszczenie informacji o realizacji programu;
3. wprowadzenie programu dostarcza wiedzy na temat działań dla poprawy jakości opieki zdrowotnej;
4. podnoszenie jakości opieki okołoporodowej przez upowszechnianie europejskich standardów z zastosowaniem fizjoterapii;
5. wprowadzenie możliwości przemian w opiece nad pacjentką;
6. poprawa satysfakcji pacjentek z całego procesu hospitalizacji;
7. konkurencyjność szpitala.

Piśmiennictwo:

1. MOTTOLA M.F., DAVENPORT M.H., RUCHAT S.M. i in. 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. British Journal of Sports Medicine. [online]. 2018, Vol. 52, Iss. 21, pp. 1339-1346. [dostęp 18 października 2023].doi:10.1136/bjsports-2018-100056.
2. BØ K., ARTAL R., BARAKAT R. i in. Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes: 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting, Lausanne. Part 2—the effect of exercise on the fetus, labour and birth British Journal of Sports Medicine. [online]. 2016, Vol. 50, Iss. 21, pp.1297-1305. [dostęp 20 października 2023]. doi:10.1136/bjsports-2016-096810.
3. MACDONALD L.A., WATERS T.R., NAPOLITANO P.G. i in. Clinical guidelines for occupational lifting in pregnancy: evidence summary and provisional recommendations. American Journal of Obstetrics & Gynecology. [online]. 2013, Vol. 209, Iss. 2, pp. 80-88. [dostęp 19 października 2023]. doi:10.1016/j.ajog.2013.02.047].
4. GÜRŞEN C., İNANOĞLU D., KAYA S., AKBAYRAK T. i in. Effects of exercise and Kinesio taping on abdominal recovery in women with cesarean section: a pilot randomized controlled trial. Archives of Gynecology and Obstetrics. [online]. 2016 Vol. 293, Iss. 3, pp. 557-65. [dostęp 19 października 2023]. doi: 10.1007/s00404-015-3862-3.

Kontakt:

dr n.med. Kinga Żurawska vel Dziurawiec
Instytut Ochrony Zdrowia, Wydział Nauk Społecznych, humanistycznych i Ochrony Zdrowia
Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Przemyślu
ul. Książąt Lubomirskich 6
37-700 Przemyśl
E-mail: k.zurawska32@wp.pl

VZŤAH HLBOKÉHO STABILIZAČNÉHO SYSTÉMU S DÔRAZOM NA AKTIVITU A REAKTIVITU SYMPATIKU A PARASYMPATIKU

The Relationship of the Deep Stabilization System with an Emphasis on Sympathetic and Parasympathetic Activity and Reactivity.

Silvia Pilarčíková, Alexandra Melišová, Peter Mačej

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva; Katedra fyzioterapie

Abstrakt

HSS môžeme taktiež nazývať ako jadro tela, alebo tzv. „rám opory“. Je to systém svalov, ktorého aktivácia zabezpečuje stabilitu a spevnenie axiálneho systému a neutrálnu polohu chrbtice a panvy pri pohybe. Autonómny nervový systém riadi činnosť vnútorných orgánov, resp. hladkých svalov, myokardu a žliaz, to znamená že je nepostrádateľný pre udržanie stáleho vnútorného prostredia. Hlavným cieľom bolo posúdiť vplyv hlbokého stabilizačného systému na aktivitu a reaktivitu sympatika a parasympatika. U 80 respondentov sme hodnotili hlboký stabilizačný systém a variabilitu srdcovej frekvencie. Hodnoty meraní boli vždy pred a po rehabilitácii zameranej na HSS. Pomocou neparametrických testov hodnotili spojenie týchto dvoch súčastí ľudského tela a ich vzájomný vplyv. Najskôr sme pomocou One-Sample kolmogorov-Smirnov test zhodnotili jednotlivé komponenty a potom pomocou Descriptive Statistics zhodnotili ich negative a positive rank. Zhodnotenie poukázala že približne polovici sa hodnoty zlepšili a polovici respondentov zhoršili. Hodnota p v tomto prípade vyššia, čiže sa rozdiel u respondentov pred a po rehabilitácii nepotvrdil.

Kľúčové slová: Autonómny nervový systém. Hlboký stabilizačný systém. Variabilita srdcovej frekvencie.

Abstract:

HSS can also be referred to as the core of the body or the so-called "frame of support." It is a system of muscles whose activation ensures stability and reinforcement of the axial system, maintaining a neutral position of the spine and pelvis during movement. The autonomic nervous system controls the activity of internal organs, including smooth muscles, the myocardium, and glands, making it essential for maintaining a stable internal environment. The primary goal was to assess the impact of the deep stabilization system on the activity and reactivity of the sympathetic and parasympathetic nervous systems. We evaluated the deep

stabilization system and heart rate variability in 80 respondents. Measurement values were taken before and after rehabilitation focused on the HSS. Non-parametric tests were used to assess the connection between these two components of the human body and their mutual influence. Initially, we used the One-Sample Kolmogorov-Smirnov test to evaluate individual components, and then we used Descriptive Statistics to assess their negative and positive ranks. The evaluation showed that approximately half of the values improved, while the other half of the respondents showed deterioration. The p-value in this case was higher, indicating that there was no significant difference between the respondents before and after rehabilitation.

Keywords: Autonomic nervous system. Deep stabilization system. Heart rate variability.

Cieľ práce: Hlavným cieľom práce je posúdenie vplyvu Hlbokého stabilizačného systému vo vzťahu k autonómnemu nervovému systému.

Metodika výskumu a prieskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorilo 80 respondentov, priemerný vek respondentov je 42 rokov, z toho bolo do výskumu zahrnutých 42 mužov a 38 žien. Zber dát bol zámerný a prebiehal od januára 2021 do februára 2023. Metódy využité pri výskume boli zložené z dvoch meraní. Ako prvé bolo hodnotenie stavu hlbokého stabilizačného systému vykonávaním týchto testov: extenčný test, flekčný test, bráničný test, test vnútro-brušného tlaku a vyšetrenie stereotypu dýchania. Všetkých pacientov sme vyšetrovali všetkými testami vyššie spomenutými, ale už pri prítomnosti oslabenia u ktoréhokoľvek testu bol pacient zaradený do výskumu. Hodnotenie sme zapisovali do nami vypracovaného hodnotiaceho hárka. Pacientov sme následne urobili meranie pomocou VFS- meranie variability frekvencia srdca. Jedno meranie trvá v priemere 12-15 minút, kde sa menia 3 polohy. Najskôr pacient leží, potom sa postaví a v tretej polohe znova leží na lôžku a vykonáva hlboké dýchanie. Pre naše meranie boli smerodajné hodnoty z tretej polohy, kde sa pacient pokúšal dýchať bránične. Prístroj zhodnotí 300 reprezentatívnych RR intervalov EKG. RR intervaly- krátkodobé záznamy sú zmenené na cykly Hz. Spektrum je rozložená do niekoľkých komponent. Vyjadrujú sa spektrálnou výkonnou hustotou PSD(ms^2/Hz). Hodnotia sa komponenty VLF, LF a HF. Hodnotenie VFS prebehlo prostredníctvom neinvazívneho diagnostického systému VarCor PF7. EKG signál je snímaný prostredníctvom hrudného pásu typu Polar, ktorý je pomocou kábla pripojený na vysielač UHF umiestneným na ľavej ruke. Signál sa ďalej telekineticky (rádiovo) prenáša do prímača UHF, ktorý je pripojený pomocou USB portu s počítačom. Prenášané informácie sa spracovávajú

pomocou špeciálneho počítačového programu . Na overenie výsledkov sme si najskôr určili nulovú a alternatívnu hypotézu.

H_0 : Sympatiko-vágová rovnováha je pri opakovanom meraní rovnaká ako pri úvodnom meraní.

H_1: Sympatiko-vágová rovnováha sa pri opakovanom meraní líši od hodnoty pri úvodnom meraní.

Výsledky

Na zhodnotenie dát najskôr použili NPar test-test normality, ktorý nám potvrdil že rozloženie nie je normálne, čiže sme na zhodnotenie používali nesparametrické testy. Používali sme One-Sample kolmogorov-Smirnov test, ktorý nám umožnil testovať, či dve jednorozmerné náhodné premenne pochádzajú z rovnakého rozdelenia pravdepodobnosti. Poprípade dokáže zhodnotiť či jednorozmerná náhodná premenná má predpokladané teoretické rozdelenie. Jednotlivé merania uvádzame v tabuľkách nižšie v texte.

***Tab. 1** One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test- power VLF*

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

			Power VLF before	Power VLF after
N			80	80
Normal Parameters	Mean		345,768	332,451
	Std. Deviation		520,380	433,187
Most Extreme Differences	Absolute		,294	,246
	Positive		,294	,246
	Negative		-,267	-,238
Test Statistic			,294	,246
Asymp. Sig. (2-tailed)			<,001	<,001
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.		<,001	<,001
	99% Confidence Interval	Lower Bound	,000	,000
		Upper Bound	,000	,000

V tabuľke č.1 sú zhodnotené dáta Power VLF pred a po vyhodnaní rehabilitácie. Power VLF je hodnotenie vo velmi nízkofrekvenčnom pásme- aktivita sympatika

Tab. 2 *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test- power HF*

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

			Power HF before	Pover HF after
N			80	80
Normal Parameters	Mean		1343,870	1173,658
	Std. Deviation		4101,623	2953,335
Most Extreme Differences	Absolute		,375	,353
	Positive		,344	,353
	Negative		-,375	-,348
Test Statistic			,375	,353
Asymp. Sig. (2-tailed)			<,001	<,001
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.		<,001	<,001
	99% Confidence Interval	Lower Bound	,000	,000
		Upper Bound	,000	,000

V tabuľke č.2 sú zhodnotené dáta Power HF pred a po vyhodnaní rehabilitácie. Power HF je spektrálny výkov vo vysokofrekvenčnom pásme – aktivita parasympatika

Tab.3 *One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test- LF/HF*

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

			LF/HF before	LF/HF after
N			80	80
Normal Parameters	Mean		1,278	1,542
	Std. Deviation		1,195	1,740
Most Extreme Differences	Absolute		,153	,198
	Positive		,153	,198
	Negative		-,152	-,191
Test Statistic			,153	,198
Asymp. Sig. (2-tailed)			<,001	<,001
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.		<,001	<,001
	99% Confidence Interval	Lower Bound	,000	,000
		Upper Bound	,000	,000

V tabuľke č.3 sú zhodnotené dáta LF/HF- pomer nizkofrekvenčného a vysokofrekvenčného výkonu- aktivita sympatika a parasympatika

Tab. 4 *Descriptive Statistic*

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Power VLF before	80	22,87	3191,63	345,77	520,38
Power LF before	80	17,80	5914,72	465,09	827,66
Power HF before	80	35,31	26905,85	1343,87	4101,62
LF/HF before	80	,05	5,33	1,28	1,19
Power VLF after	80	23,37	2700,76	332,45	433,19
Power LF after	80	23,20	8560,03	634,16	1164,53
Pover HF after	80	18,76	21824,68	1173,66	2953,34
LF/HF after	80	,024	8,48	1,54	1,74
Valid N (listwise)	80				

Tab. 5 *Wilcoxon Signed Ranks Test*

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Power VLF after - Power VLF before	Negative Ranks	38	38,29	1455,00
	Positive Ranks	41	41,59	1705,00
	Ties	1		
	Total	80		
Power LF after - Power LF before	Negative Ranks	34	37,24	1266,00
	Positive Ranks	45	42,09	1894,00
	Ties	1		
	Total	80		
Pover HF after - Power HF before	Negative Ranks	40	41,95	1678,00
	Positive Ranks	40	39,05	1562,00
	Ties	0		
	Total	80		
LF/HF after - LF/HF before	Negative Ranks	36	39,36	1417,00
	Positive Ranks	43	40,53	1743,00
	Ties	1		
	Total	80		

V tabuľke č. 5 hodnotíme opakované merania, kde zhodnocujeme tzv. positiv a negative Ranks

***Tab. 6** Test Statistic*

Test Statistics[a]

	Power VLF after - Power VLF before	Power LF after - Power LF before	Pover HF after - Power HF before	LF/HF after - LF/HF before
Z	-,611	-1,535	-,278	-,797
Asymp. Sig. (2-tailed)	,541	,125	,781	,426

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

Už z tabuľky číslo 5 vidíme, že pri každom hodnotenom parametri je približne 34-45 respondentov s negatívnou hodnotou, čo nám značí pokles sympatiko-vágovej rovnováhy a rovnaký počet respondentov s pozitívnou hodnotou, ktorá nám poukazuje na nárast hodnôt. Z neparametrického Wilcoxon Signed Ranks Test teda vidíme, že smena u respondentov pred rehabilitáciou hlbokého stabilizačného systému a po rehabilitácii nie je štatisticky významná. Čiže sa nám potvrdilo že, Sympatiko-vágová rovnováha je pri opakovanom meraní rovnaká ako pri úvodnom meraní. To nám potvrdzujú aj hodnoty z tabuľky č.6, kde je hodnotená hladina signifikantnosti . Hodnota p je vyššia ako hodnota významnosti (0,05), čo znamená že sa rozdiel nepotvrdil.

Záver

Problematika dysfunkcie ANS sa čoraz častejšie prejavuje aj poruchami svalového aparátu. Bránica a jej posturálna funkcia sa pri pohybe realizuje zväčšením objemu v hrudníku, tým vytvorí podtlak v dutine hrudnej a v brušnej dutine pretlak. Pretlakom sa aktivuje svalstvo nie len brušné, ale aj svalstvo panvového dna. Vďaka tejto súhre bránice a svalstva HSS sa stabilizuje drieková chrbtica a zároveň celý osový systém (Véle, 2012). Analýza HRV v časovej oblasti má najširšie uplatnenie v rutinnom klinickom hodnotení a niektoré z jej indexov sa stali dobre zdokumentovanými nezávislými rizikovými faktormi kardiovaskulárnych príhod (Shaffer, Ginsperg, 2017). Fyziologické meranie ANS je veľmi variabilné, je dôležité udržať homogénne podmienky. Niektoré metódy merania funkcie ANS sú veľmi citlivé na vnútorné i vonkajšie podnety. Na ANS má vplyv veľa faktorov napr. kofeín, teplota, menštruačný cyklus, denné rytmy, fajčenie, aktivita psychická aj somatická, užívanie liekov. (Imriš, 2007) .Variabilita srdcovej frekvencie sa výrazne mení s vekom.(Singh, Vinod, Saxena, 2009). , Na základe týchto výsledkov môžeme konštatovať, že v tejto štúdii neboli zistené štatisticky významné rozdiely medzi hodnotami jednotlivých premenných pred a po rehabilitácii.

Lliteratúra:

1. IMRIŠ, Felix. 2007. *Temperament a autonomní nervový systém.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-475-1
2. LACKO, A., MOKÁŇ, M., LACKOVÁ, L., BESTVINA, D., ČOMBOR, I., MIŠTUNA, D., LESŇÁKOVÁ, A. 2007. Záťažové (stresoidné) situácie vo výučbovom procese a ich objektivizácia vyšetrením autonómneho nervového systému. Turany: P+M. ISBN: 978-80-969713-0-5
3. LACKO, A., MOKÁŇ, M., KVĚTENSKÝ, J. a kol. 2007. Neinvazívna funkčná diagnostika kardiovaskulárnych ochorení. Turany: P+M. ISBN: 978-80-968742-9-9
4. PFEIFFER, J.2007. *Neurologie v rehabilitaci : Pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1135-5
5. SALINGER, J., ŠTĚPÁNIK, P., KREJČÍ, J., STEJSKAL, P. (2006). Non-invasive investigation of the function of the autonomic nervous system with the use of the VarCor PF7 System. International Conference Movement and Health – Proceedings, 486-493.
6. SHAFFER, Fred , GINSBERG, J. P.2017. An Overview of Heart Rate Variability Metrics and Norms. In: *Frontiers in public health*. Č. 5. Dostupné na internete : https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2017.00258/full?fbclid=IwAR0OteHkGMXAo3uFNJwer9_of6ClJEIySmVjUz-cAJHAY8fNrGldhjhqUD0
7. SCHMIDTOVÁ, Katarína, RYBÁROVÁ, Silvia.2006. Autonómny nervový systém. Košice: Univerzita Pavla Šafárika v Košiciach. ISBN 80-7097-624-1
8. SINGH, D., VINOD, K., SAXENA, SC.2009. Sampling frequency of the RR interval time series for spectral analysis of heart rate variability. In: *Journal of Medical Engineering & Technology*.Roč. 28, č.6, s. 263-272. ISSN 0309-1902
9. VÉLE, František. 2012.*Vyšetrení hybných funkcií z pohledu neurofyziologie*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-608-1

Kontakt:

Mgr. Silvia Pilarčíková

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Katedra fyzioterapie

Nám. A. Hlimku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: silviapilarcikova@gmail.com

POSTAWY STUDENTÓW PIELĘGNIARSTWA I PIELĘGNIAREK WOBEC ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH ORAZ ICH ZGŁASZANIA. BADANIE WSTĘPNE

Attitudes of Nursing Students and Nurses Towards Adverse Events and Their Reporting. A Preliminary Study

Michalina Majkut, Anna Majda, Krystian Barzykowski

Institute of Nursing and Midwifery, Faculty of Health Sciences
Jagiellonian University Medical College in Kraków, Poland

Streszczenie

Wstęp: Zdarzenie niepożądane to niezamierzona i nieoczekiwana szkoda pacjenta doznana w trakcie diagnostyki, leczenia lub opieki, niezwiązana z jednostką chorobową lub ogólnym stanem zdrowia. Istotą przeprowadzonego badania było określenie postaw wobec zdarzeń niepożądanych wśród pielęgniarek oddziałów zachowawczych i studentów pielęgniarstwa, zależności ich od danych socjodemograficznych, oraz poznanie rodzajów zdarzeń niepożądanych, przyczyn niezgłaszania zdarzeń niepożądanych.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 109 osób, ostatecznej analizie poddano dane uzyskane od 101 osób, z czego 41,4% stanowiły pielęgniarki oddziałów zachowawczych, a pozostały odsetek studenci pielęgniarstwa. W badaniu oprócz Kwestionariusza P-RoCAES wykorzystano Kwestionariusz ankiety autorskiej. Do analizy wyników wykorzystano test r-Pearsona, t-Studenta. Przyjęto „p" – poziom istotności, który nie przekraczał wartości 0,05.

Wyniki: Postawa pielęgniarek i studentów wobec zgłaszania zdarzeń niepożądanych w Kwestionariuszu P-RoCAES była negatywna, niezależna istotnie od zmiennych socjodemograficznych, pomimo ich opinii, że jest to postępowanie ważne, które zwiększa bezpieczeństwo pacjenta. Rezygnacja ze zgłaszania zdarzenia niepożądanego dotyczyła ok. 1/3 badanych pielęgniarek i studentów, najczęściej wynikała z obawy przed negatywnymi konsekwencjami ich raportowania. Wśród doświadczanych zdarzeń niepożądanych najczęściej były to upadki, odleżyny i zakażenia szpitalne.

Wnioski: Uzyskane wyniki mogą przyczynić się do kształtowania postawy profesjonalnego reagowania na kliniczne zdarzenia niepożądane wśród pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa. Wskazują na konieczność edukacji w tym obszarze i promowania kultury wspierającej raportowanie zdarzeń niepożądanych.

Słowa kluczowe: Zdarzenia niepożądane. Postawy. Pielęgniarki. Studenci pielęgniarstwa.

Abstract

Background: An adverse event is an unintended and unexpected harm to a patient suffered during diagnosis, treatment or care, unrelated to a disease entity or general health condition. The purpose of this study was to determine attitudes toward adverse events among nurses of internal medicine units and nursing students, the relationship of these attitudes to sociodemographic data, and to learn about the types of adverse events, reasons for not reporting adverse events.

Material and methods: 109 people participated in the study, the final analysis was performed on data obtained from 101 people, of which 41.4% were nurses of internal medicine units, and the remaining percentage were nursing students. In addition to the P-RoCAES Questionnaire, the study used the Author's Survey Questionnaire. To analyze the results, we used the test r-Pearson, Student's t-test. The level of significance (p), did not exceed 0.05.

Results: Nurses' and students' attitudes toward reporting adverse events on the P-RoCAES Questionnaire was negative, independent significantly of sociodemographic variables, despite their opinion that this is an important procedure that increases patient safety. Abandonment of adverse event reporting affected about one-third of the nurses and students surveyed, most often due to fear of the negative consequences of their reporting. Among the adverse events experienced, the most common were falls, bedsores and hospital-acquired infections.

Conclusions: The results can contribute to the formation of an attitude of professional response to clinical adverse events among nurses and nursing students. They indicate the need to educate in this area and promote a culture that supports adverse event reporting.

Keywords: Adverse events. Attitudes. Nurses. Nursing students.

Wstęp

Zdarzenie niepożądane określa się jako niezamierzony lub nieoczekiwany uszczerbek na zdrowiu pacjenta, bądź ryzyko jego wystąpienia, w wyniku prowadzonej diagnostyki, leczenia, opieki, który nie jest związany z ogólnym stanem zdrowia czy chorobą podstawową (Noppenberg, Bodys-Cupak, Kózka, 2022). Według WHO mogą dotyczyć 10% pacjentów hospitalizowanych. 49% mieszkańców Unii Europejskiej i 69% Polaków uznało, że błędy związane z farmakoterapią są przyczyną zdarzeń niepożądanych, obok zakażeń szpitalnych, nieprawidłowych diagnoz i błędów w trakcie operacji (Witczak, Rypicz, 2020). Wymienia się zdarzenia niepożądane związane z działalnością kliniczną, prowadzeniem farmakoterapii, przetaczaniem krwi i jej składników, organizacją pracy, wykorzystywanym sprzętem. Zdarzenia niepożądane mogą mieć charakter nadużycia, niewłaściwego użycia oraz zaniechania (Kwiatkowska, 2020). Ponadto wyróżnia się *nearmisses* (niemal zdarzenia),

sentinel events (zdarzenia powodujące poważne konsekwencje) oraz *neverevents* (zdarzenia, które nigdy nie powinny wystąpić) (Pokorska, et al., 2015).

Zdarzenia niepożądane wynikają ze złożoności systemu ochrony zdrowia i współdziałania wielu jego sektorów (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2017), co obrazuje tzw. model ,,sera szwajcarskiego'' (ang. *Swiss cheese model*) (Witczak, Rypicz, 2020). Wśród przyczyn zdarzeń niepożądanych wymienia się niewłaściwą organizację i zarządzanie, nieprzestrzeganie i/lub złą interpretację zasad bezpieczeństwa i procedur, błędne prowadzenie dokumentacji medycznej (Staszewska, Marczewska, Marczak, 2015; Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2017; Rypicz, Rosińczuk, Witczak, 2018). Zdarzenie niepożądane w postaci błędu ukrytego (ang. *latent error*) mogą być efektem ergonomicznie niedoskonałych urządzeń, niewystępowania mechanizmów zabezpieczających i braku normalizacji (Pokorska, et al., 2015). Ponadto przyczyną zdarzeń niepożądanych jest zmęczenie i stres, presja czasu, znużenie (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2017; Witczak, Rypicz, 2020), obciążenie fizyczne, konflikty wśród personelu, pośpiech oraz wypalenie zawodowe (Rypicz, Rosińczuk, Witczak, 2018). Dodatkowo brak doświadczenia, niewystarczająca kontrola i niedbałe komunikowanie się mogą zwiększać ryzyko wystąpienia zdarzenia niepożądanego (Lee, et al., 2014; Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2017). Negatywne skutki zdarzeń niepożądanych dotykają przede wszystkim pacjenta, prowadząc do pogorszenia stanu zdrowia, dodatkowych problemów zdrowotnych, a nawet niepełnosprawności. Podmioty lecznicze zostają obarczone dodatkowymi kosztami i zagrożone utratą reputacji (Witczak, Rypicz, 2020). Jakość opieki ulega pogorszeniu (Kister, 2019). Zdarzenia niepożądane nie są obojętne również dla stanu emocjonalnego i kariery personelu medycznego (Pokorska, et al., 2015).

Zdarzenia niepożądane występują w każdym systemie ochrony zdrowia na całym świecie, ich całkowite wyeliminowanie jest niemożliwe, ale można zmniejszyć ryzyko ich wystąpienia. Aby zapobiegać zdarzeniom niepożądanym warto do codziennej praktyki wdrażać rozwiązania ergonomiczne (Pokorska, et al., 2015), standardy opieki (Benedysiuk, 2017) oraz korzystać ze sprawdzonych systemów i urządzeń (Pokorski, Pokorska, 2017). Ponadto należy zapobiegać sytuacjom poprzedzającym zdarzenie niepożądane (Ewertowski, 2018), minimalizować ryzyko popełnienia błędu (Pokorski, Pokorska, 2017) oraz dbać o dobrostan personelu medycznego (Rypicz, Rosińczuk, Witczak, 2018). Każde zdarzenie niepożądane powinno być raportowane i poddane analizie (Ewertowski, 2018; Sycz, Tomaszewska-Mielniczek, Sycz, 2018).

Poruszane kwestie są ważne, ponieważ istnieje konieczność podejmowania odpowiednich działań prewencyjnych, aby minimalizować przyczyny i występowanie zdarzeń niepożądanych. Poznanie postaw i przyczyn niezgłaszania zdarzeń niepożądanych, pozwala

na zmianę nastawienia i zachowania (Li, Xianqiong, 2018). Powinno ono dotyczyć nie tylko pracowników medycznych, ale również studentów kierunków medycznych, aby ukształtować w nich postawę profesjonalnego reagowania na kliniczne zdarzenia niepożądane w trakcie rozwijania wiedzy, umiejętności i bezpiecznych praktyk.

W literaturze można spotkać mnóstwo różnorodnych definicji postawy (Bujnowska, 2009; Majda, Zalewska-Puchała, 2013; Majda, Zalewska-Puchała, Barczyk, 2013a, 2013b; Kamińska, et al., 2015; Majda, Matusik-Baziak, Zalewska-Puchała, 2017; Zalewska-Puchała, Bodys-Cupak, Majda, 2020, 2022). Zwykle jest ona określana, jako tendencja do pozytywnego lub negatywnego reagowania na dany obiekt, przedmiot, osobę lub wydarzenie. Według „Słownika psychologicznego" (Szewczuk, 1985) postawa to względnie trwała, dynamiczna organizacja związanych z określonym przedmiotem struktur poznawczych, emocjonalnych i schematów zachowania, charakteryzujących się określoną złożonością, zawartością, siłą, trwałością, natężeniem, ważnością i adekwatnością. Jednym z kwestionariuszy wykorzystywanych na świecie do pomiaru postaw personelu ochrony zdrowia wobec zdarzeń niepożądanych jest Kwestionariusz *Reporting of Clinical Adverse Events Scale* (RoCAES) — skonstruowany w 2008 roku w Wielkiej Brytanii, przez Wilson B., Bekker H.L., Fylana F. Charakteryzuje go wysoki współczynnik rzetelności (0,83) i trafności, potwierdzony w trakcie badań niemieckich (RoCAES-D – 0,79), chińskich (C-RoCAES – 0,85), polskich (P-RoCAES, 0,82) (Wilson, Bekker, Fylan, 2008; Sun, et al., 2014; Litke, et al., 2020; Majkut, Majda, Barzykowski, 2023). Przegląd rodzimej/polskiej literatury przedmiotu wskazuje, że zainteresowanie zdarzeniami niepożądanymi rośnie w ostatnich latach (Mika, Nowak-Starz, Kotela, 2015; Pokorska, et al., 2015; Staszewska, Marczewska, Marczak, 2015; Szpakowski, Zając, 2015; Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, 2017; Pokorski, Pokorska, 2017; Ewertowski, 2018; Rypicz, Rosińczuk, Witczak, 2018; Sycz, Tomaszewska-Mielniczek, Sycz, 2018; Kister, 2019; Kwiatkowska, 2020; Mikoś, et al., 2020; Witczak, Rypicz, 2020; Noppenberg, Bodys-Cupak, Kózka, 2022) oraz badane są opinie o zdarzeniach niepożądanych (Aftyka, et al., 2014; Mikoś, et al., 2020). Według najlepszej wiedzy autorów istnieje brak opracowań dotyczących postaw profesjonalistów medycznych wobec zdarzeń niepożądanych na rynku polskim z użyciem zobiektywizowanych narzędzi badawczych, z wyjątkiem nielicznych źródeł zagranicznych (Chakravarty, 2013; Brasaite, et al., 2016). Opis postaw pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa wobec zdarzeń niepożądanych może uzupełnić braki na polskim rynku wydawniczym, przyczynić się do budowania bezpiecznego środowiska pracy w podmiotach leczniczych, działań zapobiegawczych, naprawczych, edukacyjnych, promujących kulturę raportowanie zdarzeń niepożądanych bez wzajemnych oskarżeń i szukania winnego (*no blame/fair blame*).

Materiał i metody

Celem prezentowanego badania przekrojowego było określenie postaw wobec zdarzeń niepożądanych wśród pielęgniarek oddziałów zachowawczych i studentów pielęgniarstwa, zależności ich od danych socjodemograficznych, oraz poznanie rodzajów zdarzeń niepożądanych, przyczyn niezgłaszania zdarzeń niepożądanych.

W badaniu wykorzystano metody: sondażu diagnostycznego i szacowania oraz techniki: ankiety i skalowania. Zebrane dane poddano analizie statystycznej. W tym celu wykorzystano program Statistica (wersja 13), SPSS Statistics 28, test r-Pearsona, t-Studenta. Przyjęto „p" – poziom istotności, który nie przekraczał wartości 0,05. Wykorzystane narzędzia badawcze to: Kwestionariusz ankiety autorskiej, Kwestionariusz postaw pracowników ochrony zdrowia wobec zgłaszania klinicznych zdarzeń niepożądanych (P-RoCAES) – *Reporting of Clinical Adverse Events Scale* (RoCAES) autorstwa Wilson B., Bekker H.L., Fylan F. (Wilson, Bekker, Fylan, 2008), adaptacja polska: Majkut M., Majda A., Barzykowski K. (Majkut, Majda, Barzykowski, 2023).

Kwestionariusz ankiety autorskiej zawierał 15 pytań o charakterze jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru. Treść pytań dotyczyła występowania i zgłaszania zdarzeń niepożądanych, rezygnacji z raportowania oraz organu monitorowania zdarzeń niepożądanych. Pięć pytań skierowano wyłącznie do osób, które kiedykolwiek w przeszłości zgłaszały zdarzenie niepożądane, w celu poznania ich doświadczeń związanych z raportowaniem.

Kwestionariusz postaw pracowników ochrony zdrowia wobec zgłaszania klinicznych zdarzeń niepożądanych składał się z 25 stwierdzeń dotyczących oceny postaw wobec zgłaszania klinicznych zdarzeń niepożądanych. Obejmowały one pięć wymiarów/podskal/domen: poczucie winy (6 pozycji: 5, 7, 12, 18, 21, 23), postrzegane kryteria identyfikowania zdarzeń, które należy zgłaszać (6 pozycji: 2, 3, 10, 14, 15, 20), postrzeganie oczekiwań współpracowników (6 pozycji: 6, 9, 11, 19, 22, 25), postrzegane korzyści z raportowania/zgłaszania zdarzeń niepożądanych (5 pozycji: 1, 4, 16, 17, 24) oraz postrzegana przejrzystość procedur sprawozdawczych (2 pozycje: 8, 13). Respondenci udzielali odpowiedzi zgodnie z skalą Likerta (1-4), gdzie 1 oznaczało zdecydowanie zgadzam się, a 4 zdecydowanie nie zgadzam się. Następnie zsumowano wartości wszystkich odpowiedzi, przy czym dla 16 stwierdzeń punktacja została obrócona. Ogólna punktacja mogła wynosić od 25 (bardzo pozytywne nastawienie do raportowania) do 100 (bardzo negatywne nastawienie) punktów (Wilson, Bekker, Fylan, 2008). W badaniach polskich stwierdzono rzetelność P-RoCAES (spójność wewnętrzna: współczynnik Alfa Cronbacha 0,82; McDonald's omega 0,80) oraz jego trafność teoretyczną w odniesieniu do pytań z Kwestionariusza ankiety autorskiej. P-RoCAES uznano za ważne i niezawodne narzędzie pozwalające na ocenę postaw

profesjonalistów medycznych (pielęgniarek) i studentów kierunków medycznych (pielęgniarstwo) w warunkach polskich (Majkut, Majda, Barzykowski, 2023).

Autorskie i standaryzowane narzędzie badawcze w badaniu, dobrano w taki sposób, aby ich treści nie naruszały dobra uczestników badania. Respondentom został przedstawiony cel badań. Badani zostali poinformowani, że badania są dobrowolne i anonimowe, poprzedzone wyrażeniem zgody, a uzyskane dane będą użyte wyłącznie do celów naukowych. Uczestnicy badania posiadali wiedzę, że będą mogli wycofać się na każdym etapie i odmówić uzupełnienia przygotowanych narzędzi, bez ponoszenie za to żadnych konsekwencji. Poinformowano uczestników badania, że wyniki będą podlegać anonimizacji – podane do publicznej wiadomości w formie wykluczającej identyfikację badanych. Podczas prowadzenia badania zostały wykorzystane informacje zawarte w: 1. Deklaracji Helsińskiej Światowego Stowarzyszenia Lekarzy; 2. Ustawie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych; 3. Kodeksie Etyki Pracownika Naukowego. Badanie prowadzono w ramach projektu statutowego NR43/DBS/000233. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej nr 1072.6120.214.2022.

Badanie zostało przeprowadzone w ciągu trzech miesięcy 2022 r. i była to próba wygodna. *Kryterium włączenia* obejmowało studentów pielęgniarstwa i pielęgniarki pracujące w oddziałach zachowawczych, natomiast *kryterium wyłączenia* obejmowało lekarzy, położne, pielęgniarki pracujące i studiujące poza oddziałami zachowawczymi, studentów pielęgniarstwa 1 roku studiów I stopnia oraz studentów kierunków medycznych innych niż pielęgniarstwo. Czas potrzebny do wypełnienia kwestionariusza wynosił ok. 30 min.

Badaniem objęto pielęgniarki pracujące w oddziałach zachowawczych w jednym ze szpitali na terenie miasta Krakowa (po uzyskaniu zgody dyrektora), który posiada 15 oddziałów zachowawczych, na których zatrudnionych jest ok. 400 pielęgniarek. Z rozdanych 150 ankiet, otrzymano łącznie 47, prawidłowo wypełnionych zostało 42, odrzucono 5 kwestionariuszy (niepełne uzupełnienie). Z kolei spośród ok. 400 studentów pielęgniarstwa jednej z krakowskich uczelni rozdano także 150 ankiet, otrzymano łącznie 62, prawidłowo wypełnionych zostało 59 kwestionariuszy, odrzucono 3 kwestionariusze nie w pełni uzupełnione.

W badaniu wzięło udział 109 osób, ostatecznej analizie poddano dane uzyskane od 101 osób, z czego 99% stanowiły kobiety. Wiek badanych wahał się pomiędzy 20 a 56 r.ż. (średnia wieku 30,4 lat). Najdłuższy staż pracy wynosił 36 lat. Pielęgniarki oddziałów zachowawczych stanowiły 41,6%, natomiast studenci pielęgniarstwa 58,4%.

Wyniki

Postawa wobec zgłaszania zdarzeń niepożądanych okazała się podobna w obu grupach i była ona negatywna. Aczkolwiek pielęgniarki oddziałów zachowawczych

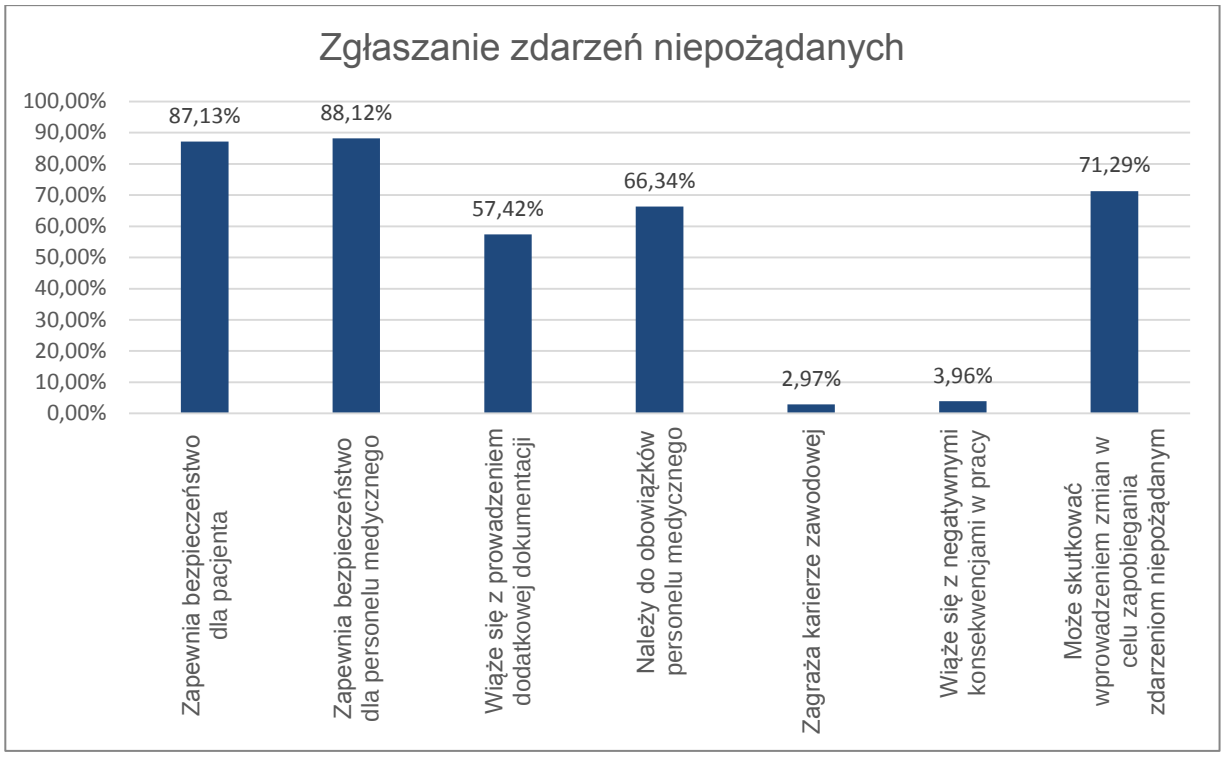
wykazywały nieznacznie mniejszą niechęć wobec raportowania zdarzeń niepożądanych, choć ta różnica nie była istotna (Tabela I).

Tabela I. *Porównanie średnich wyników studentów pielęgniarstwa i pielęgniarek oddziałów zachowawczych dotyczących postawy wobec zgłaszania zdarzeń niepożądanych.*

Studenci pielęgniarstwa	Pielęgniarki oddziałów zachowawczych	t	df	p
65.63	64.88	0.475	78	0.636

Pozytywne nastawienie wobec zgłaszania zdarzeń niepożądanych występowało wśród osób zgadzających się ze stwierdzeniem, że występowanie zdarzeń niepożądanych świadczy o niedostatecznej opiece. Pomimo trudności związanych z raportowaniem oraz obawami co do słuszności postępowania i kariery osoby badane deklarowały chęć zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Respondenci podawali, że raportowanie rzadko wiązało się z nałożeniem kary lub wyciągnięciem negatywnych konsekwencji, przez co postawa wobec zgłaszania również była pozytywna. Z drugiej strony, negatywna postawa wobec zgłaszania zdarzeń niepożądanych pojawiała się u osób, które mogły liczyć na wsparcie współpracowników w tej kwestii. Brak obojętności wobec raportowania również wiązał się z niechęcią w podejmowaniu tego działania. Część osób badanych rezygnowała ze zgłaszania zdarzeń niepożądanych, ze względu na zbyt dużą liczbę formalności i ich złożoność, co przekładało się na negatywną postawę wobec raportowania. Co ciekawe, postrzeganie zgłaszania zdarzeń niepożądanych jako czynność ważna i użyteczna, występowało równocześnie z niechęcią wobec raportowania. Zasady pracy organu do zgłaszania zdarzeń niepożądanych, takie jak niewyciąganie konsekwencji dla uczestników zdarzenia czy ustalenie formy raportowania również wiązały się z negatywną postawą wobec zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

Zdecydowaną zgodę ze stwierdzeniem, że należy zgłaszać zdarzenia niepożądane deklarowała znaczna większość badanych – 83,17%. Podobna część uczestników badania – 81,19% - zdecydowanie uważała, że raportowanie jest ważne i użyteczne. Respondenci najczęściej zgadzali się ze stwierdzeniami, że zgłaszanie zdarzeń niepożądanych zapewnia bezpieczeństwo zarówno dla pacjenta jaki personelu medycznego oraz może skutkować wprowadzeniem zmian, w celu zapobiegania zdarzeniom niepożądanym. Postrzeganie raportowania jako zagrożenie dla kariery zawodowej dotyczyło tylko niewielkiego odsetka badanych, który w całości stanowili studenci pielęgniarstwa (Rycina 1).

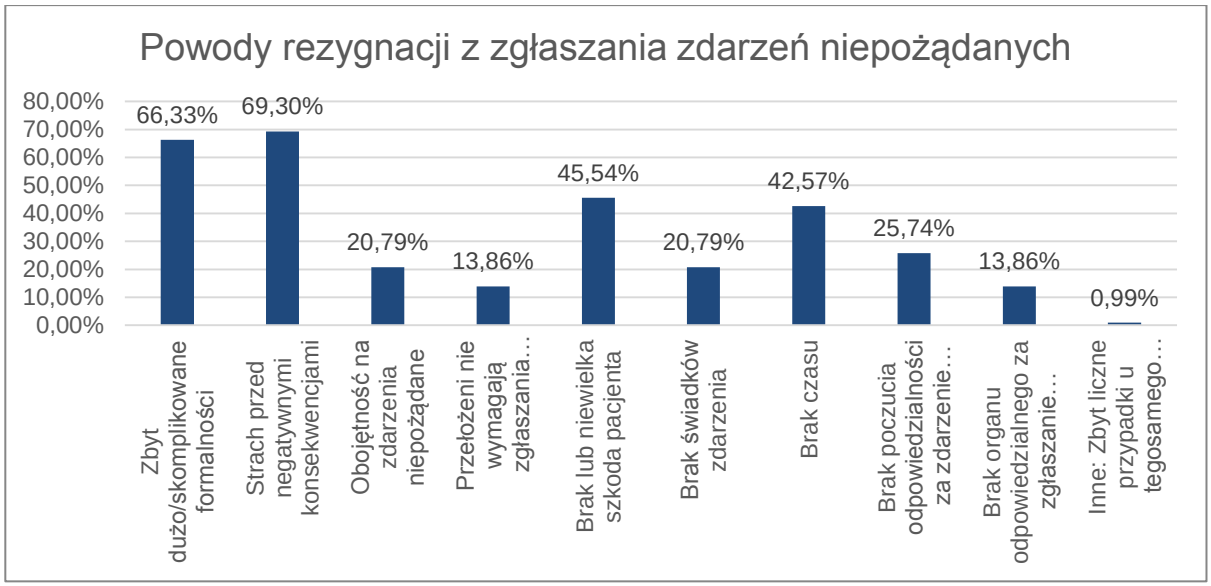


Rycina 1. *Opinie respondentów dotyczące zgłaszania zdarzeń niepożądanych.*

Pielęgniarki oddziałów zachowawczych w większym stopniu dostrzegały, że zgłaszanie zdarzeń niepożądanych zapewnia bezpieczeństwo dla personelu medycznego. Natomiast studenci pielęgniarstwa częściej określali raportowanie jako obowiązek zawodowy. Tylko nieliczni zgadzali się ze stwierdzeniem, że występowanie zdarzeń niepożądanych powinno wiązać się w nałożeniem kary na personel medyczny i częściej byli to studenci pielęgniarstwa (test t-Studenta 0,716; df 78; p=0,476). Doświadczane zdarzenia niepożądane miały najczęściej charakter upadków, odleżyn i zakażeń szpitalnych. Każda pielęgniarka przynajmniej raz spotkała się z zdarzeniem niepożądanym. Niewielki odsetek badanych podał, że nie spotkał się z zdarzeniem niepożądanym i byli to wyłącznie studenci pielęgniarstwa. Częstość występowania większości zdarzeń niepożądanych różniła się pomiędzy badanym grupami. Pielęgniarki oddziałów zachowawczych częściej spotykały się z błędami lekowymi, błędami transfuzji, odleżynami, upadkami i uszkodzeniem ciała, natomiast studenci pielęgniarstwa z błędną identyfikacją pacjenta, niedostarczeniem opieki oraz zgonami. Ponad połowa badanych raczej nie zgadzała się, że występowanie zdarzeń niepożądanych świadczy o niedostatecznej opiece. Odpowiedzi twierdzące istotnie częściej pojawiały się wśród studentów pielęgniarstwa (test t-Studenta 2,388; df 78; p=0,019). Zdecydowana większość respondentów stwierdziła, że w szpitalu powinien być organ do zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Brak zdania częściej występował wśród studentów.

Około 1/3 badanych (37,5%) nie zgłaszała zdarzenia niepożądanego. Najczęściej wynikało to z obawy przed negatywnymi konsekwencjami czy mnogiej liczby formalności

(Rycina 2), co głównie dostrzegali studenci pielęgniarstwa. Ponadto studenci pielęgniarstwa wśród przyczyn rezygnacji, częściej podawali brak świadków zdarzenia oraz zauważali, że przełożeni nie wymagają raportowania od swoich pracowników. Natomiast odpowiedź brak lub niewielka szkoda pacjenta częściej pojawiała się wśród pielęgniarek oddziałów zachowawczych i dodatkowo wiązało się to z wyższą niechęcią wobec raportowania w tej grupie. Uczestnicy badania spotykali się głównie z pozytywnymi (21,78%) lub obojętnymi reakcjami (20,79%) współpracowników w odpowiedzi na chęć zgłoszenia zdarzenia niepożądanego. Co ciekawe okazanie poparcia łączyło się z niechęcią wobec zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Wśród większości respondentów doświadczenia związane ze zgłaszaniem zdarzenia niepożądanego raczej nie spowodują, że w przyszłości zrezygnują z raportowania. Większa niechęć wobec zgłaszania zdarzenia niepożądanego ze względu na przebyte doświadczenia z tym związane występowała wśród studentów pielęgniarstwa (test t-Studenta 0,804; df 31; p=0,428).



Rycina 2. *Powody rezygnacji z zgłaszania zdarzeń niepożądanych w opinii badanych*

Przeprowadzone badanie nie wykazało istotnej zależności pomiędzy zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych przez badanych a danymi socjodemograficznymi. Dokładniej, nie zaobserwowaliśmy żadnych istotnych korelacji między całkowitym wynikiem P-RoCAES a: (a) wiekiem (r(100)=0.04, p=0.659 i (b) stażem pracy (r(93)=-0.10, p=0.331). Również uczestnicy z tytułem magistra w porównaniu z uczestnikami z tytułem licencjata nie różnili się pod względem całkowitego wyniku P-RoCAES (t(88)=0.45, p=0.656).

Omówienie

Postawa pielęgniarek i studentów wobec zgłaszania zdarzeń niepożądanych, badana Kwestionariuszem P-RoCAES była negatywna, niezależna istotnie od zmiennych

socjodemograficznych, pomimo ich opinii, że jest to postępowanie ważne, które zwiększa bezpieczeństwo pacjenta. Rezygnacja ze zgłaszania zdarzenia niepożądanego dotyczyła ok. 1/3 badanych pielęgniarek i studentów, najczęściej wynikała z obawy przed negatywnymi konsekwencjami ich raportowania. Wśród doświadczanych zdarzeń niepożądanych najczęściej były to upadki, odleżyny i zakażenia szpitalne.

Ponad połowa badanych raczej negowała związek pomiędzy niedostarczeniem opieki a występowaniem zdarzeń niepożądanych. Jednak okazuje się, że niedostarczenie opieki może być przyczyną występowania upadków wśród pacjentów, co potwierdzają badania autorstwa Hessels A. i wsp. (Hessels, et al., 2019). Co ciekawe najczęściej spotykanym zdarzeniem niepożądanym wśród badanych osób były właśnie upadki (66,33%). Natomiast tylko niewielki odsetek badanych (8,91%) podawał niedostarczenie opieki jako doświadczone zdarzenie niepożądane. Pokazuje to, że zdarzenie niepożądane może stać się przyczyną kolejnych zdarzeń. Tym samym ważne jest zapobieganie nie tylko konkretnym zdarzeniom niepożądanym, ale również przyczynom ich występowania. Według analizy Grochans E. i wsp. wymienione wyżej upadki dotykają około co piątego pacjenta, niekiedy kilkukrotnie. Niesie to potrzebę oceny ryzyka wystąpienia upadku przy pomocy stosownych narzędzi (Grochans, et al., 2012).

Często spotykanym zdarzeniem niepożądanym były błędy lekowe (47,52% respondentów prezentowanego badania). Mikoś M. i wsp. wskazali, że jest to nawet najpopularniejsze zdarzenie niepożądane wśród personelu pielęgniarskiego (Mikoś, et al., 2020). Aftyka A. i wsp. wskazali, że błędy lekowe dotyczą przede wszystkim niepodania zleconego leku czy przygotowania leku bez zlecenia lekarskiego (Aftyka, et al., 2014). Wg Kang J.H. i wsp. błędy lekowe wiążą się z relacjami pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami (Kang, Kim, Lee, 2014).

Badania autorstwa Zanetti A.C.B. i wsp., podobnie jak prezentowane badania, wskazały, że do częstych zdarzeń niepożądanych należą również zakażenia szpitalne. Dodatkowo badania te pokazały, że zdarzenia niepożądane skutkują wydłużeniem czasu hospitalizacji, a połowie z nich można było zapobiec (Zanetti, et al., 2021). Wspomniane rodzaje zdarzeń niepożądanych były najpopularniejsze również wśród koreańskich pielęgniarek, co przedstawiono w badaniach Kang J.H. i wsp. (Kang, Kim, Lee, 2014). Zapewnienie odpowiedniej obsady pielęgniarskiej zmniejsza ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych, takich jak błędy lekowe, odleżyny czy zakażenia układu moczowego (Choi, et al., 2021).

Nie wszyscy respondenci prezentowanego badania, którzy doświadczyli zdarzenia niepożądanego, zgłaszali ten fakt. Najczęściej wynikało to ze strachu przed negatywnymi konsekwencjami. Podobne obawy miało 55% pielęgniarek w badaniu autorstwa Mika M. i wsp. (nałożenie sankcji dyscyplinarnych) (Mika, Nowak-Starz, Kotela, 2015), jak również

uczestnicy badania autorstwa Chakravarty A. (m. in. obawa przed karą) (Chakravarty, 2013). W podanych wyżej dwóch badaniach odsetek badanych, który podjął się raportowania stanowił 17% (Mika, Nowak-Starz, Kotela, 2015) i 10% (Chakravarty, 2013). Sugeruje to potrzebę zmiany podejścia wobec zgłaszania zdarzeń niepożądanych. Należy zrezygnować z podejścia osobowego, skupionego na poszukiwaniu winnej osoby i zastąpić go podejściem systemowym, które poszukuje wadliwych elementów całego systemu (Pokorska, et al., 2015; Witczak, Rypicz, 2020). Warto dodać, że budowanie kultury bezpieczeństwa w dużym stopniu zależy od nastawienia i zaangażowania kierownictwa (Szpakowski, Zając, 2015; Brasaite, et al., 2016).

Podsumowując, należy zauważyć, że przedstawione badanie ma swoje zalety i wady. Do tych pierwszych należy zaliczyć fakt, że podjęto się próby pierwszej w warunkach polskich badania zagadnienia zdarzeń niepożądanych w obiektywny sposób – narzędziem wystandaryzowanym w warunkach polskich wśród pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa. Do ograniczeń badania należy zaliczyć: przekrojowy charakter badania, wykorzystanie próby wygodnej, a nie losowej, potencjalne błędy w odpowiedziach respondentów, zbyt małą grupę badaną, prowadzenie badań na ograniczonym terenie, co nie pozwala na uogólnianie wyników badań na całą populację oraz wpływ czynników zakłócających, jak zmienne socjodemograficzne, np. nierówna liczebnie grupa pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa.

Reasumując, uzyskane wyniki mogą być dobrym punktem wyjścia do dalszych badań dotyczących wewnętrznego systemu zarządzania zdarzeniami niepożądanymi w szpitalach/klinikach. Pozwoli to na opracowanie działań prewencyjnych występowania zdarzeń niepożądanych, przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego i zbadanie skuteczności podjętych interwencji w zakresie poprawy postaw wobec raportowania zdarzeń niepożądanych. Warto rozważyć przeprowadzenie badań jakościowych, w celu głębszego poznania przyczyn negatywnych postaw. Wykorzystanie Kwestionariusza P-RoCAES może pozwolić na powtarzalność i porównywalność wyników uzyskiwanych przez różnych badaczy prowadzących badania tym narzędziem, w różnych grupach profesjonalistów medycznych; przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów w perspektywie długoterminowej, w tym obszarze, przez dostosowane interwencje, jak edukacja pracowników, studentów czy promowanie wspierającej kultury raportowania.

Wnioski

Powyższe badanie stanowi wstępne doniesienie. Należy kontynuować badanie wśród przedstawicieli innych zawodów medycznych, np. lekarzy, położnych czy pielęgniarek pracujących w oddziałach zabiegowych oraz analizować zmienne mające wpływ na zgłaszanie zdarzeń niepożądanych, jak np. wrażliwość na sprawiedliwość, uczucia w sytuacjach moralnych, stres w pracy oraz dane socjodemograficzne. Uzyskane wyniki mogą przyczynić się kształtowania postawy profesjonalnego reagowania na kliniczne zdarzenia

niepożądane wśród pielęgniarek, ale także wśród studentów pielęgniarstwa. Ponadto mogą być wykorzystane w edukacji w tym obszarze i promowaniu kultury wspierającej raportowanie zdarzeń niepożądanych.

Piśmiennictwo

1. AFTYKA, A., ROZALSKA-WALASZEK, I., MEDAK, E. et al. 2014. *Opinie pielęgniarek na temat częstości występowania błędów medycznych w codziennej praktyce*. In *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2014, vol. 4, no. 49, pp. 5-10, ISSN 1730-1912.
2. BENEDYSIUK, E., WÓJTOWICZ, K. 2017. *Standard pielęgnacji dostępu naczyniowego jako narzędzie monitorowania infekcji łożyska naczyniowego.* In *Forum Medycyny Rodzinnej*. 2017, vol. 11, no. 4, pp. 187-194, ISSN 1897-3590.
3. BRASAITE, I., KAUNONEN, M., MARTINKENAS, A. et al. 2016. *Health care professionals' attitudes regarding patient safety: cross-sectional survey.* In *BMC Research Notes*. 2016, vol. 18, no. 9, pp. 177, ISSN 17560500.
4. BUJNOWSKA, A. 2009. *Uwarunkowania postaw studentów pedagogiki wobec osób niepełnosprawnych*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
5. CENTRUM MONITOROWANIA JAKOŚCI W OCHRONIE ZDROWIA, 2017. *Bezpieczeństwo pacjenta. Przewodnik i wskazówki dla kadry dydaktycznej* [online]. Kraków. Dostępny w: https://www.cmj.org.pl/edukacjabp/in-dex.php?pobierz=1. [Dostęp: 9.10.2023].
6. CHAKRAVARTY, A. 2013. *A survey of attitude of frontline clinicals and nurses towards adverse events*. In *Medical Journal Armed Forces India*. 2013, vol. 69, no. 4, pp. 335-40, ISSN 0377-1237.
7. CHOI, S., CHO, E., KIM, E. et al. 2021. *Effects of registered nurse staffing levels, work environment, and education levels on adverse events in nursing homes*. In *Scientific Reports.* 2021, vol. 11, no. 1, pp. 21458, ISSN 2045-2322.
8. EWERTOWSKI, T. 2018. *Doskonalenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych w organizacjach w kontekście wdrażania przez nie normy ISO 45001:2018.* In *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej.* 2018, no. 78, pp. 19-34, ISSN 0239-9415.
9. GROCHANS, E., KARDELA, B., STARCZEWSKA, M. et al. 2012. *Analiza upadków pacjentów hospitalizowanych na oddziale geriatrycznym.* In *Hygeia Public Health.* 2012, vol. 47, no. 3, pp. 360-364, ISSN 1509-1945.
10. HESSELS, A.J., PALIWAL, M., WEAVER, S.H. et al. 2019. *Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events.* In *Journal of Nursing Care Quality*. 2019, vol. 34, no. 4, pp. 287-294, ISSN 1550-5065.

11. KAMIŃSKA, A., MAJDA, A., ZALEWSKA-PUCHAŁA, J. et al. 2015. *Stereotypy i postawy mieszkańców Małopolski wobec przedstawicieli wybranych kultur.* In *Problemy Pielęgniarstwa*. 2015, vol. 1, no. 23, pp. 27-33, ISSN 1233-9989.
12. KANG, J.H., KIM, C.W., LEE, S.Y. 2014. *Nurse-perceived patient adverse events and nursing practice environment.* In *Journal of Preventive Medicine and Public Health.* 2014, vol. 47, no. 5, pp. 273-280, ISSN 1975-8375.
13. KISTER, A. 2019. *Jakość usług i bezpieczeństwo pacjenta w sektorze opieki zdrowotnej.* In. *Problemy Jakości*. 2019, vol. 1, no. 12, pp. 14-18, ISSN 0137-8651.
14. KWIATKOWSKA, M. 2020. *Zdarzenia niepożądane w lecznictwie szpitalnym i Podstawowej Opiece Zdrowotnej.* Warszawa: Wolters Kluwer Polska, ISBN 9788381879514.
15. LEE, A., MILLS, P.D., NEILY, J. et al. 2014. *Root Cause Analysis of Serious Adverse Events Among Older Patients in the Veterans Health Administration.* In *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety.* 2014, vol. 40, no. 6, p. 253-262, ISSN 1553-7250.
16. LI, X, XIANGIONG, F. 2018. *Introduction to Nursing.* Chinese: People's Medical Publishing.
17. LITKE, N.A., WENSING, M., MIKSCH, A. et al. 2020. *German translation and validation of the Reporting of Clinical Adverse Events Scale (RoCAES-D).* In *BMC Health Services Research.* 2020, vol. 20, no. 1, pp. 689, ISSN 1472-6963.
18. MAJDA, A., MATUSIK-BAZIAK, R., ZALEWSKA-PUCHAŁA, J. 2017. *Postawy pielęgniarek wobec pacjentów wyznających islam.* In *Hygeia Public Health.* 2017, vol. 4, no. 52, pp. 428-434, ISSN 1509-1945.
19. MAJDA, A., ZALEWSKA-PUCHAŁA, J., BARCZYK E. 2013a. *Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo.* In *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013, vol. 3, no. 21, pp. 327-334, ISSN 1233-9989.
20. MAJDA, A., ZALEWSKA-PUCHAŁA, J., BARCZYK, E. 2013b. *Stereotypy i uprzedzenia wobec osób odmiennych kulturowo w świadomości studentów pielęgniarstwa.* In *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013, vol. 2, no. 21, pp. 187-194, ISSN 1233-9989.
21. MAJDA, A., ZALEWSKA-PUCHAŁA, J. 2013. *Stereotypy uruchamiane w kontaktach międzykulturowych.* In *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013, vol. 2, no. 21, pp. 242-248, ISSN 1233-9989.
22. MAJKUT, M., MAJDA, A., BARZYKOWSKI, K. 2023. *Ocena psychometryczna polskiej wersji Kwestionariusza postaw pracowników ochrony zdrowia wobec zgłaszania klinicznych zdarzeń niepożądanych (P-RoCAES).* In *Pielęgniarstwo XXI wieku*. ISSN 1730-1912. (w trakcie publikacji).

23. MIKA, M., NOWAK-STARZ, G., KOTELA, I. 2015. *Wpływ identyfikacji zdarzeń niepożądanych na jakość opieki pielęgniarskiej i bezpieczeństwo chorych.* In *Studia Medyczne*. 2015, vol. 31, no. 2, pp. 106-114, ISSN 1899-1874.
24. MIKOŚ, M., BANASZEWSKA, A., KUTAJ-WĄSIKOWSKA, H. et al. 2020. *Occurrence of adverse events in the activity of hospital wards in opinions of doctors and nursing management staff.* In *Annals of Agricultural and Environment Medicine.* 2020, vol. 27, no. 2, pp. 306-309, ISSN 1232-1966.
25. NOPPENBERG, M., BODYS-CUPAK, I., KÓZKA, M. 2022. *Bezpieczeństwo pacjenta w opiece zdrowotnej.* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, ISBN 9788320065428.
26. POKORSKA, J., POKORSKI, J., NITECKA E. et al. 2015. *Zdarzenia niepożądane i bezpieczeństwo pacjenta – próba ujęcia holistycznego.* In *Problemy Pielęgniarstwa.* 2015, vol. 23, no. 4, pp. 544-550, ISSN 1233-9989.
27. POKORSKI, J., POKORSKA, J. 2017. *Zdarzenia niepożądane w systemie opieki zdrowotnej. Czynniki ergonomiczne.* In *Magazyn Pielęgniarki Operacyjnej*. 2017, vol. 1, no. 18, pp. 10-14.
28. RYPICZ, Ł., ROSIŃCZUK, J., WITCZAK, I. 2018. *Ergonomia w pracy pielęgniarek jako najwyższa forma minimalizowania ryzyka występowania zdarzeń niepożądanych w szpitalu.* In *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*. 2018, vol. 7, no. 3, pp. 66-69, ISSN 2084-4212.
29. STASZEWSKA, A., MARCZEWSKA, S., MARCZAK, M. 2015. *Identyfikacja zdarzeń niepożądanych w szpitalu – podstawą zarządzania strategicznego w zakresie monitorowania jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjenta.* In *Marketing i Rynek*. 2015, no. 9, pp. 625-637, ISSN 1231-7853.
30. SUN, X., SHI, Y., ZHANG, S. et al. 2014. *Reliability and validity of the Chinese version of reporting of clinical adverse events scale (C-RoCAES).* In *International Journal of Clinical and Experimental Medicine.* 2014, vol. 7, no. 10, pp. 3543-3549, ISSN 1940-5901.
31. SYCZ, T., TOMASZEWSKA-MIELNICZEK, J., SYCZ, W.K. 2018. *Zgłaszanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych – potrzeba czy konieczność*. In *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*. 2018, vol. 4, no. 1, pp. 19-23, ISSN 2450-1204.
32. SZEWCZUK, W. 1985. *Słownik psychologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
33. SZPAKOWSKI, R., ZAJĄC, P. 2015. *Bezpieczeństwo pacjenta z perspektywy pielęgniarki.* In *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2015, vol. 5, no. 1, pp. 33-39, ISSN 2082-9876.

34. WILSON, B., BEKKER, H.L., FYLAN, F. 2008. *Reporting of Clinical Adverse Events Scale: a measure of doctor and nurse attitudes to adverse event reporting.* In *Quality & Safety in Health Care.* 2008, vol. 17, no. 5, pp. 364-367.
35. WITCZAK, I., RYPICZ, Ł. 2020. *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego. Uwarunkowania ergonomiczne.* Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, e-ISBN 978-83-7055-625-9.
36. ZALEWSKA-PUCHAŁA, J., BODYS-CUPAK, I., MAJDA, A. 2020. *Attitudes of Polish Nurses Toward Selected National Groups*. In *Journal of Transcultural Nursing.* 2020, no. 16, pp. 1-8, ISSN 1043-6596.
37. ZALEWSKA-PUCHAŁA, J., BODYS-CUPAK, I., MAJDA, A. 2022. *Attitudes of Polish nurses on the example of Lesser Poland Voivodeship towards representatives of certain religions.* In *BMC Nursing*. 2022, no. 21, ISSN 14726955.
38. ZANETTI, A.C.B., DIAS, B.M., BERNARDES, A. et al. 2021. *Incidence and preventability of adverse events in adult patients admitted to a Brazilian teaching hospital.* In *Plos One*. 2021, vol. 16, no. 4, pp. e0249531, e-ISSN 1932-6203.

Kontakt:
Michalina Majkut
Institute of Nursing and Midwifery
Faculty of Health Sciences
Jagiellonian University Medical College in Kraków, Poland
E-mail: michalina.majkut@uj.edu.pl

SPOKOJNOSŤ SESTIER S PRACOVNÝMI PODMIENKAMI AKO FAKTOR PRACOVNEJ MOTIVÁCIE

Nurses' Satisfaction With Working Conditions as A Factor of Work Motivation

Tatiana Katriňáková[1], Mária Kilíková[2]

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi, Rožňava

Abstrakt

Východiská: Kľúčom k zvyšovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti je vytváranie dobrých pracovných podmienok, ktoré u sestier zvyšujú spokojnosť sestier a tým aj motiváciu pracovať. Cieľom štúdie bolo identifikovať spokojnosť sestier s faktormi pracovných podmienok.

Metódy a súbor: Zber údajov prebiehal prostredníctvom štandardizovaného dotazníka pracovnej spokojnosti – Job satisfaction survey. Dáta sme analyzovali metódou parametrickej dvojvýberovej analýzy parametrov normálneho rozdelenia, Mann-Whitneyov U testom. Prieskum sme realizovali v období máj-jún 2022. Súbor respondentov tvorilo 285 sestier pracujúcich na rôznych oddeleniach v ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Výsledky: Celková pracovná spokojnosť s faktormi pracovných podmienok, ktoré motivujú sestry k výkonu povolania je u 65 % (n=285) opýtaných sestier ambivalentná a 35 % signalizovalo nespokojnosť s faktormi pracovných podmienok. Silný motivačný význam v povolaní sestier má faktor charakter práce ($\bar{x}$=18,41), komunikácia ($\bar{x}$=17,23), spolupracovníci ($\bar{x}$=16,29) a nadriadený ($\bar{x}$=16,2). Motivátory ako sú: mzda ($\bar{x}$=7,65), ocenenia a uznania ($\bar{x}$=8,11), možnosti kariérneho rastu alebo povýšenia ($\bar{x}$=8,27), benefity (9,55) a pracovný proces ($\bar{x}$=0,85) vykazovali nízke skóre motivácie a celkovej pracovnej spokojnosti s faktormi pracovného prostredia. Z výsledkov vyplynulo, že medzi sestrami pracujúcimi v súkromných a v štátnych zdravotníckych zariadeniach neexistujú štatisticky signifikantné rozdiely medzi faktormi z pracovných podmienok (p<0,05). Rovnako ako neexistujú rozdiely v celkovej pracovnej spokojnosti sestier (p<0,05).

Záver: Na základe výsledkov prieskumu odporúčame manažérom ošetrovateľstva pravidelne posudzovať a hodnotiť faktory motivácie sestier.

Kľúčové slová: Faktory. Pracovné podmienky. Sestra. Motivácia. Spokojnosť.

Abstract

Background: The key to improving the quality of nursing care is the creation of good working conditions, which increase the satisfaction of nurses and thus also the motivation to work. The aim of the study was to identify nurses' satisfaction with working conditions factors.

Methods and file: Data collection took place through a standardized job satisfaction survey - Job satisfaction survey. We analyzed the data using the method of parametric two-sample analysis of normal distribution parameters, Mann-Whitney U test. We conducted the survey in the period May-June 2022. The set of respondents consisted of 285 nurses working in various departments in institutional health care.

Results: 65% (n=285) of the surveyed nurses were ambivalent about overall job satisfaction with factors of working conditions that motivate nurses to perform their profession, and 35% signaled dissatisfaction with factors of working conditions.The factor of work character ($\bar{x}$=18.41), communication ($\bar{x}$=17.23), colleagues ($\bar{x}$=16.29) and superior ($\bar{x}$=16.2) has a strong motivational importance in the profession of nurses. Motivators such as: salary ($\bar{x}$=7.65), awards and recognition ($\bar{x}$=8.11), opportunities for career growth or promotion ($\bar{x}$=8.27), benefits (9.55) and work process ($\bar{x}$=1 0.85) showed a low score of motivation and overall job satisfaction with work environment factors. The results showed that there are no statistically significant differences between the factors of working conditions between nurses working in private and state healthcare facilities ($p<0.05$). Just as there are no differences in the overall job satisfaction of nurses ($p<0.05$).

Conclusion: Based on the survey results, we recommend nursing managers to regularly assess and evaluate the motivation factors of nurses.

Keywords: Factors. Working conditions. Sister. Motivation. Satisfaction.

Úvod

Otázka deskriptorov pracovnej spokojnosti sestier na Slovensku je diskutovaná s ohľadom na ich vysokú fluktuáciu alebo odchod z povolania. Potvrdzuje to aj Llop a kol. (2021), ktorí uvádzajú, že zhoršujúce sa pracovné podmienky sestier predstavujú negatívnu zmenu, ktorá spôsobuje migráciu s nezáujem o povolanie. Pracovné podmienky sú široká škála rozličných faktorov, ktoré sú zdrojom motivácie vykonávať povolanie sestry. Silným motivátorom sú vzťahy na pracovisku, vedenia, organizácia práce (Pinder, 2014). Autor je toho názoru, že motívy pracovných podmienok determinujú profesionalitu, záujem vzdelávať sa a udržiavať odbornú spôsobilosť. Faktory pracovnej motivácie sú vnútorné a vonkajšie. Zeng a kol. (2022), uvádzajú, že vnútorné faktory pracovnej motivácia, pracovná spokojnosť a vek mali pozitívny vplyv na pracovnú angažovanosť, zatiaľ čo vonkajšie faktory pracovnej motivácia nemali význam. Toode a kol. (2015) konštatovali, že pracovná motivácia sestier pod vplyvom vnútorných faktorov sa časom môže zmeniť.

Cieľ

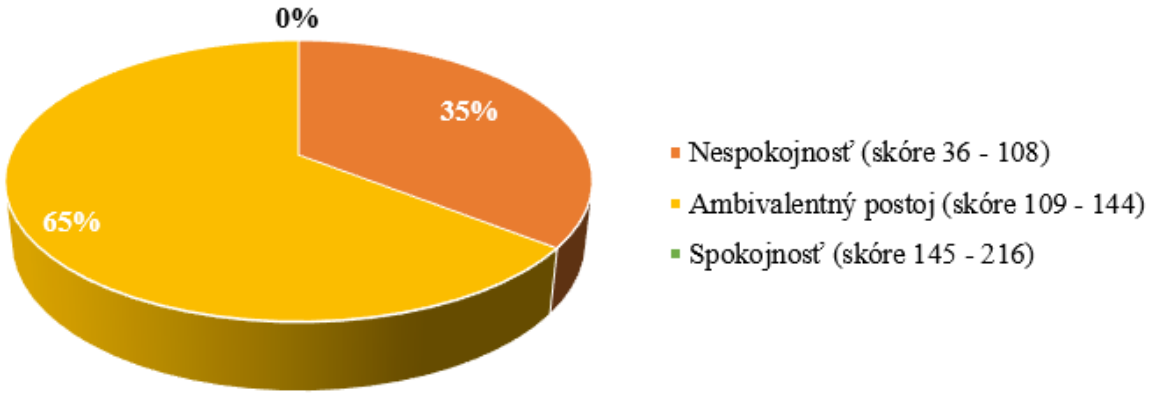
Cieľom prieskumu bolo identifikovať stav pracovnej spokojnosti sestier s pracovnými podmienkami, ktoré ich motivujú vykonávať povolanie.

Metodika a súbor

Na zber dát sme použili štandardizovaný dotazník pracovnej spokojnosti – Job satisfaction survey od P. E. Spectora. Dotazník obsahoval 36 položiek a deväťstupňovú škálu na hodnotenie postojov k jednotlivým faktorom pracovných podmienok. Ich distribúcia bola on-line formou, prostredníctvom domény časopisu „Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia." Výsledky boli analyzované použitím parametrickej dvojvýberovej analýzy parametrov normálneho rozdelenia. Z neparametrických testov sme použili Mann-Whitneyov U test. Vypočítané boli deskriptívne charakteristiky (priemer, medián, modus, minimum, maximum, smerodajná odchýlka) a frekvenčná tabuľka (absolútna a relatívna početnosť). Štatistické spracovanie dát sme realizovali pomocou použitia štatistických funkcií Microsoft Office Excel 2013 a softvéru Statistica. Výber vzorky respondentov bol zámerný. Kritériom zaradenia do súboru bola registrácia v povolaní sestra, výkon povolania u ústavného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti a dĺžka praxe min. 1 rok. Prieskumný súbor tvorilo 285 sestier (100 %).

Výsledky

Celková pracovná spokojnosť s faktormi pracovných podmienok, ktoré motivujú sestry k výkonu povolania je u 65 % (n=285) opýtaných sestier ambivalentná. Až 35 % signalizovalo nespokojnosť s faktormi pracovných podmienok (Graf 1).



Graf 1 Celková pracovná spokojnosť

Zistili sme, že silný motivačný význam v danom povolaní má faktor charakter práce ($\bar{x}$=18,41), komunikácia ($\bar{x}$=17,23), spolupracovníci ($\bar{x}$=16,29) a nadriadený ($\bar{x}$=16,2). Motivátory ako sú: mzda ($\bar{x}$=7,65), ocenenia a uznania ($\bar{x}$=8,11), možnosti kariérneho rastu alebo povýšenia

($\bar{x}$=8,27), benefity (9,55) a pracovný proces (1 $\bar{x}$=0,85) vykazovali nízke skóre motivácie a celkovej pracovnej spokojnosti s faktormi pracovného prostredia (Tabuľka1).

Tabuľka 1 *Spokojnosti a celková pracovná spokojnosti s faktormi pracovných podmienok*

Faktory	$\bar{x}$	*mod*	x_m	*min.*	*max.*	*sd*
Mzda	7,65	7	7	4	15	2,4973
Kariérny rast	8,27	Viac	8	4	17	2,5026
Nadriadený	16,2	16	16	6	23	3,1394
Benefity	9,55	10	9	4	17	2,7351
Ocenenia a uznania	8,11	5	8	4	16	2,7208
Pracovný proces	10,85	12	11	4	19	2,7666
Spolupracovníci	16,29	16	16	8	24	2,8391
Charakter práce	18,41	19	19	11	24	2,8549
Komunikácia	17,23	17	17	8	23	2,6232
Celková spokojnosť	112,56	116	113	85	141	11,2118

Legenda: $\bar{x}$ - aritmetický priemer, x_m – medián, *mod* = modus, *min*.- minimálna hodnota, *max.*- maximálna hodnota, *sd* – smerodajná odchýlka.

Analýza dát preukázala existenciu rozdielov v spokojnosti s faktormi z pracovných podmienok, celkovou spokojnosťou sestier a charakter zdravotníckeho zariadenia (súkromné, štátne).

Tabuľka 2 Rozdiely vzhľadom na charakter zdravotníckeho zariadenia

Premenné	*Súčet poradí 1*	*Súčet poradí 2*	*U*	*Z*	*p-hodnota*
Mzda	15279,5	25475,5	8493,5	-1,9136	0,0 557
Kariérny rast	15436,0	25319,0	8650,0	-1,6846	0,0921
Nadriadený	16138,5	24616,5	9352,5	-0,6569	0,5113
Benefity	16058,5	24696,5	9272,5	-0,7739	0,4390
Ocenenia a uznania	16167,5	24587,5	9381,5	-0,6145	0,5389
Pracovný proces	15684,5	25070,5	8898,5	-1,3211	0,1865
Spolupracovníci	17006,5	23748,5	9383,5	0,6115	0,5409
Charakter práce	16720,0	24035,0	9670,0	0,1924	0,8474
Komunikácia	16805,5	23949,5	9584,5	0,3175	0,7509

Legenda: U- testovacia štatistika, Z- štandardné skóre.

Na základe výsledkov neparametrického Mann-Whitneyov U testu, konštatujeme (Tabuľka 2), že medzi sestrami pracujúcimi v súkromných a sestrami pracujúcimi v štátnych zdravotníckych zariadeniach neexistujú štatisticky signifikantné rozdiely v spokojnosti s faktormi z pracovných podmienok (p<0,05).

Tabuľka 3 *Rozdiely vzhľadom na charakter zdravotnícke zariadenie*

Premenné	*x̄ 1*	*x̄ 2*	*F-test*	*p-hodnota*	*t-test*	*p-hodnota*
Celková spokojnosť	111,48	113,30	1,0234	0,8842	-1,3475	0,1789

Legenda: *x̄* - aritmetický priemer.

Z prieskumu vyplynulo zistenie, že medzi sestrami pracujúcimi v súkromných a sestrami pracujúcimi v štátnych zariadeniach neexistujú štatisticky signifikantné rozdiely *(p*=<0,05) v hodnotení faktorov (motivátorov), ktoré determinujú ich celkovú pracovnú spokojnosť.

Diskusia

Výsledky nášho prieskumu sú konzistentné s výsledkami Gurkovej a kol. (2015). Preukázali, že celková pracovná spokojnosť sestier ako faktor motivácie sa pohybovala na hranici strednej spokojnosti, u slovenských sestier (x̄ =3,09) a českých sestier (x̄ =3,38). Najvyššiu spokojnosť uvádzali rovnako sestry so vzťahmi so spolupracovníkmi, slovenské sestry (x̄ =3,69) a české sestry (x̄ =3,83). Najnižšia spokojnosť bola v oboch skupinách zistená v subškále vonkajšieho hodnotenia (x̄ =2,50 x̄ = 2,99). Vo výskume autoriek Ševčovičová a Emödiová (2016) sa sestry vyjadrovali k viacerým motivačným faktorom. Podľa zaznamenaných výpovedí nie sú pracovné podmienky na ich súčasnom pracovisku motivujúce pre 51,2 % (n=38) slovenských sestier. Naopak u dvoch tretín (66,1 %, n=19) českých sestier ide o významný motivačný faktor. Aslan a kol. (2017) zistili, že vnútorné faktory motivácie majú väčšiu váhu ako vonkajšie faktory. Sestry dosiahli vyššie skóre motivácie s faktormi pochvala, úspech a zodpovednosť za prácu. Naše výsledky sú v rozpore s výsledkami autorky Kubišovej (2013), ktorá vo svojej štúdií zistila, že 22,2 % (n=22) respondentov bolo rozhodne spokojných a 62,6 % (n=62) bolo skôr spokojných s prácou, ktorú vykonávajú. Mácsadyová (2013) publikovala, že 82 % (n=27) sestier je spokojných s pracou. Veľmi nespokojných bolo len 15 % (n=5). Najvyššie skóre pracovnej spokojnosti sme namerali u faktora charakter práce (x̄=18,41), komunikácia (x̄=17,23), spolupracovníci (x̄ =6,29) a nadriadený (x̄ =16,2). Autorky Ševčovičová a Emödiová (2016) uvádzajú, že u slovenských sestier (n=38) je najväčším motivačným faktorom pre výkon ich povolania úroveň vzťahov na pracovisku (95,4 %). Ďalší faktor bol uznania práce, pochvala (94,2 %), a platové ohodnotenie/mzda (93 %). U českých sestier (n= 19) boli identifikované porovnateľné výsledky. 96,6 % sestier považuje za najviac motivujúce faktory pri výkone ich povolania všetky tri faktory, ktoré prevažovali aj u sestier na Slovensku. Mzda je vnímaná ako negatívny faktor pracovných podmienok. V našom súbore mzda dosiahla najnižšie priemerné (x̄=7,65), ocenenia a uznania (x̄ =8,11) a možnosti kariérneho rastu alebo povýšenia (x̄ =8,27). Nízke skóre spokojnosti sme zaznamenali aj vo faktore benefitov (x̄ =9,55) a pracovný proces (x̄ =10,85). Naše výsledky korelujú s výsledkami Balkovej a Zibrinovej (2012). Machálková, Ševčíková, Mikšová (2016) poukázali na faktor mzda ako podmienka, ktorá výrazne znižuje skóre pracovnej motivácie. Tento jav potvrdili výsledky výskumu Harokovej a Gurkovej (2012). Obročníková a Majerníková (2012) zistili, že

v ich súbore respondentov (n=100), 81,82 % sestier považuje pochvalu za hlavný motivátor pracovných podmienok. Sú toho názoru, že neatraktívne pracovné podmienky súvisia s nespokojnosťou sestier, ktorá vyúsťuje do ich fluktuácie. Sestry, ktoré ostávajú v systéme sú nespokojné čo sa preukázalo aj v našom prieskume. Medzi sestrami pracujúcimi v súkromných a sestrami pracujúcimi v štátnych zdravotníckych zariadeniach neexistujú rozdiely v pôsobení faktorov motivácie.

Záver

Pracovná spokojnosť a motivácia sestier je subjektívny proces konfrontácie ich očakávaní a skutočných podmienok, ktoré sa dotýkajú všetkých aspektov práce. Pokiaľ má sestra poskytovať kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, musí byť adekvátne motivovaná a mať vytvorené čo najlepšie pracovné podmienky. Ak sú sestry v stave rovnováhy a pohody, potom tie isté pocity premietajú všade do sveta okolo seba, vrátane pacientov a kolegov. Výsledky nami realizovanej výskumnej štúdie odhalili potrebu venovať viac času a pozornosti sestrám zo strany manažérov ošetrovateľstva, pravidelne zisťovať ich mieru spokojnosti a motivácie k pracovnému výkonu, spravodlivo ich hodnotiť, viesť hodnotiace rozhovory, prejavovať im za dobrú prácu pochvalu, uznanie, odmeňovať ich a vytvárať príjemné pracovné podmienky ošetrovateľskej praxe, ktoré im uľahčia plnenie ich pracovných úloh.

Zoznam literatúry

1. ASLAN, M. 2017. Personality and Job Satisfaction among Nurses: The Mediating Effect of Contextual Performance. In *International Journal of Caring Sciences*. ISSN 1791-5201, 2017, roč. 10., č.1, s. 544-552.
2. BALKOVÁ, H. – ZIBRÍNOVÁ, M. 2012. Motivace sester na pracovišti. In *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha : Mladá fronta. ISSN 1210-0404, 2012, roč. 22., č. 6, s. 29-30.
3. GURKOVÁ, E. a kol. 2015. Pracovná spokojnosť a úvahy českých a slovenských sestier odísť z pracoviska a profesie sestry. In *Quo vadis zdravotníctvo, Zborník príspevkov z vedecko – odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou.* [online]. 2015. [citované 2022-5-15]. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Dernarova6/subor/5.pdf> ISBN 978-80-555-0698-2.
4. HAROKOVÁ, S. – GURKOVÁ, E. 2012. Faktory pracovnej spokojnosti českých sestier. In *Ošetrovatelství.* [online]. XIV. roč., č.4/2012. [citované 2022-3-30]. s. 401–409. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2012/04/01.pdf> ISSN 1804-7122.
5. HAROKOVÁ, S. – GURKOVÁ, E. 2012. Pracovní spokojenost. In *Sestra*. ISSN 1210-0404, 2012, roč, VIII., č. 7, s. 33.
6. KUBIŠOVÁ, H. 2013. *Motivace všeobecných sester při výkonu jejich povolání* : bakalárska práca. Brno : Masaryková univerzita, Lékařská fakulta. [online]. 2013, 83

s. [citované 2022-02-27]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/dxwvv/Motivace_vseobecnych_sester_pri_vykonu_jejich_povolani.pdf?info>

7. LLOP, G. a kol. 2021. *Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic? Hum Resour Health.* [online]. 16. septembra 2021; 19(1):112. [citované 2022-03-17]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34530844/>
8. MACHÁLKOVÁ, L. – ŠEVČÍKOVÁ, B. – MIKŠOVÁ, Z. 2016. *Faktory motivace všeobecných sestier v hospicové péči s presahem České republiky. Psychologie pro praxi.* [online]. 2016; 3(4):61. [citované 2022-5-15]. Dostupné z: <https://karolinum.cz/data/clanek/3406/PPP_3-4_2016_06_Machalkova.pdf>
9. MÁCSADYOVÁ, G. 2013. *Motivácia v záťažových pracovných pozíciách so zameraním na zdravotníckych pracovníkov na onkologickom oddelení* : diplomová práca. Trnava, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, Filozofická fakulta, Katedra psychológie. [online]. 2013, 78 s. [citované 2022-04-04]. Dostupné z: <https://opac.crzp.sk/?fn=detailBiblioForm&sid=5D4D29B46C695A5DF59B193F1343>
10. PINDER, C. C. 2014. *Work motivation in organizational behavior.* Psychology Press, 2014, 600 s. ISBN 978-13-175-6147-7.
11. OBROČNÍKOVÁ, A. – MAJERNÍKOVÁ, Ľ., 2012. Motivačné a demotivačné činitele pre vzdelávanie a prácu sestier. In: *Quo vadis zdravotníctvo. Zborník príspevkov z vedecko-odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Prešov : PU v Prešove, 2012. ISBN 978-80-555-0698-2, s. 422–433.
12. SPECTOR, P. E. 2022. *Job satisfaction: from assessment to intervention.* [online]. United States of America (USA) Routledge. Február 2022, 166 s. [citované 2022-3-30]. Dostupné z: <https://paulspector.com/books/job-satisfaction/ >ISBN 978-1-003-25061-6.
13. ŠEVČOVIČOVÁ, A. – EMŐDIOVÁ, M. 2016. Motivácia sestier pre výkon povolania. In *Florence*. ISSN 1801- 464X. 2016, roč. XII., č. 10, s. 26-29.
14. TOODE, K. a kol. 2015. *Hospital nurses' work motivation. Scandinavian Journal of Caring Sciences.* [online]. Jun 2015; 2(29): 248–257 [citované 2022-04-03]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12155>

Kontakt:
PhDr. Tatiana Katriňáková
VŠZaSP sv. Alžbety, Detašované pracovisko bl. Sáry Salkaházi, Rožňava
Kósu - Schoppera 141/22,
048 01 Rožňava
E-mail: tanakatrinakova@gmail.com

WPŁYW PRACY ZMIANOWEJ NA WYSTĘPOWANIE ZABURZEŃ SNU I RYTMU OKOŁODOBOWEGO WŚRÓD PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO

Joanna Jonkisz, Gabriela Maria Pawłowska-Szura, Iwona Bodys-Cupak

SKN Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Polska
Szpital Specjalistyczny im. H.Klimontowicza w Gorlicach, Polska

Wstęp: System pracy dwu zmianowej najczęściej wybierany przez personel pielęgniarski wymusza konieczność pracy także w nocy. Ryzyko pojawienia się zaburzeń obejmujących sen i rytmy okołodobowe jest niezwykle wysokie i wpływa negatywnie na codzienne funkcjonowanie oraz samopoczucie pielęgniarek i pielęgniarzy. Najczęstszymi zaburzeniami jest bezsenność oraz nadmierna senność. W przypadku pracy zmianowej szczególnie ważne jest przestrzeganie zasad higieny snu oraz czynności, które wzmacniają mechanizmy regulujące sen. Po kilku latach pracy w systemie dwu zmianowym objawy desynchronizacji rytmów okołodobowych nierzadko przyjmują charakter przewlekły i mogą skutkować wystąpieniem poważnych problemów zdrowotnych.

Cel pracy: Celem pracy było określenie jak praca w systemie zmianowym różnicuje występowanie zaburzeń i rytmu okołodobowego wśród pracujących pielęgniarek i pielęgniarzy.

Materiał i metody badań: Badania zostały przeprowadzone wśród pracujących zmianowo pielęgniarek i pielęgniarzy. Badaniem objęto 142 osoby. Narzędziem badawczym był autorski, anonimowy kwestionariusz ankiety, składający się z 26 zagadnień oraz dwa narzędzia standaryzowane: Ateńska Skala Bezsenność AIS oceniająca występowanie lub brak bezsenności oraz Skala Senności Epworth ESS weryfikująca istnienie nadmiernej senności w porze dnia.

Wyniki: Przebudzenia w nocy i trudności z zasypianiem stanowiły ponad połowę najczęściej występujących zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarskiego. Prawie każda pielęgniarka i pielęgniarz powyżej 50 roku życia zgłaszał występowanie zaburzeń snu u rytmu okołodobowego wynikającego z systemu zmianowego pracy. Nie istniała korelacja pomiędzy zaburzeniami snu i rytmu okołodobowego a chorobami przewlekłymi. Praca zmianowa korelowała z nieregularnością odżywiania. Zmaganie się z zaburzeniami snu i rytmu okołodobowego wymuszało na ponad połowie personelu sięganie po używki i środki nasenne.

Wnioski: Występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego wpływało na codzienne funkcjonowanie i samopoczucie. Wiek i stan zdrowia wpływał na występowanie zaburzeń.

Praca zmianowa utrudniała regularne żywienie personelu pielęgniarskiego. Im dłuższy był staż pracy, tym częściej występowała bezsenność wśród badanych.

Słowa kluczowe: Praca zmianowa. Zaburzenia snu. Rytm okołodobowy.

Introduction: The two-shift work system most often chosen by the nursing staff forces the need to work also at night. The risk of disorders involving sleep and circadian rhythms is extremely high and has a negative impact on the daily functioning and well-being of nurses. The most common disorders are insomnia and excessive sleepiness. In the case of shift work, it is especially important to observe the principles of sleep hygiene and activities that strengthen the mechanisms that regulate sleep. After several years of working in a two-shift system, the symptoms of circadian rhythm desynchronization often become chronic and may result in serious health problems.

Objective of the thesis: Determining how shift work affects the occurrence of disorders and circadian rhythm among working nurses.

Material and methods: The research was conducted among nurses working in shifts. The study included 142 people. The research tool was an original, anonymous questionnaire consisting of 26 items and two standardized tools: the Athens AIS Insomnia Scale assessing the presence or absence of insomnia and the Epworth ESS Sleepiness Scale verifying the existence of excessive daytime sleepiness.

Results: Nighttime awakenings and difficulty falling asleep account for more than half of the most common sleep disorders among nursing staff. Almost every nurse over 50 years of age reports the occurrence of sleep disorders in the circadian rhythm resulting from the shift work system. There is no correlation between sleep and circadian rhythm disorders and chronic diseases. Shift work results in irregular eating habits. Struggling with sleep and circadian rhythm disorders forces more than half of the staff to reach for stimulants and sleeping pills.

Conclusions: The occurrence of sleep and circadian rhythm disorders affects daily functioning and well-being. Age and health condition affect the occurrence of disorders. Shift work makes regular feeding of nursing staff difficult. The longer the seniority, the greater the problem with insomnia.

Keywords: *S*hift work. Sleep disorders. Circadian rhythm.

Wstęp

Personel pielęgniarski w przeważającej większości pracuje w systemie dwuzmianowym, który zmusza zarówno pielęgniarki jak i pielęgniarzy do pracy również w nocy. Taka forma pracy powoduje, że u osób wykonujących ten zawód, ryzyko pojawienia się

zaburzeń obejmujących sen i rytmy okołodobowe jest niezwykle wysokie i wpływa negatywnie na codzienne funkcjonowanie oraz samopoczucie [1]. W przypadku pracy niosącej ryzyko zaburzeń snu i rytmu okołodobowego szczególnie ważne są czynności, które pozwalają wzmacniać mechanizmy regulujące sen, aby choć w małym stopniu zmniejszać te niebezpieczne konsekwencje [2]. Wszelkie anomalie w obrębie rytmów okołodobowych snu i czuwania niosą ze sobą ryzyko pojawienia się problemów zdrowotnych, trudności związanych ze snem, koncentracją, a wszystko to w przypadku pracy pielęgniarki i pielęgniarza wiąże się z ryzykiem wypadków wynikających z obniżonej czujności i wpływa na wystawianie siebie oraz pacjentów na niebezpieczeństwo [3].

Cel badań

Celem badań było określenie, jak praca w systemie zmianowym różnicuje występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego wśród pracujących pielęgniarek i pielęgniarzy. Przeanalizowano zależności między warunkami socjodemograficznymi oraz warunkami i ilością pracy wykonywanej przez personel pielęgniarski, a występowaniem zaburzeń snu i rytmu okołodobowego. W badaniu uwzględniono występowanie chorób przewlekłych, a także zróżnicowanie problemu jakim są zaburzenia snu w zależności od oddziału na jakim pracowały osoby badane.

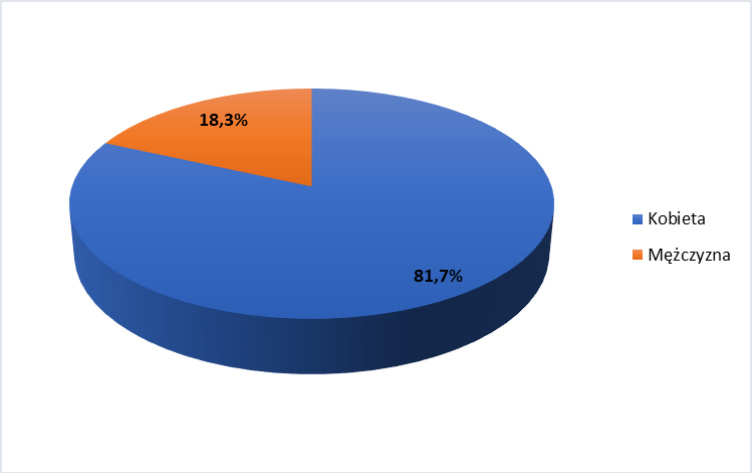
Materiał i metody

W celu przeprowadzenia badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety, a narzędziem badawczym był autorski, anonimowy kwestionariusz ankiety, Ateńska Skala Bezsenności oraz Skala Senności Epworth.

Autorski kwestionariusz składał się z 26 zagadnień. Zawierał 4 pytania dotyczące metryki (płeć, wiek, miejsce zamieszkania i stan cywilny osoby badanej) oraz 22 pytań zasadniczych, w tym dotyczących m.in.: stażu pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza, miejsca pracy z uwzględnieniem oddziału, występowania zaburzeń snu i rytmu dobowego oraz rodzaju tych zaburzeń. Pytania były jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru oraz pytania otwarte. Zmienne mierzone na skali ilościowej zostały scharakteryzowane za pomocą m.in. średniej arytmetycznej, odchylenia standardowego. Do badania zależności między zmiennymi o charakterze jakościowym zastosowano test chi-kwadrat, test chi-kwadrat z poprawką Yates'a oraz dokładny test Fishera. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności przyjęto $p < 0.05$.

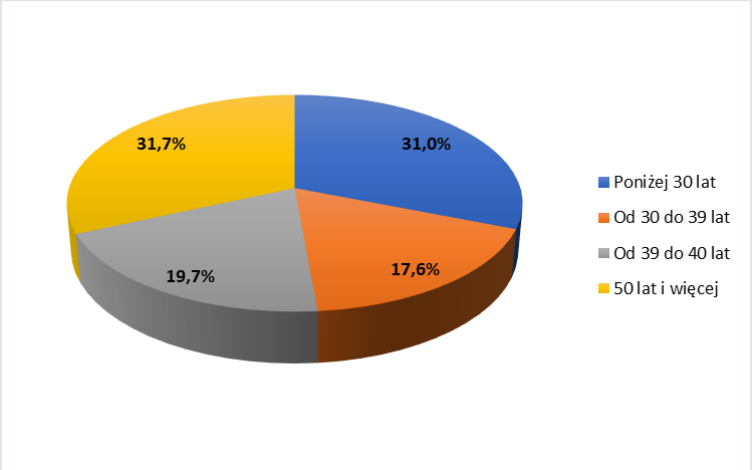
Analizę przeprowadzono elektronicznie za pośrednictwem Microsoft Forms. Badania przeprowadzono w dniach od 13.01.2023 roku do 05.03.2023 roku wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w systemie zmianowym. Łącznie uzyskano 150 ankiet, z których prawidłowo wypełnionych i zakwalifikowanych do dalszego badania zostało 142 ankiety.

W badanej grupie znalazło się 142 osoby w tym 116 kobiet i 26 mężczyzn. Kobiety stanowiły 81,7 % ogółu, a mężczyźni 18,3 % wszystkich osób badanych.



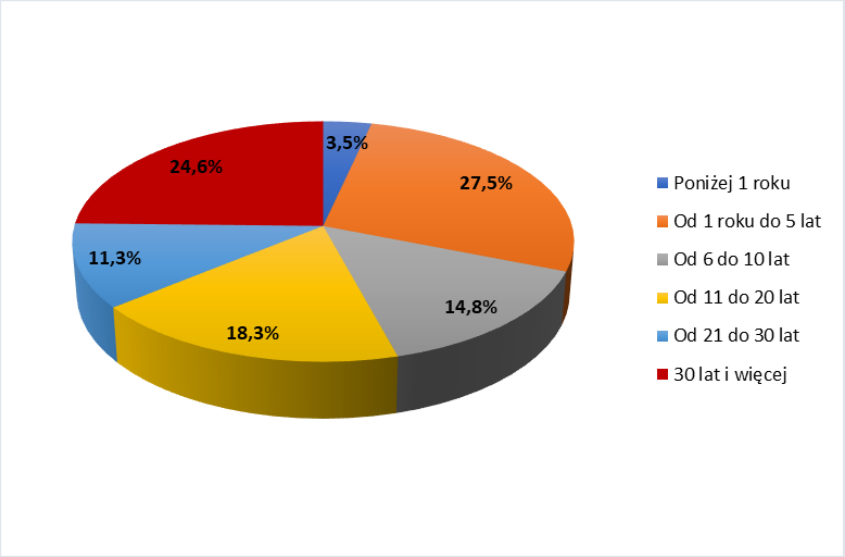
***Ryc.1** Płeć badanego personelu pielęgniarskiego*

Pielęgniarki i pielęgniarze objęci badaniem byli między 23 a 64 rokiem życia. W przedziale wiekowym poniżej 30 lat znalazły się 44 osoby które stanowiły 31% ogółu. Od 30 do 39 lat miało 17,6% respondentów (N=25). 40-49 lat miało 19,7% badanych (N=28), a osoby w wieku 50 lat i więcej stanowiły 31,7% (N=45)



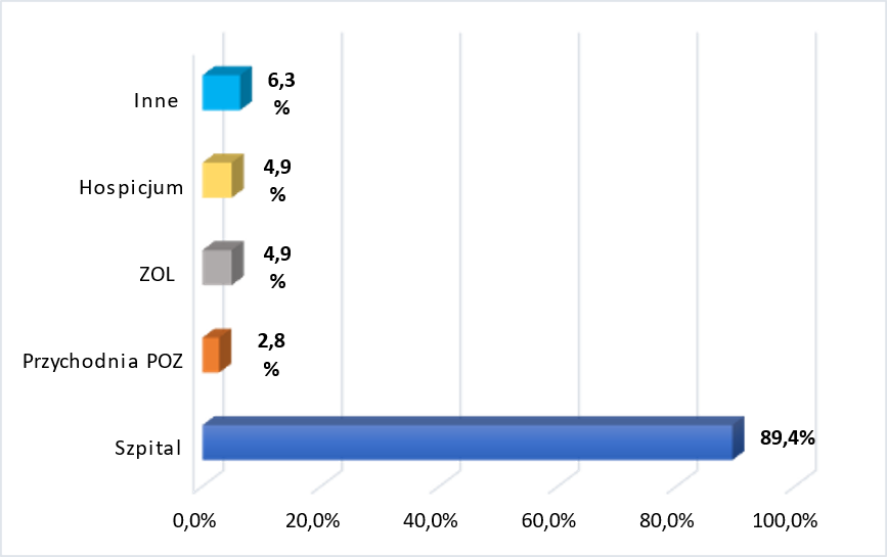
***Ryc. 2** Wiek badanego personelu pielęgniarskiego*

W grupie 142 osób 3,5% pracowało poniżej 1 roku (N=5). Od 1 roku do 5 lat pracowało 27,5% badanych (N=39). Staż pracy od 6 do 10 lat deklarowało 14,8% (N=21). 18,3% respondentów staż pracy wynosił od 11 do 20 lat (N=26), a 11,3% (N=16) od 21 do 30 lat. 30 lat i więcej pracowało 24,6% pielęgniarek i pielęgniarzy (N=35).



Ryc. 3 *Staż pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza*

W grupie 142 osób 127 pracowało w szpitalu co stanowiło 89,4%. 4,9% badanych (N=7) jako swoje miejsce pracy podawało hospicjum. W ZOL-u pracowało 4,9% respondentów (N=7). 2,8% personelu pielęgniarskiego pracowało w przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej (N=4). Inne miejsce pracy podało 6,3% badanych (N=9).



Ryc. 4 *Miejsce pracy badanego personelu pielęgniarskiego*

Wyniki

Częstość występowania zaburzeń snu w badanej grupie.

***Tab. I** Analiza częstości występowania zaburzeń snu w badanej grupie*

Zmienne		Ogółem	
		n	%
Problemy ze snem N=105	Bezsenność	28	26,7
	Trudności z zasypianiem	53	50,5
	Przebudzanie w nocy	72	68,6
	Napady snu i potrzeba drzemki w ciągu dnia	50	47,6
	Przedwczesne wstawanie	13	12,4
Czas pojawienia się zaburzenia snu związane z systemem pracy od momentu jej rozpoczęcia? N=105	przed 1 rokiem	29	27,6
	w ciągu 1-5 lat	35	33,4
	po 5 latach	41	39,0

Stwierdzono, że spośród przebadanych 142 osób u 105 wystąpiły zaburzenia snu, co stanowiło 73,9% wszystkich badanych. Najczęściej występującym zaburzeniem były przebudzenia w nocy stanowiące 68,6% ogółu występujących zaburzeń (N=72). Trudności z zasypianiem zgłosiło N=53 co stanowi 50,5% osób. Napady snu i potrzeba drzemki w ciągu dnia występowały u 47,6% (N=50), a bezsenność dotyczyła 26,7% (N=28). 12,4% osób badanych zgłaszało występowanie przedwczesnego wstawania (N=13).

Na podstawie analizy stwierdzono, że aż 39 % osób (N=41) zgłosiło występowanie pierwszych zaburzeń snu po 5 latach od podjęcia pracy. W przypadku 33,4% badanych (N=35) zaburzenia pojawiły się w ciągu 1-5 lat od rozpoczęcia pracy, natomiast najmniejszy odsetek 27,6% zbadanych osób (N=29) zauważyło występowanie zaburzeń snu już przed upływem 1 roku od podjęcia pracy.

Zmienne socjodemograficzne różnicujące występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego wśród badanych.

***Tab. II** Występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego a wiek, miejsce zamieszkania i stan cywilny*

Zmienne		Występownie zaburzeń snu i rytmu dobowego wynikające z systemu zmianowego pracy				χ^2	*p*
		Tak		Nie			
		n	%	n	%		
Wiek	Poniżej 30 lat	30	68,2	14	31,8	11,911	0,0077*
	30-39	14	56,0	11	44,0		
	40-49	20	71,4	8	28,6		
	50 lat i więcej	41	91,1	4	8,9		
Miejsce zamieszkania	Wieś	67	75,3	22	24,7	0,221	0,6380*
	Miasto	38	71,7	15	28,3		
Stan cywilny	Panna/kawaler /po rozwodzie/wdowa/wdowiec	38	71,7	15	28,3	0,221	0,6380*
	W związku małżeńskim/nieformalnym	67	75,3	22	24,7		

*test chi-kwadrat, p – poziom istotności

Analiza statystyczna wykazała istotną statystycznie zależność między występowaniem zaburzeń snu i rytmu okołodobowego a wiekiem. 91,1% personelu pielęgniarskiego (N=41) powyżej 50 roku życia zauważyło u siebie zaburzenia snu i rytmu dobowego wynikającego z systemu zmianowego pracy, podczas gdy 34% personelu w wieku do 50 lat nie zauważyło tego rodzaju zaburzeń. Miejsce zamieszkania i stan cywilny nie wpłynęły istotnie statystycznie na występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego wśród personelu pielęgniarskiego.

Praca w systemie zmianowym oraz zaburzenia snu i rytmu okołodobowego a samopoczucie i codzienne funkcjonowanie badanych i korzystanie z używek lub środków nasennych.

Tab. III *Występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego, a wpływ pracy w godzinach nocnych na samopoczucie po dyżurze*

Wpływ pracy w trakcie godzin nocnych na Pani/Pana samopoczucie po dyżurze	Ogółem		Występowanie zaburzeń snu i rytmu dobowego wynikające z systemu zmianowego pracy				χ^2	*p*
			Tak		Nie			
	n	%	n	%	n	%		
Jestem w złym humorze	27	19,0	26	23,6	1	2,5	8,646	0,0033**
Czuję się przygnębiona/ przygnębiony	31	21,8	30	28,6	1	2,7	9,266	0,0016**
Jestem rozdrażniona/rozdrażniony	82	57,7	71	67,6	11	29,7	14,582	0,0001*
Czuję się świetnie	10	7,0	3	2,9	7	18,9	-	0,0032***
Jestem pogodna/pogodny	17	12,0	2	1,9	15	40,5	35,173	<0,0001*
Mam problemy z koncentracją	54	38,0	45	42,9	9	24,3	3,240	0,0719**
Inne	11	7,7	5	4,8	4	10,8	-	0,2395***

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a, ***dokładny test Fishera, p – poziom istotności

Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między występowaniem zaburzeń snu i rytmu okołodobowego a wpływem pracy w godzinach nocnych na samopoczucie po dyżurze przede wszystkim w zakresie: złego humoru, przygnębienia, rozdrażnienia, pogodności.

Tab. IV *Występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego a stosowanie środków nasennych oraz używek*

		Występowanie zaburzeń snu i rytmu dobowego wynikające z systemu zmianowego pracy.				χ^2	*p*
		Tak		Nie			
		n	%	n	%		
Stosowanie środków nasennych	Tak	26	24,8	0	0,0	19,621	0,0019***
	Nie	79	75,2	37	100,0		
Stosowanie używek	Tak	48	45,7	24	64,9	4,014	0,0451*
	Nie	57	54,3	13	35,1		

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a

Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między występowaniem zaburzeń snu i rytmu okołodobowego a sięganiem po środki nasenne oraz używki.

- 24,8% personelu pielęgniarskiego w związku występowaniem zaburzeń snu i rytmu okołodobowego sięgało po środki nasenne.
- 54,3% personelu pielęgniarskiego, u których wystąpiło zaburzenie snu i rytmu okołodobowego nie sięgało po używki, natomiast 64,9% badanych, którzy nie zgłosili tego rodzaju problemu sięgało po używki by pobudzić organizm do codziennego funkcjonowania.

Częstość występowania zjawiska bezsenności oraz nadmiernej senności wśród personelu pielęgniarskiego objętego badaniem

*test chi-kwadrat, **test chi-kwadrat z poprawką Yates'a, p – poziom istotności

Tab. V *Występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego a bezsenność*

		Samoocena występowania zaburzeń snu i rytmu dobowego a system pracy zmianowej				X^2	*p*
		Tak		Nie			
		n	%	n	%		
Ateńska Skala Bezsenności (AIS)	norma	4	3,8	31	83,8	95,502	<0,0001
	podwyższenie normy	39	37,1	5	13,5		
	bezsenność	62	59,1	1	2,7		
Skala Senności Epworth	wynik prawidłowy	47	44,8	32	86,5	19,499	<0,0001
	łagodna senność	37	35,2	4	10,8		
	umiarkowana senność	21	20,0	1	2,7		

Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między występowaniem zaburzeń snu i rytmu okołodobowego a bezsennością.

- 59,1% personelu pielęgniarskiego, w związku z występowaniem zaburzeń snu i rytmu okołodobowego miało problemy z bezsennością, podczas gdy 83,8% personelu pielęgniarskiego, który uważał, że nie ma tego rodzaju zaburzeń w związku z pracą zmianową miał wskaźnik w normie.
- 55,2% personelu pielęgniarskiego, w związku z występowaniem zaburzeń snu i rytmu okołodobowego miał problemy z sennością, 86,5% personelu pielęgniarskiego, którzy nie zauważyli u siebie zaburzeń snu i rytmu całodobowego wg skali Epworth miało wynik prawidłowy.

***Tab. VI** Staż pracy a występowanie bezsenności wśród badanych*

		Staż pracy						χ^2	*p*
		do 5 lat		6-20 lat		> 20 lat			
		n	%	n	%	n	%		
Ateńska Skala Bezsenności (AIS)	norma	13	29,5	16	34,0	6	11,8	10,99	0,0266*
	podwyższenie normy	17	38,6	12	25,5	15	29,4		
	bezsenność	14	31,8	19	40,4	30	58,8		
Skala Senności Epworth	wynik prawidłowy	24	54,5	32	68,1	23	45,1	5,28	0,2590*
	łagodna senność	13	29,5	10	21,3	18	35,3		
	umiarkowana senność	7	15,9	5	10,6	10	19,6		

*test chi-kwadrat, p – poziom istotności

Analiza statystyczna wykazała istotnie statystycznie zależność między stażem pracy a bezsennością wg skali AIS. Im dłuższy był staż personelu, tym częściej występowała wśród badanych bezsenność. Ponad połowa badanych (58,8%), który mieli co najmniej 20-letni staż pracy deklarowało problemy z bezsennością.

W badaniach również poddano analizie zagadnienia:

- Występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego a miejsce pracy,
- Występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego a rodzaj oddziału,
- Rozkład ilość pacjentów/podopiecznych przypadających na 1 pielęgniarkę w czasie dyżuru ze względu na występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego,
- Analiza obciążenia pracą zawodową,
- Częstotliwość aktywności fizycznej badanych a praca poza podstawowym miejscem zatrudnienia.

Analiza statystyczna nie wykazała jednak istotnych statystycznie zależności pomiędzy badanymi zmiennymi.

Dyskusja

Na podstawie badań własnych określono jak dużym problemem jest występowanie zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarskiego. Ze względu na charakter pracy zaburzenia takie mogą mieć daleko idące konsekwencje nie tylko zdrowotne dla pracowników medycznych. Badania potwierdziły, że u pielęgniarek zaburzenia snu występują powszechnie i mają wpływ na ich pracę [4]. Stwierdzono, że aż u 73,9% wszystkich badanych występowały zaburzenia snu i rytmu okołodobowego związane ze snem. Najczęściej występującym

zaburzeniem okazały się przebudzenia w nocy stanowiące 68,6% ogółu występujących zakłóceń. Ponad połowa, bo 50,5% badanych zgłaszała trudności z zasypianiem. Napady snu i potrzeba drzemki w ciągu dnia występowały u 47,6% respondentów. Z bezsennością zmagało się 26,7% badanych. Jedynie przedwczesne wstawanie występowało u 12,4% personelu. Stąd powyższe wyniki pokazują powagę problemu. Podobne wyniki badań uzyskali też inni autorzy. W badaniach przeprowadzonych przez Babiarczyk i Bujok wśród 100 pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym wykazano, że aż 95% ankietowanych potwierdzało wystąpienie u nich objawu senności w ciągu dnia w różnym stopniu intensywności: nieznacznej (65%), wyraźnej (24%) i bardzo nasilonej (6%). Zbieżne wyniki badań uzyskali też Kasperczyk i Jośko, którzy przebadali 286 pracowników wykonujących pracę zmianową i również potwierdzili gorszą jakość snu personelu pracującego w systemie zmianowym, zwracając przy tym szczególną uwagę na nasilenie stopnia senności w ciągu dnia [1]. Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez McDowall, Murphy, Anderson w 2017 roku w grupie 888 pielęgniarek pracujących w systemie dziennym i zmianowym problemy ze snem (bezsenność, wybudzanie się lub wcześniejsze budzenie się) stwierdzono u ponad 78% pielęgniarek pracujących zmianowo. Jak podają Vermeir i wsp., z 175 przebadanych pielęgniarek w Iranie aż 84,5% miało objawy senności w ciągu dnia [5]. W badaniach Andrzejewskiej i wsp. z 2018 roku stwierdzono, że najczęściej wymienianym zaburzeniem snu wśród pielęgniarek była bezsenność i budzenie się wcześniej, natomiast Zużewicz w swoich badaniach z 2017 podawała także niemożność zaśnięcia przy świetle dziennym i napady senności w różnych porach dnia [5].

Wnioski

1) Zaburzenia snu oraz rytmu okołodobowego wynikające z systemu zmianowego pracy najczęściej pojawiały się po około 5 latach pracy w zawodzie. Najczęściej były to przebudzenia w nocy, trudności z zasypianiem oraz napady snu i potrzeba drzemki w ciągu dnia.

2) Wiek determinował występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego, natomiast miejsce zamieszkania ani stan cywilny nie wykazywały takiego wpływu.

3) Występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego wśród personelu pielęgniarskiego nie zależało od miejsca pracy, rodzaju oddziału ani przeciętnej ilości pacjentów/podopiecznych przypadających na 1 pielęgniarkę w czasie dyżuru.

4) Występowanie zaburzeń snu i rytmu okołodobowego determinowało poziom codziennego funkcjonowania i samopoczucia, powodując odczuwanie przez personel pielęgniarski po dyżurze głównie złego humoru, przygnębienia i rozdrażnienia. Zaburzenia wymuszały na personelu korzystanie z używek takich jak kawa, napoje energetyzujące czy środki nasenne.

6) Problem bezsenności dotyczył co czwartej osoby badanej pracującej w zawodzie pielęgniarki i pielęgniarza. Im dłuższy był staż pracy tym większy występował problem z bezsennością.

Piśmiennictwo

1. Babiarczyk B., Bujok M.: Występowanie zaburzeń snu wśród pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2019; 100 (2): 89-94.
2. 2. Wichniak A.: Higiena snu. Jak zadbać o zdrowy sen. Strona internetowa Medycyna Praktyczna dla pacjentów. [Data cytowania 29.11.2022] Adres: https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/bezsennosc/69683,higiena-snu-jak-zadbac-o-zdrowy-sen
3. 3. Poradowska E., Szaulińska K., Wierzbicka A., Wichniak A.: Shift work: how do the patients cope with it and what should they do? Postępy Psychiatrii i Neurologii, 2017; 26 (2): 109-119
4. Gajda E., Wanot B., Biskupek-Wanot A.: Zaburzenia snu. Katedra Nauk o Zdrowiu i Fizjoterapii Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie 2020. DOI: 10.16926/pzp.1.2020.03
5. Baka Ł. Stachura-Krzyształowicz A., Najmiec A., Kapica Ł.: Kompleksowa ocena psychospołecznych warunków pracy, stylu życia i zdrowia psychofizycznego w grupie pielęgniarek. Wyniki badań i zalecenia do programów profilaktyki stresu w pracy. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy. Warszawa 2021

Kontakt:

Joanna Jonkisz

SKN Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Polska

Szpital Specjalistyczny im. H.Klimontowicza w Gorlicach, Polska

HODNOTENIE KVALITY SLUŽIEB V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ

Kristína Grendová, Natália Švantnerová

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra verejného zdravotníctva

Abstrakt:

Úvod: Meranie a hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti pomocou indikátorov, je spôsob ktorý môže napomôcť zlepšiť zdravotnícke služby. Zvýšené požiadavky na kvalitu zdravotníckych služieb viedli k vytvoreniu globálne porovnateľných údajov a ich meranie sa stalo medzinárodnou výzvou.

Ciele práce: Zhodnotiť kvalitu poskytovaných zdravotníckych služieb.

Metodika práce: Prvá časť výskumu bola realizovaná vo FNsP. F. D. Roosvelta v Banskej Bystrici a druhá časť výskumu bola realizovaná pomocou programu HCQO. Na hodnotenie kvality ústavnej zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení spracované údaje od zdravotnej poisťovne a v druhej časti boli použité údaje z OECD online data setu. Ústavná starostlivosť bola hodnotená pomocou úrovní indikátorov úmrtnosti na jednotlivých oddeleniach a v HCQO bola použitá štandardizovaná úmrtnosť.

Výsledky: Úroveň jednotlivých oddelení sa pohybovala od úrovne nízkej po úroveň štandardnú. Išlo o úroveň 0,1 a 2. Na žiadnom oddelení nebola zaznamenaná úroveň 3 a 4. Indikátory HCQO ukázali nízku úroveň slovenského zdravotníctva v porovnaní s inými európskymi krajinami. Výsledky úmrtností na AMI, IS a HS boli najvyššie v porovnaní s Českom, Holandskom, Nórskom a Spojeným Kráľovstvom.

Záver: Meranie kvality zdravotnej starostlivosti je oblasť, ktorá je individuálne riešená v každej krajine. Na túto skutočnosť sa snažia reagovať organizácie, ako je OECD a WHO a preto neustále pracujú na medzinárodne porovnateľných indikátoroch.

Kľúčové slová: Kvalita zdravotnej starostlivosti. Zlepšenie kvality. Medicínske chyby. Bezpečnosť pacienta. Nežiaduce udalosti.

Summary:

Introduction: Measuring and evaluating the quality of healthcare using indicators is a method that can help improve healthcare services. Increased demands on the quality of healthcare services have led to the creation of globally comparable data and their measurement has become an international challenge.

Objectives of the work: To evaluate the quality of the provided health services.

Work methodology: The first part of the research was carried out at FNsP. F. D. Roosevelt in Banská Bystrica and the second part of the research was carried out using the HCQO program. Data from the health insurance company were processed to evaluate the quality of institutional health care in a health facility, and data from the OECD online data set were used in the second part. Institutional care was evaluated using the levels of mortality indicators on individual departments, and standardized mortality was used in the HCQO.

Results: The level of individual departments ranged from low to standard. These were levels 0, 1 and 2. Levels 3 and 4 were not recorded in any department. HCQO indicators showed a low level of Slovak healthcare compared to other European countries. Mortality results for AMI, IS and HS were the highest compared to the Czech Republic, the Netherlands, Norway and the United Kingdom.

Conclusion: Measuring the quality of health care is an area that is individually addressed in each country. Organizations such as the OECD and WHO are trying to respond to this fact and are therefore constantly working on internationally comparable indicators.

Keywords: Quality of health care. Quality improvement. Medical errors. Patient safety. Adverse events.

Úvod

Bezpečnosť pacienta je oblasť, ktorej zmyslom je, aby pacient v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti nebol poškodený samotnou liečbou ani okolnosťami, ktoré so zdravotnou starostlivosťou súvisia (WHO, 2021). Funkčný systém zdravotnej starostlivosti vyvažuje citlivé interakcie medzi kvalitou, nákladmi a prideľovaním zdrojov (Marzo *et al*., 2021). Základom zlepšovania kvality je meranie a monitorovanie na pochopenie, ktorú oblasť je potrebné podporiť. Základom sú spoľahlivé údaje, ktoré musia byť presné, včasné a ľahko použiteľné. Zjednotenie globálnych a národných cieľov merania je podstatné na zabezpečenie kvalitných zdravotných systémov. Z toho dôvodu je snahou mnohých krajín zbierať tieto údaje, používať ich na transformáciu a zlepšenie národných systémov. Dôležitou úlohou jevytvorenie systémov hlásenia nežiadúcich udalostí a následného učenia sa z nich (WHO, 2020). Autori Backhouse aOgunlayi uviedli, že zlepšenie zdravotníctva je z 20% technické a 80% ľudské. Dôležitou časťou tých 80% je otvorená komunikácia, jasný prístup a spoločný motív. Pretože ak zdravotnícki pracovníci nie sú schopní jasne komunikovať so svojimi kolegami o podstatných princípoch a rozdielov v prístupe k zlepšovaniu kvality, znižuje sa šanca na úspech jej dosiahnutia (2020). Pre rastúcu a naliehavú výzvu v pre kvalitné zdravotnícke služby poskytované pacientom na celom svete, 72. Svetové zhromaždenie WHO prijalovroku 2018 rezolúciu Svetovej zdravotníckej organizácie WHO 72.6 o globálnych opatreniach v oblasti bezpečnosti pacienta. Členské štáty boli vyzvané, aby uznali bezpečnosť pacientov

ako prioritu v oblasti zdravia vo svojich politických rozhodnutiacha v programoch zameraných na zdravotné služby (WHO, 2021).

Program Health Care Quality and Outcomes predtým známy ako projekt OECD Health Care Quality Indicator (HCQI) sa začal v roku 2001. Dlhodobým zámerom projektu HCQI bolo vytvoriť súbor ukazovateľov, ktoré objasnia odpovede na otázky kvality zdravotnej starostlivosti pre kľúčové stavy a liečby. Účelom projektu bolo zistiť a pochopiť prečo existujú rozdiely v poskytovanej kvalite zdravotnej starostlivosti a čo sú poskytovatelia schopní urobiť na odstránenie týchto rozdielov a zlepšeniestarostlivosti (Mattke *et al*., 2006). Zámerom bolo vyvinúť ukazovatele aplikovateľné na medzinárodné porovnanie kvality zdravotnej starostlivosti (OECD, 2022). V roku 2004 projekt OECD Health Care Quality Indicators Project označil bezpečnosť pacientov ako jednu z piatich hlavných prioritných oblastí pre vytvorenie indikátorov kvality. Pomocou štruktúrovaného procesu preskúmania, vrátane komplexného prehľadu literatúry založenej na dôkazoch, preskúmania lekármi, úpravy rizikaa empirickej analýzy a panela odborníkov vybral, vyhodnotil a odporučil súbor ukazovateľov bezpečnosti pacienta v piatich oblastiach a to: infekcie získané v nemocnici, operačné a pooperačné komplikácie, sentinelové udalosti, pôrodníctvo a iné nežiaduce udalosti súvisiace so starostlivosťou. Z celkového počtu 59 identifikovaných možných indikátorov sa dohodla skupina na 21 indikátorov na základe ich dôležitosti a vedeckej spoľahlivosti (Millar, Mattke, 2004). Hodnotenie ústavnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku sa vykonáva zvlášť v každom zariadení a tiež podľa jednotlivých oddelení. Oddelenia špecializovaných nemocníc, univerzitných nemocníc a fakultných nemocníc sa hodnotia oddelene od ostatných všeobecných nemocníc. Príčinou je zvýšený počet komplikovanejších prípadov v špecializovaných zariadeniach a tiež ich schopnosť aplikovania širšieho spektra liečebných pomôcoka prístrojov (MP MZSR č.: S07496-2013-OZS). V ústavnej zdravotnej starostlivosti sa hodnotia 3 oblasti poskytovanej zdravotnej starostlivosti a to výsledky, účinnosť a primeranosť a vnímanie starostlivosti pacientom (MZ SR,2013).

Ciele

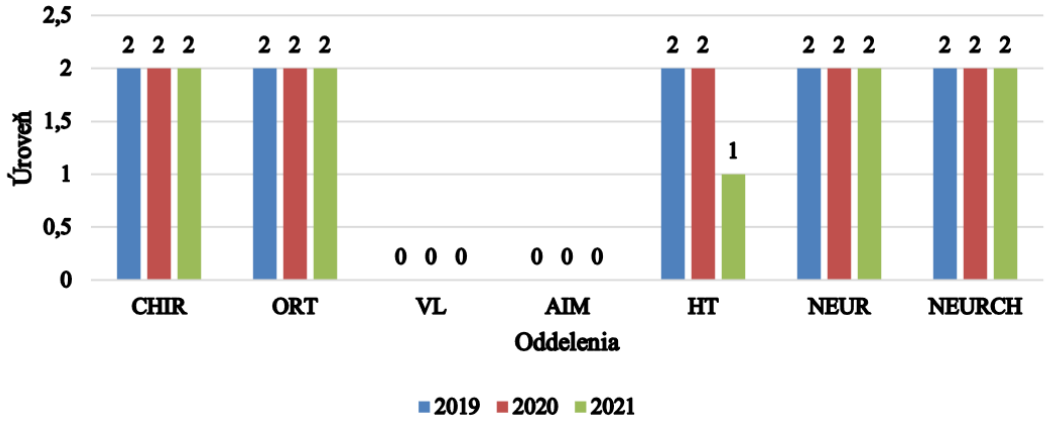
Cieľom práce bolo zhodnotiť kvalitu poskytovaných zdravotníckych služieb na miestnej a medzinárodnej úrovni prostredníctvom indikátorov kvality. Zhodnotiť úroveň jednotlivých oddelení v zdravotníckom zariadení podľa indikátorov kvality za roky 2019, 2020 a 2021, výsledky indikátorov kvality HCQO na Slovensku od roku 2014 po rok 2020. Porovnať výsledky indikátorov kvality HCQO vo vybraných Európskych krajinách za roky 2015, 2017 a 2019.

Metodika

Výskum bol rozdelený na dve časti. Prvá časť výskumu bola realizovaná vo Fakultnej nemocnici s poliklinikou F. D. Roosvelta v Banskej Bystrici, ktorá poskytuje lôžka pre 900 pacientov a ošetrí cez 40 000 pacientov ročne. Druhá časť výskumu bola realizovaná pomocou programu *Health care quality outcomes* uvedený pod skratkou HCQO a realizovaný pod záštitou OECD. Na hodnotenie kvality ústavnej zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení boli spracované údaje od zdravotnej poisťovne. Poisťovne sú tieto údaje povinné zo zákona 581/2044 Z. z. každoročne spracovať, vyhodnotiť a zverejniť na svojej webovej stránke podľa metodiky určenej MZSR. Údaje boli sprístupnené online za roky 2019, 2020 a 2021. Jedným z údajov, ktoré zdravotné poisťovne zbierajú, sú úrovne indikátora kvality,ktoré sme využili na vyhodnotenie kvality služieb. Na medzinárodné porovnanie kvality OECD vytvorilo verejne prístupný online dataset.

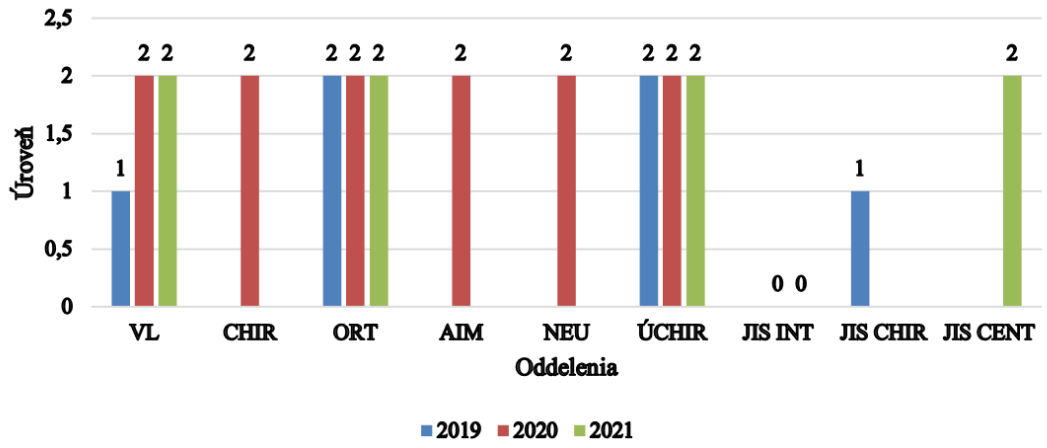
Výsledky

Celková úmrtnosť za roky 2019, 2020 a 2021 sa pohybovala od úrovne 0 až po úroveň 2. Oddelenia chirurgie (CHIR), ortopédie (ORT), neurológie (NEUR) a neurochirurgie (NEURCH) zostali za všetky tri roky na rovnakej úrovni 2. Oddelenie Hematológie a transfuziológie (HT) bolo v roku 2019 a 2020 na úrovni 2 a v roku2021 kleslo na úroveň 1. Oddelenie vnútorného lekárstva (VL) a oddelenie anestéziológiea intenzívnej medicíny (AIM) boli na najnižšej úrovni 0 za celé sledované obdobie, čo určujenízku úroveň oddelení (Graf 1).



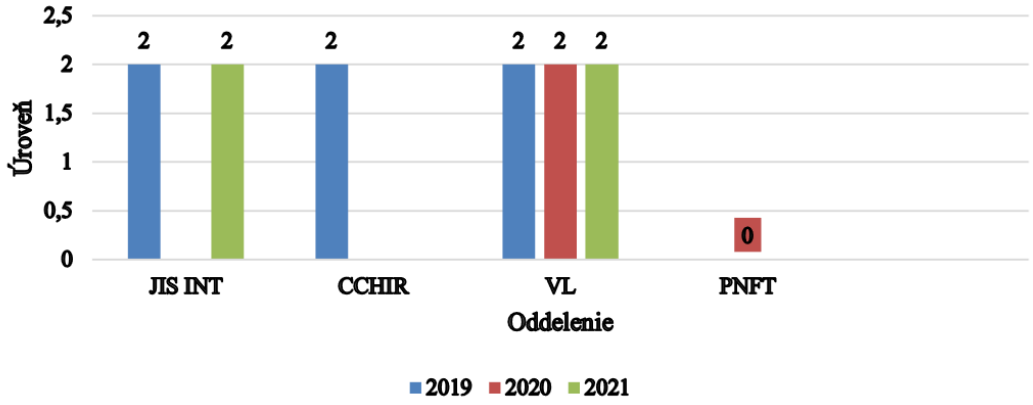
Graf 1 *Hodnotenie celkovej úmrtnosti za roky 2019, 2020,2021.*

Úmrtnosť po zlomenine stehennej kosti u pacientov nad 65 rokov za všetky roky bola sledovaná na oddeleniach ortopédie a úrazovej chirurgie (ÚCHIR) a bola na úrovni 2. V roku 2019, JIS chirurgická bola na úrovni 1 a v roku 2021, JIS centrálna bola na úrovni 2. JIS interná zaznamenala úmrtnosť v rokoch 2020 a 2021 a v oboch rokoch bola na úrovni 0. Oddelenie vnútorného lekárstva si polepšiloz úrovne 1 v roku 2019 na úroveň 2 v rokoch 2020 a 2021. V roku 2020, sme zaznamenali úmrtnosť na oddelení chirurgie, anestéziológie a intenzívnej medicíny a neurológie. Úroveň týchto oddelení bola na hodnote 2 (Graf 2).



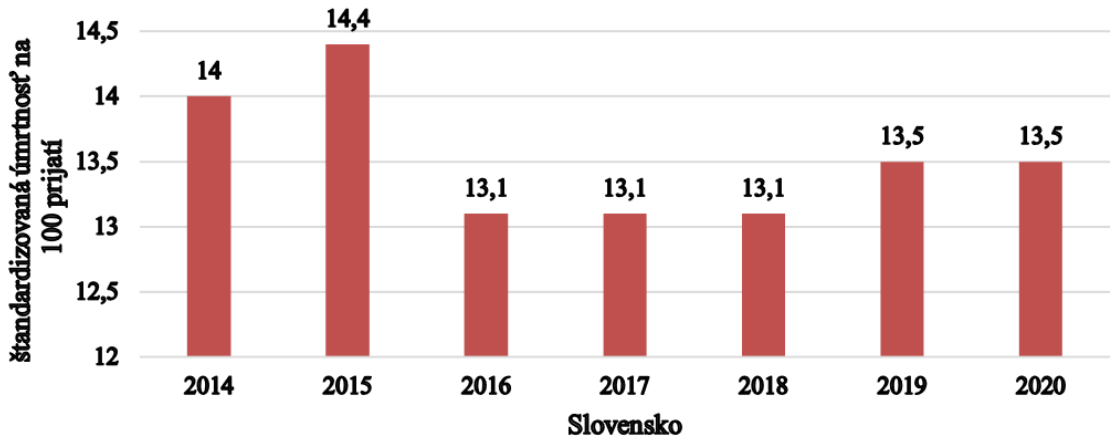
Graf 2 *Hodnotenie úmrtnosti po zlomenine stehennej kosti za roky 2019, 2020, 2021*

V roku 2019, oddelenie JIS interná, cievna chirurgia a vnútorné lekárstvo boli na úrovni 2. V roku 2020, oddelenie vnútorného lekárstva ostalo na úrovni 2 a oddelenie pneumológie a ftizeológie (PNFT) bolo na úrovni 0. V roku 2021, JIS interná a vnútorné lekárstvo zodpovedali štandardom úrovne dva (Graf 3).



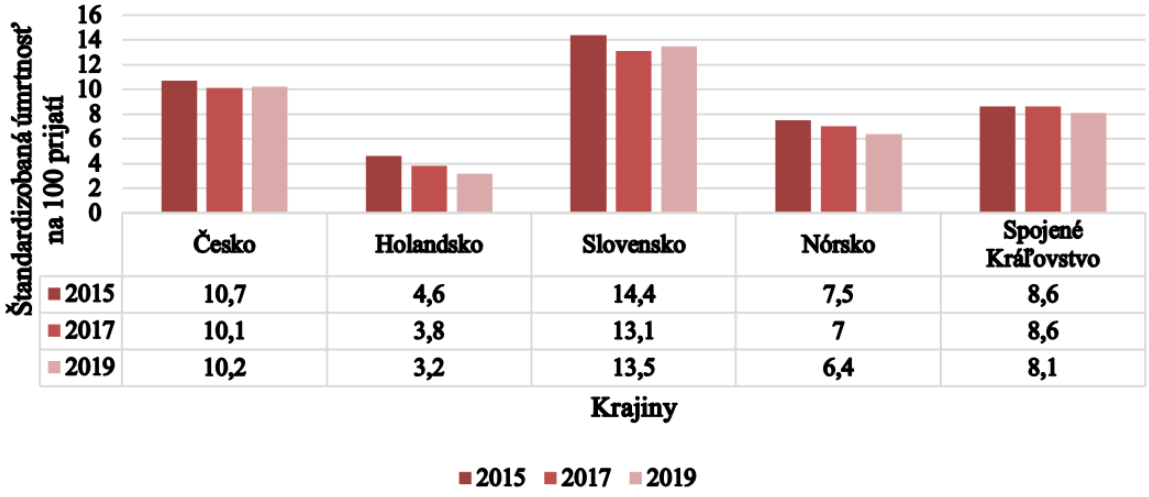
Graf 3 *Hodnotenie úmrtí na infarkt myokardu po neodkladnom prijatí (vek 35-74 rokov) za roky 2019, 2020, 2021.*

Vývoj úmrtnosti na akútny infarkt myokardu (AMI) do 30 dní po prijatí do nemocnice na Slovensku od roku 2014 po 2020. Úmrtnosť sa pohybovalaod 13,1 do 14,4 úmrtí na 100 prijatí. Najvyššia úmrtnosť bola v roku 2015 a to 14,4 úmrtí. V rokoch 2016, 2017 a 2018 bola úmrtnosť na rovnakej úrovni a to 13,1 úmrtí. V rokoch 2019 a 2020 sa mierne zvýšila na 13,5 úmrtí na 100 prijatí (Graf 4).



Graf 4 *Vývoj úmrtnosti do 30 dní po prijatí do nemocnice na akútny infarkt myokardu(AMI) na Slovensku od roku 2014 po 2020.*

Úmrtnosť na akútny infarkt myokardu bola za celé obdobie spomedzi krajín najvyššia na Slovensku. Avšak zaznamenali sme pokles zo 14,4 úmrtí na 100 prijatí v roku 2015 na 13,1 úmrtí v roku 2017 a následné zvýšenie na 13,5 úmrtí v roku 2019. Úmrtnosť v Českubola v sledovanom období na podobných hodnotách a nastal mierny pokles o 0,5 úmrtíz 10,7 v roku 2015 na 10,2 v roku 2019. V Spojenom kráľovstve sme taktiež zaznamenali zníženie úmrtnosti o 0,5 úmrtí z 8,6 úmrtí v rokoch 2015 a 2017 na 8,1 úmrtí v roku 2019. Nórsko v roku 2015 registrovalo 7,5 úmrtí na 100 prijatí, pričom v roku 2019 došlo k poklesu o 1,1 úmrtí na 6,4 na 100 prijatí. Najvyšší pokles úmrtí a zároveň najnižšia úmrtnosť za celé obdobie bola v Holandsku. Holandsko v roku 2015 evidovalo 4,6 úmrtía v roku 2019 to bolo 3,2 úmrtí (Graf 5).



Graf 5: *Porovnanie úmrtnosti do 30 po prijatí do nemocnice za roky 2015, 2017, 2019.*

Diskusia

Vhodným ukazovateľom efektívnosti zdravotného systému je miera úmrtnosti. Ide hlavne o ochorenia obehovej sústavy a rakovinu. Na Slovensku sú tieto miery jedny z najvyšších v rámci Európy. Ak si priblížime rok 2019,štandardizovaná miera úmrtnosti, ktorej sa dalo predísť bola na Slovensku 241 úmrtí na 100000 obyvateľov a priemer EÚ a európskeho hospodárskeho priestoru (EHP) je 160 úmrtí na 100 000 obyvateľov. Slovensko malo oproti priemeru EÚ o 81 úmrtí viac. Výsledky liečiteľnej úmrtnosti sú rovnako alarmujúce, pretože Slovensko malo 165 úmrtí na 100 000 obyvateľov a priemer EÚ je 92 úmrtí, čo je v porovnaní so Slovenskom o 73 úmrtí menej (OECD, 2021 a). Miery úmrtnosti sme si porovnali aj s krajinami, v ktorých sme hodnotili indikátory HCQO a výsledky nie sú pre nás potešujúce. V Holandsku bolo zaznamenaných 129 úmrtí na 100 000 obyvateľov, čo je až o 112 úmrtí menej a znamená to, že je nižšia ako priemer krajín EÚ (OECD, 2021b). Česko evidovalo 195 úmrtí (OECD, 2021c). V Spojenom Kráľovstve bolonahlásených 154 úmrtí a v Nórsku bola zaznamenaná najnižšia úmrtnosť a to 120 úmrtí, čo znamená, že Slovensko má dvakrát viac úmrtí ako Nórsko (OECD, 2019), (OECD 2021d). Liečiteľná úmrtnosť bola v Holandsku na hodnote 65 úmrtí, v Česku to bolo 124 úmrtí, v Spojenom Kráľovstve 90 úmrtí a v Nórsku 59 úmrtí na 100 000 obyvateľov.Z výsledkov vyplýva, že oproti Holandsku sme mali až o 100 úmrtí viac a Nórsku dokonca o 101 úmrtí viac (OECD, 2021c), (OECD, 2019), (OECD, 2021d).

Krajiny s najnižšou úmrtnosťou sú Nórsko a Holandsko a právom sú označované ako krajiny s najlepšou zdravotnou starostlivosťou v Európe. Čo sa týka prístupu k zdravotnej starostlivosti na Slovensku, bol označený za všeobecne dobrý, pretože pred pandémiou Covid-19, len 2,7 % občanov uviedlo nenaplnené potreby v oblasti lekárskej starostlivosti (OECD, 2021a).

Za vysoko rizikové, sú považované práve dni v nemocnici po prepustení z jednotky intenzívnej starostlivosti. Preklad pacienta na lôžkovú jednotku je spojený s vysokým rizikom nežiaducich udalostí. Zapríčiňuje to kombinácia súvisiacich faktorov, ako je závažnosť zdravotného stavu pacientov, počet komorbidít a potrebnej zložitosti starostlivosti, ďalej je to zmena z prostredia so zabezpečenými mnohými monitorovacími prístrojmi do prostredia s nižšou vybavenosťou a nižším počtom zainteresovaných odborníkov. Z týchto dôvodov je proces prenosu pacienta mimoriadne zraniteľný na stratu kritických informácií a na zlyhaniav kontinuite starostlivosti (Hervé-Zucatti-Lima, 2020). V nami sledovanej nemocnici, úmrtnosť na lôžkových oddeleniach po preklade z JIS bola na štandardnej úrovni 2 vo všetkých troch rokoch, okrem vnútorného lekárstva, ktoré bolo v roku 2019 na úrovni 1.Čo sa týka úmrtnosti, tak v roku 2019 došlo k 0,2 % úmrtiam, v roku 2020 k 0,21 % úmrtiam a v roku 2021 úmrtnosť poklesla na 0,15 % úmrtí. Úmrtnosť je priemerná v porovnaní s ostatnými hodnotenými veľkými nemocnicami (INEKO, 2022).

Záver

Preskúmaním dostupnej literatúry sme došli k záveru, že meranie kvality zdravotnej starostlivosti je oblasť, ktorá je individuálne riešená v každej krajine. Na túto skutočnosť sa snažia reagovať organizácie ako je OECD a WHO a preto neustále pracujú na medzinárodne porovnateľných indikátoroch. Hodnotenie kvality je v zdravotníctve zložité aj preto, žev niektorých krajinách, vrátane Slovenska nie sú dostupné relevantné údaje o kvalite poskytnutej zdravotnej starostlivosti získavané priamo od jej poskytovateľov.

Použitá literatúra:

1. BACKHOUSE, A.- OGUNLAYI, F. 2020. Quality improvement into practice In *BMJ*. [online]. 2020, vol. 368, no. 865. Dostupné na: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m865.long >. ISSN 1756-1833.
2. HERVÉ, W. E. M.- ZUCATTI, B. P.- LIMA, S. D. D. A. M.2020. Transition of care at discharge from the Intensive Care Unit: a scoping review. *In Revista latino-americana de enfermagem.* [online]. 2020, vol. 28. Dostupné na <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7365613/>. ISSN 0104-1169.
3. INŠTITÚT PRE EKONOMICKÉ REFORMY A SOCIÁLNE REFOMY. 2022. Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta, Banská Bystrica. [online]. Ružinov. INEKO, 2022. Dostupné na: <https://kdesaliecit.sk/profil/nemocnica/N42231/-/-/305,210/2021>.
4. MARZO, R. R. *et al.* 2021. The impact of service quality provided by health-care centers and physicians on patient satisfaction. In *Journal of education and health promotion.* [online]. 2021, vol. 10, no. 160. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8224513/>. ISSN 2277-9531.
5. MATTKE, S. *et al.* 2006. Health care quality indicators project- initial indicators report. In *OECD health working papers*. [online]. 2006, no. 2. Dostupné na: <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262514.pdf>.
6. MILLAR, J.- MATTKE, S. 2004. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. In OECD Health Technical Papers, [online]. 2004, no. [cit. 2022.12.15]. Dostupné na: <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration- health/selecting-indicators-for-patient-safety-at-the-health-systems-level-in-oecd- countries_800266264370>. ISSN 18152023.
7. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2013. Metodický pokyn ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre zber indikátorov kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti číslo: S07496-2013-OZS. 2013. Bratislava. MZSR, 2013.

8. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2019d. United Kingdom: Country Health Profile 2019. [online]. Paríž. OECD, 2019. Dostupné na: <https://www.oecd.org/publications/united-kingdom- country-health-profile-2019-744df2e3-en.htm>. ISBN 9789264578661.
9. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2021a. Slovak Republic: Country Health Profile 2021. [online]. Paríž. OECD, 2021 a. [cit. 2020. 02. 19]. Dostupné na: <https://www.oecd.org/publications/slovak-republic-country-health- profile-2021-4ba546fe-en.htm >. ISBN 9789264822290.
10. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2021 b. Netherlands: Country Health Profile 2021. [online]. Paríž. OECD, 2021.[cit. 2023. 02. 20]. Dostupné na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/fd18ea00-en.pdf?expires=1676797596&id=id&accname=guest&checksum=AC4839A9F8A96117A F60C453B81C52EB >. ISBN 9789264942196.
11. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2021 c. Czech Republic: Country Health Profile 2021. [online]. Paríž. OECD, 2021. Dostupné na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/8b341a5e-en.pdf?expires=1676797965&id=id&accname=guest&checksum=47EF765CFD2CDF022 344701927D5554F >. ISBN 9789264958289.
12. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. 2021 d. Norway: Country Health Profile 2021.[online]. Paríž. OECD,2021. Dostupné na: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/6871e6c4-en.pdf?expires=1676798216&id=id&accname=guest&checksum=10EF91D8F3EAE1875 BEA99D761C10DDE >. ISBN 9789264409156.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2020. Quality health services. [online]. Ženeva. WHO, 2020. Dostupné na: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2021. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. [online].Ženeva. WHO, 2021.Dostupné na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. ISBN 9789240032705.

Kontakt:
Kristína Grendová
Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Katedra verejného zdravotníctva
Trnava

SPOKOJNOSŤ PACIENTOV S REUMATOIDNOU ARTRITÍDOU S BALNEOTERAPIOU

Satisfaction of Rheumatoid Arthritis Patients With Balneotherapy

Nadežda Peterková Justhová[1], Jozef Babečka[2]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, SR
Kúpele a.s.Trenčianske Teplice
[2]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Autori sa venujú v príspevku problematikou hodnotenia spokojnosti pacientov s reumatoidnou artritídou po balneoterapii. Kúpeľná liečba má tradíciu najmenej dvojtisícročnú. Zvýšený záujem o termálne a minerálne vody viedol k rozvoju liečebných kúpeľných miest. Boli to predovšetkým teplé žriedla, ktoré lákali k zakladaniu kúpeľov, budovaniu bazénov a cieľavedomej liečbe reumatizmu a poúrazových stavov. Nezostalo iba pri liečbe minerálnymi vodami, neskôr sa začali podávať bahenné, rašelinové a slatinné procedúry. Kúpele postupne získavali na význame aj ako spoločenské a kultúrne strediská. Prieskum bol realizovaný v kúpeľoch Trenčianske Teplice. Cieľom prieskumu bolo zmapovanie spokojnosti pacientov s reumatoidnou artritídou po absolvovaní balneoterapie.

Kľúčové slová: Reumatoidná artritída. Balneoterapia. Kúpeľná liečba. Minerálne vody. Kúpeľné mestá. Bahno. Peloidy. Síra.

Summary

In the paper, the authors deal with the issue of evaluating the satisfaction of patients with rheumatoid arthritis after balneotherapy. Spa treatment has a tradition of at least two thousand years. Increased interest in thermal and mineral waters led to the development of spa resorts. It was primarily warm springs that attracted the establishment of spas, the construction of swimming pools and the purposeful treatment of rheumatism and post-traumatic conditions. It did not remain only with mineral water treatment, later mud, peat and mire procedures began to be administered. Spas gradually gained importance also as social and cultural centers. The survey was carried out in the Trenčianske Teplice spa. The aim of the survey was to map the satisfaction of patients with rheumatoid arthritis after completing balneotherapy.

Keywords: Rheumatoid arthritis. Balneotherapy. Spa treatment. Mineral waters. Spa towns. Mud. Peloids. Sulfur.

Úvod

Pri reumatických ochoreniach sú postihnuté najmä svaly, šľachy, väzivá a kĺby pohybového systému. Jedna z najčastejších a najbolestivejších foriem reumy je reumatoidná artritída. Prejavuje sa bolesťami, opuchmi, stuhnutím kĺbov a vedie nakoniec k zničeniu a deformácii postihnutých kĺbov. Reumatoidná artritída neohrozuje život, no môže však viesť k predčasnej invalidite pacienta. Ženy sú postihnuté častejšie, ako muži. Ochorenie sa zvyčajne prejavuje vo veku od 40 do 65 rokov, niekedy však aj u mladých ľudí. Napriek veľkým pokrokom vo vede neexistuje žiadna liečba, ktorá by ochorenie dokázala „vyliečiť". Cieľom liečby je preto tlmenie aktivity ochorenia a zmierňovanie jej príznakov. Slovensko je veľmi bohaté na prírodné liečivé zdroje a kúpeľná starostlivosť má dlhodobú tradíciu v mnohých kúpeľných mestách.

„Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) je reuma všeobecný pojem pre ochorenia, ktoré postihujú pohybový aparát.: kĺby, svaly, šľachy a mäkké tkanivá".

,,*Pojem reumatizmus je odvodený z gréckeho slova „ rheo " - prúdim, tečiem. Výraz reuma teda znamená prúd, prúdenie a podľa starých predstáv akoby táto choroba stekala, prúdila z hlavy do celého tela".*

Môžu dokonca ochorieť aj vnútorné orgány. Najzávažnejším problémom sa stáva, keď postihne váhonostné kĺby - bedrá a kolená. Poznáme viac ako 100 rôznych druhov reumy. Je to jedna z najviac rozšírených ,,ľudových chorôb" a je na druhom mieste po kardiovaskulárnych ochoreniach v počte invalidujúcich chorôb. Jej podstatou je chronický zápal kĺbov a ľuďom, ktorý na ňu trpia, znepríjemňuje život. Prejavuje sa nepríjemnými bolesťami na rôznych častiach tela, najviac na prstoch rúk, nôh a zápästiach. Degeneratívny proces začína na kĺbovej chrupke, v ktorej sa zväčšuje obsah vody, chrupka sa rozvlákňuje a začne jej ubúdať. Kĺb sa zohrieva, zapaľuje a opúcha. Dochádza k opotrebovaniu chrupavky, prirodzená funkcia tlmenia sa stráca, kosti sa začnú o seba trieť. Následkom je zápal celého kĺbu. Začnú sa vyskytovať čoraz väčšie bolesti, obmedzí sa hybnosť a funkcia kĺbu. Dodnes nepoznáme presnú príčinu ochorenia. Veľkú úlohu tu zohráva dedičná predispozícia a nezdravý spôsob života, ochorenie ešte viac podporuje.

,,Reumatoidná artritída je časté, závažné zápalové ochorenie kĺbov, ktoré postihuje všetky vekové skupiny s maximálnym výskytom u mladých ľudí a predmenopauzálnych žien. Ochorenie má multifaktorové príčiny vrátane určitej genetickej predispozície a je preň charakteristický chronický zápal, ktorý je iniciovaný a udržiavaný autoimunitnými mechanizmami"

Z hľadiska funkčného hodnotenia pacienta podľa Steinbrockera delíme reumatoidnú artritídu na 4 triedy funkčnej zdatnosti:

A- pacient je schopný vykonávať všetku bežnú činnosť

B- chorý je schopný normálnej aktivity, no v dôsledku bolesti, s obmedzenou hybnosťou a s určitými ťažkosťami

C- činnosť chorého v bežnom živote aj v zamestnaní je obmedzená
D- výrazná, alebo úplná neschopnosť akýchkoľvek činností

Okrem kĺbov môže chorobný proces postihnúť aj iné orgány tela ako napríklad kožu, oči, a pľúca. Presná príčina choroby nie je doteraz známa, podstatou ochorenia je porucha imunitného systému, ktorý začne vnímať vlastné tkanivá ako cudzie a následne spustí zápalový proces.

Vzhľadom k veľkej rozmanitosti klinického obrazu rozdeľujeme reumatoidnú artritídu na 4 štádiá:

I. **štádium-včasné:** neprítomnosť deštruktívnych zmien na RTG, ľahká osteoporóza
II. **štádium-mierne:** na RTG osteoporóza, ľahká deštrukcia chrupaviek, začínajúca svalová atrofia, poškodenie mäkkých mimokĺbnych tkanív, sú prítomné reumatické uzly
III. **štádium-ťažké:** známky deštrukcie chrupaviek a kostí na RTG, kĺbne deformity a výrazné atrofie
IV. **konečné:** prítomná fibrózna a kostná ankylóza

Príčina tejto choroby dodnes nie je presne známa, známe sú však určité rizikové faktory, ktoré sa na jej vzniku podieľajú - dedičnosť, predispozícia na obezitu a infekcie. Dá sa teda predpokladať, kto bude s určitou pravdepodobnosťou trpieť na ten či iný typ artritídy

Cieľom včasnej a účinnej liečby je dosiahnuť:

- navodenie remisie,
- zabránenie vzniku štruktúrnych zmien a výrazné spomalenie progresie,
- udržať alebo zlepšiť funkčný stav a predísť tak ireverzibilnému kĺbnému postihnutiu,
- udržanie mobility a práceschopnosti postihnutého.

Balneoterapia je najúčinnejšou u pacientov v remisii, prípadne u pacientov s nízkou alebo strednou aktivitou ochorenia. Cieľom komplexnej balneoterapie vrátane pohybovej liečby je zmierniť bolesť, udržať alebo zvýšiť hybnosť, zlepšiť svalovú silu a svalovú rovnováhu, predísť vzniku atrofií, kontraktúr, deformít a ankylóz, zlepšiť vaskularizáciu a inerváciu. V rámci komplexnej kúpeľnej liečby sa využívajú termálne vody radónové, slané , jódobrómové a sírne. Opatrne sa využíva liečba peloidmi formou zábalov alebo kúpeľov pri chronických stavoch. Pri aktívnom artritickom syndróme využívame kryoterapiu. Taktiež sú vhodné šetrné ručné masáže a pôvodné masáže. Pri postihnutí väčších kĺbov sa doporučuje galvanizácia, pri bolestivých stavoch sa využíva metód elektroanalgézie. Diadymamické prúdy sa využívajú pre zlepšenie akrálneho prekrvenia. Aplikácia diatermie sa nedoporučuje ani pri neaktívnej fáze

choroby, pretože môže dôjsť k nežiaducemu prehriatiu a exacerbácii zápalu. Pohybová liečba prevádzaná v rámci balneoterapie nesmie zvyšovať bolesť či únavu pacienta.

Ako prírodné liečivé vody označujeme všetky vody, ktoré sa vyskytujú v prírode a majú vedecky dokázaný liečivý účinok podmienený chemickým zložením a fyzikálnymi vlastnosťami. Prírodné minerálne vody sú také, ktoré sa vyskytujú v prírode a pri prameni obsahujú minimálne 1000 mg pevných látok na 1 liter vody.

Účinky liečivých vôd spočívajú v pôsobení tepelných, tlakových a chemických podnetov, ktoré sa navzájom potenciujú. V rozhodujúcej miere je zastúpený aj analgetický efekt. Dĺžka trvania kúpeľa a teplota minerálnej vody má vplyv na prienik solí z minerálnej vody cez kožu do organizmu. Resorbované minerálne látky sa krvou a miazgou dostávajú do orgánov a tkanív.

Sírne vody majú pozitívny vplyv na kvalitu spojivových tkanív svojou väzbou na chondrosulfát a kyselinu hyalurónovú, zvlášť v tkanivách pohybového ústrojenstva. Síra sa prostredníctvom krvného obehu a difúzie dostáva do chrupavky a synovie, kde priaznivo ovplyvňuje reumatologické procesy. Ukladá sa prevažne do poškodených a granulačných tkanív. Obecne známy je jej antiseptický, antiflogistický a vazodilatačný účinok.

Hlavným cieľom prieskumu

Hlavným cieľom prieskumu našej práce bolo zistiť pôsobenie a účinok jednotlivých druhov procedúr pre reumatoidnú artritídu na pohybový systém človeka po balneoterapii.

Hlavný cieľ sme sledovali prostredníctvom **čiastkových cieľov**, v ktorých sme zisťovali a analyzovali:

- súčasnú zdatnosť pacientov s reumatoidnou artritídou a ich spokojnosť s daným stavom,
- absolvované druhy procedúr balneoterapie u pacientov s reumatoidnou artritídou,
- celkové pôsobenie a účinok balneoterapie u pacientov s reumatoidnou artritídou.

Prieskumná otázka 1: Aká je súčasná zdatnosť pacientov s reumatoidnou artritídou a ich spokojnosť s daným stavom?

Prieskumná otázka 2: Aké procedúry balneoterapie absolvovali pacienti s reumatoidnou artritídou?

Prieskumná otázka 3: Aký bol účinok balneoterapie na pacientov s reumatoidnou artritídou?

Prieskumnú vzorku tvorilo 120 respondentov. Boli to pacienti liečení na reumatoidnú artritídu. Z toho bolo 50 mužov vo veku od 38 až 79 rokov a 70 žien vo veku od 32 až 70 rokov.

Prvá prieskumná otázka z tvrdením, aká je súčasná zdatnosť pacientov s reumatoidnou artritídou a ich spokojnosť s daným stavom. Z uvedených odpovedí nám vyšlo, že sa u 55% respondentov objavuje úplná nespokojnosť so súčasným stavom daného ochorenia a u 40% respondentov sa objavuje iba čiastočná nespokojnosť. Môžeme povedať, že nespokojnosť so súčasným stavom pacientov je na 55% úrovni, čo je polovica úspechu

samotnej liečby reumatoidnej artritídy. Ďalej môžeme povedať, že pacienti sú schopný vykonávať normálne aktivity, v dôsledku bolesti a obmedzenej hybnosti, čo sa nám taktiež preukázalo vo výsledku ich odpovedi. Takže môžeme konštatovať, že súčasná zdatnosť a spokojnosť s daným stavom pacientov je na 50% úrovni.

Druhou prieskumnou otázkou bolo zistenie, akých procedúr balneoterapie pacienti s reumatoidnou artritídou absolvovali. Z prieskumu vyplynulo, že 79 % pacientov je spokojných s doterajšími procedúrami a liečbou daného ochorenia. Z procedúr, ktorých najviac absolvovali, uviedlo až 83% pacientov základný termálny kúpeľ, 73 % perličkový kúpeľ a zábal, 62 % uviedlo sedací uhličitý kúpeľa 92 % uviedlo absolvovanie masáže. Len 33 % pacientov uviedlo absolvovanie iných procedúr ako sú parafín, parafango, rašelina, bahno, plynové injekcie a peloidné zábaly. Môžeme konštatovať, že procedúry, ktoré absolvovali majú na ich zdravotný stav priaznivé účinky. Tu sa potvrdzuje teória autorky Komačekovej (2006), kde tvrdí, že účinky liečivých vôd spočívajú v pôsobení tepelných, tlakových a chemických podnetov, ktoré sa navzájom potenciujú a v rozhodujúcej miere majú analgetický efekt. Aj autori ako je Haring (2008) a Jandová (2009) potvrdzujú, že aplikácia prírodného oxidu uhličitého, ktorý je vysoko purifikovaný, bez prímesi iných plynov sa aplikuje formou celkového alebo čiastočného kúpeľa ako aj injekčnou formou do podkožia a má spazmolytický, vazodilatačný a anlgetický účinok. Z uvedených výsledkov je zrejmé, že respondenti sú spokojní s procedúrami, ktoré im boli aplikované, pretože majú na nich priaznivé účinky a každý z nich, by ich chcel absolvovať opätovne.

V poslednej tretej prieskumnej otázke sme chceli zistiť, aké účinky balneoterapie pacienti pociťovali a aké bolo celkové pôsobenie balneoterapie na ich organizmus. Dozvedeli sme sa, že pacienti boli 100% spokojní s absolvovanými procedúrami balneoterapie. Pre 82% pacientov nebola balneoterapia stresujúca a mala pre ich celkové zdravie pozitívne účinky. Medzi účinky, ktoré uviedli patrilo, zmiernenie bolesti, zvýšenie hybnosti a zlepšenie svalovej sily. V našom prieskume vyšlo najavo, že pacientom sa pomerne uľavilo od bolesti, ich svalová sila sa zvýšila a dokážu vykonávať normálne činnosti bez väčších problémov. Aj tu sa potvrdzuje teória autora Škapíka (1994), kde uvádza, že cieľom komplexnej balneoterapie vrátane pohybovej liečby je zmierniť bolesť, udržať alebo zvýšiť hybnosť, zlepšiť svalovú silu a svalovú rovnováhu, predísť vzniku atrofií, kontraktúr, deformít a ankylóz, zlepšiť vaskularizáciu a inerváciu. To, že sa im veľmi zlepšil zdravotný stav po absolvovaní balneoterapie, môžeme považovať za pozitívum.

Záver

Z výsledkov prieskumu je zrejme, že respondenti dosiahli po absolvovaní balneoterapie zlepšenie pohybovej aktivity a sú schopní vykonávať bežné činnosti. Taktiež sú spokojní s absolvovanými procedúrami balneoterapie a pocítili zmiernenie bolesti, zvýšenie hybnosti a zlepšenie svalovej sily.

Fakt, že nikto z respondentov nezaznamenal zhoršenie stavu, môžeme považovať za pozitívne. Cieľom nášho príspevku bolo dokázať, že účinky balneoterapie majú pozitívny vplyv pre pacientov liečených na reumatoidnú artritídu. Tento cieľ sme splnili a dokázali sme, že balneoterapia má svoje nezastupiteľné miesto v liečbe reumatoidnej artritídy a nemala by byť ani naďalej opomenutá.

Zoznam použitej literatury:

1. GÚTH, A. 2004. *Liečebné metodiky o rehabilitácií pre fyzioterapeutov.* 1. vyd. Bratislava : Liečreh Gúth, 2004. 49 – 72 s. ISBN 80_889321-16-5.
2. GVOZDJAKOVÁ, A. 2013. Balneoterapia, oxidačný stres a koenzým Q 10. In *Revue medicíny v praxi.* ISSN 1336-202X, 2013, roč. 11., č. 6, s. 11.
3. HARING, J. 2008. *Úvod do balneológie a rehabilitačného ošetrovateľstva.* 1. vyd. Trnava : Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, 2008. 50 s. ISBN 9788081050633.
4. HUPKA, J. 1993. *Fyzikálna terapia.* 1. vyd. Martin : Osveta, 1993. 554 s. ISBN 80-217-0568-X.
5. HÜBNEROVÁ, M. 2005. Možnosti rehabilitácie zápalových reumatických chorôb zamerané na reumatoidnú artritídu. In *Rehabilitácia.* ISSN 0375-0922, 2005, roč. 42., č. 3, s. 162-168.
6. OLEJÁROVÁ, M. 2008. *Reumatologie v kostce.* 1. vyd. 2008. s. ISBN 978-80-7387-115-4.
7. PAVELKOVÁ, A. 2009. *Reumatoidná artritída a biologická liečba.* 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2009. 125 s. ISBN 9788073451929.
8. ROVENSKÝ, J. – PAVELKA, K. 2000. *Klinická reumatológia.* 1. vyd. Martin : Osveta, 2000. 1047 s. ISBN 80-8063-022-4.
9. ROVENSKÝ, J. 2003. Fakmakoterapeutické postupy pri reumatoidnej artritíde. In *Interná medicína.* ISSN 1335-8359, 2003, roč. 3., č. 10, s. 589-598.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Nadežda Peterková Justhová PhD.
Kúpele a.s. Trenčianske Teplice
T.G.MASARYKA 21
914 51 Trenčianke Teplice
E-mail: nadka.justhova@pobox.sk

CZYNNIKI DECYDUJĄCE O BEZPIECZEŃSTWIE PRACY PIELĘGNIAREK W CZASIE PANDEMII COVID-19

Factors Determining the Work Safety of Nurses During the COVID-19 Pandemic

Alicja Kłos, Jarosław Noworól

Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
Faculty of Health Care, State University of Applied Sciences in Jarosław

Streszczenie:

Wprowadzenie: Pracownicy służby zdrowia mogą być narażeni na ryzyko zawodowe, które stwarza ryzyko choroby, a nawet śmierci w kontekście reakcji na Covid-19. Do zagrożeń zawodowych pracowników służby zdrowia zalicza się: zagrożenia związane z czynnikiem biologicznym (zakażenie zawodowe wirusem Covid-19), zagrożenia związane z czynnikiem fizycznym (stres cieplny wywołany długotrwałym użytkowaniem ŚOI), zagrożenia związane z czynnikiem chemicznym (choroby skóry i narażenie na toksyny spowodowane częstym stosowaniem środków dezynfekcyjnych i związane z tym ryzyko), zagrożenia związane z czynnikiem psychospołecznym (przewlekłe zmęczenie, czynniki wywołujące stres psychiczny). Aby zapobiegać i zwalczać zakażenia, należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń i wytycznych wydawanych przez właściwe organy.

Cel badań: Celem badań jest ocena czynników decydujących o bezpieczeństwie pracy pielęgniarek
w czasie pandemii COVID-19.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 105 pracowników medycznych w wieku od 23 do 60 lat. Metodą badawczą zastosowaną w badaniu była metoda sondażu diagnostycznego. Zastosowaną techniką badawczą była ankieta, a narzędziem badawczym autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki: Z analizy wyników badań wynika, że większość osób, które wzięły udział w badaniu, to pielęgniarki i pielęgniarze w wieku 41-50 lat, tj. 33,3% ogółu respondentów. 20% respondentów było w wieku poniżej 40 lat, a 21% poniżej 30 lat. Z badań wynika, że istnieje związek pomiędzy dostępem do środków ochronnych, a bezpieczeństwem pracy pielęgniarek/pielęgniarzy w czasie pandemii Covid-19. 64,0% respondentów stwierdziło, że w czasie pandemii miało dostęp do wystarczających środków ochrony indywidualnej i czuło się bezpieczniej w pracy oraz mniej troszczyło się o swoje zdrowie, natomiast 16,0% z nich stwierdziło, że takiej zależności nie było.

Wnioski: Istnieje potrzeba edukacji personelu medycznego w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników, równie ważne jest wdrażanie i kontrola procedur bezpieczeństwa
w szpitalach, istnieje potrzeba szkoleń i wsparcia pracowników medycznych, istnieje potrzeba regularnego monitorowania i oceniania czynników bezpieczeństwa.

Słowa kluczowe: Bezpieczeństwo pracy. Czynniki. Pandemia COVID-19.

Abstract

Indroduction: Healthcare workers may be exposed to occupational hazards that pose a risk of illness or even death in the context of the response to Covid-19. The occupational hazards of health care workers include: hazards related to the biological factor (occupational infection with the Covid-19 virus), hazards related to the physical factor (heat stress caused by long-term use of PPE), hazards related to the chemical factor (skin diseases and exposure to toxins caused by frequent use of disinfectants and associated risks), hazards related to the psychosocial factor (chronic fatigue, factors causing mental stress). To prevent and combat infections, recommendations and guidelines issued by the competent authorities must be strictly followed.

Aim of the study: The aim of the research is to assess the factors determining the work safety of nurses during the COVID-19 pandemic.

Materials and methods: The study involved 105 medical workers aged 23 to 60. The research method used in the study was the diagnostic survey method. The research technique used was a survey, and the research tool was an original survey questionnaire.

Results: The analysis of the research results shows that the majority of people who took part in the study were nurses aged 41-50, i.e. 33.3% of all respondents. 20% of respondents were under 40 years of age and 21% were under 30 years of age. Research shows that there is a relationship between access to protective equipment and the work safety of nurses during the Covid-19 pandemic. 64.0% of respondents stated that during the pandemic they had access to sufficient personal protective equipment and felt safer at work and were less concerned about their health, while 16.0% of them stated that there was no such relationship.

Conclusions: There is a need to educate medical staff in ensuring the safety of patients and employees, it is equally important to implement and control safety procedures in hospitals, there is a need for training and support of medical workers, there is a need for regular monitoring and assessment of safety factors.

Keywords: Work safety. Factors. Covid-19 pandemic.

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich dwudziestu lat świat doświadczył powtarzających się epidemii chorób zakaźnych, charakteryzujących się wysokim wskaźnikiem infekcji populacji. Epidemie, które wcześniej nie rozprzestrzeniały się poza granice państw, obecnie rozprzestrzeniają się na całym świecie w niespotykanym dotąd tempie. Pod koniec 2019 roku w Chińskiej Republice Ludowej (ChRL) wybuchła epidemia nowego zakażenia koronawirusem z epicentrum w mieście Wuhan (prowincja Hubei), którego czynnik sprawczy został wstępnie nazwany 2019-n CoV. Aktualne dowody wskazują, że wirus Covid-19 przenosi się z osoby na osobę poprzez bezpośredni kontakt i drogą kropelkową. Najbardziej narażone na zakażenie są osoby mające kontakt z pacjentami zakażonymi Covid-19. Pracownicy służby zdrowia mogą być narażeni na ryzyko zawodowe, które stwarza ryzyko choroby, a nawet śmierci w kontekście reakcji na Covid-19.

Do zagrożeń zawodowych pracowników służby zdrowia zalicza się: zagrożenia związane z czynnikiem biologicznym (zakażenie zawodowe wirusem Covid-19), zagrożenia związane z czynnikiem fizycznym (stres cieplny wywołany długotrwałym użytkowaniem ŚOI), zagrożenia związane z czynnikiem chemicznym (choroby skóry i narażenie na toksyny spowodowane częstym stosowaniem środków dezynfekcyjnych i związane z tym ryzyko), zagrożenia związane z czynnikiem psychospołecznym (przewlekłe zmęczenie, czynniki wywołujące stres psychiczny). Aby zapobiegać i zwalczać zakażenia, należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń i wytycznych wydawanych przez właściwe organy.

Zawód pielęgniarki wiąże się z odpowiedzialnością oraz ratowaniem życia i zdrowia pacjenta. Pielęgniarka powinna być w pełni i stale dostępna dla pacjenta w miejscu pracy. W swojej pracy pielęgniarka spotyka się z obciążeniem fizycznym już na etapie przygotowania, jak i podczas bezpośredniej opieki nad pacjentem. Praca wśród osób chorych i cierpiących często może mieć przygnębiający wpływ na stan psychiczny personelu pielęgniarskiego. Pielęgniarki narażone są na szkodliwe działanie różnorodnych czynników, zwłaszcza biologicznych, chemicznych, fizycznych i psychospołecznych. Zagrożenia każdej z tych grup w istotny sposób przyczyniają się do występowania chorób zawodowych i wypadków przy pracy. Pielęgniarki pracujące na oddziale pracują pod silną presją psychiczną związaną z: dużą odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjenta, pracą w atmosferze choroby i cierpienia oraz koniecznością podejmowania decyzji pod presją czasu. Mnogość czynników zależy od poziomu trudności wykonywanych zadań, cech osobowych pielęgniarki, a także od warunków panujących na stanowisku pracy personelu pielęgniarskiego mogących powodować wypadki, takich jak: możliwość odniesienia obrażeń w wyniku ukłucia, przecinanie lub przekłuwanie (np. igłami, skalpelami), używanie niebezpiecznych środków chemicznych powodujących oparzenia, alergie, zatrucia, śliskie powierzchnie (np. podłogi), mikroorganizmy chorobotwórcze mogące prowadzić do zakażenia (np. bezpośredni kontakt z chorym

pacjentem, kontakt z ciałem płyny, krew i tkanki zakażonych pacjentów), nieprawidłowo podłączony sprzęt i urządzenia medyczne (np. urazy kończyn), porażenie prądem (np. wadliwie działający sprzęt elektroniczny), eksplozja butli ze sprężonymi gazami, gazami znieczulającymi [1]. Praca wykonywana przez wiele godzin przy wymuszonej pozycji ciała, zwłaszcza stojącej, przy nadmiernym wysiłku fizycznym, podnoszeniu ciężarów, stwarzającym ryzyko chronicznych bólów oraz uszkodzeń mięśni i kości, praca zmianowa, praca w godzinach nadliczbowych, kontakcie z chorymi i ofiarami wypadków oraz ich rodzinami, stwarzające ryzyko chroniczny stres, problemy rodzinne i objawy wypalenia zawodowego, praca w stanach nagłych zagrażających życiu pacjenta, kontakt z pacjentami ciężko chorymi lub nieuleczalnie chorymi oraz agresja z ich strony może prowadzić do zespołu stresu pourazowego [2].

Zagrożenia związane z czynnikiem biologicznym

Zakażenia szpitalne dotykają nie tylko pacjentów, ale także personel medyczny, który na co dzień w pracy styka się z materiałem biologicznym. Opiekując się chorymi, pielęgniarka regularnie ma kontakt ze szkodliwymi czynnikami zakaźnymi, zwłaszcza z krwią pacjentów i innymi potencjalnie zakaźnymi płynami ustrojowymi. Do zakażenia najczęściej dochodzi podczas wykonywania obowiązków służbowych (np. poprzez zranienie skóry ostrym przedmiotem – igłą). Czynniki biologiczne można podzielić ze względu na ich chorobotwórcze działanie: zakaźne i inwazyjne (wirusy, pierwotniaki, bakterie), alergeny biologiczne, toksyny biologiczne, czynniki rakotwórcze. Czynniki biologiczne mogą trafić do organizmu człowieka w różny sposób:

- *drogą pokarmową* - poprzez jedzenie lub picie produktów zawierających czynnik biologiczny. Nieprzestrzeganie zasad higieny i niedostateczne mycie rąk może doprowadzić do zakażenia podczas spożywania posiłków przez personel pielęgniarski lub podczas wykonywania obowiązków służbowych;
- *drogą oddechową* - drobnoustroje znajdują się w powietrzu i przemieszczają się wraz z jego prądami na znaczne odległości, tworząc zakaźny aerozol. W warunkach szpitalnych ilość szkodliwych biologicznie patogenów jest znacznie większa niż w innych podobnie zaludnionych pomieszczeniach. Dlatego też wirusy i bakterie rozprzestrzeniające się drogą kropelkową stanowią szczególne zagrożenie dla pielęgniarek ze względu na ich miejsce pracy. Wdychając powietrze zawierające szkodliwe cząsteczki, można zarazić się np. grypą, gruźlicą i odrą [3].
- *kontakt przez skórę* - do zakażenia najczęściej dochodzi wśród personelu medycznego podczas wykonywania iniekcji u pacjenta(np. igłą). Naturalne otwory, takie jak ujścia gruczołów potowych czy gruczołów łojowych, to także doskonała droga do przedostania się do organizmu bakterii, wirusów i biologicznych czynników alergizujących [4].

- *bezpośrednie uszkodzenie tkanek (np. zastrzyki, skaleczenia, zadrapania, ukąszenia przez osobę)* - podczas kontaktu z materiałem zakaźnym w postaci pyłu, do zakażenia może dojść przez odsłonięte otwory ciała (np. nozdrza, oczy i uszy). Kontakt z uszkodzoną skórą i błonami śluzowymi (usta, nos, oczy) może skutkować zakażeniem wirusowym, co niesie ze sobą poważne ryzyko dla zdrowia człowieka. [5]. Personel pielęgniarski jest narażony na kontakt z praktycznie wszystkimi drobnoustrojami chorobotwórczymi. Pacjenci na oddziale traktowani są jako środowisko czynników biologicznych. Mikroorganizmy pochodzące z dróg oddechowych, odleżyn, ropni ran i brudnej pościeli na oddziałach szpitalnych stanowią zagrożenie dla personelu i innych pacjentów. Materiały pobrane do badań diagnostycznych mogą być źródłem wirusów, bakterii chorobotwórczych i pasożytów. Innymi przyczynami zakaźnymi mogą być: nieskuteczna sterylizacja narzędzi, niewłaściwe przechowywanie materiałów biologicznych, zużyte opatrunki, zaniedbania higieniczne oraz brudne i nieremontowane od lat pomieszczenia szpitalne.

Zagrożenia związane z czynnikiem fizycznym

Zagrożenie czynnikami fizycznymi występującymi u pielęgniarek zależy od wykonywanych czynności, miejsca i rodzaju pracy. Czynnikami występującymi w środowisku pracy pielęgniarek są: obciążenie fizyczne (np. noszenie, podnoszenie pacjentów czy ciężkiego sprzętu medycznego; przyjmowanie niewygodnych pozycji podczas opieki nad pacjentami np. częste schylanie się, skręcanie tułowia, klękanie), źle dopasowany ubiór, nieodpowiednie obuwie może utrudniać wykonywanie pracy, przyjmowanie wymuszonej, jednolitej pozycji ciała przez długi czas (w ciągu całej zmiany), promieniowanie rentgenowskie, promieniowanie UV, promieniowanie laserowe, promieniowanie podczerwone (np. związane z ryzykiem poparzenia skóry, uszkodzenia oczu, czy chorobami nowotworowymi), zimny lub gorący mikroklimat, hałas, wibracje [6]. Choroby i dolegliwości narządu ruchu u pielęgniarek wynikają najczęściej z wysiłku fizycznego. Pielęgniarki należą do grupy zawodowej, która ze względu na charakter swojej pracy jest narażona na działanie szkodliwego hałasu (m.in. czas jego ekspozycji, częstotliwość drgań i wartości jego natężenia). Nadmierny hałas w miejscu pracy może zakłócać komunikację werbalną pracownika, rozpraszać go i odbierać sygnały dźwiękowe, a hałas może powodować zmęczenie i stres. Negatywnie wpływa na efektywność pracy i znacząco zwiększa ryzyko wypadku przy pracy.

Zagrożenia związane z czynnikiem chemicznym

Szpital to miejsce, w którym personel medyczny ma kontakt z różnego rodzaju środkami chemicznymi stosowanymi w terapii, diagnostyce i profilaktyce zakażeń. W warunkach szpitalnych środek chemiczny może przedostać się do organizmu personelu medycznego przez drogi oddechowe lub skórę. Zagrożeniem dla personelu medycznego jest

także kontakt z substancjami chemicznymi, różnego rodzaju lekami, stosowaniem rękawic ochronnych i środków dezynfekcyjnych. W wyniku działania szkodliwych substancji chemicznych ich skutki można podzielić na: miejscowe, ogólnoustrojowe i odległe (teratogenne, rakotwórcze), a ich przebieg może być ostry lub przewlekły [7]. Podczas wykonywania czynności (np. opieka nad pacjentem, podawanie zastrzyków, pobieranie krwi itp.) pielęgniarka ma obowiązek nosić medyczne rękawiczki ochronne. Powszechnie stosowanym materiałem do produkcji rękawic medycznych jest lateks, który składa się z naturalnego kauczuku. Wśród personelu pielęgniarskiego dłonie są najczęściej używanym „narzędziem pracy" przy wykonywaniu wielu czynności, dlatego pojawienie się alergii skórnej stwarza poważny problem. Alergia na lateks występuje rzadko, ale alergie (np. świerzb lub pokrzywka) są częste wśród pielęgniarek. Kolejnym ryzykiem zawodowym pielęgniarki są rodzaje leków przygotowywanych i podawanych pacjentom zgodnie z zaleceniami lekarza. Antybiotyki (penicylina, neomycyna, biotrakson, ampicylina, streptomycyna, wankomycyna itp.), a także inne (kumaryna, paracetamol, witamina B12, znieczulenie itp.) mają charakter alergizujący. W przypadku kontaktu z ww. lekami u pielęgniarki mogą wystąpić następujące reakcje: kichanie, kaszel, zapalenie spojówek, reakcje alergiczne, zmiany skórne (np. pokrzywka). U osób uczulonych może wystąpić atak astmy, a nawet wstrząs. Ponadto kontakt z farmaceutykami może powodować zmiany w florze bakteryjnej i mieć negatywny wpływ na odporność organizmu na różne choroby [8]. Inne czynniki chemiczne mogą powodować u pielęgniarek: ryzyko podrażnienia oczu i układu oddechowego (np. aerozole płynów czyszczących i myjących), poważne ryzyko zatrucia w sytuacjach spowodowanych rozlanymi lub wyciekającymi substancjami chemicznymi, parami i gazami powstającymi w procesie mieszania substancji niebezpiecznych (np. utleniacze, gazy znieczulające), środki wywołujące podrażnienia, alergie, zapalenie skóry (np. środki dezynfekcyjne, mydła, detergenty, płyny sterylizujące).

Zagrożenia związane z czynnikiem psychospołecznym

Naukowe badania wpływu czynników psychologicznych na środowisko pracy wzbudziły zainteresowanie w latach pięćdziesiątych XX wieku. Już wówczas podjęto pierwsze badania naukowe nad wpływem czynników psychospołecznych na zdrowie personelu medycznego,

a także podjęto pierwsze próby określenia rodzaju czynników oraz ich wpływu psychospołecznego

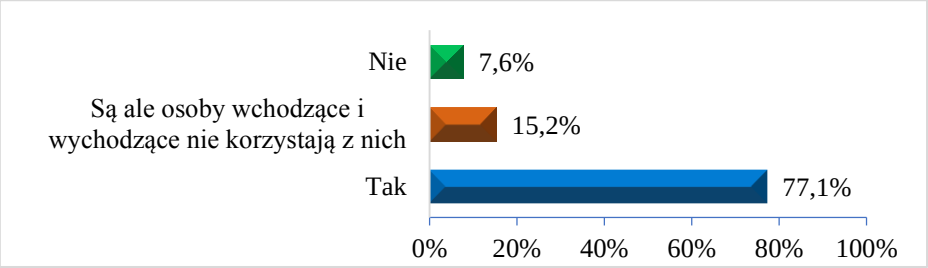
i zagrożeń z nimi związanych. W 1979 roku na kongresie w Pradze Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała czynniki psychospołeczne za „te, które wpływają na dobrostan i zdrowie jednostki i grupy, a które mają swoje źródło zarówno w cechach osobowych jednostki, jak i jako struktura i działanie organizacji" [9]. Praca pielęgniarki jest złożona i wielozadaniowa

oraz wiąże się z wysokim ryzykiem psychospołecznym wynikającym ze specyfiki tego zawodu. Pielęgniarka, będąc łącznikiem pomiędzy pacjentami, ich rodzinami i częścią systemu opieki zdrowotnej, jest również narażona w miejscu pracy na różne czynniki psychospołeczne. Praca zmianowa i nocna to także stres dla pielęgniarki. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego osoby pracujące w porze nocnej stanowiły 7,9% siły roboczej, z czego największy udział w ochronie zdrowia stanowiły pielęgniarki. Ponadto niedobór snu przyczynia się do chronicznego zmęczenia, a praca nocna zmusza organizm do ciągłego czuwania [10]. Do najważniejszych czynników psychologicznych zalicza się: charakterystykę pracy powodującą zakłócenia praca – dom – praca zmianowa, praca na wezwanie, zmieniający się harmonogram dyżurów, duża liczba godzin nadliczbowych itp.; cechy związane z treścią pracy – wymuszona koncentracja uwagi, wykonywanie kilku czynności jednocześnie, wymagana długoterminowa czujność i dokładność itp.; cechy związane z organizacją pracy – sztywne godziny pracy, narzucone tempo, pośpiech, presja czasu, obsługa specjalistycznego sprzętu itp.; relacje interpersonalne – komunikacja z pacjentami, ich rodzinami, współpracownikami i pozostałym personelem; potrzeba rywalizacji, współpracy, kompromisu, braku wsparcia ze strony przełożonych itp.; kultura i klimat organizacyjny – to wartości wynikające z organizacji, współpracy, autorytetu zawodu, konfliktów; materialne warunki pracy – aspekty organizacyjne efektywnego funkcjonowania oraz cechy fizyczne środowiska pracy (niewygodna pozycja, nieprzyjemny zapach, kontakt z wydzielinami, słabo wyposażone stanowisko pracy, temperatura itp.) [11]. W czasie pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne pielęgniarek mogą wpływać także takie czynniki jak: wiek – u osób młodszych (do 40. roku życia) częściej występują zaburzenia psychiczne; płeć – u kobiet częściej diagnozowano stany lękowe, depresję i bezsenność; miejsce zamieszkania i kontakt z osobami zakażonymi SARS-CoV-2; współistniejące choroby somatyczne i stany lękowe; inne czynniki – sposób radzenia sobie ze stresem, wsparcie ze strony bliskich, poziom pewności siebie, rokowania u chorych na Covid-19, dostęp do środków ochrony indywidualnej, stopień zadowolenia z systemu opieki zdrowotnej, stygmatyzacja osób zakażonych [9].

Cel badań: Celem badań jest ocena czynników decydujących o bezpieczeństwie pracy pielęgniarek
w czasie pandemii COVID-19.

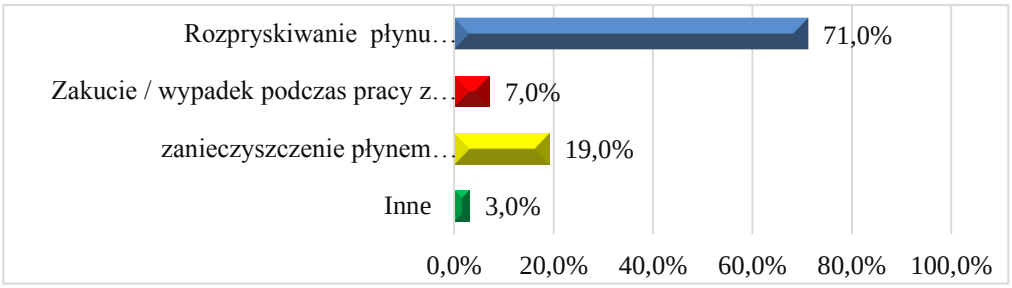
Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 105 pracowników medycznych (94 pielęgniarki i 11 pielęgniarzy) w wieku od 23 do 60 lat. Metodą badawczą zastosowaną w badaniu była metoda sondażu diagnostycznego. Zastosowaną techniką badawczą była ankieta, a narzędziem badawczym autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki: Badaniem objęto 105 osób, 89,5% kobiet i 10,5% mężczyzn w wieku od 23 do 60 roku życia. 77,1% (N=81) respondentów uważa, że w ich placówce są dostępne środki dezynfekujące, chroniące przed zakażeniem SARS-CoV-2. Jednak tylko 7,6% (N=8) badanych uważa, że w ich placówce nie są dostępne środki dezynfekujące, a 15,2% (N=16) respondentów nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie. Ryc.1.



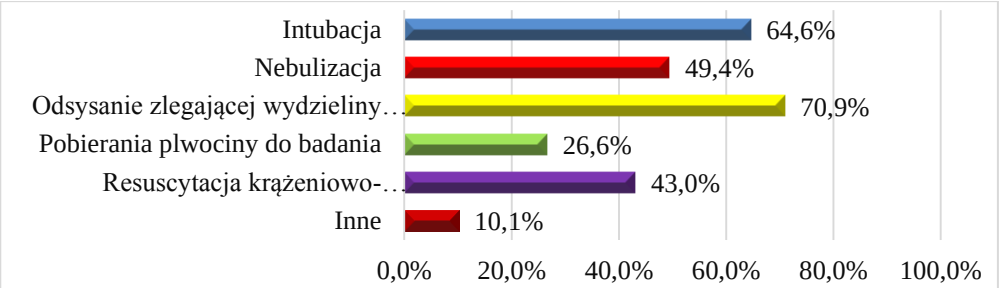
Ryc. 1 *Czy dostępne są środki dezynfekujące chroniące przed zakażeniem Covid-19 przed wejściem do placówki medycznej, w której Pan/i pracuje?*

Większość respondentów uważa, że najbardziej niebezpieczną i powszechną czynnością jest rozpryskiwanie płynów biologicznych/wydzielin z dróg oddechowych (71%) (N=66). Zakłucie/wypadek podczas pracy z ostrymi przedmiotami zgłosiło 7% (N=7) respondentów, a zanieczyszczenie płynem/wydzielinami biologicznymi (podczas opieki nad pacjentem) 19% (N=27). Pozostałe odpowiedzi stanowiły 3% (N=5). Ryc.2.



Ryc. 2 *Czy w czasie interakcji medycznej z pacjentem z COVID-19, w jakich czynnościach miał/a Pan/i kontakt z płynami ustrojowymi?*

Wyniki badania wskazują, że największe prawdopodobieństwo skażenia płynami biologicznymi następuje podczas czynności takich jak: intubacja 64,6% (N=51), odsysanie zalegającej wydzieliny z dróg oddechowych 70,9% (N=56) oraz nebulizacja 49,4% (N=39). Mniejszy odsetek respondentów uważa jednak, że do skażenia płynami biologicznymi dochodzi podczas pobierania plwociny do badania – 26,6% (N=21) i podczas resuscytacji krążeniowo-oddechowej – 43,0% (N=34). Odsetek respondentów, którzy uważają, że najmniejsze zanieczyszczenie płynami biologicznymi występuje w innych sytuacjach, wynosi 10,1%. Ryc.3



Ryc. 3 *Czy podczas interakcji medycznej z pacjentem chorym na COVID-19, w jakich przypadkach miała Pani kontakt z wydzielinami ustrojowymi?*

Z badań wynika, że istnieje związek pomiędzy dostępem do środków ochronnych a bezpieczeństwem pracy pielęgniarek w czasie pandemii Covid-19. 64,0% respondentów stwierdziło, że w czasie pandemii miało dostęp do wystarczających środków ochrony indywidualnej, czuło się bezpieczniej w pracy oraz mniej obawiało się o swoje zdrowie, natomiast 16,0% z nich stwierdziło, że takiej zależności nie ma. Natomiast 20,0% uczestników badania stwierdziło, że odpowiedź na to pytanie jest trudna. Tab.1

Tab. 1 *Dostęp środków ochrony osobistej, a bezpieczeństwo w pracy w czasie pandemii.*

			Czy w Pan/i placówce medycznej dostępne są wystarczające ilości ŚOI (środki ochrony indywidualnej ?		Ogółem
			Nie	Tak (Proszę przejść do pytania 29)	
Czy uznaje Pan/i swoją pracę za bezpieczną, czy też zalicza się do grupy wysokiego ryzyka?	Nie	N	8	11	19
		%	**16,0%**	**20,0%**	**18,1%**
	Tak	N	32	30	62
		%	**64,0%**	**54,5%**	**59,0%**
	Trudno odpowiedzieć	N	10	14	24
		%	**20,0%**	**25,5%**	**22,9%**
Ogółem		N	50	55	105
		%	**100,0%**	**100,0%**	**100,0%**
V Kramera	0,096	0,969[a]	3	0,716	0,680[b]
współczynnik	**wartość**	**Chi-kwadrat**	**df**	**p**	**p Monte Carlo**

Wnioski

Z badań wynika, że istnieje związek pomiędzy dostępem do środków ochronnych a bezpieczeństwem pracy pielęgniarek w czasie pandemii Covid-19. 64,0% respondentów stwierdziło, że w czasie pandemii miało dostęp do wystarczających środków ochrony indywidualnej, czuło się bezpieczniej w pracy oraz mniej troszczyło się o swoje zdrowie, natomiast 16,0% z nich stwierdziło, że takiej zależności nie było. Istnieje potrzeba edukacji personelu medycznego w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników, równie ważne jest wdrażanie i kontrola procedur bezpieczeństwa w szpitalach, istnieje potrzeba szkoleń i wsparcia pracowników medycznych, istnieje potrzeba regularnego monitorowania i oceniania czynników bezpieczeństwa.

Piśmiennictwo

1. Praca zbiorowa.: 2021, Procedury dotyczące warunków pracy placówkach medycznych w czasie pandemii COVID-19. PZWL. Wiedza i Praktyka, Warszawa 2021; s. 12.
2. JAROSZEWSKA-IGNATOWSKA I.: 2020, Czas pracy w praktyce. Rozwiązania dotyczące czasu pracy związane z COVID-19. Wolters Kluwer Polska SA ; s. 264.
3. SZYMCZAK M., ŁAWNICZEK - WAŁCZYK A., GÓRNY R. L.: 2015 Ilościowa i jakościowa kontrola szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy, „Podstawy i Metody Oceny Środowiska Pracy". CIOP - Instytut Badawczy, Warszawa; 2(76): 5- 10.
4. DUTKIEWICZ J., GÓRNY R. L.: 2012 Biologiczne czynniki szkodliwe dla zdrowia - klasyfikacja i kryteria oceny narażenia. „Medycyna Pracy", Lublin ; 1 (53): 33-34.
5. GOŁOFIT-SZYMCZAK M., ŁAWNICZEK-WAŁCZYK A., GÓRNY R. L.: 2013, Ilościowa i jakościowa kontrola szkodliwych czynników biologicznych w środowisku pracy. „Podstawy i Metody Oceny Środowiska Pracy". Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa; 2 (76): 5-7.
6. KRAWCZYK, K.: Koronawirus a bezpieczeństwo personelu medycznego. Medycyna Praktyczna. https://www.mp.pl. (dostęp: 15.10.2023).
7. RYAN F.: 2020, Wirusosfera ukryty świat wirusów. SARS-CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu. Od przeziębienia do COVID-19. Bukowy Las, Wrocław 2020: 45-57.
8. KOWALCZUK K., KRAJEWSKA-KUŁAK E., i wsp.:2021, Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych. „Problemy Pielęgniarstwa".: 353-357.

9. HOSSAIN MM., TASNIM S., SULTANA A., FAIZAH F., MAZUMDER H., ZOU L.: 2020, Epidemiology of mental health problems in COVID-19. Dostępny w internecie: https://psyarxiv.com/q8e5u/ March; 9:636 (dostęp 13.01.2023).
10. POTOCKA A.: 2010, Co wiemy o psychospołecznych zagrożeniach w środowisku pracy? Część i Rozważania teoretyczne. „Medycyna Pracy". Instytut Medycyny Pracy im. prof. Nofera w Łodzi ; 61 (3): 340- 343.
11. KLUKÓW J., PIESZCZEK M.: 2022, Klimat organizacyjny w środowisku pracy pielęgniarek i pielęgniarzy w czasie pandemii Covid-19 „Państwo i Społeczeństwo" Uniwersytet Medyczny w Lublinie,; 1: 127-140.

Kontakt:

Alicja Kłos
Wydział Ochrony Zdrowia, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu
ul. Czarnieckiego 16
37-500 Jarosław
alicja.klos@pwste.edu.pl

PRACOVNÁ ZÁŤAŽ SESTIER V AGENTÚRACH DOMÁCEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Nurse's Workload in A Home Nursing Agency

Zuzana Bachratá[1], Ľubica Libová[2], Jana Debnárová[1]

[1]Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotníckaj univerzita, Bratislava

[2]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Abstrakt

Úvod: Povolanie sestry je jednou z pomáhajúcich profesií, ktoré sú náročné fyzicky aj psychicky. Sestry pracujúce v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti sú nosné piliere poskytovania kvalitnej domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Dôsledkom ich zvýšenej fyzickej a psychickej záťaže môže byť dlhodobý stres, fyzické a psychické vyčerpanie a vznik syndrómu vyhorenia.

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť, aká je záťaž v práci sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Posúdiť vplyv veku, úrovne dosiahnutého vzdelania a dĺžky klinickej praxe na výskyt psychickej a fyzickej záťaže sestier pracujúcich v ADOS. Zistiť, či majú sestry dostatok vedomostí v oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti agresívnym pacientom.

Súbor: Respondentský súbor tvorilo 110 sestier pracujúcich v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike.

Metódy: Prieskumnou metódou bol dotazník, distribuovaný online. Na vypracovanie štatistickej analýzy sme použili deskriptívnu štatistiku, v súvislosti so stanovenými cieľmi a povahou dát sme použili Spearmanov koleračný test. Ďalšou metódou bol Kolmogovor-Smirnov test normality.

Výsledky: Zistili sme, že medzi vekom sestier a mierou pociťovanej fyzickej záťaže (Test normality 0,237, Correlation Coefficient 0,206) existuje slabý pozitívny štatisticky významný vzťah. Medzi úrovňou dosiahnutého vzdelania sestier a mierou pociťovanej psychickej záťaže (Spearmanov korelačný test - 0,631) existuje silný negatívny štatisticky významný vzťah. Čím je vyššie vzdelanie sestier, tým je menšia miera pociťovanej psychickej záťaže. Zmapovali sme, že čím viac stúpa dĺžka praxe sestier v ADOS (Correlation Coefficient 0,275), tým viac stúpa úroveň ich vedomostí v oblasti starostlivosti o agresívneho pacienta.

Záver: Odporúčame sestrám dodržiavať zásady duševnej hygieny a tým predchádzať syndrómu vyhorenia, zásady bezpečnej manipulácie s pacientom a tým predchádzať

fyzickému vyčerpaniu, efektívne využívať komunikačné zručnosti a postupy pri intrakcii s pacientom i rodinnými príslušníkmi. Zamestnávateľom odporúčame zlepšiť pracovné podmienky a zabezpečiť dostatočné množstvo pomôcok pre sestry pracujúce v ADOS, aby sa znížila miera pociťovanej fyzickej záťaže, efektívne plánovať pacientov a spravodlivo rozdeľovať počet pacientov pre každú sestru pracujúcu v ADOS.

Kľúčové slová: Fyzická záťaž. Psychická záťaž. Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra.

Abstract

Introduction: The profession of a nurse is one of the helping professions that are physically and mentally demanding. Nurses working in home nursing care agencies are the backbone of providing quality home nursing care. The consequence of their increased physical and mental burden can be long-term stress, physical and mental exhaustion and the emergence of burnout syndrome.

Objective: The aim of the study was to find out what the workload of the nurse is when providing nursing care in a home nursing care agency. To assess the influence of age, level of education and length of clinical practice on the incidence of psychological and physical stress of nurses working in ADOS. To find out whether nurses have enough knowledge in the field of providing nursing care to aggressive patients.

File: The respondent file consisted of 110 nurses working in home nursing care agencies in the Slovak Republic.

Methods: The research method was a questionnaire distributed online. We used descriptive statistics to develop the statistical analysis, in connection with the established goals and the nature of the data, we used the Spearman correlation test. Another method was the Kolmogovor-Smirnov normality test.

Results: We found that there is a weak positive statistically significant relationship between the age of the nurses and the level of perceived physical burden (Test normality 0.237, Correlation Coefficient 0.206). There is a strong negative statistically significant relationship between the level of nurses' educational attainment and the level of perceived psychological burden (Spearman's correlation test - 0.631). The higher the nurses' education, the lower the perceived psychological burden. We mapped that the more the length of practice of nurses in ADOS increases (Correlation Coefficient 0.275), the more their level of knowledge in the field of caring for an aggressive patient increases.

Conclusion: We recommend that nurses observe the principles of mental hygiene and thus prevent burnout syndrome, the principles of safe patient handling and thus prevent physical exhaustion, effectively use communication skills and procedures when interacting with patients

and family members. We recommend that employers improve working conditions and provide sufficient aids for nurses working in ADOS to reduce the level of perceived physical burden, schedule patients efficiently and distribute the number of patients fairly for each nurse working in ADOS.

Keywords: Physical load. Mental burden. Home nursing care agency. Nurse.

Úvod

Sestry sa pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v ADOS stretávajú s rôznymi životnými situáciami. Musia sa správne rozhodovať, riešiť náročné ošetrovateľské i iné problémy, často pacientom nahrádzajú rodinných príslušníkov. Sestry sú vystavované vysokým nárokom aj na ich vlastnú osobu, stresu a veľkej zodpovednosti, čo môže spôsobovať stav zvýšenej fyzickej a psychickej záťaže. Záťaž sa definuje ako stav, ktorý sa nadraďuje nad fyziologickú reakciu a psychické stavy, ktoré sú pôvodcom vzniku záťažových situácií. Záťaž sa zaraďuje medzi faktory, ktoré svojim pôsobením menia rovnováhu organizmu a práve tento stav vyvoláva podnet pre aktivity, ktoré slúžia na znovuzískanie rovnováhy. Všetky zložité úlohy, situácie, ktoré pôsobia ako prekážka, možné rozbroje a náročné situácie vyvolávajú záťaž, ktorá sa dá definovať aj ako náročnosť v práci vo vzťahu k možnostiam a schopnostiam človeka (Bratská, 2008).

Cieľ

Hlavným cieľom štúdie bolo analyzovať, ktoré prediktory pôsobia na fyzickú a psychickú záťaž v práci sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v Agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Parciálne ciele:

- Zistiť, či existuje štatisticky významný vzťah medzi vekom sestier a mierou pociťovanej fyzickej záťaže.
- Analyzovať, či existuje štatisticky významný vzťah medzi úrovňou dosiahnutého vzdelania sestier a mierou pociťovanej psychickej záťaže.
- Zmapovať, či existuje štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou praxe sestier v ADOS a úrovňou vedomostí v oblasti starostlivosti o agresívneho pacienta.

Metóda

V intenciácj teoretických východísk, metodologických zámerov a prieskumného problému bola vybraná dotazovacia metóda a jej nástroj – dotazník subjektívnej povahy s názvom „Hodnotenie fyzickej a psychickej záťaže sestier pracujúcich v Agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti“. Na vypracovanie štatistickej analýzy sme na popis vzorky použili

deskriptívnu štatistiku. V súvislosti na stanovené povahu dát sme použili Spearmanov koleračný test, ktorý definuje interpretáciu výsledkov tak, že ak sa hodnota blíži k 1 alebo k -1, tak kolerácia/vzťah je silný. Ak sa hodnota blíži k 0, tak žiadny. Ďalšou metódou bol Kolmogovor-Smirnov test normality, ktorý definuje poznatok o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát, potrebných pre následné overovanie prieskumných otázok na základe veľkosti vzorky. Štatistickú analýzu sme vykonávali v programe Microsoft Excel a v programe SPSS 22. Výsledky boli následne spracované do tabuliek a grafov. Dotazník bol distribuovaný v online priestore prostredníctvom sociálnych sietí, pokým nebola splnená požadovaná cieľová skupina - 110 respondentov. Prieskum prebiehal v období od mája 2023 do augusta 2023.

Súbor

Respondentský súbor tvorili sestry, so zaraďujúcicmi kritériami: vek sestier, dosiahnuté vzdelanie v profesii sestra, práca sestry v ADOS, dĺžka praxe sestry v ADOS. Vylučujúcimi kritériami boli: dosiahnuté iné vzdelanie zdravotníckeho pracovníka v nelekárskych odboroch, poskytovanie ošetrovateľskej starsotlivosti v ústavnej forme zdravotnej starsotlivosti. Priemerný vek respondentiek bol 35,04 roka, minimálny 24 rokov a maximálny 55 rokov – Tabuľka 1. Dĺžku praxe sestier je zobrazená v Tabuľke 2 a úroveň dosiahnutého vzdelania sestier prezentuje Tabuľka 3.

Tabuľka 1 *Vek respondentiek*

(n)	110
Priemer	35,04
Medián	35
Štd. odchýlka	10,609
Šikmosť	0,393
Špicatosť	-1,256
Rozpätie	31
Minimum	24
Maximum	55

Tabuľka 2 *Dĺžka praxe respondentiek v ADOS*

	(n)	%
1 až 5 rokov	45	40,9
6 až 10 rokov	50	45,5
11 a viac	15	13,6
Spolu	110	100

Tabuľka 3 *Úroveň dosiahnutého vzdelania sestier*

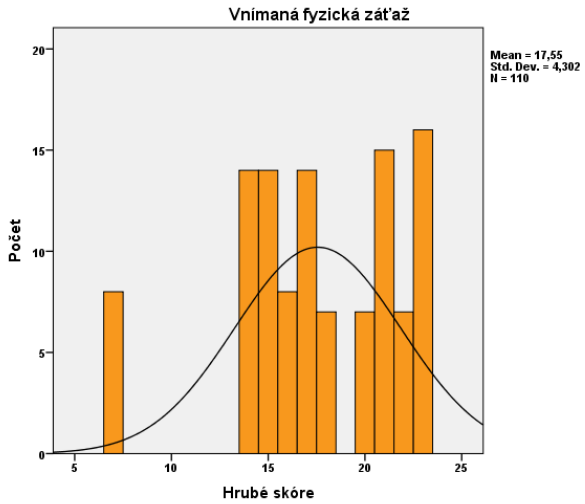
	(n)	(%)
SZŠ	15	13,6
Diplomovaná sestra	7	6,4
VŠ I.stupeň	59	53,6
VŠ II.stupeň a vyššie	29	26,4
Spolu	110	100

Výsledky

V nasledujúcich grafoch a tabuľkách prezentujeme výsledky našej štúdie. Zisťovali sme, či existuje štatisticky významný vzťah medzi vekom sestier a mierou pociťovanej fyzickej záťaže – Tabuľka 4, Graf 1.

Tabuľka 4 *Vzťah medzi vekom sestier a mierou pociťovanej fyzickej záťaže*

(n)	110
Priemer	17,55
Medián	17
Štd. odchýlka	4,302
Šikmosť	-0,749
Špicatosť	0,35
Rozpätie	16
Minimum	7
Maximum	23



Graf 1 *Vzťah medzi vekom sestier a mierou pociťovanej fyzickej záťaže*

Na základe výsledkov uvedených v Tabuľke 4 a Grafe 1 môžeme pozorovať, že priemerná hodnota hrubého skóre miery pociťovanej fyzickej záťaže bola na škále od 5 – minimálne pociťovanie po 25 – maximálne pociťovanie na úrovni 17,55 bodu. Pre získanie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát, potrebných pre následné overovanie a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality – Tabuľka 5.

Tabuľka 5 *Vek sestier a miera pociťovanej fyzickej záťaže /TEST NORMALITY/*

Test normality			
	Statistic	df	Sig.
Vek sestier	0,134	110	0,000
Miera pociťovanej fyzickej	0,237	110	0,000

Pri teste normality sme zistili - Tabuľka 5, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie druhého tvrdenia, použili sme neparametrické testy. Na zistenie, či existuje štatisticky významný vzťah medzi vekom sestier a mierou pociťovanej fyzickej záťaže sme po zohľadnení testov normality rozloženia dát a povahy premenných použili neparametrický Spearmanov korelačný test. Vzhľadom na výsledky hodnôt v riadku Correlation Coeficient, kde je hodnota 0,206 nám potvrdzuje slabý vzťah. Riadok s hodnotou Sig (2-tailed), nám potvrdzuje štatistickú významnosť vzhľadom na hodnotu, ktorá je menšia ako 0,05. Na základe výsledkov uvedených v Tabuľke 6 môžeme konštatovať, že medzi vekom sestier a mierou pociťovanej fyzickej záťaže existuje slabý pozitívny štatisticky významný vzťah.

Tabuľka 6 *Vek sestier a miera pociťovanej fyzickej záťaže/ Spearmanov korelačný test*

Spearmanov korelačný test **Vek sestier * Miera pociťovanej fyzickej záťaže**		
Spearman´s rho	Correlation Coefficient	0,206
	Sig. (2-tailed)	0,031
	N	110

Predpokladali sme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi úrovňou vzdelania sestier a mierou pociťovanej psychickej záťaže. Na základe povahy premenných sme pre testovanie použili neparametrický Spearmanov korelačný test – Tabuľka 7.

Tabuľka 7 *Vzdelanie sestier a miera pociťovanej psychickej záťaže /Spearmanov korelačný test*

Spearmanov korelačný test **Vzdelanie sestier * Miera pociťovanej psychickej záťaže**		
Spearman´s rho	Correlation Coefficient	-0,631
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	110

Hodnota Correlation Coeficient bola -0,631 čo predstavuje silný negatívny vzťah. Následná druhá hodnota Sig. (2-tailed), ktorá je menšia ako 0,05 a tým potvrdzuje štatistickú významnosť. Hodnota je záporná, preto je korelácia negatívna. Na základe výsledkov uvedených v Tabuľke 7 môžeme konštatovať, že medzi úrovňou vzdelania sestier a mierou pociťovanej psychickej záťaže existuje silný negatívny štatisticky významný vzťah. Čím je vyššie vzdelanie sestier, tým je menšia miera pociťovanej psychickej záťaže.

Predpokladali sme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou praxe sestier v ADOS a úrovňou vedomostí v oblasti starostlivosti o agresívneho pacienta. Pre analýzu sme po zohľadnení povahy premenných použili neparametrický Spearmanov korelačný test Tabuľka 8.

Tabuľka 8 *Dĺžka praxe sestier v ADOS a úroveň vedomostí v oblasti starostlivosti o agresívneho pacienta /Spearmanov korelačný test*

Spearmanov korelačný test **Dĺžka praxe sestier v ADOS * Úroveň vedomostí v oblasti starostlivosti o agresívneho pacienta**		
Spearman´s rho	Correlation	0,275
	Sig. (2-tailed)	0,04
	N	110

Výsledky hodnôt Correlation Coeficient uvádzajú výsledok 0,275, slabý vzťah. Riadok Sig. (2-tailed) potvrdzuje štatistickú významnosť, pretože uvádzaná hodnota je 0,04. Môžeme konštatovať, že medzi dĺžkou praxe sestier v ADOS a úrovňou vedomostí v oblasti starostlivosti o agresívneho pacienta existuje slabý pozitívny štatisticky významný vzťah. Čím viac stúpa dĺžka praxe sestier v ADOS, tým viac stúpa úroveň ich vedomostí v oblasti starostlivosti o agresívneho pacienta.

Diskusia

Sestry zastupujú najväčšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov, ktorá počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti trávi najviac času s pacientom. Podľa Bartošíkovej (2006) sa sestry, ktoré pracujú v ADOS stretávajú s rôznymi typmi stresorov napr. vznik konfliktných rolí, nejasné definovanie role, preťaženie v dôsledku pôsobenia faktorov ako nadmerné požiadavky, nedostatok času, veľké množstvo pacientov a časová tieseň, demotivácia - nevyváženosť, slabé množstvo informácií. Výsledky našej štúdie asignujú, že existuje štatisticky významný vzťah medzi vekom sestier a mierou pociťovanej fyzickej záťaže. Potvrdilo sa, že vek sestier pracujúcich v ADOS vplýva na pociťovanie fyzickej záťaže. Predpokladali sme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi dĺžkou praxe sestier v ADOS a úrovňou vedomostí v oblasti starostlivosti o agresívneho pacienta. Podľa Kristovej (2009) je agresivita definovaná ako správanie, ktoré má v sebe podnet ublíženia inej osobe a je buď zámerné alebo nezámerné. Toto správanie sa definuje atakom voči akémukoľvek pôsobiacemu podnetu. Dôvodom na vznik agresie je mnoho ako napríklad: strach, úzkostné stavy, nepokoj na strane pacienta, pocit krivdy, ublíženia, bezmocnosti alebo pocit nedostatočnej pomoci zo strany zdravotníckeho pracovníka. Kačmárová a kol. (2014) uvádzajú, že násilie a agresia zo strany pacientov voči sestrám je súčasťou ošetrovateľskej praxe vo všetkých odboroch. Výskyt násilného a agresívneho správania je podmienené rôznymi multifaktoriálnymi podmienkami ako interakcia medzi pacientom a sestrou, vplyv prostredia, osobnosť sestry, pacienta, vek pacienta a sestry a taktiež aj dĺžka praxe sestry. Výsledky našej štúdie asignujú, že čím viac stúpa dĺžka praxe sestier v ADOS, tým viac stúpa

úroveň ich vedomostí v oblasti starostlivosti o agresívneho pacienta. Overovali sme, či existuje štatisticky významný vzťah medzi vzdelaním sestier a mierou pociťovanej psychickej záťaže. Našou štúdiou sme dokázali, že existuje silne negatívny štatisticky významný vzťah, čím majú sestry vyššie vzdelanie, tým pociťujú psychickú záťaž menej. Výskum Jonker et.al (2008) vo svojej štúdii potvrdil, že sestry, ktoré majú menej rokov a menej skúseností, menej rokov praxe sú zraniteľnejšie voči agresii zo strany pacientov. Zdieľanie vedomostí a dôsledné, pravidelné vzdelávanie môže znížiť tieto riziká. Sestry pracujúce v ADOS pociťujú vplyv fyzickej a psychickej záťaže definovaný ich vekom, dĺžkou praxe, vedomosťami a vzdelaním. Z hľadiska intenzity záťaže Matišáková (2021) konštatuje, že rovnako zaťažujúca je ošetrovateľská starostlivosť o imobilných pacientov, pacientov s demenciou, so špecifickými potrebami, či rušivé vplyvy množstva telefonátov, administratívy, stupňujúce sa požiadavky zo strany príbuzných. Je nesmierne podstatné snažiť sa o zlepšenie ich pracovných podmienok a predísť následkom z pocitu nadmernej psychickej a fyzickej záťaže.

Odporúčania pre prax

Na základe analýzy výsledkov navrhujeme nasledovné odporúčania.

Pre vzdelávacie inštitúcie:

- v rámci celoživotného vzdelávania sestier organizovať workshopy, vzdelávacie programy, ktoré sú určené k zvládaniu záťažovej situácie pri kontakte s agresívnym alebo psychiatrickým pacientom,
- v rámci vzdelávania študentov ošetrovateľstva posilniť alebo zaradiť do vzdelávania témy zamerané na prevenciu a podporu zdravia sestier a tým predchádzať k vzniku nadmernej fyzickej a psychickej záťaže.

Pre sestry:

- klásť dôraz na psychohygienu a tým predchádzať syndrómu vyhorenia,
- dodržiavať zásady bezpečnej manipulácie s pacientom, správne manipulovať a používať pomôcoky, ktoré slúžia na uľahčenie práce a tým predchádzať fyzickému vyčerpaniu,
- efektívne využívať komunikačné zručnosti medzi sestrou a pacientom alebo rodinnými príslušníkmi, a predchádzať tak vzniku možných konfliktov.

Pre zamestnávateľov:

- snažiť sa zlepšiť pracovné podmienky a zabezpečiť dostatočné množstvo pomôcok pre sestry pracujúce v ADOS, aby sa znížila miera pociťovanej fyzickej záťaže,
- zabezpečiť zlepšenie organizácie práce, efektívnejším plánovaním pacientov a dbať na spravodlivé rozdeľovanie počtu pacientov pre každú sestru pracujúcu v ADOS.

Záver

Sestry pracujúce v ADOS pociťujú vplyv fyzickej a psychickej záťaže a tento stav je ovplyvnený ich vekom, dĺžkou praxe a vedomosťami. Je nesmierne podstatné snažiť sa o zlepšenie ich pracovných podmienok a predísť následkom z pocitu nadmernej psychickej a fyzickej záťaže. Ak sa podarí odstrániť alebo znížiť pocit zaťaženia sestier, zvýši sa aj úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Literatúra

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelekářskych zdravotníckych oboru. 86 s.
2. BRATSKÁ, M. 2008. Záťažové situácie ako zdroj sily osobnosti. In MALCHÁREK, J. a kol. Sila osobnosti alebo ako neprehrať sám so sebou. 1 dopl. vyd. Bratislava: Občianske združenie športom proti drogám, 2008. 28 s. ISBN 80-8063-113-1.
3. JONKER, E. J. – GOOSSENS, P. J. J. – STEENHUIS, I. H. M. – OUD, N.E. 2008. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. In Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2008, vol. 15, no. 6, pp. 492-499.
4. KAČMÁROVÁ, M. – GURKOVÁ, E. – ČEĽOVSKÁ, L. – RENDEKOVÁ, A. 2014. Prediktory postojov sestier k agresii In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online] [citované 2023-06-28]. Dostupné na internete: https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2014-rocnik-4/cislo-1/prediktory-postojov-sestier-k-agresii-pacientov.
5. KRISTOVÁ, J. 2009. Komunikácia v ošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2009. 182 s.
6. MATIŠÁKOVÁ, I. a kol. 2021. Pracovná záťaž sestier v geriatrickej starostlivosti. Zdravotnícke listy, roč. .9, č.1, s.19-24.

Kontakt:

Zuzana Bachratá
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií
Slovenská zdravotníckaj univerzita
Bratislava

SMARTPHONES & SOCIAL MEDIA: TECH THAT SHAPES MODERN HEALTH. INSIGHTS FROM TWO CROSS-SECTIONAL STUDIES

Joanna Burzyńska[1], Magdalena Rękas[1]

[1]Department of Nursing and Public health, Institute of Health Sciences, Collage of Medical Sciences, University of Rzeszów, Rzeszów, Poland

Abstract

Over the past 10 years technology has profoundly transformed people's' lives. Social media (SM) and smartphones (SP) are the tools which have changed the way people communicate and receive information. The process does influence the health area as well. The aim of this study was to bring closer the impact these communication tools have on modern health. There are both cross-sectional studies, both used the self-design questionnaires, and included: 1) SM: 1,527 adult Internet users; and 2) SP: 460 secondary school students. It was found that 91.4% of participants used SM, and older women were significantly more often interested in health content on SM. Whereas, adolescents are very much attached to their SP and use them to connect to the Internet. 18.3% have already owned SP when they were under 10 y.o. It was also shown, that 21.7% of students consider themselves addicted to their device. The studies conducted should be treated as an introduction to further in-depth analyses in the issue of SM and SP impact on health as well as a reflection for policy makers related to the health sector and education.

Keywords: Social media. Smartphones. Health. Health behaviors. Modern society.

Streszczenie

W ciągu ostatnich 10 lat technologia głęboko zmieniła życie ludzi. Media społecznościowe (SM) i smartfony (SP) to narzędzia, które wpłynęły na sposób, w jaki ludzie komunikują się i docierają do informacji. Proces ten nie ominął także obszaru zdrowia. Celem niniejszego artykułu było przybliżenie oddziaływania SM i SP na współczesne zdrowie. Do tego celu wykorzystano wybrane wyniki dwóch badań przekrojowych, obu przeprowadzonych z wykorzystaniem kwestionariuszy własnego autorstwa, które obejmowały: 1) w przypadku SM: 1527 dorosłych użytkowników Internetu; oraz 2) w przypadku SP: 460 uczniów szkół średnich. Stwierdzono, że 91,4% uczestników korzystało z SM, a starsze kobiety istotnie częściej interesowały się treściami zdrowotnymi zawartymi w SM. Natomiast nastolatki okazały się bardzo przywiązane do swoich SP i wykorzystują je do łączenia się z Internetem. 18,3% posiadało już SP w wieku poniżej 10 lat. Wykazano także, że 21,7% uczniów uważa się za

uzależnionych od swojego urządzenia. Przeprowadzone badania należy traktować jako wstęp do dalszych pogłębionych analiz w zagadnieniu wpływu SM i SP na zdrowie, a także refleksję dla decydentów związanych z sektorem zdrowia i edukacją.

Słowa kluczowe: Media społecznościowe. Smartfony. Zdrowie. Zachowania zdrowotne. Społeczeństwo.

Introduction

The 21st century is a stage of development of information and communication technologies resulting in creation of modern society. The ability to use new technologies and access to tools enabling the processing and use of information have become common and have found application in the field of health care. Not only the way society lives has changed but also the way we communicate. Modern communities actively use video calls and instant messengers applications, such as: Skype, Viber, Messenger or WhatsApp, installed in the smartphone (SP) [1]. These conversations became possible thanks to the Internet connection and widespread access to Wi-Fi networks. Against this background, the dynamics of the popularity of social media (SM) is equally interesting. It is estimated that every second person in the world uses at least one of SM websites [2], and according to Statista data, there are approximately 4.64 billion smartphone users in the world and this number will gradually increase [3]. In Poland, 88.4% of citizens actively use the Internet, and 66.3% of them use social media. The daily time spent by Poles surfing the Internet is 6 hours 42 minutes, while on social media it is 2 hours 02 minutes. Poles most often browse the Internet via SP - 93.6% of people do so. The typical SP user spends with device 3 hours and 10 minutes every day [2]. SM available on SP offers a previously unknown opportunity to receive information, advice and support from people who are not professionally involved in health care. They also open up new possibilities in the distribution of health information, which has taken on a new online formula, changing the distribution environment and communication channel. SP and SM users are gradually becoming independent of existing intermediaries in obtaining knowledge in the field of health [4, 5]. They obtain it on their own or - in the MS environment - as part of social interactions. Due to such dynamic changes in the communication landscape caused by the use of the Internet, the participatory role of SM, and the dynamically growing popularity of the use of SP, there is a justified need to ask about the impact these communication tools have on modern health.

Social media and smartphones – new scene of modern health

Social networking sites are an environment in which people can use computers or mobile devices to connect with other users, share information, and generate content [6]. This

type of media, in which users control communication, create information, and share experiences and opinions, is a researchers from various fields of science, including those dealing with health education, health promotion and communication about health and disease [5, 7]. This interest is related to the fact that SM reach a large population of Internet users, different in terms of sociodemographic characteristics, ethnic origin, education and access to health care. It is also worth emphasizing that the research does not cover only users from the United States, but due to the worldwide popularity of SM, is conducted among users from various countries and cultural circles [8]. The abundance of literature on the subject indicating the benefits and problems associated with the use of social media in health communication can be considered on at least two levels: the media themselves are examined, as well as their users. The same applies to smartphones. The phenomenon of "smartphoneisation" is the awareness of users regarding mobile devices and their use in various areas of life [9]. Undoubtedly, this phenomenon has changed the face of reality and led to significant changes in the sphere of business, education, access to information, etc. Data show that average SP user explores 30 applications per month [10]. This device provide society with a whole range of possibilities that should be used in a positive aspect and judiciously [11].

Material and methods

In this article we present the results of two cross-sectional studies regarding: 1) SM: 1,527 adult Internet users without age restrictions - 1,371 females (89.8%) and 156 males (10.2%) with average age of 32±10.37 years; and 2) SP: 460 adolescents: 225 girls and 235 boys, aged 16-19, students of secondary schools in the Podkarpackie Voivodeship, Poland. Both studies were conducted using the self-design questionnaire as a research tool, and were a part of bigger projects.

The statistical analysis of the results of both studies was performed using the IBM SPSS Statistics 24. The significance level of $p < 0.05$ was adopted. When assessing differences between two nominal variables, the $\chi 2$ test of independence was used, taking into account the Yates correction for continuity for 2x2 tables. Due to the lack of normality of variable distributions the non-parametric Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, and Spearman's rho correlation coefficient was used. Overall frequency of SM and PS use were investigated, as well as the relationship between frequency of use and selected demographic variables. The health context of the correlations was taken into account.

Overall frequency of SM use

The majority of respondents declared that they use SM every day or several times a day (N = 1396, 91.4%). 6.7% of respondents (N = 102) claimed that they visit selected channels 5-6 times a week, 3 (0.2%) respondents visited SM less than once a week. The age

of respondents was significantly related to the overall frequency of such a usage: older participants use SM less often (rho = -0.353). It was also shown that higher educated respondents reported a lower overall frequency of using SM (rho = -0.080). Place of residence and health status did not significantly affect the examined aspect. An additional analysis of the correlation between the frequency of using SM and the gender of the respondents were conducted. It was found that both older women and men SM significantly less often (rho = -0.321 and rho = -0.539). In women, the level of education and health status did not significantly determine the overall frequency of using SM. In the group of men – place of residence and health status are important determinants of the analysed matter (Tab. 1).

Table 1. *Frequency of social media use and selected sociodemographic variables*

		Age	**Education**	**Place of residence**	**Health status**
Overall (N = 1527)					
Frequency of social media use	rho	**-0,353****	**-0,080****	0,042	0,019
	p	0,000	0,002	0,101	0,461
Female overall (N = 1371)					
Frequency of social media use	rho	**-0,321****	**0,078****	-0,029	-0,026
	p	0,000	0,004	0,287	0,343
Male overall (N = 156)					
Frequency of social media use	rho	**-0,539****	-0,045	**-0,374****	**0,167***
	p	0,000	0,577	0,000	0,037

Level of interest in health-related content on SM

The relationship between the level of interest in health-related content on SM and the sociodemographic characteristics of the respondents was analysed. It was found that female, compared to male, are more interested in health issues on SM ($p < 0.001$, Kramer's V = 0.14, $\chi 2 = 28.36$, df = 3). Cross-analysis of the obtained data also showed a statistically significant correlation between the level of interest in health content on SM with the age of the respondents. The observed correlation indicates that the older the SM users, the more interested they are in health and disease content ($p < 0.001$, Kendall's Tau-c=0.17) (Tab. 2).

Table 2*. Level of interest in health content in SM and selected sociodemographic variables*

Level of interest in health content in SM		**Gender**			**Age**							
		female	**male**	**Total**	**< 17 y.o.**	**17-24 y.o.**	**25-34 y.o.**	**35-44 y.o.**	**45-59 y.o.**	**60-64 y.o.**	**> 64 y.o.**	**Total**
not interested	N	355	68	17	138	156	97	3	8	4	4	423
	%	25,9%	43,6%	51,5%	34,8%	23,1%	28,7%	14,3%	25,8%	12,1%	12,1%	27,7%
moderately interested	N	385	46	13	145	211	41	5	8	8	8	431
	%	28,1%	29,5%	39,4%	36,5%	31,3%	12,1%	23,8%	25,8%	24,2%	24,2%	28,2%

Level of interest in health content in SM		Gender			Age							
		female	male	Total	< 17 y.o.	17-24 y.o.	25-34 y.o.	35-44 y.o.	45-59 y.o.	60-64 y.o.	> 64 y.o.	Total
interested	N	494	36	3	102	239	157	10	9	10	10	530
	%	**36,0%**	23,1%	9,1%	25,7%	35,5%	46,4%	47,6%	29,0%	30,3%	30,3%	34,7%
very interested	N	137	6	0	12	68	43	3	6	11	11	143
	%	**10,0%**	3,8%	,0%	3,0%	10,1%	12,7%	14,3%	**19,4%**	**33,3%**	**33,3%**	9,4%
Total	N	1371	156	33	397	674	338	21	31	33	33	1527
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
p<0,001, V Kramera=0,14, χ2=28,36 (df=3)					**p<0,001, Tau-c Kendalla=0,17**							

Owning a smartphone

Among the surveyed teenagers, all admitted that they use a SP. Almost all respondents (N = 445, 96.7%) owned such a device. Girls were more likely to own SP (98.7%; p = 0.0439), age did not significantly affect this issue (χ2 = 4.060; p = 0.0439) (Tab. 3).

Table 3. *Owning a smartphone by gender and age*

			Gender		Age			Total
			Female	Male	16 y.o.	17 y.o.	18-20 y.o.	
Owning a SP	**yes**	N	222	223	126	196	123	445
		%	98,7	94,9	97,7	98,0	93,9	96,7
	no	N	3	12	3	4	8	15
		%	1,3	5,1	2,3	2,0	6,1	3,3
Total		N	225	235	129	200	131	460
		%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Independence test			**χ2=4,060; p=0,0439**		χ2=4,729; p=0,0940			

18.3% of students (N = 84) have already owned SP when they were under 10 years old. Most often, respondents received their first SP at the age of 10-13 (N = 283, 61.5%). Every fifth person (N = 93, 20.2%) received their first device when they were between 14 and 16 y.o. It was shown that girls accessed the Internet via SP more often than boys (98.7%; p = 0.0005). The remaining sociodemographic variables were not statistically significant (Tab. 4).

Table 4. *Using a SP to get an access to Internet and selected sociodemographic variables*

	Gender				Age						Type of school				Place of residence			
Using smartphone to get Internet access	**Female**		**Male**		**16 y.o.**		**17 y.o.**		**18-20 y.o.**		**General school**		**Tech school**		**City**		**Village**	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	222	98,7	214	91,1	121	93,8	189	94,5	126	96,2	227	94,2	209	95,4	113	92,6	323	95,6
	χ2=11,942; p=0,0005				χ2=0,805; p=0,6688						χ2=0,358; p=0,5494				χ2=1,566; p=0,2108			

Opinion about SP addiction

9.8% of students (N = 45) definitely did not perceive themselves as addicted to SP, and 38.3% of respondents (N=176) were not addicted. A group of 30.2% of young people (N=139) could not assess whether they were addicted to using SP. 16.7% of respondents think they were addicted (N = 77), and 5.0% of students (N = 23) have the opinion that they were definitely addicted to using SP.

Discussion

90% of Polish Internet users reported using SM platforms in 2016, of which Facebook was the most popular [12]. 84% of respondents used it at least once a week. A similar pattern was observed in our own research. The vast majority of respondents (91.4%) declared that they use SM every day or several times a day. The obtained results correspond to Parzonko, according to whom 98% of respondents declare that they use SM, and 87% visit them once a day or more often [13]. Cross-analysis of the obtained results clearly indicated that the frequency of using SM is significantly higher among women, people from lower age categories, and better educated, which corresponds to the results presented by Peszko [14]. When it comes to health context age is a variable that significantly determines this specific area of activity of the respondents, which largely corresponds to the results of the PBI report, which noted that 19% of Internet users aged 55+ admitted that they use online health websites [15]. Also Australian research showed that people aged 50-60, suffering from chronic health conditions, use social media because they want to be active in making decisions about their health [16]. It was also confirmed that American retirees who use e-mail and SM (Facebook, Twitter, video chat) use them to promote screening tests among their peers [17]. This would correspond with the obtained results of our own research, informing that pensioners and retirees use popular SM and health forums in the context of health slightly more often than other users and are characterized by a slightly higher level of interest in health issues on SM. Further analysis of the results showed that 44.1% of respondents interested in health-related content on social media, women were significantly more interested in these issues (gender proportion: 46.0% to 26.9%). Similarly, in the case of frequency of use – women and better educated respondents are significantly more likely to use SM in health. These data correspond to other results, which reported more frequent use of SM to obtain health information by women and people with higher education [18].

Our analysis also showed that 100% of youth use SP. It has been established that as many as 94.8% of the surveyed youth connect to the Internet via SP. Similar results were obtained in the Teenagers 3.0 study, which showed that 93.9% of respondents connect to the Internet via SP [19]. The results of another research, showed that 97% of respondents use a SP as a tool for connecting to the Internet, and every tenth respondent declared using phone

all the time. What is disturbing is the fact that half of young respondents feel the need to immediately respond to messages from the Internet, and 28% feel anxious if they do not check what is happening there. Less than 25% of study participants feel addicted to their SP [20]. Our own research has shown that 21.7% of students consider themselves addicted to their device.

References

[1] Kubacka-Jasiecka D., Passowicz P.: Dorastanie we współczesności. Postawy, wartości i doświadczenie czasu a kryzysy rozwoju pokolenia po transformacji, *Czasopismo Psychologiczne* 2014, nr 20: (2), s. 171 - 182.

[2] We Are Social & Meltwater (2023), *Digital 2023 Global Overview Report*, 01 June 2023 [online] https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report [access: 15.10.2023].

[3] Degenhard J.: Global: number of smartphone users 2013-2028, 14 Aug 2023 [online] https://www.statista.com/forecasts/1143723/smartphone-users-in-the-world [access: 15.10.2023].

[4] Wójta-Kempa M.: Samoleczenie: medykalizacja czy demedykalizacja? Granice władzy medycyny. *Przegląd Socjologiczny* 2017; LXVI, 1, s. 83–105.

[5] Viviani M., Pasi G.: Credibility in social media: opinions, news, and health information—a survey. *WIREs Data Mining Knowl Discov* 2017, 7: n/a, e1209. doi:10.1002/widm.1209.

[6] Kaplan A.M., Haelein M.: Users of the World, Unite! The Challenges and Opportunities of Social Media, *Business Horizons* 2010, 53 (1), s. 59-68.

[7] Kowalska M.E., Kalinowski P., Bojakowska U.: Komunikacja internetowa jako aktywne medium przekazu wiedzy o zdrowiu – szanse, zagrożenia i ograniczenia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2013, 4 (50), s. 300–304.

[8] Keller B., Labrique A., Jain K.M., Pekosz A., Levine O.: Mind the Gap: Social Media Engagement by Public Health Researchers. *Journal of Medical Internet Research* 2014, 16(1):e8. DOI: 10.2196/jmir.2982.

[9] Szymańska I.: Telefon komórkowy - narzędzie komunikacji, narzędzie zmiany społecznej. *Kultura i Społeczeństwo* 2010, nr 1, s. 110-140.

[10] Przeciętny użytkownik korzysta z 30 aplikacji miesięcznie i 10 dziennie, 08 May 2017, Mobile Trends, [online] https://mobiletrends.pl/raport-przecietny-uzytkownik-korzysta-30-aplikacji-miesiecznie-10-dziennie/ [access: 15.10.2023].

[11] Juchniewicz N.: Smartfon jako interfejs życia społecznego. Raport z badań, [online] https://www.delab.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2020/07/Raport-z-badania_smartfony_Juchniewicz.pdf [access: 15.10.2023].

[12] IRCenter: Social media 2016. [online] https://ircenter.com/social-media-2016 [access: 15.10.2023].

[13] Parzonko A.J.: Wpływ mediów społecznościowych na zachowania konsumentów. *Handel Wewnętrzny* 2015; 6(359), s.122-131.

[14] Peszko K.: Popularność mediów społecznościowych wśród różnych generacji. *Marketing i Zarządzanie* 2016; 4 (45), s. 361–370. DOI: 10.18276/miz.2016.45-32.

[15] Ciemniewska J.: Internetowe serwisy o zdrowiu. Zawartość i popularność serwisów, profil użytkowników. Polskie Badanie Internetu. 02.10.2016. [online] http://pbi.org.pl/wp-content/uploads/2017/02/2016_10_RAPORT-Internetowe -serwisy -o-zdrowiu-2016.pdf [access: 15.10.2023].

[16] Lee K., Hoti K., Hughes J.D., Emmerton L.M.: Consumer Use of "Dr Google": A Survey on Health Information-Seeking Behaviors and Navigational Needs. *Journal of Medical Internet Research* 2015, 17(12):e288.

[17] Cutrona et. al.: Adult Willingness to Use Email and Social Media for Peer-to-Peer Cancer Screening Communication: Quantitative Interview Study. *Journal of Medical Internet Research Res Protoc* 2013; 2(2):e52. DOI: 10.2196/resprot.2886.

[18] Tennant B., Stellefson M., Dodd V., et al.: eHealth Literacy and Web 2.0 Health Information Seeking Behaviors Among Baby Boomers and Older Adults. Jou*rnal of Medical Internet Research* 2015; 17(3):e70. doi:10.2196/jmir.3992.

[19] Bochenek M., Lange R.: Nastolatki 3.0 Raport z ogólnopolskiego badania uczniów. Pracownia Badań Społecznych NASK, 2019, [online] file:///C:/Users/mayda/Downloads/RAPORT_NASTOLATKI_3_ONLINE.pdf [access: 15.10.2023].

[20] Dębski M.: *Nałogowe korzystanie z telefonów komórkowyh. Szczegółowa charakterystyka fonoholizmu w Polsce*. Raport z badań, Fundacja Dbam i Mój Zasięg, Gdynia 2016.

Kontakt:

Joanna Burzyńska

Department of Nursing and Public health

Institute of Health Sciences

Collage of Medical Sciences

University of Rzeszów, Rzeszów

Poland

DUCHOVNÁ STAROSTLIVOSŤ O OSOBY S PSYCHICKÝMI PORUCHAMI

Spiritual Care for Persons with Psychological Disorders

Peter Vansač

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku, Michalovce

Abstract

The aim of our paper is to present the saturation of spiritual needs for persons with psychological disorders. Spiritual care is based on the trichotomy of the person. This means that a person forms a unity of body, soul, and spirit. We divide mental disorders according to the International Classification of Diseases (ICD), which begin with the letter F. In our paper, we will focus on the saturation of spiritual needs for persons suffering from affective disorders, manic episodes, bipolar affective disorder, depression, mood disorders, neurotic and anxiety disorders. We will also define the basic requirements for people who perform spiritual guidance.

Keywords: Spiritual care. Mental disorders. People with mental disorders.

Abstrakt

Cieľom nášho príspevku je predstaviť saturáciu spirituálnych potrieb pre osoby s psychickými poruchami. Spirituálna starostlivosť vychádza z trichotómie človeka. To znamená, že človek tvorí jednotu tela, duše a ducha. Duševné poruchy delíme podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH), ktoré začínajú písmenom F. V našom príspevku sa budeme zaoberať saturáciou spirituálnych potrieb osôb, ktoré trpia na afektívne poruchy, manické epizódy, bipolárnu afektívnu poruchu, depresiu, poruchy nálad, neurotické a úzkostné poruchy. Taktiež vymedzíme základné požiadavky kladené na osoby vykonávajúce duchovné vedenie.

Kľúčové slová: Duchovná starostlivosť. Duševné poruchy. Osoby s psychickými poruchami.

Úvod

Duchovná starostlivosť o osoby s psychickými poruchami predstavuje výzvu, ktorá sa dotýka nielen samotných postihnutých, ale aj ich rodín a odborníkov z jednotlivých pomáhajúcich profesií. Táto téma nám otvára cestu k hlbšiemu porozumeniu ľudských duševných problémov

a dôležitosti poskytnutia podpory, pochopenia a duchovnej starostlivosti pre tých, ktorých postihli tieto ťažkosti.

Psychické poruchy sú často sprevádzané nevyspytateľnými bolesťami, osamelosťou a stratou zmyslu života. Duchovná stránka života môže pre mnohých ľudí zohrať kľúčovú úlohu v procese liečby a uzdravenia. Zároveň však môžu psychické poruchy viesť k otázkam o zmysle utrpenia. Odborníci z pomáhajúcich profesií (kňaz, lekár, sestra, sociálny pracovník, psychológ a iní) by mali byť pripravení poskytovať nielen lekársku, ošetrovateľskú a sociálnu starostlivosť, ale aj duchovnú oporu, ktorá môže pomôcť týmto osobám nájsť vnútorný pokoj a nádej.

Duchovná starostlivosť môže zahŕňať modlitbu, meditáciu, duchovné rozhovory, ale aj praktické skutky lásky a solidarity. Je dôležité zdôrazniť, že psychické poruchy nie sú dôsledkom nedostatočnej viery alebo morálky, a preto by sme sa mali snažiť odstraňovať stigmu, ktorá ich často sprevádza.

Chápanie spirituálnej starostlivosti

Spirituálnou starostlivosťou v užšom slova zmysle rozumieme starostlivosť, ktorú tradičné cirkvi a náboženské spoločnosti poskytujú veriacim prostredníctvom svojich duchovných. Napríklad katolícky kňaz, ktorý je privolaný k pacientovi, aby mu vyslúžil sviatosť zmierenia, podal Eucharistiu, udelil Sviatosť pomazania chorých. Spirituálna starostlivosť v širšom slova významu je však poskytovaná naprieč spektrom veriacich, a dokonca aj tým, ktorí sa sami neidentifikujú s nejakou konkrétnou cirkvou alebo náboženstvom. Hranice medzi týmito dvoma podobami poskytovania spirituálnej starostlivosti sa v praxi často prelínajú (Odrobiňák, 2010). Spirituálna starostlivosť vychádza z trichotómie človeka, ktorú sv. Pavol vyjadril takto: *„Sám Boh pokoja nech Vás celých posvätí, aby sa zachoval váš **duch** (pneuma) neporušený a **duša** (psyché) i **telo** (soma) bez úhony, keď príde náš Pán Ježiš Kristus“* (1 Sol 5, 23). Ide tu o inú trichotómiu, než akú používali grécki filozofi a môžeme vidieť, že pre sv. Pavla pneuma nie je len časť duše, ako to vyjadrovali filozofi, ale je to spojenie s Bohom. Tento špecifický výraz pneuma inšpiruje rozlíšenie medzi človekom, ktorý je psychikos a ktorý je pneumatikos. Podľa Origenesa sa duša stáva skutočne duchovnou, iba keď je pod vplyvom svätého Ducha. Zátvornik pri výklade listu sv. Pavla Rimanom potvrdzuje túto myšlienku, keď píše: *„Všetko sa dokončí skrze Ducha Svätého... Bez duše je telo bez života, bez Ducha Svätého je duša bez duchovného života“* (Špidlík, 1983, s. 112-115).

Vansač (2015) uvádza, že spirituálnu stránku osobnosti má každý človek, hoci niektorí sa domnievajú, že spirituálne potreby majú len veriaci. Každý sa musí vysporiadať s pocitmi viny, potrebou odpustenia a zmysluplnosťou svojho života. Preto si každý človek raz za svojho života musí položiť otázku: Kto som? Odkiaľ prichádzam? Aký zmysel má môj život a kam smeruje? Človek je bytosťou, ktorá je zodpovedná za svoje skutky. Duchovný život má

rozhodný vplyv na náš vzťah k druhým ľuďom, ale i k nerozumnej prírode. Z toho vyplýva, že posledným cieľom človeka je zduchovnenie, ktoré sa u rozumných bytostí prejavuje mravným poriadkom. V trichotómii, ako vysvetľuje sv. Irenej, sa Duch spája s dušou a skrze dušu aj s telom, aby vytvorili dokonalého človeka.

Duševné poruchy podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH)

Duševné poruchy je možné triediť do štyroch okruhov:

1. Endogénne duševné poruchy, vychádzajúce z dedičnosti a konštitúcie jedinca, z genetického základu a z formovania telesných a psychických funkcií v priebehu jeho života (tu patrí napríklad schizofrénia, schizoafektívna psychóza, paranoja, emočné psychické poruchy - endogénna depresia, maniodepresivita, generačné psychické poruchy - od detstva až po involučné psychické poruchy).
2. Organické duševné poruchy, ku ktorým dochádza po úraze alebo chorobe, ktoré majú za následok priame alebo nepriame trvalé poškodenie mozgu (psychické poruchy pri cievnom ochorení mozgu, duševné poruchy v seniu, psychické poruchy pri poranení mozgu, mentálna retardácia a ďalšie).
3. Psychogénne duševné poruchy, ktorých zdrojom sú vplyvy okolia na jedinca v priebehu jeho vývoja - od stavu prenatálneho až do staroby. Vplyv záťaží a konfliktov, zložitých udalostí či situačných alebo vývojových kríz a podobne (psychoreaktívne poruchy, neurózy, psychosomatické poruchy, mentálna anorexia a iné).
4. Duševné poruchy polymorfnej etiológie, zahŕňajúce poruchy, ktoré sú na hranici predošlých troch okruhov (ako je napríklad psychopatia, samovražedná aktivita, závislosť na alkohole a iných drogách, sexuálne poruchy a iné) (Reiger, Plaňava 2013, s. 125).

Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH) ich delíme do skupín, ktoré začínajú písmenom F.[1]

[1] Organické duševné poruchy vrátane symptomatických (demencia, delírium, ktoré nie je vyvolané alkoholom alebo inými psychoaktívnymi látkami, iné duševné poruchy spôsobené poškodením mozgu, poruchy osobnosti a správania spôsobené ochorením, poškodením a dysfunkciou mozgu) F00 – F09.
Duševné poruchy a poruchy správania spôsobené užívaním psychoaktívnych látok (užívaním alkoholu, opioidov, kanabinoidov, sedatív, hypnotík, stimulancií, tabaku, prchavých látok) F10 – F19.
Schizofrénia (schizofrénia, porucha s trvalými bludmi, akútne a prechodné psychotické poruchy, schizoafektívne poruchy) F20 – F29.
Afektívne poruchy (poruchy nálady, manická fáza, bipolárna afektívna porucha, depresívna fáza, periodická depresívna porucha) F30 – F39.
Neurotické poruchy, stresové a somatoformné poruchy (fobické úzkostné poruchy, anxiózne poruchy, obsedantno-nutkavá porucha, reakcia na ťažký stres, dissociatívne poruchy, somatoformné poruchy) F40 – F48.
Syndrómy porúch správania, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi (poruchy príjmu potravy, mentálna anorexia, mentálna bulímia, poruchy spánku, nočné mory, mory, sexuálna dysfunkcia) F50 – F59.
Poruchy osobnosti a správania u dospelých (špecifické poruchy osobnosti, nutkavé a impulzívne poruchy, hráčstvo, poruchy pohlavnej identity, poruchy sexuálnej preferencie) F60 – F69.
Mentálna retardácia (stupne mentálna retardácia) F70 – F79.
Poruchy psychického vývoja (špecifické vývojové poruchy reči a jazyka školských zručností, motorických funkcií, pervazívne vývojové poruchy) F80 – F89.
Poruchy správania a emócií so začiatkom obvykle v detstve a dospievaní (hyperkinetická porucha, poruchy správania, emočné poruchy, poruchy sociálnych funkcií, tiky) F90 – F98 (Raboch, Zvolský at al., 2001).

Zásady spirituálneho prístupu pri jednotlivých typoch porúch a chorôb

Afektívne poruchy

Dôležité je, aby kňaz, respektíve pastoračný pracovník vedel rozlíšiť náladovosť, bežný smútok, nepatologickú skleslosť a podobne od diagnostikovanej afektívnej poruchy, a to buď sám, alebo za pomoci konzultácie s odborníkom. Pre spirituálny prístup má toto rozlíšenie zásadný význam. Stručne povedané: zo *„zlej nálady"* sa človek vyspí, môže byť z nej vyvedený zábavou alebo naopak duchovným povzbudením, hlbším náboženským zážitkom či racionalizáciou príčin nálady. Pri skutočných afektívnych poruchách toto neplatí vôbec alebo len do istej miery. Ešte inak povedané: určitú náladovosť možno označiť za morálnu chybu (je človekom korigovateľná), afektívnu poruchu morálne hodnotiť nemožno (Opatrný 2016). Psychopatologické stavy vo všeobecnosti znižujú pripočítateľnosť vôľového úkonu a tým aj zodpovednosť za ľudský skutok (Vansač, 2011, s. 54).

Manická epizóda

V duchovnom rozhovore s klientom, ktorý nie je kňazovi alebo pastoračnému pracovníkovi známy, môže manická epizóda predstavovať celkom dobrú pascu. Ak je totiž mánia manifestovaná v oblasti náboženských tém, môže byť zamenená za nadšenie pre vieru, výsledok obrátenia, prebudenia, a pod. Pokiaľ je takto hodnotená, dostane sa klientovi veľmi ľahko povzbudenie alebo je poverený úlohou, ktorá zodpovedá jeho (manickým) predstavám, ale nie jeho skutočným možnostiam. Mánia sa ale našťastie tiež vyznačuje prehnane kladným sebahodnotením, a to môže aj menej skúseného pastoračného pracovníka upozorniť na to, o čo ide. Veriaci človek totiž spravidla demonštruje skôr svoju nedostatočnosť, než svoju nadpriemernú skvelosť. Druhý signál býva rozpoznateľný až za nejaký čas: rozhodnutie a predsavzatie, vyplývajúce z mánie, nie je schopný človek ani zďaleka naplniť. V duchovnom rozhovore je teda nutné udržiavať zo strany kňaza alebo pastoračného pracovníka polohu pokojnej triezvej ústretovosti, ktorá „*nerozdúchava ohníčky nadšenia mánie*", ale tiež pacienta neuráža a nedegraduje na osobnosť takmer nesvojprávnu. Nesplnené „*manické sny*" nemožno posudzovať ako morálne zlyhanie. V každom prípade má kňaz alebo pastoračný pracovník vedieť, že je potrebná odborná liečba a jej prijatie a rešpektovanie má podporovať. Nikdy však do nej nesmie zasahovať. Pokiaľ ide o sviatosti, pochybnosť by mohla byť jedine pri sviatosti manželstva, ak by išlo o dlhodobejšiu poruchu. Bola by tu totiž na mieste otázka, či ide pri uzavretí manželstva skutočne o plnohodnotné vedomé rozhodnutie, o pravý osobný súhlas. Pri sviatosti zmierenia, ak by k nej v tomto stave vôbec došlo, treba počítať s nepresným sebahodnotením, ktoré ale nie je zavinené. Vyznanie teda bude nezavinene neúplné alebo nepresné (ide o morálnu nemožnosť správneho vyznania), ale ľútosť a túžba po odpustení môžu byť samozrejme autentické, hoci nie vždy aplikované na správne rozpoznaný predmet ľútosti. Dôležité je, aby človek v tejto fáze nebol poverovaný úlohami, ktoré zodpovedajú jeho

manickému prejavu, ale nie jeho možnostiam a aby, pokiaľ to je možné, mu bolo zabránené vo verejnom vystupovaní (katechéza, svedectvo a pod.), ktoré by zrejme bolo mätúce a neadekvátne (Opatrný 2016).

Bipolárna afektívna porucha

Je pravdepodobné, že ju kňaz alebo pastoračný pracovník pri prvom kontakte vôbec nerozpozná, čo ho značne handicapuje. Ak je oboznámený s diagnózou, je to veľká pomoc. Pastoračná starostlivosť sa potom musí prispôsobovať fázam, v ktorých sa chorý nachádza. Cieľom je podporovať pôsobenie liečby (psychofarmaceutiká aj iné spôsoby terapie), teda vyrovnávanie výkyvov oboma smermi. Pastoračná starostlivosť ale nemôže v žiadnom prípade nahrádzať odbornú liečbu. Pokiaľ ide o štýl duchovného života, je nutné sa vyhnúť dvom extrémom. U človeka, žijúceho určitým štýlom zbožnosti, nie je možné ani vhodné jeho zbožnosť vyradiť úplne (hoci dočasne) z jeho života a práve tak nie je možné po ňom žiadať všeobecne uznávané, ale náročné cesty zbožnosti, zvýšené úsilie o dokonalosť a pod. Dá sa povedať, že tu ako aj pri iných duševných problémoch treba viesť k triezvej zbožnosti, ktorá zodpovedá reálnym možnostiam v danej fáze choroby a v žiadnom prípade sa nedomnievať, že vedením k bohatšiemu, náročnejšiemu a plnšiemu duchovnému životu chorému pomôžeme. (Opatrný 2016).

Depresívne epizódy

Jednou z najčastejších príčin psychického utrpenia dnešného človeka je depresia. Má mnoho tvárí od manických obsesií až po ťažké depresie. Neobchádza ani veriacich ľudí. Sú ubití, trpia, nemajú o nič záujem, cítia sa unavení, majú problémy s koncentráciou a budúcnosť vidia pesimisticky, stratili vieru v seba samých. Niekedy hovoria o nočnej nespavosti a samovražedných myšlienkach. Vo výpovediach osôb trpiacich depresiou je pomerne ľahko postrehnúť tzv. depresívnu triádu:

- negatívne hodnotí seba: „som na nič“,
- negatívne hodnotí situácie, v ktorých sa ocitol: „pre mňa sa všetko skončilo“,
- negatívne vidí svoju budúcnosť: „nikdy nebudem šťastný.“ (Vansač, 2015).

Pacienti môžu mať:

- mikromanické bludy (presvedčenie o svojej bezcennosti),
- autoakuzačné bludy (obviňujú sa neprimeraným spôsobom a cítia neadekvátnu vinu za to, čo pokazili),
- perzekučné bludy (presvedčenie, že budú zaslúžene potrestaní).

O postoji k bludom platí v spiritualite všeobecná zásada: *nemajú sa ani potvrdzovať, ani vyvracať.* Kňaz alebo pastoračný pracovník ich teda môže ľahko podporiť alebo sa ich bude snažiť naopak energicky vyvracať poukazujúc na Božie milosrdenstvo, ospravedlňovať ich

alebo vysvetľovať. Nič z toho však nie je účinné. Skôr treba nekonfliktne a jednoducho chorému v rozhovore predkladať normálne témy života, prípadne aj postoje viery – tie ale veľmi triezvo. Pokiaľ ide o sviatosti, býva v tomto prípade situácia skôr ťažká. Predovšetkým je problematická sviatosť pokánia. Väčšinou platí, že pri závažnejšej depresii ju chorý buď nie je schopný vôbec absolvovať, alebo nie je schopný ju prežiť ako oslobodzujúcu pomoc vo svojom živote. V zásade možno odporučiť počas akútneho stavu choroby túto sviatosť vynechať. Pri všetkom vedomí o jej objektívnej platnosti a teda aj cene, treba vedieť, že chorý ju väčšinou prežije tak, že si z jej slávenia odnesie skôr prehĺbenie pocitu svojej nedostatočnosti a viny, než uzdravujúce oslobodenie.

Eucharistiu chorý prijímať môže, ak sám chce. Ale mnohokrát sa skôr nebude cítiť hoden (patrí to k obrazu choroby), a preto nemá byť na prijímanie ani v najmenšom nútený. Sviatosť pomazania chorých je niektorými teológmi psychicky chorým v podstate odopieraná (psychická choroba nie je považovaná za dostatočný dôvod). Prikláňame sa jednoznačne k názoru, že závažné psychické ochorenie je často ohrozením života človeka (nebezpečenstvo suicidia), že je u závažnejších ochorení väčším oslabením síl chorého, než oslabenie vekom, ktoré je uznávaným dôvodom na udelenie sviatosti, že teda závažné psychické ochorenie je legitímnym dôvodom na udelenie sviatosti pomazania chorých. Pri depresii je však opäť otázkou, ako si skutočnosť udelenia sviatosti depresívny človek zaradí a ako ju uchopí – či ako pomoc, alebo ako ďalšiu záťaž. To záleží v nemalej miere aj na tom, k akému pochopeniu a hodnoteniu sviatosti dospel v období, ktoré chorobe predchádzalo. Pokiaľ ju už vtedy pochopil ako prostriedok pomoci a lieku pre slabého človeka, je väčšia nádej, že ju tak bude chápať aj v chorobe. Ale nemusí to tak byť vždy. Čo sa týka duchovného života, nie je možné klásť v depresii na pacienta prakticky žiadne nároky. Aj to najmenšie, čoho je v oblasti viery a modlitby schopný, má byť pochválené a hodnotené ako viac než dostatočné. (Opatrný 2016).

Trvalé poruchy nálady

Pri dlhodobých a trvalých poruchách nálad je možné, že pacient a kňaz alebo pastoračný pracovník nájdu akýsi *„modus vivendi“,* že si osvoja určitý štýl duchovného života, ktorý je chorému primeraný. Aj v tom prípade je ale potrebné reagovať pozorne na aktuálne zmeny stavu chorého a prispôsobiť sa im. Avšak zvlášť u týchto prípadov treba v pastoračnom prístupe venovať pozornosť aj najbližšiemu okoliu chorého. Pre nich je trvalé vystavenie záťaži, ktorá plynie z dlhodobej a závažnej poruchy nálady blízkeho človeka, značným nárokom ako na psychickú odolnosť, tak aj na vieru. Okolie chorého potrebuje pochopenie, pomoc, podporu, často zníženie nárokov na intenzitu duchovného života alebo angažovanosť v cirkvi a možnosť (aspoň občas) zmeniť na čas prostredie. Okrem toho potrebuje práve okolie chorého často značnú podporu svojej viery. Môže totiž prepadať pocitu márnosti nad tým, že sa modlí a zlepšenie sa nedostavuje, že chorý z viery viditeľne nežije, že Boh vôbec niečo

také, ako je duševná choroba, dopúšťa. Tu treba s veľkým pochopením a s podporou modlitby spolupracovať na tom, aby okolie chorého chorobu svojho blízkeho prijalo a aby jej znášanie dokázalo zaradiť do celku svojej viery. Treba ich tiež vyslobodzovať zo spoločenskej izolácie a z izolácie cirkevného spoločenstva. Veľakrát sa príbuzní dostávajú do izolácie z dôvodov, že sa hanbia za chorobu svojho blízkeho, prípadne sa nejako cítia vinní (Opatrný 2016).

Neurotické poruchy

Neurotické poruchy s príznakmi úzkosti, fóbie, obsesie, kompulzie sa mnohokrát premietajú do duchovného života pacienta alebo sú hodnotené ako otázky duchovného a mravného stavu človeka. Akonáhle nie sú rozpoznávané ako choroba, ale hodnotené morálne a duchovne, môže začínať nekonečná bludná cesta dobre mienenej ale neúčinnej alebo škodlivej duchovnej pomoci. Pretože ale neurotické problémy „*signalizujú fixáciu a kumuláciu nevyriešených záťaží"*, môže dobre vykonávaná pastoračná pomoc byť tiež niekedy činiteľom, ktorý spolu s terapiou pomôže tieto základy choroby odstrániť. Samotná spirituálna starostlivosť neurotické ochorenie odstrániť spravidla nemôže. Kňaz alebo pastoračný pracovník musia predovšetkým vedieť, že negatívne prežívanie väčšiny zážitkov je prejavom neurotického ochorenia. Podobne ako pri depresiách, ani tu iba poukazovanie na *„správnu vieru",* na *„hlbšiu zbožnosť*" nemôže viesť k odstráneniu ťažkostí. Neurotickými príznakmi postihnutý pacient bude často veľkou záťažou najmä pre spovedníka. Strach najrôznejšieho druhu, úzkosti a poruchy pozornosti môžu pôsobiť klientovi dosť veľké muky a spovedníka pripravujú o čas. Kajúcnik bude mať opakovaný strach z neúplného vyznania, bude sa vracať do spovednice s hriechmi údajne zabudnutými, bude mať snahu stále *„vylepšovať"* svoje vyznanie, alebo prejavom kompulzie bude denná neodbytná snaha sa vyspovedať alebo absolvovať určitý reťazec modlitieb či iných zbožných úkonov. Ľudia s neurotickými príznakmi sú spravidla schopní chodiť k sviatostiam, sviatosť pokánia je ale pre nich aj pre spovedníka veľmi náročná. Jednak potrebujú viac času (a nie je možné im ho v zásade upierať, nemôžu sa spovedať „rýchlejšie") a ďalej veľkú trpezlivosť a toleranciu. Ich enormné pocity viny a úzkosti možno snáď trochu zmenšovať, sotva je ale možné ich odstrániť. Rozhodne sa nesmie v spovednom rozhovore prehlbovať, ale aj nie úplne bagatelizovať. Častejšie ako iní ľudia pochybujú o tom, či sú (alebo boli) hodní prijímať Eucharistiu. V tom prípade im mnohokrát prinesie aspoň dočasné upokojenie, ak sa oprú o autoritu spovedníka. (Opatrný 2016).

Úzkostné a fobické poruchy

Agorafóbia a klaustrofóbia môžu za určitých okolností sťažovať alebo znemožňovať klientovi účasť na bohoslužbách (na púti – veľké priestranstvo, v preplnenom kostole – dav ľudí, alebo naopak pri klaustrofóbii v malej kaplnke). Morálne hodnotenie absencie na bohoslužbách je tu úplne neadekvátne, premáhanie týchto stavov násilným pokusom chorého

predsa len zotrvať v ťažkosti vzbudzujúcom prostredí nelieči, skôr strach upevňuje. Je teda potrebné nájsť primeraný spôsob zbožnosti, ktorý je pre chorého únosný.

Sociálna fóbia, ktorá zabraňuje človeku chodiť do spoločnosti ľudí a ktorá je prekážkou v komunikácii s ľuďmi, sa v náboženskom prostredí môže ľahko maskovať. Pacient preferuje rozjímanie, samotu, ukladá si mlčanie ako cvičenie v zbožnosti, a pod. Nie je možné ho za to odsudzovať. Pokiaľ ide o sviatosti, je človek s fóbiami spravidla schopný ich prijímať, ťažkosť môže nastať skôr vtedy, keď sa udeľovanie sviatosti deje v mieste, ktoré provokuje fóbiu. Pomocou je jedine individuálny prístup, v ktorom sa rešpektuje stav dotyčného. U sociálnych fóbií rozhodne nepomôže násilné včleňovanie človeka do spoločenstva, nútenie k tomu, čo je pre neho bolestné až nemožné. (Opatrný 2016).

Požiadavky kladené na osoby vykonávajúce duchovné vedenie

Na duchovných sprievodcov sú kladené nároky v oblasti intelektuálno-duchovnej skúsenosti. Medzi takýchto ľudí môžu patriť pedagógovia, psychoterapeuti, sociálni pracovníci a iné osoby schopné duchovne a psychicky pomáhať (Jastrzab 2010, s. 185).

Pre prácu duchovného sprevádzania je kľúčová osobnosť sprevádzajúceho, pričom najvýznamnejšiu úlohu zohráva jeho schopnosť nadväzovania vzťahov. Nejde tu totiž o žiadny kamarátsky vzťah ani o opatrovateľskú pomoc. Sám duchovný sprievodca by mal zvládnuť retrospektívne nahliadnuť na svoj doterajší život, vedieť sa dotknúť svojich životných zranení, ktoré ho sprevádzali od najútlejšieho veku a ktoré stále môžu negatívne ovplyvňovať jeho prístup k druhým ľuďom a komunikáciu s nimi sťažovať. Nevyhnutná u duchovného sprievodcu je vrelosť, vstupuje totiž do hlbokých vzťahov. Mal by mať zrelý nadhľad a mal by vedieť včas odkryť falošné obrazy o svete a o Bohu. (Augustyn, 2002, s. 28).

Je vhodné, aby mal aj duchovný radca skúsenosti s duchovnou cestou. Sám by mal byť odolný voči nástrahám vlastných „démonov“. Mnoho ľudí sa zmieta v chaotickom svete. Toto hľadanie zmyslu života, ktorý poskytne stabilitu v rýchlo sa meniacom svete, je v skutočnosti hľadaním transcendentná. Pre sprevádzajúceho je dôležité naučiť sa vhodne klásť otázky, disponovať so svojou intuíciou a vyvarovať sa určitým nepríjemným situáciám. Otázky začíname vždy od všeobecných tém, pýtame sa na životný príbeh, religiozitu rodičov, náboženskú atmosféru doma, pocity bezpečia, aké obrazy Boha boli odovzdané, aký je vzťah k rodičom a pod. Potom podľa potreby prechádzame ku konkrétnym otázkam, pričom vždy dbáme na slová povzbudenia a dodávame odvahu na hovor. Ďalšou nevyhnutnou povinnosťou vodcu je sprevádzať svojho zverenca modlitbou, zvlášť v okamihoch, keď pacient sám zakúša bezradnosť, keď pociťuje vnútorný odpor, ostych alebo iné utrpenie, ktoré by mu mohlo zviazať ruky pri spolupráci. Modlitba by mala mať charakter príhovoru, mala by sa stať predovšetkým prostredníkom medzi Bohom a strápeným človekom. Stať so dobrým vodcom znamená tiež rešpektovať slobodu vedeného, teda ctiť osobný rytmus vedeného a jeho čas potrebný na

hľadanie. U každého je tento aspekt individuálny a sprevádzajúci by nemal na vedeného naliehať a tlačiť (Barry, Connolly, 2009, s. 28).

Záver

Poskytovanie spirituálnej starostlivosti pre osoby s psychickými poruchami vychádza z trichotómie človeka. Saturácia spirituálnych potrieb môže mať rôzne formy od udeľovania sviatosti až po rozhovor na tému zmyslu života. V našom príspevku sme sa sústredili na saturáciu spirituálnych potrieb u pacientov, ktorí majú afektívne poruchy, manické epizódy, bipolárnu afektívnu poruchu, depresiu, poruchy nálady, neurotické a úzkostné poruchy. Na duchovných sprievodcov sú kladené požiadavky napríklad schopnosť nadväzovania vzťahov, schopnosť odkryť falošné obrazy o svete a Bohu, skúsenosť s duchovnou cestou, schopnosť vyvarovať sa nepríjemným situáciám, schopnosť sprevádzať pacienta modlitbou.

Použitá literatúra

1. AUGUTYN, J. 2002. Vedeni Bohem. Praxe duchovního vedení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2002. ISBN 80-7192-759-7.
2. BARRY William A., CONNOLLY William J. 2009. Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7195-217-6
3. JASTRZAB, D.: Spoveď a duchovné vedenie, In: AUGUSTYN, J.: Umenie spovedať Poradca pre kňazov a laikov, Dobrá kniha Trnava, Spolok svätého Vojtecha Trnava 2010, 184-190 s. ISBN 978-80-7141-697-5.
4. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. 2010. *Psychiatrie*, Praha: Portál, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-723-7
5. ODROBIŇÁK, J. 2010. Spirituální péče a psychoterapie, In: Psychiatr. pro Praxi, 2010; 11(3): 127-129, ISSN 1803-5272 (on-line verze)
6. OPATRNÝ Aleš a kol. 2016. *Pastorační péče o psychicky nemocné*, Praha: Karmelitánské nakladatelství s.r.o., 2016. ISBN 978-80-7195-995-3
7. REIGER, Z., PLAŇAVA, I. 2013. Uvedení do psychologie, Katedra psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy university Brno 2013. [online]. [cit. 2023-24-09]. Dostupné na internete: https://is.muni.cz/el/1423/podzim2005/PSY701/um/Pohledy_do_psychopatologie.pdf?lang=cs
8. RABOCH Jiří, ZVOLSKÝ Petr et al. 2001. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8
9. ŠPIDLÍK, T.: Spiritualita křesťanského východu, Řím – KřesťanskáakademieVelehrad 1983.

10. VANSAČ, P.: *Duchovné sprevádzanie osôb s psychickými poruchami,* In: *Theologos* Prešov: GTF PU, 2015, roč. 17, č. 1/2015, s. 187-197,. ISSN 1335-5570.
11. VANSAČ, P. 2011. Vybrané kapitoly z etiky, Historický vývoj etiky, Základy etiky, Etika v sociálnej práci, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove, Prešov 2011, s.128, ISBN 978-80-8132-030-9

Kontakt:

Dr. h. c. prof. ThDr. Peter Vansač, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku,
Partizánska 23, 071 01 Michalovce
E-mail: vansac.p@gmail.com

ETICKÉ ASPEKTY INDIVIDUÁLNEHO PRÍSTUPU K RODIČOM DETSKÉHO PACIENTA S LEUKÉMIOU

Ethical Aspects of An Individual Approach to Parents of A Child Leukemia Patient

Ivica Gulášová, Andrzej Siwied

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva, Trnava, Slovenská republika
Centrum zdrowia dziecka i rodziny, i.m. Jana pawla II. w Sosnowcu, Poľská republika

Súhrn

Autori v príspevku analyzujú náročnosť komunikácie lekára a sestry s rodičmi onkologicky chorého dieťaťa s diagnózou leukémia. Popisujú jednotlivé kroky, ktoré odporúčajú zdravotníckym pracovníkom v interakcii s rodičmi chorého dieťaťa a so samotným onkologicky chorým dieťaťom v rámci zabezpečenia individuálneho prístupu na oboch stranách. Pozornosť venujú etickým dilemám, ktoré sa vyskytujú resp. sa môžu vyskytnúť a zdravotnícki pracovníci by mali na tieto skutočnosti myslieť počas vedenia rozhovorov s rodičmi chorého dieťaťa a s dieťaťom v závislosti od jeho veku, momentálneho telesného a psychického stavu. Upozorňujú na skryté možnosti využívania odborníkov v rámci multidisciplinárneho tímu s cieľom zabezpečiť čo najvyššiu možnú kvalitu života u detí s leukémiou a ich rodičov, súrodencov, rodín, nakoľko spokojnosť s komunikáciou zdravotníckych pracovníkov a s ich prístupom sa vo výraznej miere podieľa na úrovni spokojnosti alebo nespokojnosti rodičov i detí s týmto onkologickým ochorením.

Kľúčové slová: Leukémia. Onkologicky choré dieťa. Etická dilema. Komunikácia. Kvalita života.

Summary

In the paper, the authors analyze the difficulty of communication between a doctor and nurse and the parents of an oncologically ill child diagnosed with leukemia. They describe individual steps they recommend to healthcare professionals in interaction with the parents of a sick child and with the oncologically ill child himself in order to ensure an individual approach on both sides. They pay attention to ethical dilemmas that occur or may occur, and health professionals should bear these facts in mind when conducting interviews with the parents of a sick child and with the child, depending on his age, current physical and mental state. They draw attention to the hidden possibilities of using experts within a multidisciplinary team to

ensure the highest possible quality of life for children with leukemia and their parents, siblings, families, as satisfaction with the communication of healthcare professionals and their approach significantly contributes to the level of satisfaction or dissatisfaction of parents and children with this oncological disease.
Keywords: Leukemia. Oncologically ill child. Ethical dilemma. Communication. Quality of life.

Úvod

Leukémia patrí medzi jedno najrozšírenejšie ochorení onkologického charakteru u detí. Neviem, či sme v živote stretli človeka so smutnejšími očami, ako má matka alebo otec dieťaťa, ktorí sa práve dozvedeli diagnózu, že ich dieťa má onkologické ochorenie. „Neraz ide u blízkych o veľké psychické a duševné zranenia. Rodičia a príbuzní túto traumu z onkologického ochorenia ich dieťaťa prežívajú niekedy viac ako samotné dieťa. Svoje dieťa majú nadovšetko radi, a preto nesmieme pri komunikácii s nimi zabúdať ani na tento veľmi dôležitý aspekt. (Šoltés et al. 2008). Z môjho pohľadu nie je rozdiel o aký typ rakoviny sa u dieťaťa jedná.

Pre všetkých rodičov to predstavuje životný ortieľ, od ktorého si nič horšie ani predstaviť nevedia. Čím to je? Nedostatkom informácií? Pozadím možného konca života? Zmarenými plánmi ideálneho a bezstarostného rodinného života? Predstavou neprekonateľnej bolesti a utrpenia ich dieťaťa? Dôvod určite nie je jednoznačný a ani nie je jeden. Veľakrát so sebou táto diagnóza prináša aj problém zdravotného postihnutia. Ako uvádza Jankovský (2018) „Pokiaľ je dieťa malé, jedná sa o problém, ktorý sa naliehavo dotýka predovšetkým jeho rodičov a až oveľa neskôr- v školskom veku a tiež v období dospievania, sa začne bezprostredne dotýkať i samotného dieťaťa s postihnutím. Problematiku, ktorú tak presvedčivo popísala Kubler-Rossová v situácii, kedy sa pacient vyrovnáva s letálnym ochorením, sa v zásade dá aplikovať i v prípade, kedy sa rodičia vyrovnávajú s narodením dieťaťa so závažným zdravotným postihnutím. I v tomto prípade sa jedná o zlomovú životnú krízu, podľa mojich skúseností dokonca jednu z najťažších, ktorá môže človeka v živote postretnúť, lebo práve v svojich deťoch sme spravidla najviac zraniteľní.“ Slovo rakovina sa jednoznačne dotýka každého človeka veľmi hlboko. Keď sa ním zmienim v okolí, väčšinou sa utícha, končia otázky, prehlbuje sa ticho. Ak sa hovorí, vynárajú sa spomienky, rôzne situácie, dosť často absurdné a nepochopiteľné. Tí vyrovnanejší spomínajú na hlboké okamihy, pomoc, podporu, pocity. Ale vo väčšine prípadov sa téma odkláňa, zamlčiava. V lepšom prípade zostane v rozhovore zopár jednotlivcov/jednotlivec a ostatná spoločnosť sa baví inak.

Niektorí rodičia, ktorým deti zomreli, sú vďační akémukoľvek zmieneniu a zaspomínaniu na ich dieťa vo svojom okolí a zároveň cítia, ako rýchlo chcú od nich príbuzní a známi v ich okolí, aby na túto veľkú stratu zabudli a už sa k tomu nevracali. Ak našli v tomto

období podporné osoby, ktoré boli ochotné sa s nimi zhovárať, pociťovali šťastie. A to aj napriek tomu, že sa hovorilo o bolesti. V praktickom živote ale väčšia časť ľudí má opačnú tendenciu, snažia sa zabudnúť a potláčať negatívne emócie, žiť iba bezstarostný život, „v žiare reflektorov"- ktorý si kompenzuje sociálnymi sieťami a tak vlastne zabúdajú ako ľudsky a prirodzene môžu poskytnúť rodičom základnú podporu a silu zvládať ťažkú situáciu, v ktorých môže byť už zajtra každý z nás. V interakcii s rodičmi vychádzame z morálky, etiky a dobra, úcty, pokory, vlastne aj lásky, ktoré sú ako základné elementy predpokladom byť užitočným tam, kde je to v prípade rodín s onkologicky chorým dieťaťom potrebné.

LEUKÉMIA

Aby sme mohli ľahšie porozumieť, čo všetko zahŕňa ochorenie leukémia a čomu všetkému je rodina vystavená, priblížim ho v skratke. „ Incidencia tohto ochorenia na Slovensku predstavuje asi 30 detí ročne. Najvyššia incidencia je vo veku 2 – 5 rokov. Až 85 % ochorení je diagnostikovaných vo veku od 2 – 10 rokov. U detí s Downovým syndrómom je riziko rozvoja leukémie 14-krát vyššie. Vzniká ako dôsledok nekontrolovanej proliferácie nezrelých malígne transformovaných lymfocytov. Príčina ochorenia nie je známa a určitú úlohu pri jej vzniku zrejme zohrávajú aj genetické faktory. ...V súčasnosti možno vyliečiť chemoterapiou a včasnou profylaktickou liečbou CNS takmer 80 % deti s ALL." (Kolenová, 2014) Vzhľadom k veku pacientov je do dialógu veľmi úzko pribraný rodič, alebo blízka osoba dieťaťa. Ako uvádza Šoltés et al. (2008) „Interakcia lekár-pacient je rozšírená o rodičov. Tento trojrozmerný vzťah pacient (dieťa) – rodič – lekár je veľmi zložitý a zahrňuje v sebe práva a záujmy dieťaťa spolu s povinnosťami a autoritou rodičov v interakcii s povinnosťami lekára."

Podľa toho, ako sa leukémia vyvíja a prejavuje, je možné sa zamerať na prístup a komunikáciu s rodinou. Medzi úvodné nešpecifické príznaky patrí nechutenstvo, dráždivosť, letargia a pomerne častým príznakom je horúčka. U viac ako jednej tretiny najmä najmladších detí sú prvými príznakmi ochorenia krívanie, odmietanie chôdze, bolesti kostí a/alebo kĺbov... Bolesť kostí je častá v oblasti stavcov, panvy a dolných končatín. Mnohí detskí pacienti majú aj príznaky krvácania. Tumor mediastína, najčastejšie pri T ALL, môže byť príčinou respiračných ťažkostí a syndrómu hornej dutej žily. Medzi zriedkavejšie príznaky patria bolesti hlavy (pri infiltrácii CNS), zvracanie, oligúria a anúria (leukemická infiltrácia alebo urátová nefropatia). Zriedkavo sú pacienti asymptomatickí a diagnóza je stanovená náhodne pri rutinnom vyšetrení (Kolenová, 2014).

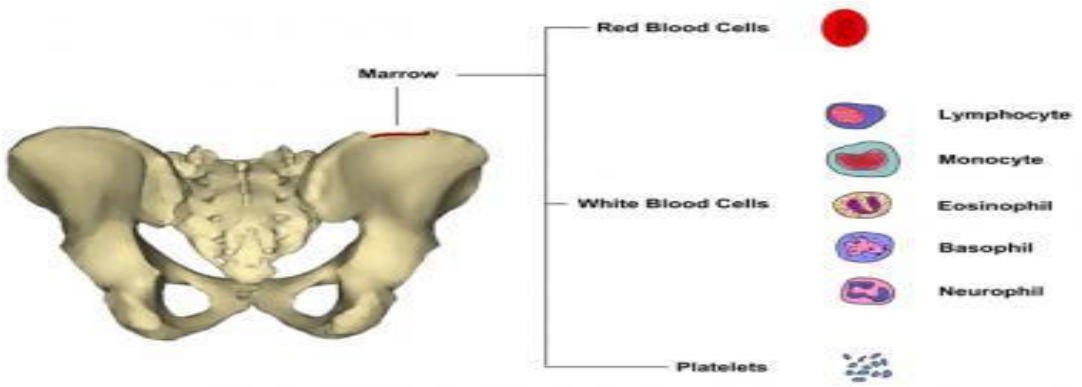
Z uvedeného popisu vyplýva, že 30 novodiagnostikovaných detí ročne na celé Slovensko je veľmi malé číslo na to, aby sme mohli byť všetci dokonale informovaní o tom, čo to vlastne leukémia je. V prípade rozdelenia Slovenska na tretiny ide o cca 10 detí v každej tretine a na Slovensku máme iba 3 centrá venujúce sa deťom s týmto ochorením. V Košiciach, Banskej Bystrici a v Bratislave v Národnom ústave detských chorôb, ktoré je zároveň

zastrešujúcim centrom pre celé Slovensko pre detskú leukémiu. Mytológia, stigmatizácia a nevedomosť zo strany širokej laickej verejnosti je preto výrazná. Stretávame sa s ňou v každodennom živote a aj v klinickej praxi. Príznaky sa často u nepoučených rodičov ale aj pediatrov zamieňajú s chrípkou, nachladnutím, bežným výkyvom v správaní dieťaťa, za ktorým sa hľadá príčina v škôlke či škole.

Čo sa týka najmenších detí, predstava rodiča, že dieťa bude podstupovať chemoterapiu, je niečo nepochopiteľné a niekedy aj z ich pohľadu nemožné. Napr.: dieťa je dojčené, ešte neprichádza do kontaktu ani s alergénmi, rodičia ho chránili, aby nemuselo dostávať antibiotiká, aby mu žiadna chémia neubližovala a podobne. Vysvetlenie výhod a nevýhod podávania liečby, rizík a prínosu je základom a zároveň štartovacou čiarou spolupráce s každým dotknutým členom rodiny. Musíme si uvedomiť, že ciele starostlivosti (a liečebné možnosti) sa často s rozvojom klinického obrazu menia, a je teda dôležité nepretržite o nich diskutovať a zvažovať možné zmeny. Etické princípy ako „nepoškodzovať“ sú vodítkom k riešeniu klinických dilem osobitne v onkológi (Sikorová, 2012).

Nádejou pre rodičov môže byť demytologizácia v súvislosti s vysokým počtom detí, ktoré majú šancu sa vyliečiť. Samozrejme je treba myslieť na to, že čísla a štatistiky sú len čísla a štatistiky. Etickou dilemou je aj otázka že pokiaľ je aj 1% možného vyliečenia, tak rodičia potrebujú veriť a nevzdávať to (majú právo veriť). Nemajú radi, keď sa im pripomína, že pozor. Viacerí rodičia, ktorí sa ocitli v takejto alebo podobnej situácií potvrdzovali, že po určitej dobe „už vedia všetko, všetko 100x počuli, ale oni predovšetkým potrebujú hlavne podporu, odhodlanosť vydržať to spolu, aj spolu so zdravotníckymi pracovníkmi a čokoľvek iné im doslova ubližuje a prehlbuje ich bolesť. Vypočutie, prítomnosť a otvorenosť k dialógu, chcú vidieť snahu, že aj iným záleží na osude ich chorého dieťaťa. Sikorová (2011) popisuje všeobecne základné zásady informovania o onkologickej diagnóze do 10. bodov, z ktorých vyberám napr.: Informáciu o diagnóze poskytuje vždy lekár. S podstatou ochorenia a liečebnými postupmi oboznámiť chorého detského pacienta (podľa veku dieťaťa), resp. jeho rodičov (zákonných zástupcov) ešte pred zahájením liečbou. Zdôrazniť možnosti liečby, ale nesľubovať vyliečenie. Odpovedať na otázky detského pacienta a jeho rodičov a blízkych. Venovať čas naznačením možných nevyslovených otázok . Uistiť detského pacienta resp. jeho rodičov o odhodlaní lekárov a všetkých zdravotníckych pracovníkov viesť liečbu počas celej doby trvania ochorenia.

V prípade leukémie sa môže jednať o veľa podtypov, pretože leukemické bujnenie môže postihovať všetky zložky krvných buniek. Na ilustráciu uvádzame obrázok č.1 s oblasťou kostnej drene v mieste panvy a jednotlivých krvných zložiek z nej sa vytvárajúcich.



Obr. 1 *Ilustrácia panvy na ukážku miesta kostnej drene a krvných buniek odvodených z kostnej drene.* (vlastný preklad autora). Zdroj: Panchbhavi, 2015

LIEČBA

V prípade leukémie u detí sa podáva intenzívna chemoterapia, čo je veľmi citlivo potrebné prebrať, rozanalyzovať s rodinou že spôsobuje aj viacero nežiaducich účinkov. Každý typ leukémie sa lieči podľa medzinárodne určeného protokolu. „Kombinovaná chemoterapia je primárnou modalitou liečby. Intenzita liečby sa určuje podľa špecifických prognostických znakov v čase diagnózy, biologickej charakteristiky leukemických buniek, a podľa odpovede na liečbu (Muntau, 2014). Liečba pacientov s ALL trvá 2 – 3 roky, podáva sa perorálne, intravenózne a intratekálne. Pacienti sa liečia podľa rizikových faktorov v troch terapeutických skupinách. Pacienti vo veku 1 – 6 rokov, s úvodným počtom leukocytov menej ako 20 000/ul a bez nepriaznivých genetických markerov t(4,11), t(9,22) a hypodiploidie sa považujú za „štandardných“ a majú menej intenzívnu terapiu ako tí, ktorí sú starší ako 6 rokov a v úvode diagnózy mali viac ako 20 000 leukocytov/ul (Bláhová, Fencl, Lebl, et al., 2019). Dôležitá je aj odpoveď na liečbu, ktorá sa hodnotí monitorovaním nálezov v periférnej krvi a kostnej dreni a sledovaním minimálnej reziduálnej choroby imunologickými alebo molekulovo genetickými metódami (Kolenová, 2014).

Podľa uvedeného možno vidieť, ako je dôležité prebrať s rodičmi časové hľadisko, pretože 2-3 roky liečby je pre dieťa a jeho rodinu veľmi dlhý čas, pokiaľ má byť s dieťaťom v nemocnici niekto z rodiny, obyčajne matka. Zasahuje rodinu v mnohých oblastiach – sociálnej, psychickej, režimovej, ekonomickej a duchovnej. Celý rodinný systém je ohrozený, pokiaľ nie sú zabezpečené podporné zdroje na zvládnutie náročnej situácie, logistika a podobne. Pri deťoch zohľadňujeme vek a s tým súvisiace poskytovanie informácií. U detí, ktoré majú toto ochorenie od narodenia sa venujeme hlavne rodičom. Detskí pacienti, ktorí sa začínajú pýtať, informácie im poskytujeme dávkovane tak, ako prejaví o ne záujem pýtaním sa. Dôležité je hľadisko pravdivosti formou, akej dokáže dieťa porozumieť vzhľadom na úroveň mentálneho vývoja dieťaťa. Náročná je práca s rodičmi, ktorí odmietajú poskytnúť chorému dieťaťu akékoľvek informácie týkajúce sa jeho diagnózy. Tu je snaha pracovať s rodičmi smerom, kde

sa im predkladá, ako nepravdivá informácia vzbudzuje v chorom dieťati stres a úzkosť, vzbudzuje nedôveru a môže vážne narúšať vzťah podobne aj so súrodencami. Na druhej strane podsúvanie informácií môže chorému dieťaťu prekážať a môžu naň reagovať podráždene. Dôveru vo vzťahu s rodičom si vybudujeme dodržiavaním dohôd a pravdivosťou (Huber, 2016). Niekedy sám detský pacient alebo jeho rodina si neprajú poznať pravdu a už vôbec nechcú počuť slovo rakovina. V takomto prípade sa toto ich prianie má určite rešpektovať. Mlčanie v tejto situácii je opodstatnené, nesmie byť však nahradené nepravdou, klamstvom, zavádzaním, musí byť ochota komunikovať o zdravotnom probléme vtedy, keď si to detský pacient alebo jeho rodičia prajú. V štádiách akceptácie ochorenia treba rešpektovať obdobie, v ktorom sa detský pacient či jeho rodičia a blízki nachádzajú. Nesmieme zabudnúť opýtať sa pacienta, či má vo svojom okolí blízku osobu, ktorá môže byť informovaná o jeho zdravotnom stave, alebo si to nepraje (Šoltés et al. 2008).

U niektorých detí s vysokým rizikom vstupuje do liečby aj otázka transplantácie kmeňových buniek:„Alogénna transplantácia krvotvorných kmeňových buniek je v súčasnosti vďaka úspešnosti liečby samotnou chemoterapiou len zriedkavo indikovaná v priebehu prvej línie liečby. Výnimkou sú pacienti s najvyšším rizikom zlyhania liečby (nepriaznivé genetické markery a vysoká hladina minimálnej reziduálnej choroby) a pacienti s relapsom. Stále ju sprevádza závažná morbidita a mortalita, najmä pre infekcie a chorobu štepu proti hostiteľovi (Kolenová, 2014). Prináša to so sebou tiež mnohé etické otázky. Prvoradou etickou podmienkou transplantácie je jej naliehavosť pre príjemcu (to znamenám, že mu nemôžeme pomôcť iným spôsobom). V prípade živého darcu je to čo najviac vylúčiť riziko poškodenia zdravia samotného darcu. Všeobecne sa tieto riziká akceptujú, pretože sú vyvážené vysokou mravnou hodnotou vlastného aktu darovania orgánu na záchranu iného človeka. Darovanie orgánu nemôžeme chápať ako povinnosť a v nijakom prípade nesmie byť motivované ekonomickým ziskom. Z etického hľadiska je to čin vysoko humánny, vždy slobodný, motivovaný aktom lásky a altruizmu (Šoltés et al., 2008). Stáva sa v praktickom živote, že sa rodina pýta na možnosti transplantácie a zároveň zdravotnícki pracovníci spolu s nimi uvažujú o tejto možnosti, o tom, ako plánujú rodinu, dôležitá je situácia v reálnej rodine, súrodenci, zdravie jednotlivých členov rodiny a podobne. Osobitne treba hodnotiť snahu rodičov o narodenie ďalšieho dieťaťa ako potenciálneho darcu kostnej drene pre jeho narodeného súrodenca. (Šoltés et al., 2008).

V súčasnosti je podávaná liečba na základe medzinárodnej spolupráce jednotlivých centier pre detskú onkológiu a prichádzajú stále novšie a novšie možnosti liečby, čo dodáva nové nádeje pre deti, ktoré vyčerpali známe možnosti. Je potrebný neustály dialóg s rodinou a centrami zaoberajúcimi sa touto problematikou. V súčasnosti prebiehajú klinické skúšky nových liekov, ako sú inhibítory tyrozínkinázy, a imunoterapia (imunotoxíny, CARs – chimeric antigen receptors T cells). Niektoré z nich sa v budúcnosti môžu ukázať ako účinné v liečbe

ALL s nepriaznivou prognózou alebo pri relapsoch ALL (Kolenová, 2014). Génové inžinierstvo objavuje stále nové postupy a možnosti. Pre mnohých ľudí je to nejasná cesta, nevedia si predstaviť, čo im liečbou na základe upravených ich vlastných buniek chceme povedať. V uvedenej oblasti to pre laika prináša nové neistoty. Moderné vedy o živote rekonštruujú ľudský organizmus, lúštia genóm, čím dekódujú stavebný plán ľudského života. Predpokladáme, že bude tiež možné s väčšou istotou prognostikovať ochorenie a vyvíjať „personalizovanú" terapiu, prispôsobenú detskému pacientovi (Huber, 2016).

Nie každú leukémiu je možné vyliečiť. Sú rodiny a deti, s ktorými nemožno ukončiť spoluprácu veselou správou: Ste vyliečení! Šoltés et al.(2008) sa pýta: „Čo však v prípade, ak onkologické ochorenie už veľmi pokročilo, ale pacient je vo výbornom fyzickom a duševnom stave a je odhodlaný bojovať? Máme právo takémuto detskému pacientovi odmietnuť liečbu?" Veď deti majú neuveriteľnú silu, húževnatosť, bojovnosť a vieru. Bojovnosť ich organizmu a zo skúsenosti deti s relapsom bývajú podľa viacerých odborníkov výnimočné, nadané, vyspelé, často „nádherné". Nás zdravotníckych pracovníkov to motivuje stále hľadať a posúvať možnosti vpred – ako vhodne a správne konzultovať, vybavovať liečbu, nenechať ich napospas zákernému ochoreniu (Miková, Stang, 2015). Vznikajú veľmi silné vzťahy, ktoré sa ťažko vyjadrujú slovami. Pokiaľ dôjde k situácii, že liečba prináša detskému pacientovi viac utrpenia ako benefitu, je na mieste prechod k paliatívnej starostlivosti. Bazálna terapia sa indikuje u pacientov s jednoznačne zlou prognózou, kde sa stav veľmi zhoršuje a všetky postupy liečenia sú bez efektu. Naopak pokračovanie intervenčných postupov prináša detskému pacientovi len utrpenie, bolesť a dyskomfort (Šoltés et al., 2008).

Treba len zdôrazniť, že eutanázia v onkológii nie je v nijakom prípade prípustná, aj keby detský pacient (vzhľadom na jeho vek a tiež aj súhlas rodičov) sám o ňu požiadal alebo rodičia by o ňu požiadali. Smrť je prirodzenou súčasťou života človeka, pri nej postupne a nezvratne dochádza k zlyhávaniu životne dôležitých orgánov. Je to časovo dlhší úsek, nie iba okamih. Zdravotnícki pracovníci, príbuzní a blízki by mali pomôcť pacientovi vyrovnať sa so smrťou a správne reagovať na jeho požiadavky." (Šoltés et al. 2008) Tu vidíme odpoveď na otázky verejnosti, ako pri neliečiteľnosti ochorenia postupovať. Ako uvádzajú viacerí odborníci že sa v praxi nikdy nestretli s požiadavkou rodičov alebo zomierajúceho dieťaťa na urýchlenie smrti (Jankovský, 2018). Bojujú do posledného dychu za každý spoločný okamih.

Základné princípy etického prístupu k rodičom s dieťaťom s leukémiou

V príspevku sme sa dotkli viacerých etických dilem. Problematiky rozhodovania, veku detského pacienta a autonómie pri rozhodovaní a uspokojovaní jeho potrieb, procesu informovanosti. Etickým problémov v starostlivosti o staršie deti môže byť otázka ich kompetencie pri rozhodovaní o vyšetrovacích a liečebných postupoch, ako aj ich účasť vo výskume a vzťah ku kompetenciám ich rodičov alebo zákonných zástupcov. Prevládajú

tendencie stále viac rešpektovať autonómiu detského pacienta pri rozhodovaní, i keď sa musí brať zreteľ na jeho rozumové schopnosti, podmienené vekom. Etickou dilemou pre lekára a sestru je otázka, či budú rešpektovať postoje rodičov alebo dospievajúceho syna či dcéry, ak budú odlišné. Tieto problémy nemožno riešiť generalizovane. Bude potrebné snažiť sa riešiť ich individuálne, snahou o dialóg, ktorý umožní lekárovi a sestre stanoviská oboch strán, vyplývajúcich z autonómie mladého človeka a povinnosti jeho rodičov k nemu, zblížiť ich v ich v spoločnom záujme (Šoltés a kol., 2008). V individualizácii prístupu vidíme základný kameň rozvoja dôvery, s ktorou sa každá otázka a problém v starostlivosti rieši ľahšie.

Pri liečbe detí s leukémiou je dôležité hovoriť o kvalite života. Dilemy, ktorým smerom sa vydať, kde už je lepšie skončiť a kde ešte záleží na tom pokračovať je dôležité z hľadiska individuálneho pohľadu na kvalitu vlastného života detského pacienta, či na kvalitu jeho života z pohľadu rodičov pokiaľ choré dieťa o sebe rozhodovať nevie alebo nemôže. Hovoriť o kvalite života možno z dvoch hľadísk: telesného a duševného hľadiska. Niekedy je prospešnejšie pôsobiť na psychiku chorého dieťaťa a naštrbenú integritu jeho osobnosti spôsobenú buď nevyliečiteľným ochorením, alebo náhlou traumatizáciou z okamžitej zmeny prechodu z plného zdravia na ochorenie. Druhoradou sa potom stáva samotná liečba, ak nemá nádej na úspech, ba dokonca tým, že odďaľuje koniec a predlžuje utrpenie (Kukumberg, 2007).

Záver

V príspevku sme načrtli aj problematiku nemožného vyliečenia a jeho fatálneho následku. V súčasnosti je možná spolupráca multidiciplinárneho tímu na detských onkologických oddeleniach v širokom tíme od pedagógov, špeciálnych pedagógov, sociálnych pracovníkov, psychológov, sestry, lekárov až po duchovných, z ktorých každý má možnosť podporiť choré dieťa aj jeho rodičov v týchto ťažkých chvíľach konca života. Sprevádzanie a opora v umieraní nemá len lekárske aspekty. Ľudská dôvernosť, prítomnosť kňaza či pastora a duchovné sprevádzanie- to všetko je rovnako dôležité ako lekárska a ošetrovateľská starostlivosť. Ľudský záujem o umierajúcich ľudí je centrálna úloha práve tak, ako liečba všetkých, nielen ochorení alebo zachovanie života na jeho pokiaľ je to možné najvyššej možnej kvalite života.

Príspevok vyšiel za podpory Medzinárodného projektu: 2/2023-M Development of different organization and business structures in public and private sectors of health care, pharmaceutical industry, healt education and promotion of health, rehabilitation, wellness and beauty sectors: international experience. 2023 - 2025

Zoznam použitej literatúry

1. BLÁHOVÁ, K., FENCL, F., LEBL, J. et al., 2019. Pediatrická propedeutika. Praha: Galén, 2019.246s., ISBN 978-80-7492-442-2
2. HUBER, W. 2016. Etika. Základní otázky života. Praha: Vyšehrad, 2016. ISBN 978-80-7429-706-9
3. JANKOVSKÝ, J. 2018. Etika pro pomáhající profese. 2.vydanie. Praha: Triton, 2018. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9
4. KOLENOVÁ, A. 2014. Onkologické ochorenia v detskom veku. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2014. 93 s. ISNB 978-80-223-3586-7
5. KUKUMBERG, P. 2007. K niektorým etickým otázkam súčasnej medicíny. Bratislava: Herba, 2007. 123 s. ISBN 978-80-89171-52-1
6. MIKOVÁ, Š., STANG, J. 2015. Typologie osobnosti u dětí. Praha: Portál. 2015, 224s., ISBN 978-80-262-0874-7
7. MUNTAU, A., C. 2014. Pediatrie překlad, 6. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014, 588s., ISBN 978-80-247-4588-6
8. PANCHBHAVI, V. K. 2015. Bone marrow anatomy. [online]. Texas: University of Texas, July 2015. [citované 2017-11-08]. Dostupné na internete: <https://emedicine.medscape.com/article/1968326-overview>.
9. SIKOROVÁ, L. 2012. Dětská sestra v primární a komunitní péče. Praha: Grada. 2012.184s., ISBN 978-80-247-3592-4
10. SIKOROVÁ, L. 2011. Potřeby dítěte v ošetřovatelském procesu. Praha: Grada. 2011. 208s., ISBN 978-80-247-3593-1
11. ŠOLTÉS, L. – PULLMANN, R. 2008. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin: Osveta, 2008. 258 s. ISBN 80-8063-287-8

Kontakt:

prof. PhDr. Gulášová Ivica, PhD., MHA.
Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva,
Univerzitné námestie č. 1
918 43 Trnava,
Slovenská republika
E-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

SOCIÁLNA OSAMELOSŤ U SENIOROV POSKYTUJÚCIM DOMÁCU OPATROVATEĽSKÚ SLUŽBU

Social Loneliness Among Seniors Providing Home Care Services

Daniela Barkasi

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

Abstrakt

Teoretické východiská: Sociálna osamelosť môže byť javom, s ktorým sa vo svojom živote stretne každý človek. Je to sprievodný jav, ktorý je najčastejšie sa vyskytujúci najmä u ľudí v seniorskom veku. Je to prirodzené z viacerých dôvodov, pričom za najčastejšie sú považované strata partnera a obmedzenie sociálneho kontaktu. Keďže osamelosť negatívne dopadá na jednotlivca a tým negatívne ovplyvňuje aj jeho kvalitu života je dôležité sa touto problematikou zaoberať.

Cieľ: Vo výskume sme sa zamerali na zistenie miery prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov, ktorí sú prijímateľmi sociálnych služieb terénnou formou v meste Michalovce. Boli to seniori, ktorým je poskytovaná domáca opatrovateľská služba. Chceli sme zistiť rozdiely v miere prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov z pohľadu pohlavia a dĺžky poskytovania domácej opatrovateľskej služby.

Metódy: Ako nástroj sme použili štandardizovaný dotazník od autorky Kaňukovej, ktorá pôvodný dotazník preložila a ako prvá na Slovensku použila v r. 2005. Dotazník s názvom Social and Emotional Loneliness Scale for Adults – Short Form (DiTommaso et al., 2004) je teda skrátenou verziou sociálnej a emocionálnej škály osamelosti (DiTomaso, Brannen, Best, 2004).

Výsledky: Štatistickým spracovaním získaných údajov sme zistili vyššiu mieru prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov ženského pohlavia a to vo všetkých troch subškálach-romantickej, sociálnej a rodinnej v porovnaní so seniormi mužského pohlavia. Z hľadiska dĺžky využívania sociálnej služby v domácom prostredí boli zaznamenané štatisticky signifikatné rozdiely u seniorov pri prežívanej sociálnej osamelosti vo všetkých troch subškálach.

Záver: Výskum ukázal, že sociálna osamelosť je prítomná v populácií seniorov. Je preto nevyhnutné v čo najväčšej miere seniorov aktivizovať a socializovať. Dbať nato, aby seniori prežívali svoje obdobie starnutia a staroby v podobe pokojného času stráveného v kruhu svojich blízkych ale aj osôb, ktoré pre nich predstavujú podpornú sociálnu sieť.

Kľúčové slová: Sociálna osamelosť. Sociálna práca. Seniori. Domáca opatrovateľská služba.

Abstract

Theoretical background: Social loneliness can be a phenomenon that every person will encounter in his life. It is an accompanying phenomenon that is most common especially in people of senior age. It is natural for several reasons, the most common of which are the loss of a partner and the limitation of social contact. Since loneliness has a negative impact on an individual and thus negatively affects their quality of life, it is important to deal with this issue.

Objective: In the research, we focused on finding out the degree of experienced social loneliness among seniors who are recipients of social services in the field form in the city of Michalovce. They were seniors who are provided with home care services. We wanted to find out the differences in the degree of experienced social loneliness among seniors from the point of view of gender and the length of time the home care service was provided.

Methods: As a tool, we used a standardized questionnaire from the author Kaňuková, who translated the original questionnaire and was the first in Slovakia to use it in 2005. The questionnaire called Social and Emotional Loneliness Scale for Adults – Short Form (DiTommaso et al., 2004) is therefore a shortened version of the Social and Emotional Loneliness Scale (DiTomaso, Brannen, Best, 2004).

Results: By statistical processing of the obtained data, we found a higher rate of experienced social loneliness in female seniors in all three subscales - romantic, social and family compared to male seniors. From the point of view of the length of use of social services in the home environment, statistically significant differences were recorded among seniors in experienced social loneliness in all three subscales.

Conclusion: Research has shown that social loneliness is present in the senior population. It is therefore necessary to activate and socialize seniors as much as possible. To ensure that seniors experience their period of aging and old age in the form of peaceful time spent in the circle of their loved ones as well as persons who represent a supportive social network for them.

Keywords: Social loneliness. Social work. Seniors. Home care service.

Úvod

V tomto článku sa venujeme oblasti sociálnej osamelosti u seniorov, ktorí sú prijímateľmi sociálnych služieb v domácom prostredí teda je im poskytovaná domáca opatrovateľská služba terénnou formou. Sociálna osamelosť je predmetom skúmania viacerých autorov a výskumov, ktoré sa zhodujú na tom, že jednou z ohrozených skupín populácie sú aj osoby vyššieho veku, čo je vzhľadom na zníženie frekvencie sociálnych

kontaktov prirodzený jav. Sociálna osamelosť sa prejavuje pocitom v konkrétnom momente a môže byť súčasťou života kohokoľvek, bez ohľadu na pohlavie či vek. Je pre ňu typický pocit prázdnoty, opustenosti, ktorá je spojená s nedostatkom vzťahov či intimity.

Starnutie a staroba sú neoddeliteľnou súčasťou života každého jedného jedinca. Každý môže vnímať starobu a starnutie individuálne, záleží to od viacerých aspektov. Vo veľkej miere tento pohľad na starnutie ovplyvňuje prostredie, v ktorom človek vyrastal a v súčasnosti žije. Autori Hrozenská et al. (2008) sa stotožňujú s názorom, že starnutie je biologický proces, ktorým sa telo mení a všeobecne platí, že starnutie súvisí so štrukturálnou degradáciou, ktorá zase predstavuje straty kapacít s jedinečným dôrazom na prispôsobenie a sebaobsluhu. Autori poukazujú nato, že sú tri typy starnutia a to primárne, sekundárne a terciárne. Každý z týchto typov zahŕňa rôzne zmeny a je určený určitými špecifickými príčinami:

- **primárne starnutie** – je súhrn progresívnych a nevyhnutných zmien, ktoré sa vyskytujú u všetkých ľudí s postupom plynutia rokov. Podobne ako ostatné typy starnutia znamená zhoršenie fungovania a schopnosti adaptovať sa životnému prostrediu,
- **sekundárne starnutie -** tvoria ho zmeny spôsobené behaviorálnymi a environmentálnymi faktormi, cudzie k biologickým procesom. Primárne faktory, ktoré určujú intenzitu sekundárneho starnutia sú zdravotný stav, životný štýl a vplyvy na životné prostredie,
- **terciárne starnutie -** vzťahuje sa na rýchle straty, ku ktorým dochádza krátko pred smrťou. Ovplyvňuje organizmus na všetkých jej úrovniach. Tento typ starnutia je pozoruhodný v kognitívnej a psychologickej oblasti.

Autor Tomeš (2011) tvrdí, že staroba je fázou života, ktorú nie je možné nejako presne ohraničiť. Zároveň poukazuje na to, že aj starnutie aj staroba môžu byť pre rozvoj osobnosti človeka prínosom, pretože ide o proces, ktorý nemá vplyv na vek človeka. Fáza staroby je obdobím, v ktorom sa jedinec vyrovnáva s rôznymi životnými situáciami, aké ešte neriešil (Tomeš, 2011). Podľa WHO rozlišujeme nasledovné obdobia staroby: vek 60 - 70 rokov – skorá staroba, starší alebo vyšší vek, mladá staroba, vek 75 - 89 rokov – vlastná staroba, práva staroba, sénium, vek 90 rokov a viac – dlhovekosť (Poledníková a kol., 2006).

Čornaničová (2007) uvádza, že starobu je možné rozdeliť do piatich kategórií podľa veku v závislosti od časovej následnosti na:

- stredný vek (45- 60 rokov),
- sénium (po 60. roku veku),
- počiatočnú staroba (60-74 rokov),
- vlastnú starobu (75-89 rokov),
- dlhovekosť (90 a viac rokov).

Iní autori charakterizujú starobu ako obdobie, ktoré pozostáva z troch fáz a to:

- vek kritický – presenilný (45-60 rokov),
- obdobie starnutia (60-70 rokov),
- obdobie starecké a lebo vysokého veku (70 rokov a viac) (Kuric In Kasanová, 2008).

Osamelosť a frustráciu zažíva v súčasnosti mnoho ľudí po celom svete. Medzi najohrozenejšie skupiny patria aj ľudia v seniorskom veku. Osamelosť ľudí v seniorskom veku je často, len zriedkavo sa stáva, že dvaja partneri zomrú veľmi krátko po sebe. Mladí ľudia a taktiež aj ľudia v produktívnom veku sú sústavne v kolobehu povinností a tak samotu seniorov často prehliadajú. Nie je to však preto, že by to mladších ľudí netrápilo. Je to často preto, lebo nevnímajú pocity seniora najmä preto, že sú vo veľkej miere zaneprázdnení, ale čo je smutnejšie, niekedy je to aj z dôvodu zachovania svojej pohody.

Osamelosť je globálnym problémom a môže sa objaviť bez ohľadu na pohlavie, vek či rôzne socio-demografické charakteristiky. Je pre ňu typická prázdnota, opustenosť, ktorá je spojená s nedostatkom vzťahov alebo intimity. Osamelosť je sprevádzaná negatívnym citovým stavom, ktorý súvisí so subjektívnym vnímaním nenaplnených intímnych a sociálnych potrieb (Akin, 2010). Autori Cacioppo et al. (2015) delia osamelosť do troch rovín osamelosti: intímna osamelosť, v ktorej sa do popredia dostávajú city, keď jedinec nemá blízku osobu, na ktorú sa v prípade núdze môže obrátiť, spoľahnúť, ďalej vzťahová osamelosť, kedy táto rovina sa prirovnáva k sociálnej osamelosti, pričom sa dôraz kladie na medziľudské vzťahy, či už rodinné alebo priateľské. Do tejto kategórie sú zahrnutí dôležití sociálni partneri, ktorí v značnej miere ovplyvňujú náš pohľad na svet a sú nám nesmiernou oporou. Treba podotknúť, že výrazným faktorom je kvalita a nie kvantita. Kolektívna osamelosť je rovina, ktorá predstavuje sociálnu identitu človeka a jeho činnosť v oblasti sociálnych sietí. Priateľstvá, ktoré si jedinec vytvára máju úroveň osobnú ale i kolektívnu. Práve kolektívnej osamelosti je ukazovateľom úspešnosti počet spoločenstiev, ktorých je jednotlivec súčasťou.

Cieľ výskumu

Vo výskume sme si stanovili ako cieľ zistiť mieru prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov, ktorí sú prijímateľmi sociálnych služieb terénnou formou domácej opatrovateľskej služby v meste Michalovce. Chceli sme zistiť rozdiely v miere prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov z pohľadu dvoch faktorov a to z pohľadu pohlavia a z pohľadu dĺžky poskytovania domácej opatrovateľskej služby v domácom prostredí.

Charakteristika súboru a metodika

Náš výskumný súbor tvorilo 115 respondentov čiže prijímateľov sociálnych služieb v meste Michalovce. Z celkového počtu respondentov bolo 30 mužov a 85 žien. Respondenti boli vo veku od 71 do 89 rokov, pričom priemerný vek seniorov bol 84 rokov. V našom výskume sme na zber údajov použili kvantitatívnu stratégiu výskumu, ako nástroj sme zvolili štandardizovaný dotazník, ktorého prvá časť bola tvorená otázkami zameranými na zistenie socio-demografických údajov o respondentoch, ktorá bola tvorená piatimi otázkami zameranými na zistenie veku, pohlavia, stavu, dosiahnutého najvyššieho vzdelania a dĺžky poskytovania domácej opatrovateľskej služby. Dotazník miery prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov bol dotazník SELSA-S autorov DiTomasa a Spinnera (1997), ktorý prvotne pozostával z 37 položiek zaznamenávaných na 7-bodovej Likertovej škále. Kaňuková tento dotazník preložila a zároveň použila ako prvá na území Slovenska v roku 2005. My sme použili práve tento dotazník Social and Emotional Loneliness Scale for Adults – Short Form (DiTommaso et al., 2004), ktorý je kratšou verziou sociálnej a emocionálnej škály osamelosti (DiTomaso, Brannen, Best, 2004). Dotazník pozostáva z 15 položiek, zadelených do troch subškál a to romantickej, rodinnej a sociálnej subškály. Hypotézy výskumu sme si stanovili dve a to nasledovné: H1: Seniori sa budú štatisticky signifikantne líšiť v miere prežívanej sociálnej osamelosti medzi mužmi a ženami. H2: Seniori sa budú štatisticky signifikantne líšiť v miere prežívanej sociálnej osamelosti z pohľadu dĺžky poskytovania domácej opatrovateľskej služby.

Analýza výsledkov výskumu

Prvom rade sme sledovali rozdiely v miere prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov z hľadiska pohlavia, čo sme si stanovili v hypotéze 1. Ako vidíme z pohľadu pohlavia boli zistené štatisticky signifikantné rozdiely vo všetkých subškálach prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov. Najvyššiu priemernú hodnotu dosiahli ženy v sociálnej subškále ($M = 25,2$) ($U = 35120,5$; $p < 0,001$), pričom na porovnanie u mužov bola zaznamenaná nižšia hodnota ($M = 23,7$) ($U = 35120,5$; $p < 0,001$). V subškále rodinnej bola vyššia priemerná hodnota zistená u žien ($M = 19,9$) ($U = 35968,5$; $p < 0,05$) pričom u mužov bola ($M = 18,9$) ($U = 35968,5$; $p < 0,05$). V romantickej subškále bola zistená vyššia priemerná hodnota u žien ($M = 21,5$) ($U = 35214,0$; $p < 0,05$) v porovnaní s mužmi ($M = 20,6$) ($U = 35214,0$; $p < 0,05$). Celková úroveň prežívanej sociálnej osamelosti dosiahla tieto hodnoty: najvyššia priemerná hodnota bola zistená v skupine seniorov ženského pohlavia ($M = 70,9$) ($U = 37754,5$; $p < 0,01$) a u mužov ($M = 66,7$) ($U = 37754,5$; $p < 0,01$). Z hore uvedeného vyplýva, že hypotéza 1, ktorá predpokladala rozdiely v miere prežívanej sociálnej osamelosti medzi mužmi a ženami sa potvrdila. Boli zaznamenané štatisticky signifikantné rozdiely vo všetkých troch subškálach prežívanej sociálnej osamelosti z hľadiska pohlavia seniorov.

Tabuľka 1 *Rozdiely v miere prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov medzi mužmi a ženami*

	Muži (N = 30)		**Ženy (N = 85)**		
	M	**SD**	**M**	**SD**	**U**
Romantická subškála	20,6	6,2	**21,5**	6,1	35214,0*
Rodinná subškála	18,9	6,2	**19,9**	4,0	35968,5*
Sociálna subškála	23,7	6,1	**25,2**	5,6	35120,5***
Celková úroveň	66,7	19,1	**70,9**	16,8	37754,5**

*sig. $p < 0,05$; **sig. $p < 0,01$; ***sig. $p < 0,001$

Ďalej nás zaujímalo ako ovplyvňuje dĺžka poskytovania sociálnej služby mieru prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov. Výsledky týchto rozdielov sú znázornené v tabuľke 2, kde vidíme, že štatisticky signifikantné rozdiely boli zaznamenané vo všetkých troch subškálach prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov. Najvyššiu priemernú hodnotu sme zaznamenali v romantickej subškále konkrétne v skupine seniorov, ktorí využívajú domácu opatrovateľskú službu v rozsahu 1 až 5 rokov (M = 27,4) ($\chi^2 = 9,5$; $p < 0,05$), v skupine seniorov nad 5 rokov využívajúcich sociálne služby pobytovou formou to bola hodnota nižšia (M = 24,6) ($\chi^2 = 9,5$; $p < 0,05$) a v skupine seniorov umiestnených do jedného roka v zariadení sociálnych služieb to bola hodnota (M = 25,2) ($\chi^2 = 9,5$; $p < 0,05$).

V sociálnej subškále u seniorov, ktorí sociálnu službu terénnou formou využívajú v rozsahu od 1 do 5 rokov bola zistená hodnota (M = 26,9) ($\chi^2 = 14,2$; $p < 0,01$), potom v skupine nad 5 rokov v zariadení sociálnych služieb to bola hodnota najvyššia (M = 27,1) ($\chi^2 = 14,2$; $p < 0,01$) a v skupine do jedného roka využívajúcich sociálne služby pobytovou formou to bola hodnota (M = 25,5) ($\chi^2 = 14,2$; $p < 0,01$). V subškále rodinnej sme zistili hodnoty, kde najvyššia priemerná hodnota bola zistená v skupine seniorov, ktorí sú prijímateľmi domácej opatrovateľskej služby v rozsahu od 1 do 5 rokov (M = 26,0) ($\chi^2 = 19,5$; $p < 0,001$), nižšia hodnota bola zistená v skupine seniorov využívajúcich sociálne služby terénnou formou nad 5 rokov dĺžky (M = 24,0) ($\chi^2 = 19,5$; $p < 0,001$) a najnižšiu hodnotu sme zistili v skupine seniorov, ktorí sú v ZSS najkratšie teda po dobu do 1 roka (M = 23,4) ($\chi^2 = 19,5$; $p < 0,001$). Celková úroveň miery prežívanej sociálnej osamelosti vykazuje tieto hodnoty: najvyššia priemerná hodnota bola zaznamenaná v skupine seniorov, ktorí využívajú terénnu formu sociálnej služby dlhšie ako 5 rokov (M = 76,3) ($\chi^2 = 17,8$; $p < 0,001$), nižšiu hodnotu sme zaznamenali v skupine seniorov, ktorí sú prijímateľmi najkratšie a to po dobu do 1 roka (M = 71,1) ($\chi^2 = 17,8$; $p <$

0,001) a najnižšiu priemernú hodnotu sme zaznamenali v skupine seniorov, v rozsahu od jedného roka až po päť rokov (M = 53,0) (χ^2 = 17,8; p < 0,001).

Tabuľka 2 *Rozdiely v miere prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov podľa dĺžky poskytovania domácej opatrovateľskej služby*

	0 – 12 mesiacov (N = 38)		**1 – 5 rokov (N = 50)**		**nad 5 rokov (N = 27)**		
	M	**SD**	**M**	**SD**	**M**	**SD**	**χ^2**
Romantická subškála	25,2	6,4	**27,4**	6,9	24,6	6,9	9,5*
Rodinná subškála	23,4	6,8	**26,0**	6,5	24,0	7,0	19,5***
Sociálna subškála	25,5	6,5	26,9	6,3	**27,1**	8,0	14,2**
Celková úroveň	71,1	20,6	53,0	20,0	**76,3**	19,5	17,8***

*sig. p < 0,05; **sig. p < 0,01; ***sig. p < 0,001

Na základe tabuľky 2 vidíme, že hypotéza 2, ktorá pojednáva o štatisticky signifikantných rozdieloch v miere prežívanej sociálnej osamelosti seniorov z hľadiska dĺžky poskytovania sociálnej služby sa potvrdila, keďže sme zistili, že u seniorov boli zistené tieto rozdiely vo všetkých troch subškálach prežívanej sociálnej osamelosti.

Diskusia

Tejto oblasti sa venovalo viacero autorov a taktiež aj výskumov, pričom svoju pozornosť venovali v oblasti sociálnej osamelosti najmä seniorom v zariadeniach sociálnych služieb. Sociálna opora, ktorá súvisí so sociálnou osamelosťou je podľa autora Křivohlavého (2001) jedna z primárnych pozitívnych javov, ktoré predstavujú negatívny dopad mnohých nepriaznivých životných okolností na fyzický a duševný zdravotný stav človeka. Má vplyv na jeho kvalitu života. V našom výskume sme predpokladali, že existujú štatisticky signifikantné rozdiely v miere prežívanej sociálnej osamelosti u seniorov medzi ženami a mužmi a zistili sme, že z hľadiska pohlavia boli zistené rozdiely vo všetkých subškálach prežívanej sociálnej osamelosti. Zistili sme vyššie priemerné hodnoty vo všetkých troch subškálach sociálnej osamelosti u seniorov ženského pohlavia, a taktiež v rámci celkovej úrovne prežívanej sociálnej osamelosti bola zistená vyššia hodnota u žien.

Autorka Lukáčová (2018) vo svojej práci uvádza výskum v tejto oblasti v skupine seniorov, kde zistila, že sociálna osamelosť bola zaznamenaná v skupine seniorov v subškále romantickej, sociálnu osamelosť zistila taktiež v subškále rodinnej. Zaujímavé je jej zistenie, ktoré zároveň nie je v súlade s našim zistením, pretože spomínaná autorka zistila, že muži vykazovali vyššiu mieru sociálnej osamelosti ako ženy. Dvojica autorov Kašický a Lovašová (2018) vo svojej práci zistili, že muži pociťujú vyššiu mieru emocionálnej osamelosti v porovnaní so ženami. Vo výskume autorov Carr a Fang (2021) bolo zase zistené, že citová osamelosť je jedným z najčastejších prejavov osamelosti práve v skupine ľudí seniorského veku. Ďalej tvrdia, že osamelosť je práve u seniorov veľmi často spájaná so stratou životného partnera alebo ich rodiny.

V našom výskume nás zaujímalo aj zistenie vplyvu dĺžky poskytovania domácej opatrovateľskej služby na mieru prežívanej sociálnej osamelosti. Zistili sme rozdiely vo všetkých subškálach prežívanej sociálnej osamelosti. Pritom najvyššiu priemernú hodnotu sme zistili v romantickej subškále u seniorov, ktorí sú prijímateľmi sociálnej služby terénnou formou v rozsahu obdobia 1 až 5 rokov. V subškále sociálnej sme zistili, že u seniorov, ktorým sa poskytuje domáca opatrovateľská služby viac ako 5 rokov bola hodnota najvyššia a v rodinnej subškále sme zistili najvyššiu priemernú hodnotu u seniorov, ktorí sú prijímateľmi domácej opatrovateľskej služby v rozsahu od 1 do 5 rokov. V celkovej úrovni miery prežívanej sociálnej osamelosti bola zistená najvyššia hodnota u seniorov, ktorí využívajú terénnu formu sociálnych služieb viac ako 5 rokov a môžeme teda potvrdiť hypotézu 2. Naše zistenie je v rozpore s tvrdením Rácsovej (2005), ktorá tvrdí, že osamelosť je podmienená zmenou prostredia najmä, čo sa týka emocionálnej a sociálnej osamelosti. V súvislosti s prostredím a osamelosťou sa zmieňujú aj autori Kašický a Lovašová (2018), ktorí uvádzajú, že nie je dôležité mať len sociálne kontakty ale dôležitá je i kvalita týchto vzťahov.

Záver

V našom príspevku sme upozornili na mieru sociálnej osamelosti, ktorú prežívajú seniori, ktorí zotrvali v domácom prostredí a zároveň sú prijímateľmi domácej opatrovateľskej služby. Vnímanie osamelosti je ovplyvnená viacerými faktormi, ktoré negatívne ovplyvňujú celkovú kvalitu ich života. Je potrebné vnímať význam zabezpečenia, čo najlepšej sociálnej starostlivosti o túto skupinu obyvateľstva a zamerať sa na ich celkovú spokojnosť a kvalitu života. Existujú mnohé spôsoby zabezpečenia spokojnosti klientov v seniorskom veku. Táto skupina obyvateľstva tvorí výraznú časť populácie. Staroba je typická znižovaním síl, zdravotných problémov a znižovania sociálneho kontaktu. V tomto období dochádza k minimalizovaniu sociálnych kontaktov, čoho dôsledkom môžu byť viaceré sprievodné javy, ktoré majú negatívny dopad na človeka.

V našom príspevku sme zistili, že vyššia miera prežívanej sociálnej osamelosti bola zistená u žien vo všetkých troch subškálach. Aj z pohľadu dĺžky poskytovania domácej opatrovateľskej služby boli zaznamenané štatisticky signifikatné rozdiely u seniorov pri

prežívanej sociálnej osamelosti vo všetkých troch subškálach. Je dôležité a potrebné realizovať rôzne aktivity pre túto skupinu obyvateľstva s cieľom ich aktivizácie a socializácie.

Bibliografia:

1. AKIN, A. 2010. Self-compassion and loneliness. In: *International Online Journal of Educational Sciences.* [online]. 2(3), s. 702-718. [cit. 12.09.2023]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/49591624_Self-compassi_and_Loneliness
2. CACIOPPO, S. et al. 2015. Loneliness: Clinical Import and Interventions. In: *Perspectives on Psychological Science.* 10(2), s. 238-249. ISSN 1745-6924.
3. CARR, S. - CH. FANG 2021. Loneliness, loss and regret: what getting old really feels like – new study. In: *Conversation*. [online]. [cit. 14.09.2023]. Dostupné z: https://theconversation.com/loneliness-loss-and-regret-what-getting-old-really- feels-like-new-study-157731
4. ČORNANIČOVÁ, R. 2007. *Edukácia seniorov*. Bratislava: FF UK. ISBN 978- 80-223-2287-4.
5. HROZENSKÁ, M. et al. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.
6. KASANOVÁ, A. 2008. *Sprievodca sociálneho pracovníka. II. Seniori a samospráva.* Nitra: Univerzita Konštantína filozofa v Nitre. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, s. 162. ISBN 978-80-8094-254-0.
7. KAŠICKÝ, J. – LOVAŠOVÁ, S. 2018. Prežívanie sociálnej osamelosti u seniorov. *[cit. 12.9.2023].* https://www.pulib.sk › subor › Kasicky_Lovasova
8. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychológie nemoci.* Praha: Grada. ISBN 8024701790.
9. LUKÁČOVÁ, V. 2018. Prežívanie sociálnej osamelosti a vnímaná sociálna opora u seniorov a senioriek v inštitucionálnom prostredí. In: Zborník prác z 15. ročníka celoslovenského kola ŠVOČ v odbore Sociálna práca konaného 2. mája 2018 v Prešove. s. 389 – 434.
10. POLEDNÍKOVÁ, Ľ., a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo.* Martin: Osveta, s.216 ISBN 80-8063-208-1.
11. RÁCZOVÁ, B. 2005. Prežívanie osamelosti a miera subjektívnej pohody u vysokoškolákov/čok. *[cit. 10.09.2023]* Dostupné na: https://cmpsy.cz/files/pd/2006/texty/text212.html.
12. TOMEŠ, I. 2011. *Obory sociální politiky*, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5

Kontakt

doc. RNDr. Mgr. Daniela Barkasi, PhD.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n. o.
Inštitút bl. Metóda Dominika Trčku, Michalovce,
E-mail: daniela.barkasi@gmail.com

PREVENCIA NOZOKOMIÁLNYCH INFEKCIÍ NOVORODENCOV HOSPITALIZOVANÝCH NA JISN

Ľubica Rybárová, Mária Adamcová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov
Nemocnica Svet zdravia Spišská Nová Ves

Abstrakt

V príspevku sa venujeme problematike prevencie nozokomiálnych infekcií a jednotkách intenzívnej starostlivosti o novorodencov. Charakterizujeme hygienicko-epidemiologický režim, bariérové ošetrovanie a podrobne rozoberáme postupy, pomocou ktorých je možné znížiť výskyt nozokomiálnych infekcií u dlhodobo hospitalizovaných kriticky chorých novorodencov.

Kľúčové slová: Nozokomiálna infekcia. **H**ygienicko-epidemiologický režim. Bariérové ošetrovanie. Kriticky chorý novorodenec.

Abstract

In this article, we are dealing with the issue of prevention of nosocomial infections in intensive care units for newborns. We characterize the hygienic-epidemiological regimen, and barrier treatment and discuss in detail the procedures by which it is possible to reduce the incidence of nosocomial infections in critically ill newborns hospitalized for a long time.

Keywords: Nosocomial infection. **H**ygienic-epidemiological regimen. Barrier treatment. Critically ill newborn.

Úvod

Imunitný systém novorodenca po narodení nie je dostatočne vyvinutý a nedokáže ho plne chrániť čo prispieva k zvýšenej náchylnosti na vznik infekcií. Dlhodobá hospitalizácia a patologické stavy novorodencov hospitalizovaných na jednotke intenzívnej starostlivosti (JISN) si vyžadujú dodržiavanie bariérovej starostlivosti, a to aj pri vykonávaní bežných ošetrovateľských intervencií. Každé pracovisko je povinné vypracovať **prevádzkový hygienicko - epidemiologický pokyn** v súlade s platnou legislatívou. Na JISN sa zameriava hlavne na dodržiavanie bariérovej starostlivosti, prípravu parenterálnej liečby a novorodeneckej stravy, upratovanie, dezinfekciu a sterilizáciu pomôcok, hygienickú dezinfekciu rúk zdravotníckeho personálu, používanie ochranných osobných prostriedkov

(Dort a kol., 2018). **Hygienicko-epidemiologický režim** je potrebné zachovávať tak zo strany hospitalizovaných matiek, návštev, ako aj zo strany ošetrujúceho personálu. Nezastupiteľnú preventívnu úlohu má umývanie a dezinfekcia rúk osôb prichádzajúcich do kontaktu s novorodencom (Vasilová, 2017).

Hygienicko - epidemiologický režim je založený na dodržiavaní zásad sepsy a antisepsy na pracovisku. Každé pracovisko je povinné vypracovať prevádzkový hygienicko - epidemiologický pokyn v súlade s platnou legislatívou. Prevencia nozokomiálnych nákaz patrí medzi najdôležitejšie časti úspešného splnenia akreditačných podmienok zdravotníckeho zariadenia. *Protiepidemiologické opatrenia* môžeme rozdeliť na preventívne a represívne. Úlohou **preventívnych opatrení** je samotné predchádzanie vzniku infekcie (hygienou oddelenia, pacienta a ošetrujúceho personálnu). **Represívne opatrenia** naopak, bránia šíreniu už vzniknutej infekcie. Hodnotenie uplatnenia týchto opatrení v zdravotníckom zariadení prebieha v pravidelných intervaloch. Zvyšuje kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti a zvyšuje aj dôveru verejnosti (Prokešová, 2013).

Na jednotkách intenzívnej starostlivosti pre novorodencov (JISN), vzhľadom na to, že sú tu hospitalizovaní novorodenci v kritickom stave, ktorí sú prijímaní aj z iných pracovísk, po rôznych diagnostických a liečených výkonoch v iných špecializovaných zdravotníckych zariadeniach s rizikom prenosu multirezistentných baktérií (ďalej MRO baktérie), je potrebné sa riadiť odporúčaniami vydanými MZ SR v Odbornom usmernení č. 03828/2014-SZ.

Výskyt MRO baktérií neodkladne hlási klinické laboratórium ošetrujúcemu lekárovi, ktorý biologickú vzorku odoslal na analýzu, ústavnému epidemiológovi a regionálnemu úradu verejného zdravotníctva.

Protiepidemiologický režim neonatologického pracoviska

Zložky protiepidemického režimu na neonatologickom pracovisku možno zhrnúť nasledovne (Matušková, 2012):

1. Pri príjme rodičiek odobrať epidemiologickú anamnézu
2. Ak je to možné, novorodencov narodených v jeden deň prijímať na jednu izbu – box
3. Podľa platných predpisov vykonávať dezinfekciu a sterilizáciu pomôcok, nástrojov, prístrojového vybavenia, prostredia
4. Hygienická dezinfekcia rúk personálu predstavuje kľúčový moment prevencie prenosu infekcií
5. Pozornosť venovať hygienickému režimu manipulácie s bielizňou – čistou i znečistenou
6. Na pracovisku dodržiavať hygienický filter – osobná hygiena, čistý odev, prezúvanie
7. Dbať na prípravu a uchovávanie mliečnej stravy, dodržiavať režim manipulácie s odstriekaným materským mliekom

8. Pozornosť venovať kúpaniu a obliekaniu novorodencov
9. Manipulácia s katétrami, príprava a manipulácia s infúznymi roztokmi a odber biologického materiálu podlieha osobitnému režimu
10. Pri zabezpečení priestorového a personálneho vybavenia vychádzať z platných noriem pre daný typ oddelenia
11. Pozornosť venovať sanácii priestorov – upratovanie, klimatizácia priestorov
12. Prispôsobiť režim návštev potrebám a klinickému stavu novorodencov
13. Aplikovať opatrenia na izoláciu a vyhľadávania kontaktov (trasovanie, identifikácia zdroja) pri vzniku infekcie
14. Pravidelné bakteriologické monitorovanie prostredia (stery u pacientov, z prístrojov a priestorového vybavenia)
15. Prispôsobiť režim používania antibiotík na pracovisku (nadužívanie, vznik rezistencie).

Bariérová ošetrovateľská starostlivosť

Bariérová ošetrovateľská starostlivosť zahrňuje škálu preventívnych pracovných, organizačných a prevádzkových postupov, ktorých úlohou je eliminovať zdroje infekcie a narušiť prenos na vnímavého jedinca. Každý pacient je vnímaný ako potencionálny zdroj infekcie a ošetrovateľská starostlivosť mu je poskytovaná s cieľom zamedzenia šírenia infekcie na ďalších pacientov. Každý zdravotnícky pracovník – lekári, sestry, sanitári, upratovacia služba - je zdrojom infekcie najmä prostredníctvom rúk, ktorými sa pacienta dotýka, a preto je povinný akceptovať a dodržiavať zásady bariérovej starostlivosti pri liečení, operáciách a ďalších zdravotníckych činnostiach (Hadašová a kol., 2019). Bariérová ošetrovateľská starostlivosť zahrňuje (Fendrychová a kol., 2021):

- dezinfekciu oddelenia
- správnu voľbu dezinfekčného prostriedku
- dodržiavanie zásad dezinfekcie a sterilizácie
- materiálne a technické usporiadanie zdravotníckeho zariadenia
- správne uloženie sterilného materiálu
- používanie jednorazových pomôcok
- používanie osobných ochranných prostriedkov
- dodržiavanie zásad osobnej hygieny
- správnu hygienu rúk v súlade s metodickým návodom
- správnu manipuláciu s biologickým materiálom - pri odbere biologického materiálu je dôležité zachovať bezpečné postupy pri odbere a ďalšej manipulácii za použitia osobných ochranných prostriedkov

- triedenie odpadu, bezpečná manipulácia s použitou bielizňou- použitá bielizeň sa skladuje vo vyhradenej miestnosti pričom personál pri manipulácii s kontaminovanou bielizňou využíva ochranné pomôcky, rukavice a dodržuje zásady hygieny.

Úlohou a cieľom bariérovej ošetrovateľskej starostlivosti je zaviesť do praxe postupy týkajúce sa prevencie šírenia multirezistentných infekcií a ochrany ohrozených pacientov v zdravotníckom zariadení (Hadašová a kol., 2019).

Príprava a podávanie novorodeneckej stravy

Novorodenecká strava sa pripravuje v mliečnych kuchynkách z vody, ktorá spĺňa požiadavky balenej dojčenskej alebo stolovej vody. Vždy čerstvá strava sa pripravuje do sterilných fľašiek a distribuuje sa v hygienicky vyhovujúcich nádobách. Čerstvé materské mlieko (iba pre vlastné dieťa) sa skladuje pri teplote +4°C a je nutné ho spotrebovať do 24 hodín. Pasterizácia materského mlieka prebieha pri teplote +62,5°C po dobu 30 minút. Po pasterizácii je mlieko potrebné označiť dátumom pasterizácie a dátumom spotreby. Mrazené pasterizované mlieko sa skladuje pri teplote -18°C a spotrebovať sa môže do troch mesiacov. Rozmrazené materské mlieko sa ohrieva na teplotu 37°C vo vodnom kúpeli, čím nedochádza k zníženiu protilátok a bielkovín. Nespotrebované rozmrazené materské mlieko nesmie byť znovu zmrazené. V prípade podávania mlieka gastrickou sondou je potrebné striekačku a prívodnú hadičku meniť každé štyri hodiny (Vestník MZ SR osobitné vydanie, 2009).

Hygiena rúk personálu

Dôkladné umývanie rúk a dezinfekcia rúk zdravotníckeho personálu patrí medzi najdôležitejšie spôsoby prevencie nozokomiálnych nákaz. Moderné *tekuté dezinfekčné prostriedky z kontajnerov s bezkontaktným dávkovačom* rozmiestnenými v jednotlivých boxoch JISN zabezpečujú rýchlu a účinnú dezinfekciu rúk personálu i rodičov novorodencov. Pri ošetrovaní novorodencov *nie je vhodné nosiť hodinky, prstene a náramky. Nevhodné sú umelé nechty a laky na nechty* (Časnocha Lúčanová, 2019). Mikroorganizmy vyskytujúce sa v nemocničnom prostredí sa nevyskytujú u bežnej populácie. Sú vysoko rezistentné na antibiotiká, chemoterapeutiká, ale aj na niektoré dezinfekčné prostriedky.

Hygiena rúk je často ovplyvnená mnohými faktormi, ako sú nedostatočné vedomosti či podceňovanie významu hygieny rúk zdravotníckymi pracovníkmi. Je potrebné podporovať správnu hygienu rúk a zabezpečiť technické podmienky pre jej správnu realizáciu (Kachlová, Plevová, 2022).

Príprava liekov a parenterálnej výživy

Lieky a parenterálna výživa pre novorodencov sa pripravuje v samostatne vyčlenenom priestore za dodržania zásad asepsy bez prístupu infekčného a biologického materiálu. Príprava sa realizuje na základe indikácie lekára neonatológa. V prípade podávania parenterálnej liečby je nutné pripravený roztok čitateľne označiť menom dieťaťa, názvom roztoku, poradovým číslom injekčnej striekačky/vaku, dátumom a časom prípravy (Vestník MZ SR osobitné vydanie, 2009). O každom podanom lieku sestra vytvorí evidenciu v ošetrovateľskej dokumentácii dieťaťa.

Starostlivosť o cievne vstupy

Väčšina prípadov sepsy s neskorým nástupom súvisí so zavedeným centrálnym a periférnym venóznym katétrom. V starostlivosti o cievne vstupy je veľmi dôležité (Calil et al., 2018):

- maximálne dodržiavanie bariérové ošetrovania a aseptickej techniky pri zavádzaní katétrov
- fixácia a pravidelná výmena sterilného krytia katétra
- výmena pomôcok na totálnu parenterálnu výživu každých 24 hodín
- kvôli zvýšenému riziku prestupu infekcie do krvného obehu by dĺžka zavedenia umbilikálneho a centrálneho venózneho katétra nemala presiahnuť sedem dní
- pravidelná dezinfekcia spojov venózneho katétra pred podávaním liekov
- denné sledovanie funkčnosti cievneho vstupu, miesta jeho zavedenia a jeho okamžité odstránenie pri podozrení na kontamináciu.

Ochranné osobné prostriedky

Správnym používaním ochranných osobných prostriedkov (OOP) môže zdravotnícky personál minimalizovať prenos infekcie. Ochranné prostriedky by sa mali používať podľa nariadenia príslušného pracoviska a meniť denne alebo po každom znečistení (Fendrychová a kol., 2021). Medzi ochranné osobné prostriedky zaradzujeme tvárovú masku a respirátory, ochranné okuliare a štít, pokrývky hlavy, chirurgické operačné čiapky a plášte, rukavice. Hlavným *účelom ich používania je vytvorenie bariéry, ktorá znižuje riziko prenosu mikroflóry medzi pacientom a zdravotníckym personálom a naopak* (Kapounová, 2020). Personál neonatologického pracoviska má používať adekvátny *ochranný odev*. Pri invazívnych výkonoch sa používajú ochranné pomôcky a dodržiavajú sa princípy asepsy. *Podrážku obuvi* je vhodné čistiť pred vstupom a výstupom z JISN. *Jednorázové rukavice* sa používajú nie len pri invazívnych výkonoch. Rodičia novorodenca majú byť pred návštevou dieťaťa na JISN poučení o hygienických pravidlách oddelenia, obliekajú si plášte a dezinfikujú ruky (Časnocha Lúčanová, 2019).

Návštevy

V rámci prevencie nozokomiálnych nákaz poučiť rodičov o hygienických pravidlách, nosení plášťov a dezinfekcie rúk pred vstupom na neonatologické pracovisko**.**

Príjem a hospitalizácia novorodenca

V rámci prevencie prenosu nozokomiálnych infekcií je potrebné dodržať nevyhnutnúnú dĺžku hospitalizácie, na intenzívne pracovisko prijímať iba pacientov, ktorí si to vyžadujú a zabezpečiť racionálny presun pacientov medzi úsekmi a oddeleniami. Novorodencov prijatých z iných pracovísk pokladať za rizikových a izolovať až do výsledku kultivačných vyšetrení.

Hygiena prostredia

V súvislosti s prevenciou prenosu infekcií je potrebné vybaviť neonatologické oddelenia materiálno - technickým, personálnym a prístrojovým vybavením v súlade s platnou legislatívou na zabezpečenie kvalitnej ošetrovateľskej, bariérovej starostlivosti a hygieny prostredia.

Edukácia a školenie zdravotníckeho personálu

Nedostatočná kvalifikácia zdravotníckeho personálu v danej problematike sa podieľa na zvýšenom náraste nozokomiálnych infekcií najmä na rizikových oddeleniach. Nedodržanie režimu čo i len jedným zdravotníckym pracovníkom môže viesť k vzniku a prenosu infekcie. Je preto nevyhnutné neustále zvyšovať edukáciu zdravotníckeho a pomocného personálu. Dodržiavanie režimu je jedným zo základných etických prejavov zdravotníckeho pracovníka (Fendrychová a kol., 2021). Edukácia a školenie zdravotníckeho personálu zohráva vysokú úlohu v prevencii šírenia nemocničných nákaz. Nedostatok času, neznalosť zdravotníkov, nedostatok literatúry a edukácie zdravotníkov vedie k porušovaniu princípov dezinfekcie a sterilizácie a teda ďalšiemu šíreniu nákaz v nemocničnom prostredí.

Záver

Problematika nozokomiálnych nákaz je stále aktuálnou témou. Ubrániť sa týmto nákazám v klinickej praxi je takmer nemožné. Existujú však metódy prevencie, ktorými sa dá znižovať ich výskyt. Najväčší podiel na tom má dodržiavanie bariérového ošetrovateľstva, hygienických a epidemiologických opatrení. V našej práci sme sa v druhej kapitole zamerali na charakteristiku najdôležitejších zložiek prevencie, ktoré znižujú výskyt nozokomiálnych infekcií na neonatologických pracoviskách. Prevencia môže byť efektívna iba v prípade ak sú na ňu vytvorené prostriedky. Nedostatok času a zdravotníckeho personálu, šetrenie jednorazových pomôcok a dezinfekčných prostriedkov sťažuje podmienky na dodržiavanie

jednotlivých zásad. Úlohou nadriadených a manažmentu nemocnice je zabezpečiť optimálne podmienky pre splnenie všetkých kritérií ukotvených v legislatíve.

Použitá literatúra:

1. CALIL, R. et al. 2018. Prevention of Healthcare-Associated Infections in Neonatology [online]. Washington D.C.: PAHO. ISBN 978-92-75-11964-8. [cit. 2023-03-27]. Dostupné na: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51073.
2. ČASNOCHA LÚČANOVÁ, L. 2019. Infekcie novorodencov. Martin: P+M Turany. ISBN 978-80-89694-60-0.
3. DORT, J. - DORTOVÁ, E. - JEHLIČKA, P. 2018. Neonatologie. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-3936-9.
4. FENDRYCHOVÁ, J. a kol., 2021. Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče v pediatrii. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelekárských zdravotníckych odboru. ISBN 978-80-7013-607-2
5. HADAŠOVÁ, L. – ONDRIOVÁ, I. – CUPEROVÁ, J. 2019. Princípy bariérového ošetrovateľstva v praxi. In: Florence [online]. ISSN 2570-4915 [cit. 2023-03-27]. Dostupné na: https://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/principy-barieroveho-osetrovatelstva-v-praxi/.
6. KACHLOVÁ, M. - PLEVOVÁ, I. 2022. Postupy v ošetrovatelské péči 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1243-2.
7. KAPOUNOVÁ, G. 2020. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1550-1.
8. MATUŠKOVÁ, D. 2012. Infekce plodu a novorozence. In: J. Fendrychová, I. Borek a kol. Intenzívni péče o novorozence. Brno: NCO a NZO, s. 324-329. ISBN 978-80-7013-547-1.
9. *Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre diagnostiku a protiepidemické opatrenia pri výskyte bakteriálnych pôvodcov infekčných ochorení s klinicky a epidemiologicky významnými mechanizmami rezistencie zo dňa: 23. 5. 2014, číslo: 03828/2014-SZ. In: Vestník MZ SR 2014, čiastka 18, s.161-165.*
10. PROKEŠOVÁ, V. 2013. K prevenci nozokomiálnich nákaz z pohledu klinického farmaceuta. In: Florence [online]. ISSN 2570-4915 [cit. 2023-03-27]. Dostupné na: https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/3/k-prevenci-nozokomia-lni-ch-na-kaz-z-pohledu-klinicke-ho-farmaceuta/.
11. VASILOVÁ, M. 2017. Infekcie v novorodeneckom veku. In: In Vitro [online], roč. 5, č. 1, s.136-142, ISSN 1339-5912. [cit. 27-06-2022]. Dostupné na: https://issuu.com/alphamedicalinvitro/docs/invitro-1-2017_issuu

12. *Vestník MZ SR ročník 57/2009, osobitné vydanie. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov v neonatologickom ošetrovateľstve.*

Kontakt:
PhDr. Bc. Ľubica Rybárová, PhD.
FZO PU
Partizánska 1
08001 Prešov 1
E-mail: lubica.rybarova@unipo.sk

CHYBY A OMYLY V KOMUNIKÁCII S PACIENTKAMI V GYNEKOLOGICKEJ AMBULANCII

Mistakes and Mistakes in Communication With Patients in the Gynecological Clinic

Ján Hruška[1], Ivica Gulášová[2]

[1]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Slovenská republika

[2]Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva, Trnava, Slovenská republika

Súhrn

Každá pacientka ocení profesionálny prístup pôrodnej asistentky/sestry a gynekológa čo napomôže k dobrej spoluprác a poskytuje predpoklad k úspešnej terapii. Autori v príspevku analyzujú praktické možnosti využívania hlavne neverbálnej komunikácie v rámci interakcie s pacientkou v gynekologickej ambulancii. Popisujú oblasti komunikácie, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu pri budovaní vzťahu medzi pacientkou a gynekológom a pôrodnou asistentkou/sestrou. V závere príspevku uvádzajú najčastejšie chyby a omyly, ktoré sa môžu vyskytnúť v komunikačnom procese a možnosti ako sa im dá predísť.

Kľúčové slová: Gynekologická ambulancia. Komunikácia. Komunikačné chyby a omyly. Spolupráca. Interakcia.

Summary

Each patient will appreciate the professional approach of the midwife/nurse and gynecologist, which helps to cooperate well and provides a prerequisite for successful therapy. In the paper, the authors analyze the practical possibilities of using mainly non-verbal communication in interaction with patients in a gynecological clinic. They describe areas of communication that play a key role in building the relationship between patient and gynaecologist and midwife/nurse. At the end of the paper, they list the most common mistakes and mistakes that can occur in the communication process and the possibilities how they can be prevented.

Keywords: Gynecological clinic. Communication. Communication errors and mistakes. Cooperation. Interaction.

Úvod

Práca gynekológa a pôrodnej asistentky/sestry v gynekologickej ambulancii je špecifická, pretože sa jedná jednak o chúlostivú medicínsku a ošetrovateľskú problematiku a tak zákonite ku každej jednej žene treba pristupovať individuálne, empaticky a citlivo. Mnoho žien má zábrany, hanbí sa a preto je nenutné pomôcť im prekonať negatívne pocity ako napr. úzkosť a strach. Oboznámenie žien vopred o tom ako bude gynekologické vyšetrenie prebiehať, aké sú postupy a očakávané výsledky, môže napomôcť k budovaniu dôvery. A naopak nezáujem, nevyhovujúca komunikácia alebo nedostatočná informovanosť môžu vzbudiť u pacientiek strach, nedôveru, ktorá môže vyústiť v nespoluprácu s gynekológom a s pôrodnou asistentkou/ sestrou. Tak isto poskytovanie informácii ohľadne výsledkov vyšetrení by malo prebiehať jasne, citlivo a hlavne so zachovaním čo najvyššej možnej úrovne súkromia (Marešová et al., 2021). Je vylúčené aby sa výsledky vyšetrení oznamovali na chodbe, v čakárni pred inými pacientkami alebo iným cudzím osobám.

Každá pacientka ocení profesionálny prístup sestry aj lekára čo napomôže k dobrej spolupráci, čo umocňuje predpoklad k úspešnej terapii. Vhodný je individuálny prístup k pacientkam rôznych vekových kategórii a k tomu vhodne prispôsobená forma komunikácie aj vo vzťahu k ich mentálnej či vedomostnej úrovni. Lekári a sestry by mali komunikovať na profesionálnej úrovni, dbať na potreby pacientiek, dôkladne ich vypočuť. Komunikovať by sa malo zrozumiteľne a jasne, aby sa pacientka nemusela znova pýtať, čo sme jej povedali. Profesionálna komunikácia zahŕňa aj používanie spisovnej slovenčiny a tiež správne využívanie gramatiky, v žiadnom prípadne nie je prípustné používanie slangových výrazov alebo vulgarizmov. Vhodné správanie a primeraná gestikulácia zvýrazňujú celkový prejav lekára, pôrodnej asistentky a sestry. Očakáva sa, že budeme reagovať pohotovo, ale rozvážne zároveň bez skákania do reči. Až na výnimočné prípady by sme nemali pacientku prerušovať pri rozprávaní. Znamená to, že by sme sa mali naučiť viac počúvať pacientku ako jej iba rozprávať. A pamätať na skutočnosť že mlčať je niekedy zlato.

Komunikácia je neoddeliteľnou súčasťou ľudskej interakcie na horizontálnej aj vertikálnej úrovni, zasahuje do takmer všetkých oblastí ľudského bytia. Komunikácia plní mnoho významných úloh pri jej využívaní, ktoré majú určitý cieľ a účel. V praxi gynekológa v gynekologickej ambulancii sa realizuje zber anamnézy pacientky lekárom a sestrou, fyzikálne vyšetrenie pacientky, odborné vyšetrenia a veľká časť je venovaná edukácii pacientky v zmysle úpravy jej životného štýlu, komplexnej životospráva kde komunikačné zručnosti lekára, pôrodnej asistentky, sestry zohrávajú veľmi dôležitú úlohu v interpretácii, vysvetľovaní, opakovaní a podobne. Základnou charakteristikou komunikácie je výmena informácií medzi lekárom, pôrodnou asistentkou, sestrou a pacientkou. Môžeme povedať, že komunikácia je determinovaná mnohými faktormi. Informácia vysielaná lekárom a pôrodnou asistentkou prechádza viacerými komunikačnými kanálmi smerom k pacientke. Voľba

komunikačného kanála závisí od konkrétnej situácie, resp. od toho čo sa v komunikácii vzájomne odovzdáva – informácia o diagnóze, vyšetrovacej metóde a jej postupe, príprave na konkrétne vyšetrenie, o liečbe, ošetrovateľskej starostlivosti, životospráve a podobne. Rozlišujeme verbálnu a neverbálnu komunikáciu. Pri verbálnej komunikácii sa jedná o priamy prenos slovných informácií smerujúcich od lekára, pôrodnej asistentky k pacientke, ide teda o dorozumievanie sa pomocou slov a slovami. (Janáčková, eta l., 2008) Za formy verbálnej komunikácie považujeme monológ (prehovor jednej osoby, vnútorný monológ - špecifická výpoveď osoby, ktorú adresuje sama sebe), dialóg (rozhovor dvoch alebo viacerých osôb) a replika (jednotka dialógu, je relatívne uzavretá, reaguje na predchádzajúci rozhovor, navodzuje ďalšie pokračovanie rozhovoru). Slová majú nesmiernu hodnotu. Na jednej strane vedia povzbudiť, motivovať, vyzvať k spolupráci či viere v uzdravenie a na druhej strane môžu raniť, ublížiť či ponížiť (Buchler et al. 2020). Gynekológ a pôrodná asistentka by si mail uvedomiť, že vyslovené slová už nemôže zrušiť, vymazať či vziať späť. Nevhodné vyrieknuté slová možno odpustiť, ale ťažko sa na ne zabúda (Blatný et al., 2020). Neverbálna komunikácia sa uskutočňuje využívaním mimojazykových prostriedkov a súvisí s ňou všetko čo reč sprevádza. Môže prebiehať bez toho, aby sa komunikujúci navzájom slovne rušili, ale aj v tomto prípade môžeme hovoriť o tzv. skákaní do reči. Má silnú výpovednú hodnotu a má význam pre obe zúčastnené strany. Vývojovo je neverbálna komunikácia staršia ako verbálna komunikácia a hrá dôležitú úlohu u každého človeka nielen v období, kým sa nenaučí rozprávať (Burák, 2017). Neverbálne signály si človek môže i nemusí uvedomovať, podľa toho sa delia na úmyselné a neúmyselné. Odborníci v oblasti komunikácie však zhodujú, že veľká časť neverbálnych prejavov pôsobí nezávisle na našom vedomí. Nonverbálne vyjadrujeme emócie, naznačujeme záujem alebo nezáujem a ovplyvňujeme postoj komunikačného partnera a tiež riadime chod vzájomného styku (Janáčková, Weis, 2008).

Medzi neverbálne výrazové prostriedky patrí:

Teritorialita – komunikácia prostredníctvom priestoru, ktorý si človek okolo seba vytvára.

Mimika – komunikácia prostredníctvom svalov tváre, pohybov tváre. Z mimických pohybov a celkovej mimiky tváre môže lekár a pôrodná asistentka vyčítať spokojnosť, nespokojnosť, ubolenosť, utrápenosť u pacientky čo im otvára cestu k otvoreniu komunikácie položením otázok: ako sa cítite, ako sa máte?

Gestika – pohyby rúk. Ruky zovreté v paži, stiahnuté môžu nasvedčovať prítomnosti strachu u pacientky, naopak zvýšená excitovanosť môže nasvedčovať požitiu nejakých látok alebo ochoreniu nervového systému.

Haptika – komunikácia prostredníctvom dotykov. Má nenahraditeľné miesto v procese upokojovania pacientky, napr. pri oznamovaní zlej správy o jej zdravotnom stave, ale pri povzbudzovaní a pochvale pacientky.

Posturika – „reč“ fyzických postojov, držania tela a pohybových konfigurácií. Držanie tela pacientky môže napovedať jej celkovému telesnému a psychickému stavu, napr. pri kolikových bolestiach, pri bolesti v podbrušku, pri záchvatovej bolesti a podobne.

Kinetika – opisuje pohyby rúk, nôh, jednotlivých častí tela, prípadne celého tela, - vzhľad a úprava zovňajšku. Pomalosť v pohybových prejavov u pacientky môže tiež vypovedať o viacerých problémoch u pacientky, alebo naopak hyperkinézy ako sprievodné prejavy ochorení. Vzhľad a úprava pacientky môžu napovedať o sebaúcte, sebahodnotení, vnímaní seba samej, o sebaobraze pacientky napr. pri narušenom obraze tela po ablácii prsníka, hysterektómii, ovarektómii a podobne, aj jazvy po operačnom zákroku môžu spôsobiť zmeny v týchto vonkajších komunikačných prejavoch, ktoré ale vychádzajú z vnútorného prežívania pacientky.

Vizika – očný kontakt, pohyby očí. Pohľad očí pacientky, odkláňanie očí, nepozeranie do očí, sklopenie očných viečok pri nepríjemnej situácii, počas rozhovoru o chúlostivom probléme pacientky a podobne.

Chronemika – vyjadrovanie, štrukturovanie a užívanie času voči iným ľuďom. Koľko času si pacientka nárokuje počas vyšetrenia? Aká je jej záujem o otvorenú komunikáciu? Večne sa ponáhľa, alebo zdĺhavo, obšírne popisuje svoje problémy?

Proxemika – vzdialenosť, na ktorú spolu ľudia hovoria. Rozlišujeme štyri zóny : intímnu (0-45 cm), osobnú (45-120 cm), sociálnu (1,20-3, 60 m) a verejnú (3, 60-7, 60 m). Gynekológ a pôrodná asistentka vstupujú pri vyšetrovaní, poskytovaní zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti u pacientky do jej intímnej zóny. Na mieste je opýtať sa, resp. upozorniť ženu: teraz sa Vás budem dotýkať, bolí Vás to?

Olfaktorika – reč farieb a vôní. Tiež naznačuje o osobnosti pacientky veľa. Výrazné, ťažké vône môžu napovedať že sa jedná o dominantnú osobnosť pacientky, výrazné farby napr. aj vzhľadom na jej spoločenské postavenie a vek.

Gynekológia a pôrodníctvo je špecializačný medicínsky odbor, ktorý sa zaoberá prevenciou, diagnostikou, liečbou, dispenzarizáciou gynekologických ochorení, fyziologickým a patologickým pôrodom. Venuje sa fyziológii a patológii reprodukčného systému ženy vo všetkých obdobiach jej života. Náplňou odboru gynekológie a pôrodníctva je starostlivosť o zdravý vývoj ženskej populácie. Hlavnou charakteristikou liečebno-preventívnej činnosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo je prevencia a včasné zachytávanie porúch reprodukčného systému ženy, ich diagnostika a liečba, starostlivosť o zdravý vývoj plodu, rehabilitácia, dispenzarizácia, zdravotná výchova, ďalšie vzdelávanie pracovníkov v odbore a vedecký výskum (Marešová et al., 2021). Na našu gynekologickú ambulanciu prichádzajú ženy od 16 rokov, čiže obdobia adolescencie, cez dospelé ženy (zahŕňajúc tehotenstvo) až po ženy v období klimaktéria až po sénium. Tiež prichádzajú ženy rôznych etník, národností a vierovyznaní. Každá z nich potrebuje individuálny prístup a tiež spôsob komunikácie.

Komunikáciu vedieme v pozitívnej atmosfére, prispôsobené aktuálnej situácii a zdravotnému stavu pacientiek.

Pôrodná asistentka alebo sestra sú členmi tímu, ktorý zabezpečuje zdravotnú liečebno-preventívnu starostlivosť o ženy v zdraví a v chorobe. Komunikácia s pacientkou je veľmi dôležitým aspektom ktoré sprevádzajú všetky ošetrovateľské činnosti ktoré pôrodná asistentka, resp. sestra vykonávajú. Ak pôrodná asistentka (sestra) efektívne komunikuje s pacientkou, aktívnym počúvaním získava od pacientky dôležité údaje týkajúce sa jej ochorenia ktorá jej pomôžu posúdiť problémy pacientky a pripraviť si plán ošetrovateľskej starostlivosti o pre konkrétnu pacientku premietnutý do ošetrovateľského a edukačného procesu. Zároveň tieto získané informácie pôrodná asistentka (sestra) môže lekárovi tlmočiť a ten ich následne tiež využije v ďalšom postupe pri diagnostike a liečbe. Súčasne pôrodná asistentka (sestra) v komunikácii uplatňuje jednotlivé zložky neverbálnej komunikácie. Témami bývajú aktuálne zdravotné problémy, vnímanie procesu liečby, subjektívne alebo aj objektívne ťažkosti, problémy, priania, postoje. Počas komunikácie s pacientkou pôrodná asistentka (sestra) poskytuje informácie aj o sebe, o svojich postojoch. Takto sa pôrodná asistentka (sestra) stáva dôležitým medzičlánkom komunikácie aj medzi pacientom a lekárom. Pôrodné asistentky (sestry), ktoré účinne komunikujú, sú úspešnými iniciátorkami zmeny zameranej na upevňovanie zdravia, ľahšie vytvárajú dôverný vzťah s pacientkou a pomocnými osobami a zároveň tak môžu predchádzať aj právnym problémom ktoré sú spojené s ošetrovateľskou starostlivosťou. Účinná komunikácia je základom vzťahu sestra - pacientka. (Gulášová, 2008). Od pôrodnej asistentky (sestry) pri komunikácii sa očakáva že bude vedieť začať komunikáciu, podporovať, rozvíjať a udržiavať ju ale aj vhodne ukončiť. Profesionálna komunikácia lekára a pôrodnej asistentky (sestry) je komplexnou a náročnou zručnosťou, ktorú ovplyvňujú rôzne faktory. Sú nimi vonkajšie podmienky ako je prostredie v ktorom sa pri rozhovore nachádzajú a aj samotná pacientka aj vnútorné podmienky, kedy ide o vlastné nežiaduce prejavy v správaní a konaní na strane pacientka a na strane lekára, alebo pôrodnej asistentky (sestry). Na to, aby komunikácia medzi pacientkou a pôrodnou asistentkou (sestrou) vznikla a následne sa produktívne rozvíjala, treba splniť tri základné požiadavky, a to chcieť komunikovať, vedieť komunikovať a mať možnosť na komunikáciu. Komunikovať v zdravotníctve neznamená iba hovoriť, ale aj poskytovať a získavať informácie, na ktorých závisí pacientovo zdravie a mnohokrát i jeho život. A snáď práve preto by mali lekár a pôrodná asistentka (sestra) vždy vedieť, čo chcú povedať, mali by sa vždy vedieť rozhodnúť, kedy, kde a ako informácie najlepšie poskytnúť (Janáčková, Weiss, 2008). Signály, ktoré lekár, pôrodná asistentka (sestra) v kontakte s pacientkou vyjadrujú verbálne i neverbálne, poskytujú pacientke informácie o tom, či lekár, pôrodná asistentka (sestra) majú záujem o jej problémy, či jej rozumejú, či sú ochotní pomôcť a poradiť. Skúsenosti z praxe naznačujú, že pacientky

sa pri hodnotení lekárov, pôrodných asistentiek (sestier) viac upriamujú na ich schopnosť a zručnosť komunikovať, ako na technickú profesionalitu ich odborného výkonu.
Komunikácia v gynekologickej ambulancii nie je využívaná len na získavanie alebo poskytovanie informácií, ale aj na plnenie požiadaviek pacientky, na vytvorenie si dobrého vzťahu s pacientkou, alebo pri podpore pacientky v rozhodovaní sa o jeho zdravotnom stave. Rôzne komunikačné techniky tiež lekár, pôrodná asistentka (sestra) využívajú ja pri zbere informácií o pacientke, kedy sa snažia o systematický a komplexný zber údajov, ktorý ďalej triedia a spracovávajú v záujme zabezpečenia individuálnej medicínskej a j ošetrovateľskej starostlivosti. Okrem rozhovoru sú súčasťou komunikácie aj neverbálne prvky ako napríklad očný kontakt, či dotyky (Linhartová, 2007). Pacientku vždy pozorne a trpezlivo vypočujeme, aby sme vyhoveli jej požiadavkám, a potrebám a získali si ju pre spoluprácu. Medzi komunikačné zručnosti používané v ošetrovateľskom procese, patria načúvanie, rešpekt, empatia, prejav porozumenia, výklad, prejav záujmu, podpora, autentickosť, dôvera. „Komunikované“ informácie musia byť presné a jasné a musíme sa ubezpečiť, že pacientka porozumela, čo realizujeme prostredníctvom uplatnenia spätnej väzby.

Chyby a omyly v komunikácii

Chyby so strany zdravotníckych pracovníkov v komunikácii s pacientkou sú najčastejšie z nedostatku času, ktorý by bolo žiadúce im venovať. Pacientiek je veľa, času málo. Úlohou zdravotníckych pracovníkov je, aby rozhovor viedli čo najefektívnejšie. Výhoda efektívnej komunikácie je tá, že lekár, pôrodná asistentka (sestra) dokážu načúvať a zároveň sledovať neverbálne prejavy. Chybou je, ak gynekológ, pôrodná asistentka (sestra) pacientku počujú, ale nepočúvajú ju, alebo počúvajú ju a len čiastočne. To u pacientky vzbudzuje pocit nezáujmu, čo vedie k nedôvere voči lekárovi, pôrodnej asistentke (sestre). Ďalšou chybou je ak lekár, pôrodná asistentka (sestra) alebo aj iný zdravotnícky pracovník nerešpektujú pacientku alebo nepristupujú k nej empaticky. Ak sa lekár, pôrodná asistentka (sestra) nedokážu alebo nechcú vcítiť do jej pocitov, môže dôjsť k nepochopeniu, alebo až ku konfliktu medzi pacientkou a lekárom, pôrodnou asistentkou (sestrou). Nevhodné sú direktívne rozhovory, kedy lekár, pôrodná asistentka (sestra) stavajú pacientku do role menejcennej, submisívnej pozície pri paternalistickom prístupe napr. zo strany lekára (Šoltés, Pullmann, et al. 2008). V každej komunikácii sa však môžu vyskytnúť chyby, bariéry v každej jej zložke, čo vedie k neúspešnosti v prenose informácií. Chyby vo verbálnom prejave lekára, pôrodnej asistentky (sestry) zahŕňajú aj napr. rozprávanie potichu, alebo naopak príliš hlučne, ak je prítomná zlá artikulácia, rýchly alebo zložitý a nezrozumiteľný prejav. Nezrozumiteľný prejav môže pre niektorú pacientku znamenať aj to, ak sa frekventovanejšie používajú odborné termíny. Nie každá pacientka má dostatok vedomostí, preto nemusí rozumieť ani tomu zdanlivo jednoduchému slovu. Na druhej strane môže pôsobiť rušivo ak sa namiesto bežných

slov používajú slangové výrazy alebo časté zdrobneniny. U pacientky by to mohlo vyvolať nepríjemné pocity a mohlo by dôjsť k nepochopeniu. Preto volíme vhodný slovník, ktorý bude prispôsobený mentálnemu chápaniu pacientky.

Z neverbálnej komunikácie považujeme za chybu ak pri vzájomnej komunikácii nie je udržiavaný očný kontakt. Nevhodné je ak lekár, pôrodná asistentka (sestra) nemajú splnené základné hygienicko - estetické nároky. Celkový vzhľad a úprava je základom prezentácie každého človeka. Možno podceňovaná, ale dôležitá. K dobrému a hlavne čistému vzhľadu patrí i stav chrupu a vlasov. Pekné a sanované zuby, upravené vlasy do účesu a efektívna komunikácia patria k sebe. Tak isto je nemenej dôležitá aj vôňa, lebo čuch je nezávislý od našej vôle – jednoducho cítime to, čo je v okolí. Zápach z úst môže byť vážnou prekážkou v komunikácii. V lete, ak sa človek viac potí, môže sa prejaviť telesný zápach, preto treba mať na zreteli aj tento element. Ak niekoho cítiť potom a špinou, potom je komunikácia s ním skôr trestom a utrpením a v prípade zdravotníckeho pracovníka to môže znamenať pochybnosti a koniec dôvery a nakoniec aj spolupráce aj pri najväčšom odborníkovi. Ďalšími chybami býva nepozornosť. Najmä pacientky často nevenujú pozornosť tomu, čo lekár, pôrodná asistentka (sestra) rozprávajú. Bývajú roztržité, v napätí, niekedy nervózne, čo v konečnom dôsledku vedie znova k nedorozumeniam. Opakom býva nezáujem, mlčanie – bez spätnej väzby, bez prejavov počúvania, bez pripomienok. Zásadným problémom je skákanie do reči. Chyby v komunikačnom kanáli bývajú rušivé vplyvy vonkajšieho prostredia, ako je okolitý hluk, nahlas pustené rádio, konverzácia iných ľudí v blízkom okolí, alebo aj zasahovanie iných osôb do nášho rozhovoru (iná pacientka, sprevádzajúca osoba). Chyby v samotnej informácii môžu vyplývať z toho že správa je nejasná, zložitá, nezrozumiteľná vzhľadom na vek, vedomosti a schopnosti prijímateľa. Negatívna atmosféra a negatívne psychické naladenie negatívne ovplyvňujú efektívnosť komunikácie. Naopak, niekedy býva na škodu prílišné vysvetľovanie, zdôvodňovanie, presná a detailná interpretácia výsledkov. Pacientka je tak zbytočne vystrašená, konfrontovaná s možnou nepriaznivou situáciou, a vyberá si do pozornosti len negatívne informácie (Hakl, et al., 2011). Dôležité je uvedomiť si, že pri každej komunikácii môže nastať nesúlad medzi tým, čo sme mysleli - chceli informáciou povedať a čo sme ňou skutočne povedali; medzi tým, čo sme povedaným mysleli my a ako to na druhej strane pochopila pacientka a čo od komunikácie očakávali jednotlivé strany. Môže dôjsť k zmene zmyslu prijatých informácií alebo k subjektívnemu dotváraniu informácií. Nemôžeme sa na niekoho bezprostredne hnevať, že nepochopil, čo sme mu povedali. Treba sa zamyslieť, či sme dostatočne jasne, zrozumiteľne vyjadrili našu myšlienku.

Záver

Lekár, pôrodná asistentka (sestra) pohotovo využívajú komunikáciu od prvého kontaktu s pacientkou a preto patrí komunikácia k ich základnej výbave, k základným zručnostiam, ktoré musia ovládať na profesionálnej úrovni, aby dosiahli požadovanú kvalitu

a bezpečnosť poskytovanej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Od komunikácie sú závislé aj ďalšie výkony týkajúce sa ošetrovateľskej starostlivosti, ktorým komunikácia napomáha dosiahnuť požadované výsledky. Adekvátna komunikácia s pacientkou je súčasťou poskytovania kvalitnej a bezpečnej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti čo vedie k úspešnej liečbe.

Príspevok vyšiel za podpory Medzinárodného projektu: 2/2023-M Development of different organization and business structures in public and private sectors of health care, pharmaceutical industry, healt education and promotion of health, rehabilitation, wellness and beauty sectors: international experience. 2023 - 2025

Použitá literatúra

1. BLATNÝ, M. et a l. 2020. Osobní pohoda a osobnost v celoživotní perspektivě. Praha: Academia. 2020, ISBN 978-80-2003-064-1
2. BUCHLER, T. et al., 2020. Speciální onkologie. Praha: Maxdorf. 2020. 296s., ISBN 978-80-7345-651-1
3. BURÁK, E. 2017. Komunikácia v konflikte a kríze. Ružomberok: Tesfo, 2017. 209 s. ISBN 978-80-89253-86-9
4. BOYES, A. 2021. Nástroje proti úzkosti. Praha: Grada. 2021, ISBN 80-271-1219-2
5. GULÁŠOVÁ, I. 2008. Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení. Martin, Osveta, 2008, 99s., ISBN 978-80-8063-305-9
6. HAKL, M. et al. 2011. Léčba bolesti – současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndómu. Praha: Mladá fronta. 2011, 231s., ISBN 978-80-204-2473-0
7. JANÁČKOVÁ, L.; WEISS, P. Komunikace v zdravotní péči. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
8. LINHARTOVÁ, V. 2007. Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada. 2007. 152s., ISBN 978-80-247-1784-5
9. MAREŠOVÁ, P. et al. 2021. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. Praha: Maxdorf. 2021. 768s., ISBN 978-80-7345-709-9
10. ŠOLTÉS, L. – PULLMANN, R. 2008. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin: Osveta, 2008. 258 s. ISBN 80-8063-287-8.

Kontakt:

MUDr. Hruška Ján, PhD., MPH. MBA.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Slovenská republika

POZIOM ODCZUWANEGO STRESU, BEZSENNOŚĆ ORAZ CHRONICZNE ZMĘCZENIE PIELĘGNIAREK

Level of Perceived Stress, Insomnia and Chronic Fatigue of Nurses Working in Hospital Wards

Natalia Firlit[1], Weronika Leśko[2], Alicja Kamińska[1]

[1]SKN Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum, Polska

[2]Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Polska

Pracujących w oddziałach szpitalnych

Introduction: The nursing profession, with all its complexity, can take both positive and negative consequences. Medical staff are significantly exposed to stressors that include great responsibility and the need to constantly protect human life. Nurses working in hospital wards, due to the nature of their work, are prone to the occurrence of insomnia and chronic fatigue. Long-term exposure to the influence of the aforementioned risk factors can lead to numerous ailments or occupational diseases.

Aim: The purpose of the study was to determine the levels of perceived stress, insomnia and chronic fatigue of nurses working in hospital wards.

Material and methods: The survey included 105 nurses working in hospital wards. The study was conducted via an online questionnaire. Data were collected using a proprietary survey questionnaire and standardized tools: PSS-10 Perceived Stress Scale, Athens Insomnia Scale AIS and FAS Chronic Fatigue Scale. The collected data were analyzed using SPSS Statistics 28.0. The significance level was set at $\alpha = 0.05$.

Results: In the surveyed group of nurses working in hospital wards, high levels of perceived stress were found in 59.00%, medium in 24.80%, and low in 16.20%. Insomnia was found in 77.14% of the surveyed personnel. The prevalence of high levels of chronic fatigue was shown in 16.19% of nurses. Medium levels of fatigue were reported in 65.71%, while low levels of chronic fatigue were reported in 18.10%.

Conclusions: It was shown that those who were simultaneously working and studying had higher levels of perceived stress and insomnia. Staff who assessed their health status less favorably showed higher levels of perceived stress, insomnia and chronic fatigue. Nurses who graduated from high school/medical school were characterized by a lower incidence of insomnia compared to those who completed a bachelor's degree.

Keywords: Stress. Insomnia. Fatigue assessment. Nurse. Medical staff.

Streszczenie

Wstęp: Zawód pielęgniarki, przy całej swojej złożoności niesie ze sobą zarówno pozytywne jak i negatywne następstwa. Personel medyczny w znacznym stopniu narażony jest na działanie czynników stresogennych jakimi jest m.in. wielka odpowiedzialność i konieczność ciągłej ochrony ludzkiego życia. Pielęgniarki pracujące w oddziałach szpitalnych, ze względu na charakter ich pracy, podatne są na występowanie bezsenności oraz chronicznego zmęczenia. Długotrwałe narażenie na wpływ wymienionych czynników ryzyka może doprowadzić do wystąpienia licznych dolegliwości czy chorób zawodowych.

Cel: Celem pracy było określenie poziomu odczuwanego stresu, bezsenności oraz chronicznego zmęczenia pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych.

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 105 pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych. Badanie zostało przeprowadzone za pośrednictwem internetowego kwestionariusza. Dane zbierano za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety oraz standaryzowanych narzędzi: Skali Odczuwanego Stresu PSS-10, Ateńskiej Skali Bezsenności AIS oraz Skali Chronicznego Zmęczenia FAS. Zebrane dane poddano analizie w programie SPSS Statistics 28.0. Istotność statystyczną wyników przyjęto na poziomie $\alpha = 0,05$.

Wyniki: W badanej grupie pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych u 59,00% stwierdzono wysoki poziom odczuwanego stresu, średni u 24,80%, natomiast niski u 16,20%. Bezsenność stwierdzono u 77,14% badanego personelu. Wykazano występowanie wysokiego poziomu chronicznego zmęczenia u 16,19% pielęgniarek. U 65,71% odnotowano średnie wartości zmęczenia, natomiast u 18,10% niski poziom chronicznego zmęczenia.

Wnioski: Wykazano, że osoby jednocześnie pracujące i studiujące odczuwały wyższy poziom stresu i bezsenności. Personel oceniający gorzej swój stan zdrowia wykazywał wyższy poziom odczuwanego stresu, bezsenności i chronicznego zmęczenia. Pielęgniarki po liceum/studium medycznym charakteryzowały się rzadszym występowaniem bezsenności w porównaniu do tych, które ukończyły studia I stopnia.

Słowa kluczowe: Stres. Bezsenność. Chroniczne zmęczenie. Pielęgniarka. Personel medyczny.

Osoby, które wykonują zawody medyczne są narażone na oddziaływanie czynników stresogennych związanych przede wszystkim z ochroną zdrowia i ratowaniem życia ludzi. Praca pielęgniarki ma złożony i wielozadaniowy charakter. Niezbędnymi umiejętnościami w tej profesji jest sprawność manualna przy czynnościach pielęgnacyjnych i zabiegowych. Od pielęgniarki wymaga się m.in. prowadzenia skrupulatnej dokumentacji medycznej, obsługi coraz bardziej nowocześniejszego sprzętu, zbierania wywiadu o stanie pacjenta, prowadzenia edukacji chorych i ich bliskich oraz ciągłego rozwoju zawodowego. Niejednokrotnie mimo

wykonywania swoich obowiązków z należytą starannością, personel pielęgniarski spotyka się z postawą negatywną i roszczeniową ze strony współpracowników, przełożonych, pacjentów czy ich rodzin. W pracy pielęgniarki występują również sytuacje nieprzewidziane takie jak nagłe pogorszenie stanu pacjenta czy reanimacja, podczas których wymagana jest od personelu konkretna reakcja i podjęcie odpowiednich działań [1,2]

Do wczesnych następstw stresu możemy zaliczyć pogorszenie nastroju, zaburzenia somatyczne, pogorszenie procesów poznawczych i sprawności [6]. Stres psychiczny zwiększa napięcie układu współczulnego prowadząc do nagłego wzrostu ciśnienia tętniczego krwi (CTK) w mechanizmie zwiększenia pojemności minutowej serca, oporu obwodowego naczyń i wolemii. Utrzymująca się wzmożona aktywność układu współczulnego spowodowana przez stres może prowadzić do przerostu lewej komory serca i przebudowy ścian naczyń krwionośnych. Sutkiem przewlekłego stresu są również choroby układu pokarmowego. Wskutek niedotlenienia błony śluzowej żołądka i dwunastnicy powstają tzw. owrzodzenia stresowe. Czynniki stresogenne mogą powodować również wystąpienie cukrzycy. Praca w stresujących warunkach prowadzi do wyczerpania zasobów fizycznych jak i psychicznych, stanowiąc ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych i depresji.Do schorzeń mogących mieć związek z przewlekłym stresem należą obniżenie odporności, podatność na infekcje na tle bakteryjnym i wirusowym, zaburzenia miesiączkowania, rozwój nowotworów. Nieefektywne sposoby radzenia sobie ze stresem mogą spowodować u jednostki uzależnienie od alkoholu, nikotynizm czy alienację [3].

Bezsenność jest najczęstszym zaburzeniem snu. Jej istotą jest brak satysfakcji z jakości i długości snu. Problemy z zaśnięciem czy utrzymaniem ciągłości snu w znacznym stopniu utrudniają i zaburzają aktywność społeczną i zawodową. Kłopoty ze snem mogą występować zarówno jako następstwo choroby psychicznej lub somatycznej jak i niezależnie od nich. W zależności od okresu snu możemy wyróżnić różne objawy bezsenności [4].

Szczególną grupą narażoną na występowanie zaburzeń snu są pracownicy zmianowi, do których zalicza się personel pielęgniarski. Praca w takim systemie skutkuje zaburzeniem okołodobowego rytmu snu i czuwania i wystąpieniem niekorzystnych konsekwencji dla zdrowia.

Zaburzenia snu negatywnie wpływają na pracę poszczególnych narządów i mogą przyczyniać się do rozwoju licznych chorób].W związku z zaburzeniami snu zaobserwowano m.in. wzrost ryzyka wystąpienia otyłości, zespołu jelita drażliwego, chorób układu krążenia czy cukrzycy [5].

Zmęczenie jest zagadnieniem nierozerwalnie związanym z funkcjonowaniem współczesnych ludzi. Szczególną grupę podatną na występowanie zmęczenia chronicznego stanowią pracownicy ochrony zdrowia, którzy często narażeni są na sytuacje stresowe związane m.in. z sytuacjami bezpośredniego zagrożenia ludzkiego życia, traumatycznymi

przeżyciami, ciągłą presją, pracą zmianową. W badaniach przeprowadzonych na przełomie 2018 i 2019 roku personel medyczny pracujący w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym jako czynniki mające wpływ na poziom zmęczenia najczęściej wskazywał na roszczeniową i pretensjonalną postawę pacjentów, nieprzyjazną atmosferę w pracy oraz agresję ze strony chorych [6].

Cel pracy

Celem badania było określenie poziomu odczuwanego stresu, bezsenności oraz chronicznego zmęczenia pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych.

Metodologia

Metodą badawczą wykorzystaną w badaniu był sondaż diagnostyczny. Zastosowano technikę badawczą ankiety, a za zebranie danych posłużyło narzędzie kwestionariusza ankiety, które zawierało 55 pytań. W jego skład wchodził kwestionariusz wywiadu własnej konstrukcji: „Praca w zawodzie - kwalifikacje i podstawowe informacje", metryczka oraz wystandaryzowane narzędzia: Ateńska Skala Bezsenności, Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 i Skala Chronicznego Zmęczenia.

Ateńska Skala Bezsenności zawiera 8 pytań, które pozwalają na ilościowy pomiar objawów bezsenności. Osoba badana ocenia odpowiada w 3 stopniowej skali, gdzie 0 oznacza brak objawu, a 3 znaczne jego nasilenie. Maksymalnie uzyskać można 24 punkty, wynik równy lub powyżej 6 świadczy o występowaniu bezsenności [10].

Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 składa się z 10 pytań, a jej zadaniem jest ocena subiektywnych odczuć dotyczących stresu. Osoba badana ocenia częstość występowania danego zjawiska w ostatnim miesiącu według pięciostopniowej skali Likerta, gdzie 0 oznacza nigdy, 1 – prawie nigdy, 2 – czasem, 3 – dość często, 4 – bardzo często. W sumie można uzyskać 40 punktów. Wynik między 0-13 punktów oznacza niski poziom odczuwanego stresu, 14-19 punktów przeciętny, natomiast 20-40 to poziom wysoki.

Skala Chronicznego Zmęczenia FAS to 10 stwierdzeń odnoszących się do samopoczucia. Respondent w pięciostopniowej skali Likerta wybiera odpowiedzi: 1 – bardzo rzadko, 2 – rzadko, 3 – czasem, 4 – często, 5 – bardzo często, które definiują częstość występowania danego zjawiska w ciągu ostatniego roku. Minimalna suma punktów wynosi 10, a maksymalna 50. Pytanie 4 oraz 10 punktowane są na odwrót. Wyższe wartości świadczą o obecności zmęczenia chronicznego, a wyniki interpretuje się w odniesieniu do średniej i odchylenia w danej próbie.

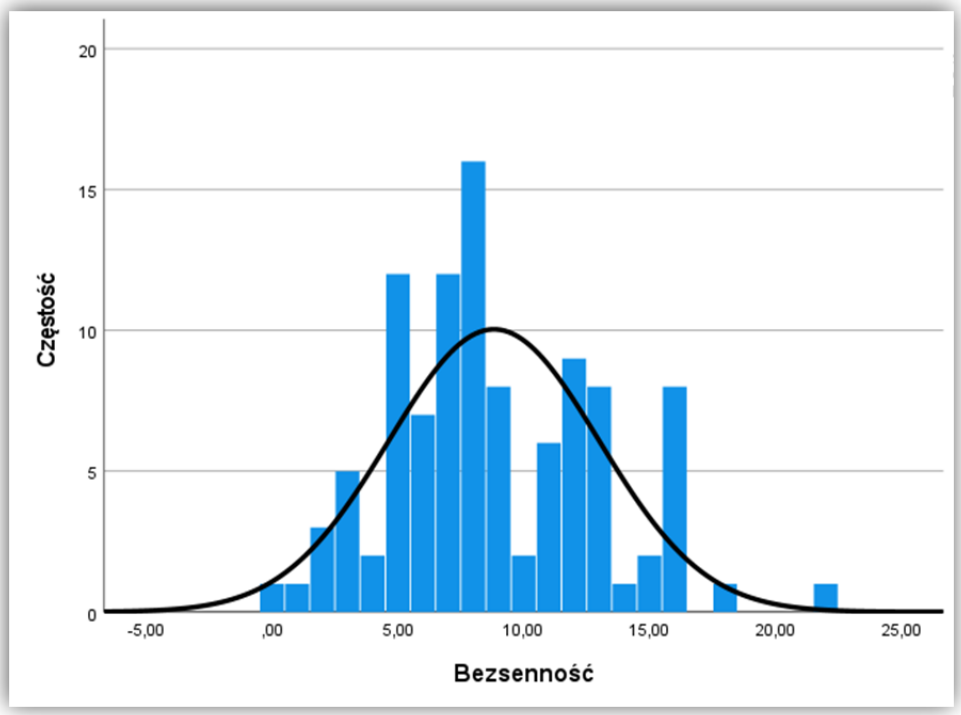
Badanie zostało przeprowadzone w kwietniu 2023r. wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziałach szpitalnych w Polsce. Do zebrania niezbędnych danych użyto kwestionariusza ankiety w wersji elektronicznej, wykorzystując w tym celu platformę Google

Forms. Uczestników zapewniono o anonimowości, dobrowolności i prywatności uzyskanych danych, a także, że w każdej chwili wypełniania arkusza mogą zrezygnować z udziału w badaniu. W badaniu uczestniczyło 98 pielęgniarek (93,34%) i 7 pielęgniarzy (6,66%).

Wiek osób badanych oscylował pomiędzy 23 a 58 rokiem życia. Średnia wieku osób uczestniczących w badaniu wyniosła 34,90 lat. Największą grupę badanych (41,90%) stanowiły osoby pomiędzy 23 a 28 rokiem życia. Największa grupa respondentów (62,86%) deklarowała ukończenie studiów I stopnia, kolejne 26,67% to osoby, które ukończyły studia II stopnia. Pozostałe 10,47%to absolwenci liceum/studium medycznego. Prawie połowa respondentów (49,52%) zadeklarowała ukończenie minimum jednej specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa. Spośród ankietowanych zdecydowana większość (92,24%) pracowała w systemie dyżurów 12-godzinnych. Osoby wyłącznie pracujące stanowiły 53,33% badanych. Większość ankietowanych (48,57%) oceniła swój ogólny stan zdrowia jako przeciętny.

Wyniki

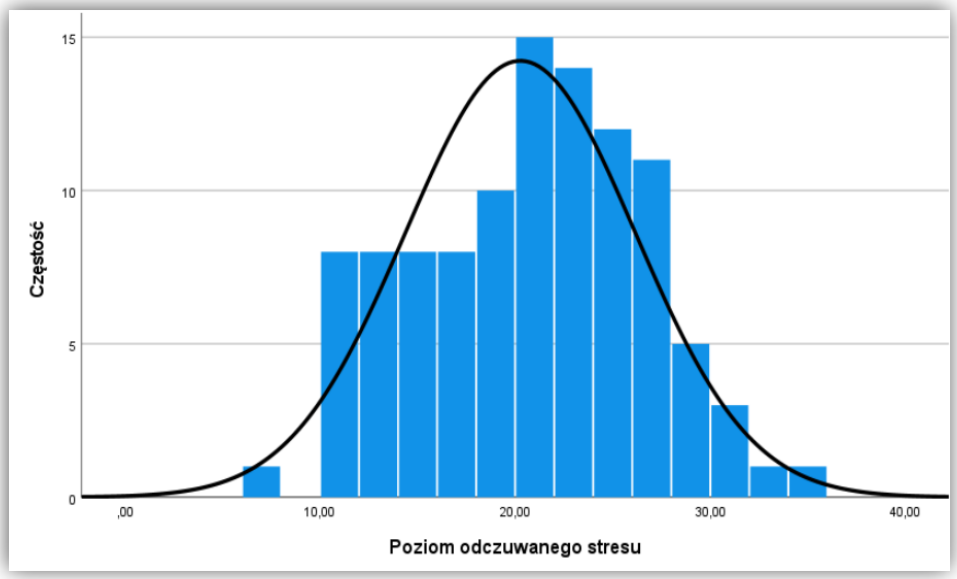
Za pomocą Ateńskiej Skali Bezsenności poznano i oceniono występowanie bezsenności u pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych. Badanie wykazało, że na bezsenność cierpiało 77,14% badanego personelu. Średni wynik przeprowadzonych badań w populacji wyniósł 8,82 punktów. Minimalna ilość punktów wyniosła 0, natomiast maksymalna punktacja uzyskana przez respondentów wyniosła 22 punkty (wykres 1).



Wykres 1. *Bezsenność pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych – przedstawienie wyników punktowych uzyskanych przez respondentów w Ateńskiej Skali Bezsenności.*

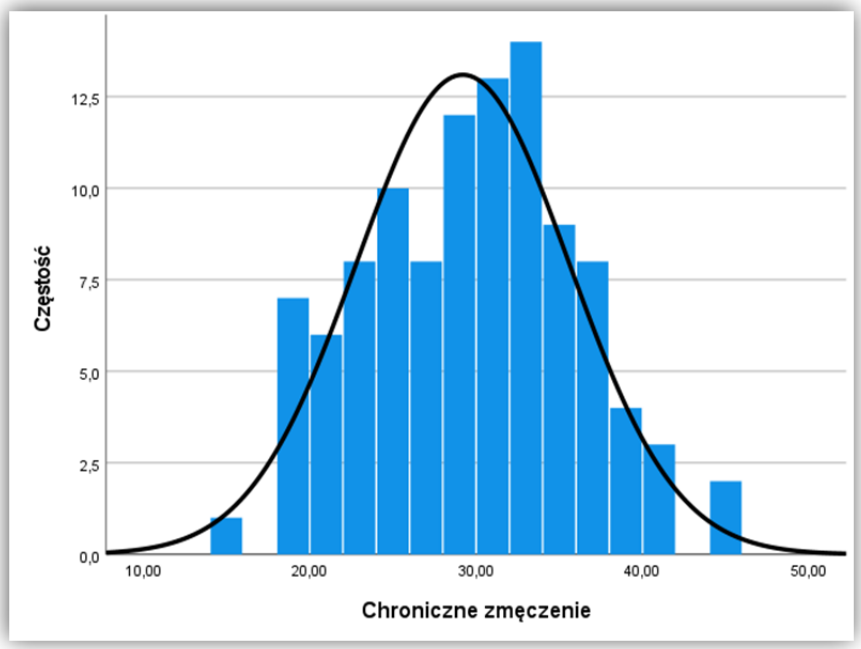
Najczęściej respondenci oceniali, że ich całkowity czas snu był nieznacznie niewystarczający (46,67%). Na wyraźnie niewystarczający czas snu wskazało 40,00% badanego personelu. Wystarczający czas snu występował u 11,43% ankietowanych. Niewiele ponad połowa respondentów (50,48%) oceniła jakość swojego snu niezależnie od czasu jego trwania na nieznacznie niesatysfakcjonującą. Na wyraźnie niesatysfakcjonującą wskazało 27,62% badanych, a dla 4,76% badanych, jakość snu była całkowicie niesatysfakcjonująca. Zaledwie 17,14% badanych odczuwało satysfakcję z jakości swojego snu.

Za pomocą Skali Odczuwanego Stresu PPS-10 poznano i oceniono poziom odczuwanego stresu u pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych. Badanie wykazało wysoki poziom odczuwanego stresu u 59,00% pielęgniarek/pielęgniarzy pracujących w oddziałach szpitalnych. Średni poziom odnotowano u 24,80% badanych, natomiast niski u 16,20% respondentów. Średni wynik przeprowadzonych badań w populacji wyniósł 20,00 punktów. Minimalna ilość punktów wśród badanego personelu wyniosła 7, natomiast maksymalna 34 punktów (wykres 2).



Wykres 2. *Poziom odczuwanego stresu pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych – przedstawienie wyników punktowych uzyskanych przez respondentów w skali PPS-10.*

Za pomocą Skali Chronicznego Zmęczenia FAS poznano i oceniono występowanie chronicznego zmęczenia u personelu pielęgniarskiego pracującego w oddziałach szpitalnych. Badanie wykazało występowanie wysokiego zmęczenia u 16,19% respondentów, u 65,71% badanych odnotowano średnie wartości zmęczenia, natomiast 18,10% ankietowanych odczuwało niski p Średni wynik przeprowadzonych badań w populacji wyniósł 29,2 punktów. Minimalna ilość punktów uzyskana przez ankietowanych wyniosła 15, natomiast maksymalna 45 punktów poziom zmęczenia (wykres 3).



Wykres 3. *Chroniczne zmęczenie pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych – przedstawienie wyników punktowych uzyskanych przez respondentów w skali FAS*

W badaniu dokonano również analizy korelacji między danymi socjodemograficznymi tj. wiek, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna, wykształcenie a poziomem odczuwanego stresu, bezsennością oraz chronicznym zmęczeniem pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych. Analiza wykazała wynik istotny statystycznie w przypadku bezsenności. Efekt ten był umiarkowanie silny. Badani, którzy ukończyli liceum/studium medyczne charakteryzowali się istotnie niższym poziomem bezsenności niż osoby, które posiadały tytuł licencjata (p = 0,005). Zaobserwowano również różnice istotnie statystycznie przypadku respondentów, którzy jednocześnie pracowali i uczyli się – osoby te charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem odczuwanego stresu (p=0,011) i większym nasileniem bezsenności (p=0,024) niż ankietowani, którzy jedynie pracowały.

Dyskusja

W prezentowanej pracy podjęto próbę określenia poziomu odczuwanego stresu, bezsenności oraz chronicznego zmęczenia u pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych.

W badaniu Burda i Gotlib (2013r.), w którym przebadano 100 pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach szpitalnych z wykorzystaniem Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 wykazano, że 84,00% badanego personelu zadeklarowało, że stres był nieodłącznym elementem ich zawodu, a za na czynniki najbardziej stresujące miejscu pracy ankietowane uznały pracę pod presją czasu oraz odpowiedzialność za zdrowie pacjenta [2]. Badania

własne pozwoliły ocenić poziom odczuwanego stresu wśród personelu pielęgniarskiego. Obiektywnie na odczuwanie stresu w pracy wskazało 84,76% ankietowanych. Jako czynniki stresogenne wskazywali najczęściej szybkie tempo pracy, odpowiedzialność za siebie i innych oraz braki w dostatecznej liczbie personelu. Na podstawie kwestionariusza PSS-10 wykazano, że wysoki poziom stresu odczuwało 59,00% pielęgniarek, średni 24,80%, natomiast niski 16,20%.

W badaniu Dudek (2021r.) przeprowadzonym wśród 100 pielęgniarek i pielęgniarzy przy użyciu Skali Chronicznego Zmęczenia FAS oraz Ateńskiej Skali Bezsenności AIS wykazano, że blisko połowa badanego personelu miała objawy zmęczenia chronicznego. Natomiast bezsenność występowała u 36% pielęgniarek [7]. W badaniach własnych wykazano, że na bezsenność cierpiało 77,14% badanego personelu, natomiast 16,19% badanych pielęgniarek odczuwało wysoki poziom zmęczenia. Średnie wyniki odnotowano u 65,71% badanych.

Jak wykazały przeprowadzone badania ponad połowa ankietowanych pielęgniarek pracujących w oddziałach szpitalnych odczuwa wysoki poziom stresu, cierpi na bezsenność oraz odczuwa średni poziom chronicznego zmęczenia. Wobec otrzymanych danych konieczne jest podjęcie działań zaradczych. Działania profilaktyczne powinny zostać podjęte również u reszty personelu pielęgniarskiego ze względu na wysokie ryzyko wystąpienia podobnych objawów i ich późniejszych konsekwencji. Skutecznie przedsięwzięcia obniżające ryzyko wystąpienia bezsenności, chronicznego zmęczenia i zmniejszające poziom odczuwanego stresu powinny uwzględniać działania realizowane przez samego pracownika jak i jego przełożonych i zakład pracy. Pielęgniarki powinny otrzymać odpowiednią wiedzę jak radzić sobie z wymienionymi czynnikami poprzez np. organizowanie szkoleń, konferencji podczas których omawiane byłyby konkretne działania zapobiegawcze i wskazówki. Bezpośredni przełożeni i pracodawcy powinni uświadomić sobie realność problemu, zdiagnozować go i podjąć konkretne działania w celu przeciwdziałania zagrożeniu lub jeśli byłoby to tylko możliwe całkowitemu wyeliminowaniu go.

Wnioski

1. W badanej grupie pielęgniarek u 59,00% stwierdzono wysoki poziom odczuwanego stresu.
2. Wśród badanych pielęgniarek bezsenność stwierdzono u 77,14%
3. U 65,71% badanych odnotowano średnie wartości zmęczenia
4. Pielęgniarki, które jednocześnie pracowały i uczyły się charakteryzowały się wyższym poziomem odczuwanego stresu i występowaniem bezsenności niż osoby wyłącznie pracujące.

Piśmiennictwo

1. STĘPIEŃ M., SZMIGIEL M.: Stres personelu pielęgniarskiego związany z pracą na oddziałach pediatrycznych. Pielęgniarstwo Polskie, 2017;(63):62-68. [Data cytowania: 2022 grudzień 10]. Dostępny pod adresem: http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/article.php?id=285
2. BURBA M., GOTLIB J.: Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w samodzielnym publicznym szpitalu klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. Pielęgniarstwo Polskie, 2017;(63):54-61. [Data cytowania: 2022 grudzień 10]. Dostępny pod adresem: http://www.pielegniarstwo.ump.edu.pl/article.php?id=284
3. JURKIEWICZ B., KOŁPA M.: Stres a ryzyko wystąpienia depresji u ludzi młodych w przedziale wiekowym 20-35 lat. Problemy pielęgniarstwa, 2015;(23):13-19. [Data cytowania: 2022 grudzień 10]. Dostępny pod adresem: https://www.termedia.pl/Stres-a-ryzyko-wystapienia-depresji-u-ludzi-mlodych-w-przedziale-wiekowym-20-35-lat,134,35530,0,0.html
4. TOMASZEK L., CEPUCH G., FUGIEL B.: Sleep disturbances in nurses enrolled in part-time studies. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2015;4(53):86-92. [Data cytowania: 2022 grudzień 30]. Dostępny pod adresem: https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/bitstream/handle/item/137165/tomaszek_cepuch_fugie_sleep_disturbances_in_nurses_enrolled_in_part-time_studies_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. ANDRZEJEWSKA K., SNARSKA K.K., CHORĄŻY M., BROLA W., SZWEDZIŃSKI P., NADOLNY K., ŁADNY J.R., KULIKOWSKI G.: Występowanie zaburzeń snu wśród personelu pielęgniarskiego. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2018;24(2):126-132. [Data cytowania: 2023 styczeń 05]. Dostępny pod adresem: https://www.monz.pl/Wystepowanie-zaburzen-snu-wsrod-personelu-pielegniarskiego,89532,0,1.html
6. WÓJCIK A., JAKUBOWSKI K., BAZALIŃSKI D.: Poziom zmęczenia a natężenie stresu wśród pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych – doniesienie wstępne. Pielęgniarstwo chirurgiczne i Angiologiczne, 2020;4(14):151-157. [Data cytowania: 2023 luty 10]. Dostępny pod adresem: https://www.termedia.pl/Poziom-zmeczenia-a-natezenie-stresu-wsrod-pracownikow-szpitalnych-oddzialow-ratunkowych-doniesienie-wstepne,50,42743,1,0.html
7. DUDEK A.: Chroniczne zmęczenie oraz bezsenność wśród pielęgniarek. Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu, 2021;3(6):38-58. [Data cytowania: 2023 luty 10]. Dostępny pod adresem: https://apcz.umk.pl/IWPNZ/article/view/36081

8. FORNAL-PAWŁOWSKA M., WOŁYŃCZYK-GMAJ D., SZELENBERGER W.: Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności. Psychiatria Polska, 2011;45(2):211-221. [Data cytowania: 2022 październik 10]. Dostępny pod adresem: https://www.psychiatriapolska.pl/Validationof-the-Polish-version-of-the-Athens-Insomnia-Scale,154377,0,1.html

Kontakt:
Natalia Firlit
SKN Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum
Polska
E-mail: natalia.firlit@student.uj.edu.pl

MOŽNÉ RIZIKÁ PRACOVNÉHO VYKORISŤOVANIA OBČANOV POCHÁDZAJÚCICH Z TRETÍCH KRAJÍN

Possible Risks of Labour Exploitation of Third-Country Nationals

Richard Bárta[1]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava

Abstrakt

Úvod: Príspevok priblíži problematikou pracovného vykorisťovania občanov pochádzajúcich z tretích krajín sveta. Chceme hlavne poukázať na dopad pracovného vykorisťovania občanov pochádzajúcich z tretích krajín, o možnostiach prevencie a pomoci takýchto obetí.

Cieľ: Hlavným **c**ieľom nášho výskumu bolo poukázať na význam prevencie a potreby poskytovania sociálnej a poradenskej pomoci obetiam vykorisťovania, občanov pochádzajúcich z tretích krajín, ako aj na sociálno-ekonomické príčiny tohto stavu. Zameriavame sa na informovanosť občanov pochádzajúcich z tretích krajín o problematike vykorisťovania ľudí na nútenú prácu.

Súbor a metodika: Na zhodnotenie úrovne vedomostí občanov z tretích krajín o problematike obchodovania s ľuďmi a ich skúsenosti s pracovným vykorisťovaním sme použili dotazník. Údaje sme získali výlučne od občanov pochádzajúcich z tretích krajín, ktorí prekročili štátnu hranicu za účelom vykonávania práce v zahraničí, teda Schengene. Použili sme metódu kvantitatívneho výskumu. Dotazník bol pripravený v slovenskom, ukrajinskom jazyku a v anglickom jazyku. Na analýzu údajov bola použitá popisná obsahová analýza. Vyplnenie dotazníka absolvovalo viac ako 136 respondentov, občanov pochádzajúcich z tretích krajín, pričom 36 dotazníkov sa nedalo vyhodnotiť, nakoľko tam boli viaceré chyby. Samotný výskum prebiehal v mesiaci september 2023.

Výsledky: Výskumom sme dospeli k nasledujúcim výsledkom a to, že 45% respondentov má minimálne vedomosti ohľadom problematiky obchodovania s ľuďmi a 7% respondentov nemá žiadne vedomosti. Vzhľadom k tomu na množstvo sprostredkovaných kampaní a prístup k internetovým stránkam sú tieto čísla veľmi vysoké. Pri vstupe do Európskej únie, Schengenského priestoru až 48% občanov pochádzajúcich z tretích krajín nedostalo žiadne informácie ohľadom obchodovania s ľuďmi.

Záver: Prácou sme poukázali, že je neustále potrebné venovať zvýšenú pozornosť informovanosti verejnosti o pracovnom vykorisťovaní /obchodovaniu s ľuďmi/ a zapojiť do tohto všetky subjekty štátnej a verejnej správy, ako aj mimovládny sektor. Ostáva aj na mieste,

aby si každý jeden z nás všímal svoje okolie a nezatváral pred pracovným vykorisťovaním oči, lebo v budúcnosti sa to môže stať každému jednému z nás.

Kľúčové slová: Obchodovanie s ľuďmi. Forma. Pracovné vykorisťovanie. Obeť.

Abstract

Introduction: the paper will introduce the issue of labour exploitation of citizens coming from third countries of the world. We mainly want to highlight the impact of labour exploitation of citizens from third countries, the possibilities of prevention and assistance to such victims.

Aim: The main aim of our research was to highlight the importance of prevention and the need to provide social and counselling assistance to victims of exploitation, citizens coming from third countries, as well as the socio-economic causes of this situation. We focus on the survey of the awareness of citizens coming from third countries on the issue of exploitation of people for forced labour.

Set and methodology: a questionnaire was used to assess the level of knowledge of third-country nationals on the issue of trafficking in human beings and their experience of labour exploitation. We collected data exclusively from citizens coming from third countries who crossed the national border to work abroad, i.e. Schengen. We used a quantitative research method. The questionnaire was prepared in Slovak, Ukrainian and English. Descriptive content analysis was used to analyze the data. More than 136 respondents, citizens from third countries, completed the questionnaire, while 36 questionnaires could not be evaluated because there were several errors. The research itself took place in the month of September 2023.

Results: The research led us to the following results, namely that 45% of respondents have minimal knowledge about the issue of human trafficking and 7% of respondents have no knowledge at all. Considering the amount of campaigns mediated and access to websites, these numbers are very high. When entering the European Union, the Schengen area, up to 48% of citizens coming from third countries did not receive any information regarding trafficking in human beings.

Conclusion: Our work has shown that there is a constant need to pay increased attention to public awareness of labour exploitation /human trafficking/ and to involve all state and public administration actors as well as the non-governmental sector. It is also important for each and every one of us to be aware of our surroundings and not to turn a blind eye to labour exploitation, because in the future it could happen to any one of us.

Keywords: Human trafficking. Form. Labour exploitation. Victim.

Úvod

Súčasná situácia vo svete nevynímajúc Slovensko ovplyvnené vojenským konfliktom na Ukrajine, pandémiou COVID-19, či rôznymi energetickými, klimatickými krízami prehlbuje chudobu ľudí, narúša zamestnanosť a vzdelávanie. Takýmto spôsobom narastá nelegálna/legálna migrácia a zvyšuje sa násilie v rôznych častiach sveta. Práve tieto riziká patria medzi najčastejšie príčiny problematiky obchodovania s ľuďmi, kde zaraďujeme aj pracovné vykorisťovanie. Tí, ktorí sú najviac postihnutí chudobou, nevzdelanosťou, či stratou príjmu, práve z týchto dôvodov sú ľudia ochotní prijať akúkoľvek prácu. Práve takouto ponukou na rôzny druh práce sa stane človek ľahko obeťou obchodovania s ľuďmi. Je nevyhnutné, aby sa začalo o tejto problematike viac hovoriť a pracovať na rôznych druhoch prevencii.

Obchodovanie s ľuďmi patrí medzi jeden z najvážnejších globálnych problémov, ktorý sa podarí jedine spoluprácou národných orgánov na medzinárodnej úrovni postupne eliminovať. Praktiky obchodníkov sú neľudské a brutálne, využívajú formy psychického a fyzického týrania tak, aby získali svoju obeť pod kontrolu. Jedná sa o multimiliardový zločinecký priemysel, ktorý takto oberá o slobodu približne 25 miliónov ľudí po celom svete. Pri takomto vysokom príjme je zrejmé, že kultúrne a morálne hodnoty sa rýchlo zmenia. Dôvodom, prečo sme si vybrali práve túto tému je fakt, že vďaka práci sa dennodenne stretávame s množstvom migrantov pochádzajúcich z tretích krajín, ktorí utekajú pred vojnou alebo si len hľadajú lepšie miesto pre svoj život a svoju prácu. V čase po vypuknutí vojnového konfliktu na Ukrajine, štátne hranice s UKR a SR obkľúčilo množstvo zraniteľných žien, detí a mužov, ktorí sa ocitli v bezvýchodiskovej situácií. Až vtedy obchodníci z ľuďmi bez akýchkoľvek zábran či bariér hromadne lákali a verbovali pod záštitou lepšej budúcnosti ľudí na prácu do zahraničia, ženy a deti s ponukou ubytovania. Obchodovanie s ľuďmi sa tak odohrávalo priamo pred zrakmi ľudí čo im pomáhalo v ich neľahkej životnej situácii na Slovenskej strane. Preto je nesmierne dôležité zvyšovať povedomie a informácie aj o takýchto nekalých praktikách v našej spoločnosti.

Formy obchodovania s ľuďmi

Vychádzajúc z definície pojmu obchodovanie s ľuďmi môžeme sa bližšie pozrieť na formy obchodovania s ľuďmi:

- *Sexuálne vykorisťovanie* je vlastne zlákanie zraniteľnej osoby alebo mladistvej osoby pod vidinou dobre zaplatenej práce napríklad prácou čašníčky a ďalej sú donútené vykonávať sexuálne služby, kedy sú už obete zastrašované, bité, vydierané, všetky dosiahnuté zisky sú odovzdávané obchodníkovi, väčšinou sú obete pod vplyvom drog alebo iných omamných látok. Pri sexuálnom obchodovaní sa stáva obeťou najmä žena ale taktiež aj deti. Obchodníci sa spoliehajú na vykorisťovanie ženskej chudoby a beztrestnosť mužských požiadaviek na ponúkaný sex.

- *Pracovné vykorisťovanie* znamená zneužívanie ľudí na pracovisku za účelom zisku. Zneužívanie môže byť priame a brutálne alebo oveľa menej zrejmé. Jeho dopad je však pre obete zničujúci, psychicky, fyzicky, emocionálne a finančne. Obchodovanie s ľuďmi za účelom pracovného vykorisťovania je pomerne dosť časté. Obchodník pod zámienkou perspektívnej práce a vysokého zárobku zláka obeť nielen do zahraničia na prácu, pomôže mu napríklad aj s vybavením všetkých potrebných dokladov, zabezpečením stravy či ubytovania. Po pricestovaní do zahraničia väčšinou obchodníci obeti všetky doklady zadržiavajú. Obete obdržia minimum peňazí za svoju vykonanú prácu, len na základné potreby. Okrem tohto obchodníci zneužívajú aj doklady obete na čerpanie rôznych úverov, podpor, sociálnych výhod danej krajiny, atď.
- *Nútený sobáš* alebo aj nútené manželstvo znamená manželstvo s jedným alebo viacerými prvkami sily, podvodu alebo nátlaku a kde jedna alebo obe strany nesúhlasia alebo nemôžu so sobášom súhlasiť. Súhlas k sobášu teda znamená, že ste dali svoj úplný, slobodný a informovaný súhlas so sobášom za zamýšľaného manželského partnera a s načasovaním sobáša. Nútené manželstvo môže nastať, keď členovia rodiny alebo iní ľudia používajú fyzické alebo emocionálne násilie, vyhrážky alebo podvody, aby vás prinútili uzavrieť manželstvo bez vášho súhlasu. Mnohokrát si môžeme zmýliť nútený sobáš s dohodnutým manželstvom. Dohodnuté manželstvo nie je to isté a ešte existuje v niektorých kultúrach. V dohodnutom manželstve rodiny vyberajú partnerov pre svoje deti, ale obaja jednotlivci si slobodne môžu vybrať, či sa vezmú(Čečot a kol. 2013).
- *Nútené žobranie* je pomerne dosť časté aj v Slovenskej republike. Zväčša obete obchodníci bijú, vyhrážajú sa im a zoberú od nich všetky peniaze, ktoré získali žobraním. Najhoršie je, že často sú aj deti donútené žobrať svojimi rodičmi, súrodencami, opatrovníkmi alebo inou treťou osobou. Niekedy sú deti prinútené brať aj drogy do takej miery, aby sa u nich vytvorila závislosť. Žobranie sa potom stáva nástrojom na kŕmenie ich závislosti. Čo sa týka postavenia obetí, tie sú často z chudobných krajín, bez znalosti jazyka.
- *Nelegálne adopcie* sú zväčša späté s inými trestnými činnosťami ako je napríklad únos detí, falšovanie a pozmeňovanie dokladov, či nelegálny predaj detí. Často sú deti kupované z chudobných rodín alebo unesené z ich domovov, ulíc alebo ústavov. Ilegálne získané deti sú potom takpovediac „prané“ cez adopčný systém prostredníctvom sfalšovaných dokladov.
- *Nelegálny obchod s ľudskými orgánmi* je vlastne nezákonné odoberanie orgánov spojený s predajom tkanín a orgánov. Obchodníci s orgánmi profitujú v tieni, zatiaľ čo ich deštruktívna lekárska stopa je jediná vec, ktorú je cítiť. Zraniteľné skupiny obyvateľstva, známe ako „darcovia“ a príjemcovia z prvého sveta, sú vystavení

vážnemu vykorisťovaniu a celoživotným zdravotným následkom. Ceny orgánov sa pohybujú v neuveriteľne vysokých číslach, avšak obeť z tejto sumy dostane minimum alebo aj nič. Tento obchod je spájaný s neskutočne vysokými finančnými prostriedkami, ktoré sa podľa odhadov pohybujú aj okolo dvoch miliárd ročne (Global financial integrity, 2017). Nelegálny obchod je možné vystopovať len na základe zrealizovaných transplantácií. Nie všetky transplantácie môžu mať základ obchodovania s orgánmi, ale aj na základe štatistických údajov je možné vypátranie organizovaných skupín, ktoré sa venujú obchodovaniu s orgánmi. Podľa Svetovej databáze o darcovstve a transplantáciách v roku 2019 najviac transplantácií orgánov bolo zrealizovaných v Spojených štátoch amerických, v Španielsku, Francúzsku či v Kanade. Deviate miesto v rebríčku s transplantáciami drží Česká republika. Najčastejšie sa jedná o transplantáciu obličiek. V nasledujúcom Obrázku 2 si môžeme zo zvedavosti pozrieť, koľko transplantácií bolo vykonaných v roku 2021 v Európe. Pod transplantáciami sa myslia obličky, srdce, pľúca, pečeň, pankreas, tenké črevo. Červenou farbou sú zvýraznené krajiny, kde je najväčší podiel transplantácií (The Global database od donation and transplatation, 2021).

Pomoc a ochrana

Podľa Národného programu boja proti Obchodovaniu s ľuďmi na roky 2024-2028 vychádzajúc zo záväzkov SR pre túto oblasť, je nevyhnutnosťou vybudovať a udržiavať komplexný systém pomoci a ochrany obetí postavený na princípoch dodržiavania ľudských práv a slobôd pri zachovaní individuálneho prístupu k potrebám obetí. Obeť má v podmienkach SR niekoľko možností poskytnutia pomoci. Významným inštitucionálnym zabezpečením pomoci pre obete je najmä špecializovaný program pomoci MV SR, ktorý je zameraný špecificky len na obete trestného činu obchodovania s ľuďmi, a teda poskytované služby sú šité na mieru pre túto skupinu obetí.

Okruh sociálnych služieb, ktorých cieľom je poskytnutie krízovej intervencie je upravený osobitným zákonom. Sociálne služby krízovej intervencie sa poskytujú aj fyzickej osobe, ktorá je ohrozená správaním iných fyzických osôb alebo ak sa stala obeťou správania iných fyzických osôb. Obsahom tohto pojmu je aj obchodovanie s ľuďmi. Postup pri identifikácii obetí v SR, ako aj pri ich prípadnom zaradení do programu pomoci, je upravený v Národnom referenčnom mechanizme (NRM).

Zabezpečenie ochrany základných ľudských práv a dôstojnosti obetí a následného poskytnutia pomoci, je podmienené ich včasnou identifikáciou, a to predovšetkým medzi zraniteľnými skupinami. Globálna správa UNODC o obchodovaní s ľuďmi 2022 konštatuje, že je identifikovaných menej obetí a pandémia COVID-19 a ďalšie krízy zvyšujú zraniteľnosť voči vykorisťovaniu. K najzraniteľnejším osobám patria predovšetkým deti, tehotné ženy,

jednorodičovské rodiny, najmä tie na čele ktorých stoja ženy, seniori, osoby so zdravotným postihnutím alebo mentálnym znevýhodnením, ľudia, ktorí žijú v marginalizovaných komunitách alebo pochádzajú z prostredia generačnej chudoby, ľudia utekajúci pred vojnovým konfliktom v ich domovskej krajine, akými sú v súčasnosti predovšetkým občania Ukrajiny, čo pro futuro môžu byť aj štátni príslušníci iných krajín, či cudzinci vo všeobecnosti.

Smernica 2011/36/EÚ v čl. 2 odsek 2 uvádza, že osoba sa nachádza v zraniteľnom postavení, keď nemá inú reálnu alebo prijateľnú možnosť, než sa podvoliť súvisiacemu zneužitiu. Takéto špecificky zraniteľné postavenie je potrebné premietnuť aj do cieleného prístupu, nástrojov a služieb pri identifikácii, pomoci a integrácii obetí so zameraním sa najmä na vypracovanie materiálov na zvyšovanie povedomia pre štátnych príslušníkov Ukrajiny a tretích krajín, varujúcich pred nebezpečenstvom a rizikami, ktoré môžu viesť k obchodovaniu s ľuďmi, šírených vo viacerých jazykoch (vrátane ukrajinčiny) prispôsobených potrebám špecifických skupín, ako sú ženy a deti, ktoré sú v súčasnom kontexte vystavené zvýšenému riziku; ciele na systematickú prípravu odborníkov v oblasti zraniteľnosti a identifikácie obetí medzi cudzincami, najmä u tých profesijných skupín, u ktorých je predpoklad, že prídu do kontaktu s obeťami; scitlivovanie inšpektorov práce, pracovníkov cudzineckej polície a iných odborníkov zapojených do kontrolných mechanizmov s využitím prístupu zameraného na obete; zameranie sa na účinné uplatňovanie lehoty na rozmyslenie, v prípade obetí medzi cudzincami; umožnenie všetkým obetiam obchodovania (vrátane osôb prekračujúcich štátne hranice bez platných cestovných dokladov a oprávnení na vstup), uplatniť svoje právo na odškodnenie zabezpečením prístupu k právnej pomoci, ako aj vytvorenie súboru nástrojov a možností pre využívanie kultúrnych mediátorov. Počet cudzincov (občanov EÚ a migrantov z krajín mimo EÚ), ktorí boli na Slovensku detegovaní a formálne identifikovaní ako obete, je dlhodobo veľmi nízky (Kubovčíková, 2013). V roku 2021 boli ako obete identifikovaní 2 cudzinci spomedzi celkovo 43 identifikovaných obetí. Za posledných osem rokov išlo predovšetkým o prípady pracovného a sexuálneho vykorisťovania, ako aj nútené sobáše. Obeťami boli ženské, aj mužské obete. Z dôvodu malého počtu identifikovaných obetí medzi cudzincami nie je možné považovať jednotlivé charakteristiky za reprezentatívne. Všetky prípady sa líšili natoľko, že je ťažké hovoriť o spoločných charakteristikách. Dá sa predpokladať, že reálny počet obetí z radov cudzincov je vyšší. Dôvodom nízkeho počtu odhalených obetí môže byť tranzitný charakter krajiny, ako aj nedôvera cudzincov voči štátnym orgánom v krajine.

Riziká pracovného vykorisťovania občanov z tretích krajín

Aby sme mohli lepšie nastaviť prevenciu voči pracovnému vykorisťovaniu je dôležité správne pomenovať riziká pracovného vykorisťovania, najmä u občanov z tretích krajín, ktorí si hľadajú prácu v krajinách EÚ. Rizikové faktory môžeme rozdeliť do viacerých skupín.

Medzi riziká, ktoré sa viažu na osobné postavenie pracovníka patria jednoznačne vzdelanie jednotlivca, úroveň informovanosti ohľadom obchodovania s ľuďmi a pracovného vykorisťovania, nízke sebavedomie, sociálne pomery v rodine, zlá sociálno-ekonomická situácia rodiny, kočovný spôsob života, celková zraniteľnosť osoby (Národný program, 2018). Sú to vlastnosti, s ktorými disponuje človek a ktoré majú podstatný vplyv na rozhodnutie človeka pri hľadaní si práce. Medzi ďalšie riziká pracovného vykorisťovania patri faktory týkajúce sa pracovísk. Medzi ne patria napríklad odbory, nedostatočné transparentné pracovné vzťahy. Dostatok monitorovaních pracovísk zo strany štátnych inštitúcií by mal výrazne eliminačný vplyv na pracovné vykorisťovanie zamestnancov. Ďalším rizikovým faktorom zvyšujúci pracovné vykorisťovanie sa týkajú právneho a inštitucionálneho rámca danej krajiny. Prísne právne a legislatívne nastavené podmienky majú výrazný vplyv na elimináciu zamestnávateľov ohľadom pracovného vykorisťovania svojich zamestnancov. Pod hrozbou vysokých sankcií a odhalených a odsúdených páchateľov má výrazne znižujúci vplyv na vznik pracovného vykorisťovania v danej krajine. Podľa Halcina (2007, 46 s) riziko pracovného vykorisťovania predstavuje aj nižšie riziko odhalenia potrestania páchateľov, ktorí zneužívajú postavenie migrantov krajine a to hlavne z dôvodu ich nelegálneho pobytu. Ďalšími faktormi sú hospodárska a finančná kríza krajiny migranta, vojna, energetické krízy. Posledným, avšak nie bezvýznamným rizikovým faktorom pracovného vykorisťovania sú samotní zamestnávatelia. V súčasnosti je veľmi nízka úroveň povinne poskytovaných informácií zo strany zamestnávateľov ohľadne humánnych podmienok svojich zamestnancov, vrátane interných politík zamestnávateľa, ktorými sa riadi. Podniky by mali zverejňovať aj také nefinančné informácie, ktoré spotrebitelia zohľadnia pri kúpe výrobkov.

Vzhľadom k tomu, že uvedená problematika nám nie je ľahostajná a každým dňom sa s ňou stretávame v bežnom živote sme sa rozhodli uskutočniť výskum, kde si nižšie v texte rozoberieme podrobnejšie náš výskum so samotným zistením a záverom.

Mechanizmus a znaky obchodovania s ľuďmi

Medzi tri základné prvky, definované v článku 3 písm. a) Protokolu o prevencii, potláčaní a trestaní obchodovania s ľuďmi, osobitne so ženami a deťmi, doplňujúci Dohovor Organizácie spojených národov proti nadnárodnému organizovanému zločinu, ktoré charakterizujú obchodovania s ľuďmi patria:

1. *Konanie:* verbovanie, preprava, odovzdanie, prechovávanie alebo prevzatie ľudí
2. *Prostriedky:* hrozba alebo požitie násilia, iné formy donucovania, únos, podvod, lesť, zneužitie právomoci, zneužitie zraniteľného postavenia, poskytnutie platieb alebo prospechu na dosiahnutie súhlasu osoby, majúcej kontrolu nad inou osobou

3. *Účel:* sexuálne vykorisťovanie (nútená prostitúcia a iné formy), nútená práca alebo služba, otroctvo alebo praktiky podobné otroctvu, nevoľníctvo, odoberanie orgánov (Bárta, 2019, s.226)

Cieľ výskumu:

Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zanalyzovanie a zhodnotenie úrovne vedomostí občanov pochádzajúcich z tretích krajín o problematike obchodovania s ľuďmi, taktiež ich osobné skúsenosti s jednou z foriem a to pracovným vykorisťovaním.

Na základe vyššie uvedeného hlavného cieľa sme si stanovili nasledujúce čiastkové ciele:

1. Preskúmať a analyzovať spôsoby hľadania si práce občanov z tretích krajín v Slovenskej
   republike a krajinách EÚ,
2. Preskúmať a analyzovať úroveň vedomostí o obchodovaní s ľuďmi v nadväznosti na pracovné vykorisťovanie,
3. Preskúmať a analyzovať , či nedošlo k pracovnému vykorisťovaniu občanov pochádzajúcich z tretích krajín,
4. Preskúmať rozmery pracovného vykorisťovania občanov z tretích krajín a ich stav smerujúci k pracovnému vykorisťovaniu.

V súvislosti so stanovenými čiastkovými cieľmi sme si určili tri pracovné hypotézy:

H1: Nízke platy a slabé sociálne zabezpečenie podnecujú občanov pochádzajúcich z tretích krajín k hľadaniu si práce v zahraničí.

H2: Občania z tretích krajín, ktorí pochádzajú z malých miest a obcí majú nižšiu úroveň vedomostí o pracovnom vykorisťovaní ako občania z tretích krajín, ktorí pochádzajú z väčších miest.

H3: Občania z tretích krajín s nízkym vzdelaním majú väčšie skúsenosti s pracovným vykorisťovaním, ako občania z tretích krajín z vyšším vzdelaním.

Metodika práce

Na zhodnotenie úrovne vedomostí občanov z tretích krajín o problematike obchodovania s ľuďmi a ich skúsenosti s pracovným vykorisťovaním sme použili štruktúrovaný dotazník. Údaje sme získali výlučne od občanov pochádzajúcich z tretích krajín, ktorí prekračovali štátnu hranicu medzi UKR a SR za účelom vykonávania práce v zahraničí. Použili sme metódu kvantitatívneho výskumu. Dotazník bol pripravený v slovenskom, ukrajinskom jazyku a v anglickom jazyku. Na analýzu údajov bola použitá popisná obsahová analýza.

Občania z tretích krajín sa zúčastnili dotazníka, ktorého cieľom bolo zistenie skúsenosti s pracovným vykorisťovaním a ich úroveň vedomostí o tejto problematike. Štruktúrovaný dotazník tvorilo 22 otázok. Otázky v dotazníku boli rozdelené na tri časti. Prvá časť bola určená na demografickú a sociálnu identifikáciu respondenta, druhá časť otázok sa zameriavala na skúsenosti s pracovným vykorisťovaním a tretia časť stanovená na zistenie úrovne vedomostí občanov z tretích krajín o pracovnom vykorisťovaní Vyplnenie dotazníka absolvovalo 136 respondentov, občanov pochádzajúcich z tretích krajín, a samotný zber bol v mesiaci september 2023.

Interpretácia výsledkov

Zber dát prebiehal na hraničnom prechode Ubľa medzi SR a UKR. Vyhodnotenie výskumu sme spracovali vo forme grafov a tabuliek. Úvod výskumu tvoria otázky zamerané na sociálno-demografické postavenie respondentov, z ktorých vieme analyzovať oslovenú vzorku občanov pochádzajúcich z tretích krajín.

***Tabuľka 1** Znázorňuje sociálno-demografické zloženie respondentov*

Pohlavie	**Počet**	**n (%)**
Muž	**61**	61,00%
Žena	**39**	39,00%
Vek		
18 - 25 rokov	**45**	45,00%
26 - 35 rokov	**19**	19,00%
36 - 45 rokov	**18**	18,00%
46 - 55 rokov	**17**	17,00%
56 – 65 rokov	**1**	1,00%
66 a vyššie	**0**	0,00%
Národnosť		
Ukrajinská	**98**	98,00%
Bieloruská	**0**	0,00%
Ruská	**1**	1,00%
Gruzínska	**0**	0,00%
Iná	**1**	1,00%
Cieľová krajina		
Slovenská republika	**70**	70,00%
Česká republika	**15**	15,00%
Nemecko	**6**	6,00%
Rakúsko	**0**	0,00%
Iná	**9**	9,00%
Pochádzajú z:		
Mesto	**52**	52,00%
Obec	**39**	39,00%
Nechcem uviesť	**9**	9,00%

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe údajov z výskumného dotazníka

Z tabuľky 1 môžeme vidieť, že zo všetkých oslovených respondentov až 61 % tvorili muži. Najviac opýtaných respondentov bolo vo veku od 18 až 25 rokov (45 % oslovených respondentov). Práve mladí ľudia najčastejšie odchádzajú z domovov za prácou do zahraničia. V značnej miere sú to aj študenti, ktorí študujú na Slovensku a popri vzdelaní vykonávajú pracovnú činnosť. Z pohľadu národnostného zloženia väčšina oslovených respondentov boli ukrajinskej národnosti. Súčasná situácia na Ukrajine ovplyvnená vojenským konfliktom umožňuje Ukrajinským občanov cestovať na Slovensko a požiadať o dočasné útočisko. Množstvo Ukrajinských občanov si tak Slovenskú republiku vyberie za nový domov, kde si hľadá nové bývanie a prácu. To nám ukazuje aj nasledujúci údaj, keď zo 100 opýtaných občanov z tretích krajín až 70 % percent cestovalo priamo do Slovenskej republiky, 15 % do Českej republiky a 6 % do Nemecka. Medzi iné cieľové krajiny respondenti uviedli Poľsko, Kanadu, Veľká Británia alebo aj dosť vzdialené Fínsko.

Tabuľka 2 *Znázorňuje dôvody hľadania si práce v zahraničí a spôsob hľadania*

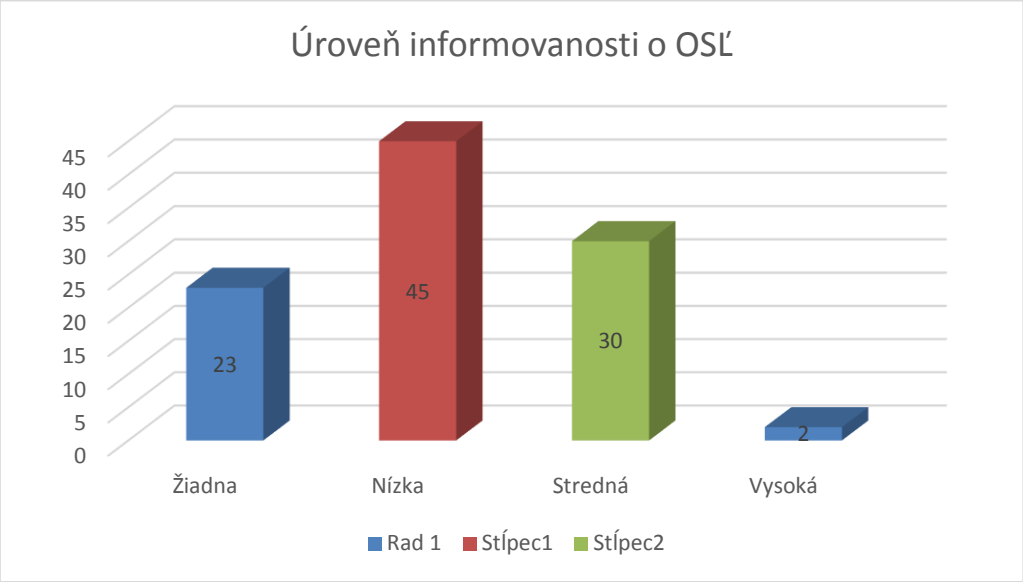
Prečo ste sa rozhodli odísť pracovať do zahraničia:	**Počet**	**n (%)**
nezamestnanosť	**19**	19,00%
slabé finančné ohodnotenie	**31**	31,00%
slabé možnosti uplatnenia v mojej profesii v domovskej krajine	**18**	18,00%
odchod za rodinou	**20**	20,00%
odchod za lepším sociálnym zabezpečením	**21**	21,00%
Iné	**12**	12,00%
Ako ste si našli prácu v zahraničí:		
Prostredníctvom internetu	**28**	28,00%
Prostredníctvom pracovnej agentúry	**5**	5,00%
Prostredníctvom priateľa, známeho	**64**	64,00%
Prostredníctvom inzercie v novinách, časopisoch	**1**	1,00%
Iné	**2**	2,00%

Zdroj: Vlastné pracovanie na základe údajov z výskumného dotazníka

Súčasťou výskumu boli aj otázky zamerané na dôvod hľadania si práce v zahraničí a aj spôsob hľadania. Predchádzajúca tabuľka 2 je zhrnutím dôvodov, prečo si občania hľadali prácu v Európskej únii a taktiež akým spôsobom si ju vyhľadali. Najčastejším dôvodom pre odchod za prácou do zahraničia (EÚ) je slabé finančné ohodnotenie v domovskej krajine a odchod za lepším sociálnym zabezpečením. Až 64 % opýtaných respondentov si prácu našlo prostredníctvom svojho priateľa, známeho. Z 28 % opýtaných respondentov si našli prácu

prostredníctvom internetu. Medzi iné dôvody odchodu do zahraničia (EÚ) uviedli aj ruskú agresiu a vojnu voči ich domovskej krajine.

Vo vzťahu k predmetu výskumu boli zisťované aj vedomosti respondentov a úroveň informovanosti ohľadom problematiky obchodovania s ľuďmi a z jednou týkajúcich sa foriem a to pracovného vykorisťovania. Získané a vyhodnotené informácie máme znázornené nižšie v Grafe 1.



Graf 1 *Znázorňuje úroveň informovanosti o problematike OSĽ*

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe údajov z výskumného dotazníka

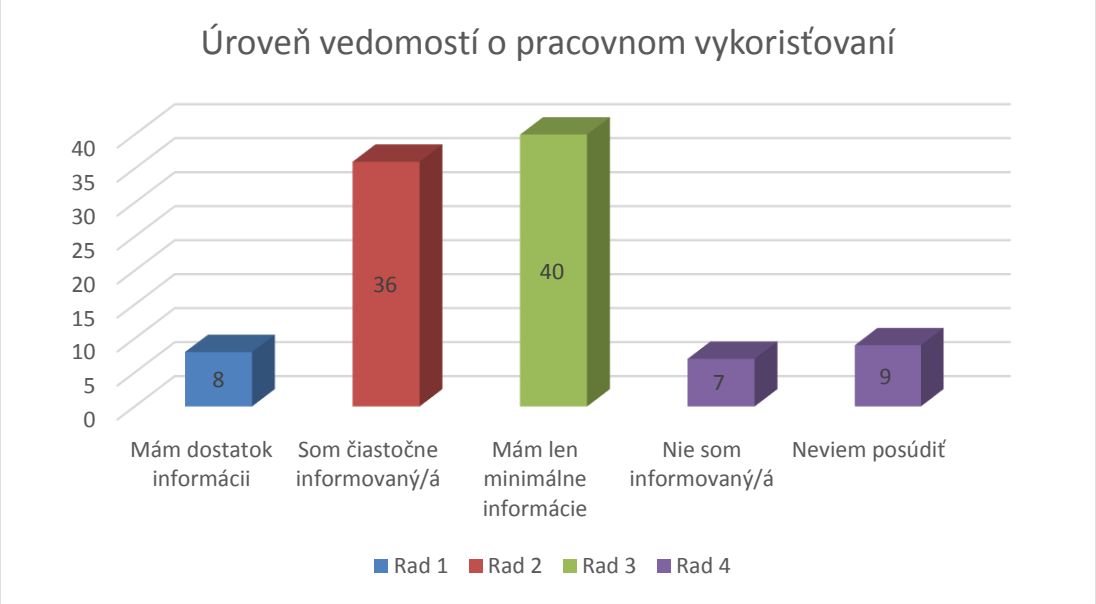
Ako je z Grafu 1 zrejmé, viac než polovica opýtaných respondentov má o tom, čo je vlastne trestný čin obchodovanie s ľuďmi buď žiadne alebo minimálne vedomosti. 23 % opýtaných respondentov nemá žiadne vedomosti, vlastne nevie čo je to problematika obchodovanie s ľuďmi a 45 % opýtaných respondentov má úplne nízke vedomosti. Z uvedeného teda vyplýva, že si opýtaní respondenti myslia, že majú vedomosť o problematike, trestnom čine obchodovanie s ľuďmi. Tieto čísla sú viac než alarmujúce, pretože ak človek nemá vedomosti o danej problematike obchodovania s ľuďmi, tak je potom veľmi náročné sa mu vyvarovať. Zo získaných údajov potom vyplýva, že až 31 opýtaných respondentov považuje za obchodovanie s ľuďmi aj pašovanie migrantov a 7 ľudí si myslí, že obchodovanie s ľuďmi je aj predaj drog a iných návykových látok. Pričom tieto nelegálne činnosti nepatria medzi obchodovanie s ľuďmi, aj keď často sú s tým úzko spojené.

Tabuľka 3 *Čo si predstavujete pod pojmom obchodovanie s ľuďmi*

Čo si predstavujete pod pojmom obchodovanie s ľuďmi	**Počet**
Pracovné vykorisťovanie	**75**
Sexuálne vykorisťovanie	**65**
Nútené žobranie	**46**
Nelegálna adopcia detí, únosy detí	**26**
Nelegálne obchodovanie s ľudskými orgánmi	**24**
Pašovanie migrantov	**31**
Predaj drog a iných návykových látok	**7**
Iné	**2**

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe údajov z výskumného dotazníka

Otázky uvedené v dotazníku boli tiež zamerané na konkrétnu úroveň informovanosti o pracovnom vykorisťovaní a skúseností s pracovným vykorisťovaním.

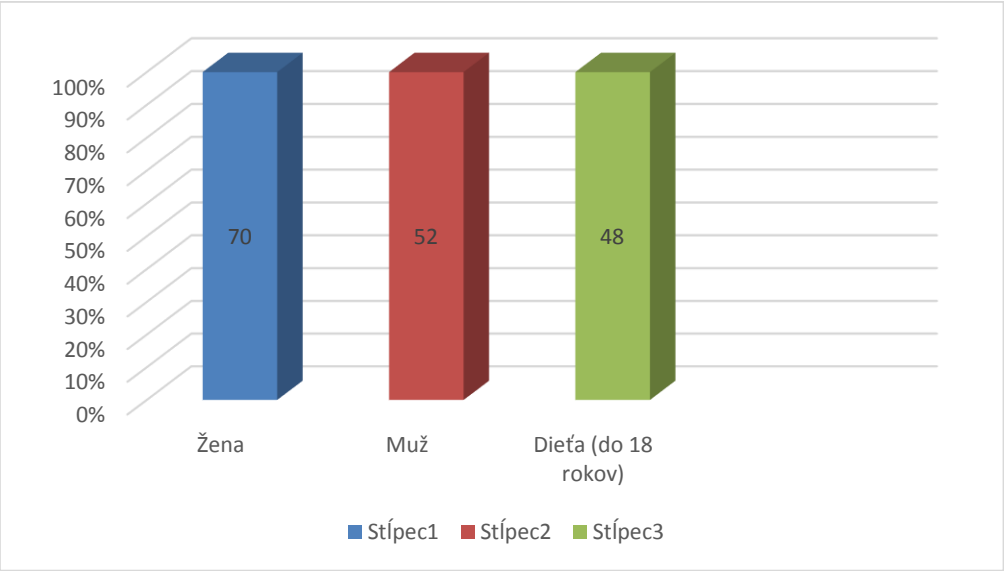


Graf 2 *Úroveň vedomostí respondentov o problematike pracovného vykorisťovania*

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe údajov z výskumného dotazníka

V Grafe 2 máme znázornené vyhodnotenie na otázku ohľadom úrovne vedomosti k problematike obchodovania s ľuďmi a z jednou foriem, kde je aj pracovné vykorisťovanie. Len 8 opýtaných respondentov považuje svoje informácie o pracovnom vykorisťovaní dostatočnú, pričom až 40 opýtaných respondentov považuje svoje vedomosti o pracovnom vykorisťovaní za minimálne a 36 respondentov odpovedalo, že sú čiastočne informovaní.

Tak ako je znázornené v Grafe 3, väčšina opýtaných respondentov si myslí, že obeťou pracovného vykorisťovania sa môžu stať väčšinou ženy. Dokonca poniektorí muži si myslia, že obeťami pracovného vykorisťovania sa muži nemôžu stať. Opak je však pravdou, obeťou pracovného vykorisťovania sa môžu stať všetci bez ohľadu na vek a pohlavie. Tieto odpovede súvisia aj s úrovňou informovanosti respondentov o pracovnom vykorisťovaní.



Graf 3 *Rozdelenie respondentov podľa obete pracovného vykorisťovania*

Zdroj: Vlastné spracovanie na základe údajov z výskumného dotazníka

Výsledky a overenie hypotéz

H1: *Nízke platy a slabé sociálne zabezpečenie podnecujú občanov pochádzajúcich z tretích krajín k hľadaniu si práce v zahraničí.*

Na zistenie tejto hypotézy bola v dotazníku uvedená jedna uzatvorená otázka „*Prečo ste sa rozhodli odísť pracovať do zahraničia?*“. Otázka obsahovala viacero možností, pričom respondenti ich mohli označiť za odpoveď. Slabé finančné ohodnotenie v ich domovskej krajine prinútilo až 31 opýtaných respondentov odísť do zahraničia a hľadať si prácu. Druhým dôvodom, prečo občania pochádzajúci z tretích krajín odišli za prácou do zahraničia (EÚ) je vidina lepšieho sociálneho zabezpečenia, akým sú napríklad starobné dôchodky. Až 21 opýtaných respondentov tento dôvod uviedli za podstatný pri odchode do zahraničia. Vysoká nezamestnanosť v domovskej krajine prinútilo 19 opýtaných respondentov odísť za prácou do zahraničia.

Na základe vyhodnotenia výskumu, môžeme usúdiť, že horeuvedená hypotéza sa potvrdila.

H2: *Občania z tretích krajín, ktorí pochádzajú z malých miest a obcí majú nižšiu úroveň vedomostí o pracovnom vykorisťovaní ako občania z tretích krajín, ktorí pochádzajú z väčších miest.*

Na zistenie tejto hypotézy bola v predloženom dotazníku uvedená uzatvorená otázka „*Pochádzate z*“, kde až 52 opýtaných respondentov pochádzalo z mesta a 39 respondentov pochádzalo z obce. Na overenie danej hypotézy bola položená otázka „*Máte podľa Vás dostatok informácií o pracovnom vykorisťovaní*“, kde až 8 opýtaných občanov pochádzajúcich z tretích krajín, ktorí tvrdili, že pochádzajú z mesta nemajú žiadne informácie ohľadom pracovného vykorisťovania. Len 10 opýtaných respondentov, ktorí uviedli vo svojej odpovedi, že pochádzajú z mesta majú dostatok informácií o pracovnom vykorisťovaní.
Na základe overenia danej hypotézy týmito otázkami sme zistili, že daná hypotéza sa nepotvrdila.

H3: Občania z tretích krajín s nízkym vzdelaním majú väčšie skúsenosti s pracovným vykorisťovaním, ako občania z tretích krajín z vyšším vzdelaním.

Naším cieľom tejto hypotézy bolo potvrdiť, že občania, ktorí pochádzajú z tretích krajín a majú nízke vzdelanie, tým máme na mysli základné vzdelanie a stredné odborné vzdelanie (mimo lýcea) majú väčšie skúsenosti s pracovným vykorisťovaním, ako občania z tretích krajín, ktorí majú dosiahnuté vyššie vzdelanie, teda vysokoškolské. Na overenie danej hypotézy boli v dotazníku uvedené dve otázky, a to otázka týkajúca sa dosiahnutého vzdelania „*Vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie*“ a otázka týkajúca sa skúsenosti s pracovným vykorisťovaním „*Stretli ste sa niekedy s prípadom pracovného vykorisťovania*“. Zo všetkých respondentov až 12 opýtaných respondentov dosiahli základné vzdelanie. Z toho až 14 respondentov sa stretlo s pracovným vykorisťovaním vo svojom okolí a dokonca až 5 opýtaných respondentov má osobnú skúsenosť s pracovným vykorisťovaním.

Zo všetkých 100 respondentov až 29 tvorilo občanov z tretích krajín, ktorí dosiahli vysokoškolské vzdelanie. Z tých 29 opýtaných respondentov len 7 opýtaných mali skúsenosť s pracovným vykorisťovaním vo svojom okolí a 3 opýtaní mali vlastnú osobnú skúsenosť.
Na základe vyhodnotenia výskumu, môžeme usúdiť, že horeuvedená hypotéza sa potvrdila.

Diskusia

V našom výskume sme sa zamerali na pracovné vykorisťovanie a riziká pri občanoch pochádzajúcich z tretích krajín. Dospeli sme k záveru, že pracovné vykorisťovanie je veľmi výhodný obchod, ktorý nezmizol zrušením otroctva ale v značnej miere nás obklopuje aj v

dnešnej dobe. Vo väčšine prípadov občania pochádzajúci z tretích krajín, ktorí sa zúčastnili výskumu, ako hlavný dôvod, prečo sa rozhodli odísť do zahraničia za prácou bolo nízke ohodnotenie a slabé sociálne zabezpečenie. Pri vypĺňaní dotazníka sme sa stretli z nedôverou a strachom, aj keď sme respondentov ubezpečovali o jeho anonymite. Úspešnosť vyplnenia dotazníka bola len 61 %, to znamená, že aj keď bol občan pochádzajúci z tretích krajín oslovený vyplnením dotazníka, po jeho otvorení dotazník nedokončil. Občania sa obávali hlavne z možného vyhostenia z krajiny v prípade nahlásenia pracovného vykorisťovania. Zrealizovaným výskumom vyplýva aj fakt, že 6 opýtaných respondentov sa priamo priznalo, že sa mohli stať obeťou pracovného vykorisťovania. Alarmujúce sú aj výsledky výskumu, pri ktorých sa zisťovala úroveň informovanosti ohľadom obchodovania s ľuďmi a jednou z foriem pracovného vykorisťovania. Z výsledkov je zrejmé, že až 45 % opýtaných respondentov má minimálne vedomosti ohľadom obchodovania s ľuďmi, pričom 7 % nemá žiadne takéto vedomosti.

Vzhľadom na množstvo vykonaných kampaní a dnešnú internetovú dobu sú tieto čísla veľmi vysoké. Pri vstupe do EÚ až 52 % občanov pochádzajúcich z tretích krajín nedostalo žiadne informácie ohľadom obchodovania s ľuďmi, prevencie a jej následnej pomoci. Práve tam sa naskytá príležitosť, aby bola ako prvá možnosť efektívne informovať občanov o týchto možnostiach. Na základe analýzy danej problematiky odporúčame tieto opatrenia v predložených oblastiach:

Prevencia pracovného vykorisťovania:

a) zvýšiť intenzitu informačných kampaní ohľadom pracovného vykorisťovania, najmä na hraničných prechodoch pri vstupe do krajín EÚ a v prihraničných oblastiach,
b) zvýšiť intenzitu informovanosti o pracovných právach zamestnancoch, bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci zamestnancov,
c) propagácia úspešných odsúdených trestných činoch pracovného vykorisťovania,
d) zvyšovanie informácií ohľadom pomoci obetiam pracovného vykorisťovania, o možnosti ochrany obetí a o možnostiach odškodnenia, povinnosť nainštalovania si aplikácie SAFE Travel & Work Abroad od organizácie IOM pri vstupe do EÚ občanom z tretích krajín, ktorou úlohou je zvyšovanie povedomia aj pracovného vykorisťovania a o možnostiach pomoci,
e) zvyšovať intenzitu informačných kampaní prostredníctvom sociálnych sietí ako sú Facebook, Twitter, TikTok a iné,
f) informačné okná na webových stránkach s pracovnými ponukami, ktoré by upozorňovali na indikátory pracovného vykorisťovania a na čo si dávať pozor pri podozrivých pracovných ponukách,

g) informačné okná na webových stránkach s pracovnými ponukami, ktoré by informovali o právach zamestnancov, pracovných podmienkach, o pravidlách bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci stanovené v našej krajine,
h) organizovanie rôznych podujatí a konferencií pre širokú verejnosť ohľadom pracovného vykorisťovania, a tým zapojenie širokej verejnosti do boja proti pracovnému vykorisťovaniu a zvyšovanie tlaku na zamestnávateľov pri dodržiavaní práv zamestnancov,
i) organizovanie rôznych školení a špeciálnych konferencií pre príslušníkov hraničnej cudzineckej polície, ktorí sa dostavajú do prvého kontaktu s občanmi pochádzajúcich z tretích krajín,
j) poskytovanie špeciálneho poradenstva na úradoch práce ohľadom obozretnosti pri hľadaní si práce, indikátoroch pracovného vykorisťovania, o možnostiach pomoci nielen pre občanov Slovenskej republiky, rovnako aj občanov pochádzajúcich z tretích krajín,

Záver

Vykorisťovanie pracovníkov pochádzajúcich z tretích krajín nie je ničím výnimočným a stretávame sa s ním aj v súčasnom vyspelom demokratickom svete. Na jednej strane sú tú zamestnávatelia, ktorí sa snažia minimalizovať svoje výrobné náklady a maximalizovať svoj zisk, na druhej strane sú tú zraniteľní občania z tretích krajín, ktorí vplyvom rôznych nepriaznivých životných situácií sú ochotní pracovať v extrémne ťažkých podmienkach za nízku mzdu. Celosvetové štatistické čísla zobrazujúce počet obetí pracovného vykorisťovania v svetovom meradle je alarmujúci, preto je nesmierne dôležité zvyšovať povedomie, riešiť ho na medzinárodnej úrovni a nezatvárať pred tým oči. Obeťami sa môže stať naozaj skoro každý aj v našom okolí, je preto potrebné aby každý jeden z nás vedel identifikovať obeť pracovného vykorisťovania a podať pomocnú ruku. Existuje množstvo rozsiahlych výskumov, ktoré sa zaoberajú závažnými formami pracovného vykorisťovania a ich výsledky sú základným pilierom pri eliminácií tejto nelegálnej činnosti. Je nevyhnuté, aby dané štáty vytvorili také pracovné prostredie a podmienky, aby sa zamestnanci neobávali nahlásiť pracovné vykorisťovanie.

Výskumnou vzorkou boli občania pochádzajúci z tretích krajín, ktorí prekračovali štátnu hranicu medzi UKR a SR za účelom vykonávania pracovnej činnosti na území Európskej únie. Takýto obyvatelia týchto krajín sú nútení si hľadať lepšie pracovné podmienky, lepšie miesta na život práve v krajinách EÚ, Schengene, kde si zakladajú svoje rodiny, budujú nové domovy a dostatočne sa vzdelávajú. Takto zaslepený vidinou lepšieho a krajšieho života sú ochotní prijať akékoľvek pochybné ponuky, ktoré v mnohých prípadoch nesú znaky problematiky obchodovania s ľuďmi kde z jednou foriem je práve pracovné vykorisťovanie.

Nízkou úrovňou vedomostí z tejto oblasti sa tak veľmi ľahko stanú obeťami obchodovania s ľuďmi - pracovného vykorisťovania, kedy rozprávka za krajších životom sa zmení na boj o prežitie. Mnoho z obetí je poznačených do takej miery, až svoj život ukončia samovraždou. V našom uskutočnenom výskume sme stanovené ciele splnili a aj overili stanovené hypotézy. Prvá hypotéza sa potvrdila, z čoho vyplýva, že nízke platy a zle sociálne zabezpečenie v domovskej krajine má za následok hľadania si práce v zahraničí. Druhá hypotéza sa nepotvrdila, teda občania pochádzajúci z tretích krajín, ktorí pochádzajú z malých miest a obcí majú nižšiu úroveň vedomostí o pracovnom vykorisťovaní ako občania z tretích krajín, ktorí pochádzajú z väčších miest. Posledná tretia hypotéza sa potvrdila, to znamená že občania z tretích krajín s nízkym vzdelaním majú väčšie skúsenosti s pracovným vykorisťovaním, ako občania z tretích krajín z vyšším vzdelaním. Výsledky výskumu naznačujú, že je neustále potrebné venovať zvýšenú pozornosť informovanosti verejnosti o pracovnom vykorisťovaní a zapojiť do tohto všetky subjekty štátnej správy. Ostáva aj na mieste, aby si každý jeden z nás všímal svoje okolie a nezatváral pred pracovným vykorisťovaním oči, lebo v budúcnosti sa to môže stať každému jednému z nás.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BÁRTA, R., 2019. Select actual aspects in the field of social work. The Almanc of the Student scientifle conference. Ukrajina. 226 s. ISBN 978-617-596-279-4
2. ČEČOT, V a kol. 2013. Obchodovanie s ľuďmi alebo Otroctvo 21. storočia. Sládkovičovo : Vysoká škola v Sládkovičove, 2013. 349 s. ISBN 978-808-9267-989
3. KUBOVIČOVÁ, K. 2013. Identifikácia obetí obchodovania s ľuďmi v procese medzinárodnej ochrany a nútených návratov v Slovenskej republike. Bratislava : Národný kontaktný bod Európskej migračnej siete v Slovenskej republike Medzinárodná organizácia pre migráciu. 2013. 52 s. ISBN 978-80-89506-42-2.
4. HALCIN, J. 2007. Prevencia a boj proti obchodovaniu s ľuďmi na Slovensku. In. Špondrová, P.(eds.) : Obchodováni s lidmi, problematika nucené práce. Brno : Liga lidských práv, Rada Europy.
5. MINISTERSTVO VNÚTRA SR. 2018. Národný program boja proti obchodovaniu s ľuďmi na roky 2019 – 2023. Bratislava. 25 s. [online] 10.10.2023 Dostupné na internete: (Detail materiálu Portal OV (www.gov.sk)
6. OSN: Protokol na predchádzanie, potláčanie a trestanie obchodovania s ľuďmi, najmä so ženami a deťmi, ktorý dopĺňa Dohovor Organizácie Spojených národov proti nadnárodnému organizovanému zločinu. Dostupné na internete: (Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons Especially Women and Children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime | OHCHR)

7. UNITED NATION. 2022. Conflict in Ukrajine: Key evidence on risks of trafficking in persons and smuggling of migrants. New York : Office on drugs and Crime. 2022. 9 s. [online] 13.10.2023 Dostupné na internete: (Conflict_Ukraine_TIP_2022.pdf (unodc.org)
8. RADA EURÓPY. 2005. Dohovor Rady Európy o boji proti obchodovaniu s ľuďmi. 2005. Francúzsko: Rada Európy. 2005. 6 s. [online] 10.10.2023 Dostupné na internete: (https://rm.coe.int/16805d58ce)

Kontakt na autora:
PhDr. Richard Bárta, PhD., MPH
Zástupca Ústavu Bl. Z. G. Mallu Košice
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava
Ústav Bl. Z. G. Mallu Košice, ul. Hlavná č. 89
E-mail: bartarichardsp@gmail.com

KOMUNIKÁCIA A EDUKÁCIA S PACIENTOM PRED A PO RÁDIOTERAPII

Communication and Education With the Patient Before and After Radiotherapy

Jozef Babečka[1], Ivica Gulášová[2]

[1]Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Slovenská republika

[2]Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva, Trnava, Slovenská republika

Súhrn

Autori v príspevku približujú vybrané oblasti edukácie u pacientov s onkologickými ochoreniami, ktorí sú liečení rádioterapiou. Poukazujú na dôležitosť efektívnej komunikácie v procesu postupnosti poskytovania informácii pacientom o komplexnej starostlivosti pred a po rádioterapii. Pozornosť venujú včasnej edukácii pacientov aj o nežiadúcich účinkov rádioterapie a prevencii ako im predchádzať resp. ako eliminovať vplyv ich účinku na ľudský organizmus. V závere uvádzajú dôležitosť spolupráce onkologicky chorého pacienta v procese zabezpečovania liečby a ošetrovateľskej starostlivosti pred a po rádioterapii.

Kľúčové slová: Edukácia pacienta. Rádioterapia. Vedľajšie účinky. Onkologické ochorenie. Spolupráca.

Summary

The authors present selected areas of education for patients with oncological diseases who are treated with radiotherapy. They point to the importance of effective communication in the process of sequencing the provision of information to patients about comprehensive care before and after radiotherapy. They pay attention to early education of patients about the undesirable effects of radiation therapy and prevention, how to prevent them or how to eliminate the impact of their effect on the human body. In conclusion, they state the importance of cooperation of the oncologically ill patient in the process of providing treatment and nursing care before and after radiotherapy.

Keywords: Patient education. Radiotherapy. Side effects. Oncological disease. Cooperation.

Úvod

Rádioterapia alebo ožarovanie je liečenie ochorení ľudského organizmu pomocou ionizačného žiarenia. Používa sa hlavne pri liečbe onkologických ochorení. Základným princípom rádioterapie je ožarovanie karcinómu pomocou rádioaktívneho žiarenia, ktoré pôsobí cielenie najmä v oblasti kde sa vyskytuje karcinóm a čo najmenej v okolitých zdravých tkanivách. Rozlišujeme dva základné typy rádioterapie ožarovanie externým lúčom kedy lúč, žiarenie pôsobí zo zdroja žiarenia umiestneného mimo tela pacienta a brachyterapiu kedy zdroj žiarenia je lokálne umiestnený v tkanivách pacienta v oblasti karcinómu. Každý z týchto typov je vhodný pre iné typy karcinómov.

Približne 50–60 % zhubných nádorov vyžaduje rádioterapiu. Ionizujúce žiarenie nie je viditeľné, ani ho necítime. Najčastejšie sa používa elektromagnetické (röntgenové), gamma a elektrónové žiarenie. Liečba žiarením iných druhov, ako sú neutróny, protóny či π-mezóny sa zatiaľ uskutočňuje iba na vybraných pracoviskách, jej účinnosť je ešte stále predmetom klinického výskumu (Šlampa, et al., 2022).

Druhy ionizujúceho žiarenia

Zdrojmi ionizujúceho žiarenia sú nielen ožarovacie prístroje, ale aj prírodné a umelé rádioaktívne látky. Najrozšírenejšími ožarovacími prístrojmi sú urýchľovače elektrónov, hlavne lineárny urýchľovač a kobaltové ožarovače, ktorých zdrojom žiarenia je rádioaktívny kobalt. Röntgenové ožarovače dnes takmer ustúpili do pozadia a používajú sa najmä na liečbu nenádorových ochorení a povrchových (plytko umiestnených) malígnych nádorov. Na špičkových pracoviskách sa pracuje s cyklotrónmi ako zdrojmi neutrónového, protónového a π- -mezónového žiarenia. Dlho používaný prírodný rádioaktívny prvok rádium dnes nahradili umelé rádioizotopy, ako sú cézium, irídium, ytrium, tantal, zlato a iné (Šlampa, et al., 2022).

Biologické pôsobenie žiarenia

Pri ožiarení tkanív a orgánov dochádza ku zmenám jednotlivých bunečných štruktúr, predovšetkým genetického materiálu (deoxyribonukleovej kyseliny – DNA) s následnými zmenami. Rozdielnu citlivosť na žiarenie vykazujú aj bunky, tkanivá a orgány ľudského tela. Tak napríklad krv a krvotvorné orgány, zárodočné bunky mužských a ženských pohlavných žliaz (semenníkov a vaječníkov) sú veľmi citlivé, kým tkanivá svalov, kostí alebo nervovej sústavy sú málo citlivé na žiarenie. Rozdielna citlivosť na žiarenie nádorových a normálnych buniek umožňuje liečebné pôsobenie ionizačného žiarenia na zhubné nádory. Po určitej dávke žiarenia dochádza totiž k zastaveniu delenia až k usmrteniu buniek nádoru, zatiaľ čo bunky normálnych tkanív v okolí nádoru zasiahnuté žiarením si zachovávajú schopnosť zotaviť sa z radiačného pôsobenia. Nádory sa podľa citlivosti delia na: rádiosenzitívne (citlivé) obmedzene rádiosenzitívne (menej citlivé) rádiorezistentné (necitlivé, čiže odolné voči žiareniu).

Rádiosenzitívne nádory sú: leukémia, lymfóm, seminómy, dysgerminómy, nádory detského veku(Wilmsov nádor obličky, meduloblastóm, neuroblastóm, Ewingov sarkóm, retinoblastóm). Tieto nádory sú liečiteľné, často sa rádioterapia kombinuje s chemoterapiou. Nádory obmedzene radiosenzitívne sú citlivé na žiarenie, avšak ich citlivosť je podobná ako citlivosť zdravého tkaniva. Liečba týchto nádorov si vyžaduje také dávkovanie, aby nebolo poškodené zdravé tkanivo. Do tejto skupiny patria karcinómy hlavy a krku, kože, krčka a tela maternice, močového mechúra, obličiek, prostaty, konečníka, pažeráka, prsníka, štítnej žľazy a bronchogénny karcinóm (Buchler et al., 2020).

Do skupiny rádiorezistentných nádorov patria niektoré nádory chrupaviek (chondrosarkóm), kostí (osteogenný sarkóm), mozgu (meningeóm, oligodendrogliom), malígny melanóm a iné. Tieto sa liečia predovšetkým chirurgicky. Tam, kde chirurgická liečba nie je možná, možno rádioterapiou dočasne zastaviť rast nádoru. Žiarenie sa musí dávkovať tak, aby sa neprekročila dávka prípustná pre zdravé tkanivo. Výsledkom týchto zmien je poškodenie až usmrtenie bunky (Šlampa et al., 2022)

Použitie rádioterapie v liečbe nádorov

Hlavným cieľom rádioterapie je zničenie nádoru pri súčasnom zachovaní okolitého zdravého tkaniva ožiareného spolu s nádorom. Pre rádioterapiu sú preto vhodné predovšetkým nádory veľmi a stredne citlivé na žiarenie. Pri voľbe rádioterapie u onkologického pacienta rozhoduje okrem citlivosti nádoru na žiarenie, aj jeho veľkosť a lokalizácia v tele, stupeň jeho šírenia (prítomnosť alebo neprítomnosť metastáz), vek a celkový zdravotný stav pacienta. Biologická účinnosť žiarenia je priamo úmerná výške aplikovanej dávky a nepriamo času pôsobenia. Rádioterapia je zvyčajne aplikovaná vo viacerých frakciách. Najčastejšie používanou frakcionáciou je konvenčná s 24 h časovým intervalom 5x týždenne (Šlampa et al., 2014).

Radikálna a paliatívna rádioterapia

V prípade dostatočne citlivého, vhodne lokalizovaného a nie veľmi pokročilého nádoru bez metastáz možno zvoliť radikálnu, tzv. kuratívnu rádioterapiu, ktorej cieľom je úplná likvidácia nádoru a vyliečenie pacienta. Pri zhoršení stavu pacienta, alebo progresii ochorenia sa môže radikálna liečba žiarením zmeniť na paliatívnu. Cieľom paliatívnej rádioterapie je dosiahnuť zmenšenie pokročilého nádoru a tým aj odstránenie sprievodných ťažkostí, ako sú bolesť, krvácanie alebo hnisanie (Fetl, Cvek, 2019). Rovnako priaznivo sa dajú ožarovaním ovplyvniť aj metastázy, napr. v kostiach, ktoré bývajú často spojené s veľkými bolesťami. Paliatívna rádioterapia prináša nielen veľkú úľavu chorému, ale môže mu aj predĺžiť život

Spôsoby rádioterapie

Podľa spôsobu aplikácie žiarenia do nádoru sa **rádioterapia delí na externú rádioterapiu a brachyterapiu.**

Externá rádioterapia Pri externej rádioterapii sa nádor ožaruje zvonka, čiže zdroj žiarenia sa nachádza mimo organizmu pacienta vo väčšej vzdialenosti. Zdrojmi žiarenia sú ožarovacie prístroje rôzneho druhu. Lekár si u pacienta zvolí prístroj, ktorý je najvhodnejší pre liečbu daného nádoru. Najčastejšie sa využíva pri karcinómoch krčka a tela maternice (nevhodných na operáciu), pľúcnych karcinómoch, karcinómoch prsníka po prsník zachovávajúcom výkone, karcinómoch pažeráka, konečníka (Šlampa, et al., 2020).

Brachyterapia

Pod brachyterapiou sa rozumie spôsob ožarovania, pri ktorom sa zdroj žiarenia umiestni buď priamo do nádoru alebo do jeho bezprostrednej blízkosti. Ožaruje sa z malej vzdialenosti. Ako zdroje žiarenia sa používajú rôzne rádioaktívne látky vložené do malých uzavretých túb a ihiel, alebo vo forme drôtikov, platničiek a drobných zŕn. Zdroj žiarenia môže byť aj tekutý, napr. rádioaktívny jód. Táto radiačná technika sa používa samostatne alebo s inou externou technikou Liečia sa ňou najčastejšie karcinómy krčka a tela maternice nevhodné k operácii, pľúcne karcinómy, karcinómy prsníka po prsník zachovávajú výkone, karcinómy pažeráka, konečníka. Výkony sa robia v lokálnej alebo celkovej anestézie (Šlampa et al., 2014).

Reakcie organizmu na rádioterapiu

Vplyv liečby žiarením na ľudský organizmus sa prejavuje akútnymi a neskorými zmenami. Organizmus reaguje na žiarenie celkovými a miestnymi reakciami. Akútne reakcie sa vyskytujú počas liečby žiarením alebo tesne po jej ukončení, kým neskoré s časovým odstupom viac ako 6 mesiacov, niekedy až 10 prípadne, viac rokov. Celkové reakcie sa označujú názvom postradiačný syndróm. Príznaky postradiačného syndrómu môžu byť mierne (malátnosť, celková slabosť, ľahká únava, nespavosť, nechutenstvo) alebo ťažké (nevoľnosť, dráždenie na zvracanie, zvracanie). Vznik a intenzita týchto príznakov závisí od spôsobu ožarovania a od celkového telesného a psychického stavu pacienta. Riziko vývoja postradiačného syndrómu stúpa so zvyšovaním dávky žiarenia jednotlivých frakcií, so zväčšovaním ožarovaného objemu tela pacienta a závisí aj od ožarovanej oblasti (Šlampa et al., 2014). Najcitlivejšia oblasť je oblasť podbruška a dutiny brušnej. Pacienti v dobrom telesnom stave znášajú liečbu žiarením bez väčších problémov. Zlý celkový telesný stav, zapríčinený základným nádorovým ochorením alebo inými sprievodnými ochoreniami alebo zlou životosprávou (nesprávnou výživou, nedostatkom pohybu, alkoholizmom, tabakizmom), znižuje toleranciu liečby žiarením, podporuje vznik a zvýšenie intenzity postradiačných

príznakov (Gulášová, 2008). Dôležitú úlohu pri vzniku postradiačného syndrómu hrá aj psychický stav pacienta, ktorý spôsobuje prehnanú koncentráciu pacienta na vlastnú osobu a na svoje nádorové ochorenie. Pacient sa stáva apatickým alebo podráždeným, nedôverčivým voči spôsobu liečby a v extrémnych prípadoch zaujme k nej negatívny postoj, a môže ju aj odmietnuť. Neraz i spolupacienti nepriaznivo psychicky ovplyvňujú pacienta prehnaným popisovaním ťažkostí, ktoré nastanú po ožiarení. Pacienti v zlom psychickom stave majú zvýšený sklon k vzniku subjektívnych príznakov choroby zo žiarenia. Včasné poučenie pacienta lekárom i rádiologickým technikom / rádiologickým asistentom ešte pred začatím liečby môže zlepšiť znášanie ťažkostí postradiačného syndrómu. Tieto informácie však treba poskytovať veľmi obozretne, citlivo, rozumne, lebo u psychicky menej odolných, precitlivených pacientov hrozí nebezpečie zvýšených obáv pred ožarovaním (Ďurkovský, Boliešíková, 2008).

V edukácii odporúčame pacientom počas i po ukončení liečby:

- -chrániť si pokožku pred mechanickým dráždením (nosiť čo najmenej podprsenku a tesné priliehavé tričká), namiesto syntetických tkanív a vlny treba nosiť odev z mäkkej bavlny alebo hodvábu,
- -na miestach so zvýšenou tvorbou potu – podpazušie môže dôjsť k zapareniu,
- -chrániť ožarovanú kožu pred slnečným žiarením alebo horským slnkom,
- -prísne dbať o hygienu kože, na miestach so zvýšenou tvorbou potu, najmä u obéznych pacientov, nesmie dôjsť k zapareniu, ožarovanú oblasť možno umývať vlažnou vodou a nedráždivým mydlom, vysúšať opatrne mäkkým uterákom, odporúča sa použiť iba sprchu, uterákom nešúchať pokožku, netrieť, len zľahka priložiť a prejsť jemne rukou po povrchu uteráka,
- -ožarovaná pokožka sa ošetruje niekoľkokrát denne detským zásypom tak, aby bola vždy pokrytá jemnou vrstvou púdru, veľmi silné až mokvavé kožné reakcie si vyžadujú odborné ošetrenie vždy podľa odporúčania lekára,
- -po každom ožiarení pacientovi odporúčame odpočinok na lôžku,
- -pravidelný pobyt na čerstvom vzduchu, spojený s nenamáhavými prechádzkami napomáha k dobrej telesnej kondícii a prispieva k psychickej pohode (Šlampa et al., 2014).

Počas rádioterapie sa pacientom prísne zakazuje:

- -vtieranie rôznych mastí, najmä mastí obsahujúcich kov, alebo jód,
- používanie rôznych kozmetických prípravkov, ako sú krémy, dezodoranty, parfumy,
- -vtieranie rôznych dráždivých liečiv,
- -nalepovanie leukoplastu na ožarovanú kožu (Gulášová, 2008).

Tieto informácie treba poskytovať včas a obozretne, citlivo, rozumne a individuálne lebo u psychicky menej odolných, precitlivených pacientov hrozí nebezpečie zvýšených obáv pred ožarovaním. Počas celého obdobia liečby žiarením je pacient pod stálou kontrolou zdravotníckych pracovníkov. V pravidelných intervaloch sa sleduje nielen reakcia nádoru na liečbu, ale aj sprievodné radiačné reakcie a celkový zdravotný stav pacienta. Zabezpečujú sa potrebné zdravotné vyšetrenia, predovšetkým kontroly krvného obrazu.

Komunikácia v procese edukácie pacienta

Bežne sa komunikáciou rozumie výmena informácií medzi dvoma alebo viacerými ľuďmi- výmena myšlienok alebo nápadov. Tento druh komunikácie využíva také metódy ako sú rozprávanie, počúvanie, písanie a čítanie. Myšlienky sa teda podávajú nielen písaným alebo hovoreným slovom, ale aj gestami a pohybmi tela. Zámerom každej komunikácie je vyvolať nejakú odpoveď, preto je komunikácia dejom. Komunikácia je dôležitým aspektom ošetrovateľskej činnosti. Sestry, ktoré účinne komunikujú, sú úspešnejšími iniciátorkami zmeny zameranej na upevňovanie zdravia, ľahšie vytvárajú dôverný vzťah s pacientom. Účinná komunikácia je základom vzniku vzťahu sestra- pacient.

K ošetrovateľskej praxi patria tri druhy komunikácie: sociálna, štruktúrovaná a terapeutická (Linhartová, 2007).

Sociálna komunikácia je neplánovaná, často sa odohráva pri neformálnych stretnutiach, zvyčajne uspokojuje obe zúčastnené strany pre pacienta a sestru, lekára a pacienta napr. : ako ste sa vyspal?.

Štruktúrovaná komunikácia má určitú naplánovanú náplň napr. poučenie pacienta o podávaní chemoterapie a rádioterapie alebo rozhovor o pooperačnej starostlivosti s pacientom ešte pred operáciou. Využíva sa hlavne v edukačnom procese pacienta.

Terapeutická- liečebná komunikácia sa v ošetrovateľskej starostlivosti často využíva. Je to proces, ktorý pomáha prekonávať prechodný stres, lepšie sa adaptovať na zmenený zdravotný stav, narušený obraz tela v dôsledku onkologického ochorenia, na nové nemocničné prostredie, lepšie prijať sám seba v zmenenej životnej situácii, vedieť vychádzať s ľuďmi v okolí, prekonávať psychologické prekážky. Sestry ju využívajú napr. pri upokojovaní úzkostného pacienta pred operáciou alebo pri pomáhaní pacientovi s onkologickým ochorením vyrovnať sa zo svojou diagnózou (Gulášová, 2008).

Ľudia komunikujú spravidla dvoma spôsobmi: verbálne a neverbálne. Pri verbálnej komunikácií používame písané alebo hovorené slová. Neverbálna komunikácia používa napr. gestiku alebo mimiku. Verbálnu komunikáciu si ľudia zväčša uvedomujú, pretože vyberajú slová, ktoré používajú. Navyše slovami možno vyjadriť širokú paletu emócií. Intonácia hlasu môže vyjadrovať oduševnenie, nadšenie, smútok, znepokojenie, ale i radosť a pobavenie. Pri

výbere slov, ktoré sestra vypovie, alebo napíše, je potrebné zvážiť kritériá účinnej komunikácie.

Patrí k nim: jednoduchosť, zreteľnosť, načasovanosť a závažnosť, prispôsobivosť a dôveryhodnosť (Linhartová, 2007). Komunikácia prebiehajúca medzi sestrou a pacientom je nevyhnutná, nezvratná a neopakovateľná. Dvojnásobne to platí v procese komunikácie s onkologicky chorým pacientom. Nevyhnutnosť znamená permanentný komunikačný proces. Je len veľmi ťažké predstaviť si, že by sestra s pacientom verbálne, či neverbálne nekomunikovala. S komunikačným deficitom by nemohla plniť žiadnu zo svojich rolí. Nezvratnosťou komunikácie sa rozumie, že sestra vyslovené slová ani neuvážené mimoverbálne signály nemôže vziať späť. Ak by sa aj usilovala oslabiť účinok nevhodných slov a činov, musí rátať s možnosťou, že jej pacient môže, ale ani nemusí odpustiť. Neopakovateľnosť znamená jedinečnosť danej komunikačnej situácie. Žiadna z nich sa už viac neodohrá v rovnakom čase, prostredí, v rovnakých podmienkach či situácií. Môže sa napríklad jednať o nevyužitie vhodnej situácie na podporu onkologicky chorého pacienta pohľadom, dotykom, rozhovorom a podobne.

Na to, aby proces komunikácie vznikol a potom sa aj produktívne rozvíjal, treba splniť tieto požiadavky: chcieť komunikovať, vedieť komunikovať, mať možnosť komunikovať (Linhartová, 2007).

Pacienta musíme edukovať ohľadne rádioterapie, vysvetliť mu, že: - liečba žiarením je u každého pacienta individuálna - jedna dávka ožarovania trvá len niekoľko desiatok sekúnd a počas toho pacient nič necíti - pacient je zvyčajne ožarovaný 5x týždenne po dobu 5-6 týždňov - počas rádioterapie nemusí mať obavy so styku s deťmi a tehotnými ženami

Pacienta musíme poučiť aj o tom, aké môžu byť nežiadúce účinky po rádioterapii:

Celkové: malátnosť, celková slabosť, nechutenstvo, nauzea, vracanie, psychická podráždenosť. Miestne: zápalové zmeny kože a slizníc, tvarové a funkčné zmeny. Koža v mieste ožarovania môže byť veľmi citlivá, preto treba byť opatrný. Obliekať sa iba do voľného a vzdušného bavlneného oblečenia. Nepoužívať deodoranty, parfumy, kozmetiku, náplasti a leukoplast v ožarovanej oblasti. Vyhýbať sa priamemu slnečnému žiareniu, soláriu, saune a vyhýbať sa používaniu elektrických podušiek a termoforov, nemasírovať kožu.

Pacienta treba edukovať, že miesto po ožarovaní treba niekoľko krát denne pudrovať obyčajným detským púdrom. Po ukončení rádioterapie - aj viac mesiacov sa premasťuje ožarovaná koža výživným krémom alebo masťou napr. Calcium pantotenicum. Počas ambulantnej liečby je pacientov zdravotný stav kontrolovaný najmenej 1x v týždni lekárom na rádiologickej ambulancii (Ďurkovský, Boliešíková, 2008).

Príspevok vyšiel za podpory Medzinárodného projektu: 2/2023-M Development of different organization and business structures in public and private sectors of health care, pharmaceutical industry, healt education and promotion of health, rehabilitation, wellness and beauty sectors: international experience. 2023 - 2025

Zoznam použitej literatúry:

1. BUCHLER, T. et al., 2020. Speciální onkologie. Praha: Maxdorf. 2020. 296s., ISBN 978-80-7345-651-1
2. ĎURKOVSKÝ, J., BOLJEŠÍKOVÁ, E. 2008. Rádioterapia zhubných nádorov, vydavateľstvo: Liga proti rakovine, 2008, 28 s. ISBN 978-80-89201-29-7
3. FETL, D., CVEK,J. 2019. Stereotaktická radioterapie. Praha: Mladá fronta. 2019. 232s., ISBN 978-80-204-4959-7
4. GULÁŠOVÁ, I. 2008. Telesné, psychické, sociálne a duchovnmé aspekty onkologických ochorení. Martin: Osveta.2008. 100s., ISBN 978-80-8063-305-9
5. LINHARTOVÁ, V. 2007. Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada. 2007. 152s., ISBN 978-80-247-1784-5
6. ŠLAMPA, P. et al. 2022. Radiační onkologie – Pro postgraduální přípravu i každodenní praxi. Praha: Maxdorf. 2022. 772s., ISBN 978-80-7345-674-0
7. ŠLAMPA, P. et al.2014. Radiační onkologie v praxi, vydavateľ: Masarykov onkologický ústav, 2014, 480 s. ISBN 978-80-86793-34-4

Kontakt:

doc. PhDr. Babečka Jozef, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Katedra ošetrovateľstva
Nám. A. Hlinku 48
Ružomberok
Slovenská republika

ANALÝZA VYBRANÝCH INDIKÁTOROV DUŠEVNÉHO ZDRAVIA Z VÝSLEDKOV PRIESKUMU

Analysis of Selected Indicators of Mental Health From Survey Results

Róbert Ochaba[1, 2], Dominika Horváthová[1]

[1]Odbor podpory zdravia a výchovy k zdraviu, Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, Bratislava

[2]Katedra verejného zdravotníctva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita

Abstrakt

Úvod: Duševné zdravie je nevyhnutnou a neoddeliteľnou súčasťou zdravia jedinca a zahŕňa našu psychickú, emocionálnu a sociálnu pohodu. Dosiahnutie čo najvyššej úrovne zdravia je základným právom každého.

Metodika: V rokoch 2013, 2016, 2019 a 2022 sa prieskumu zúčastnilo spolu 14 960 respondentov, z toho bolo 7 500 žien (50,1%) a 7 460 mužov (49,9%). Na štatistické spracovanie dotazníkov bol použitý softwarový program Epi Data 3.1, v ktorom bola vytvorená databáza na vkladanie zistených údajov. Výsledky boli následne spracované pomocou štatistického programu SPPS 14 for Windows – na základe matematicko-štatistických metód.

Výsledky: Pri otázkach ohľadom psychickej kondície môžeme vidieť značné rozdiely medzi pohlaviami. Muži uvádzali svoju psychickú kondíciu ako výbornú častejšie než ženy. Od roku 2013 u žien stúpal počet odpovedí, že ich psychická kondícia je veľmi dobrá. Pocit menejcennosti mávajú ženy v porovnaní s mužmi častejšie. Od roku 2013 po rok 2022 mal podiel odpovedí často mávam pocit menejcennosti stúpajúci charakter u oboch pohlaví. Nad samovraždou ženy podľa výsledkov rozmýšľajú častejšie ako muži.

Záver: Nadmerný stres a psychická záťaž sa podieľajú na vzniku mnohých súčasných chorôb, ako sú kardiovaskulárne ochorenia, choroby tráviacej sústavy a psychické ochorenia-neurózy. Dôležitú úlohu zohráva podpora sociálneho prostredia teda rodiny, priateľov a ďalších sociálnych kontaktov. Je potrebné pokračovať v zdravotnej výchove obyvateľov Slovenskej republiky s cieľom poskytnúť informácie o možnostiach a spôsoboch prevencie chorôb s dôrazom na motiváciu k zmene rizikového správania. vzdelávacích programov, podporou stáleho, stabilného, emocionálneho a rodinného života. Ide o preventívne a včasné služby a opatrenia v oblasti verejného zdravia.

Kľúčové slová: Duševné zdravie. Zdravie. Muži. Ženy.

Abstract

Background: Mental health is an essential and integral part of an individual's health and includes our psychological, emotional and social well-being. Achieving the highest possible level of health is a fundamental right of everyone.

Methods: In the years 2013, 2016, 2019 and 2022, a total of 14,960 respondents took part in the survey, of which 7,500 were women (50.1%) and 7,460 were men (49.9%). The software program Epi Data 3.1 was used for the statistical processing of the questionnaires, in which a database was created for entering the detected data. The results were subsequently processed using the statistical program SPPS 14 for Windows - based on mathematical and statistical methods.

Results: We can see significant differences between the sexes in questions about psychological condition. Men reported their mental condition as excellent more often than women. Since 2013, the number of women answering that their mental condition is very good has increased. Women feel inferior more often than men. From 2013 to 2022, the proportion of answers I often feel inferior had an increasing character for both sexes. According to the results, women think about suicide more often than men.

Conclusion: Excessive stress and psychological burden are involved in the emergence of many current diseases, such as cardiovascular diseases, diseases of the digestive system and psychological diseases-neuroses. An important role is played by the support of the social environment, i.e. family, friends and other social contacts. It is necessary to continue the health education of the inhabitants of the Slovak Republic in order to provide information about the possibilities and methods of disease prevention with an emphasis on motivation to change risky behavior. educational programs, supporting permanent, stable, emotional and family life. These are preventive and timely services and measures in the field of public health.

Keywords: Mental health. Health. Men. Women.

Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia uvádza duševné zdravie, ako „stav pohody, v ktorom si jednotlivec uvedomuje svoje schopnosti, dokáže sa vyrovnať s bežnými životnými situáciami, vie produktívne pracovať a dokáže byť prínosom pre svoju komunitu“. Pre človeka je dôležité, aby bol v každej fáze svojho života v psychickej pohode od detstva, cez dospievanie a až po úplnú dospelosť. Najčastejšie našu náladu, správanie, myslenie alebo fyzické zdravie ovplyvní práve duševné zdravie. Toto prepojenie však funguje aj v opačnom poradí.

Duševné zdravie je kriticky dôležité pre každého. Svetová správa o duševnom zdraví: transformácia duševného zdravia pre všetkých je navrhnutá tak, aby inšpirovala a informovala

o lepšom **duševnom zdraví pre** každého a všade. Vychádza z najnovších dostupných dôkazov, predstavuje príklady osvedčených postupov z celého sveta a vyjadruje prežité skúsenosti ľudí a poukazuje na to, prečo a kde je zmena najviac potrebná a ako ju možno najlepšie dosiahnuť. Vyzýva všetky zainteresované strany, aby spolupracovali na prehĺbení hodnoty a záväzku duševného zdravia, pretvorili prostredie, ktoré ovplyvňuje duševné zdravie, a posilnili systémy, ktoré sa starajú o duševné zdravie. (WHO, 2022)

V posledných rokoch sa čoraz viac kladie dôraz na duševné zdravie, ktoré zohráva dôležitú úlohu pri dosahovaní globálnych rozvojových cieľov, čo dokazuje začlenenie duševného zdravia do cieľov trvalo udržateľného rozvoja. Depresia je jednou z hlavných príčin invalidity. Samovražda je štvrtou najčastejšou príčinou smrti medzi 15-29-ročnými. Ľudia s ťažkými duševnými chorobami zomierajú predčasne - až o dve desaťročia skôr - kvôli fyzickým stavom. Prevencia duševného zdravia býva najčastejšie zameraná na rôzne prostriedky vykonávané prostredníctvom vzdelávacích programov, podporou stáleho, stabilného, emocionálneho a rodinného života. Ide o preventívne a včasné služby a opatrenia v oblasti verejného zdravia.

Cieľ

Cieľom tohto príspevku bolo zistiť najdôležitejšie atribúty zdravotného uvedomenia obyvateľov Slovenskej republiky v oblasti duševného zdravia. Zisťovali sme rozdiely duševného zdravia medzi pohlaviami v rôznych oblastiach ako napr. psychická kondícia, ako často majú pocit, že ich nič nebaví, frekvencia pocitu osamelosti, frekvencia pocitu smútku, frekvencia pocitu menejcennosti, frekvencia pocitu vyčerpania a frekvencia pomýšľania nad samovraždou za obdobie rokov 2013-2016-2019-2022.

Metodika

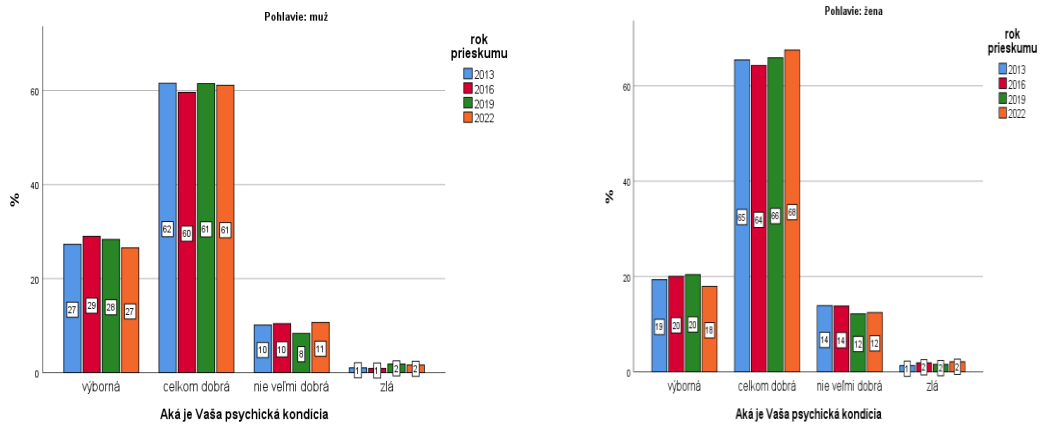
Dotazníkový prieskum sa uskutočňuje od roku 2013 a posledný zber údajov bol v roku 2022 na respondentoch z celého územia Slovenskej republiky. V rokoch 2013, 2016, 2019 a 2022 tvorilo významnú vzorku spolu 14 960 respondentov, z toho bolo 7 500 žien (50,1%) a 7 460 mužov (49,9%). Dotazník bol určený pre 3 vekové kategórie: od 15 - 24 rokov, od 25 - 64 rokov, tretia veková kategória bola nad 65 rokov. Zber údajov prebiehal anonymným dotazníkom za pomoci 36 regionálnych úradov verejného zdravotníctva. Údaje z vyplnených dotazníkov pracovníci odborov podpory zdravia vkladali do pripravených databáz, vyplnené databázy zasielali na Úrad verejného zdravotníctva SR. Pri riešení výskumných problémov bola v tejto prierezovej štúdií využitá analýza, syntéza, porovnávanie medzi vybranými premennými v členení podľa pohlavia, veku a miesta bydliska. Výsledky budú prezentované pomocou frekvenčných, opisných kontingenčných tabuliek. Pri spracovávaní a interpretácii výsledkov bude vypočítaná absolútna početnosť, jednoduché frekvencie a percentuálne rozloženie súboru podľa zoskupenia jednotlivých odpovedí, vykonaná kvantitatívna a

kvalitatívna analýza s využitím štatistickej a porovnávacej metódy. Na štatistické spracovanie dotazníkov bol použitý softwarový program Epi Data 3.1, v ktorom bola vytvorená databáza na vkladanie zistených údajov. Výsledky boli následne spracované pomocou štatistického programu SPPS 14 for Windows – na základe matematicko-štatistických metód. Pri porovnávaní početnosti jednotlivých premenných v tabuľkách frekvencií bol taktiež použitý chí –kvadrát test, ak je p-hodnota nižšia ako zvolená hladina významnosti (hladina významnosti je 5 % t.j. p<0,05), znamená to, že rozdiel medzi početnosťami premenných je štatisticky významný. Pre niektoré kontingenčné tabuľky typu 2x2 bolo počítané aj odds ratio (ďalej OR) a 95 % interval spoľahlivosti pre toto OR (ďalej 95% CI). Pri porovnaní priemerných hodnôt niektorých premenných bolo zisťované, či má premenná normálne rozdelenie v skupinách, na zistenie normality bol použitý Shapiro-Wilkov test a podľa výsledku potom použité parametrické testy – dvojvýberový Studentov test, respektíve neparametrické testy – dvojvýberový Mannov-Whitneyov test.

Výsledky

Psychická kondícia

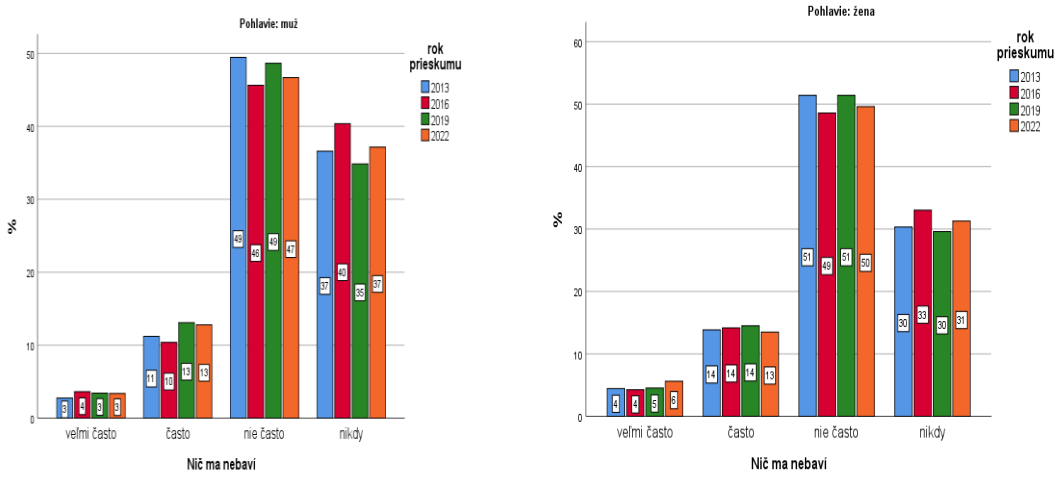
Rozdelenie respondentov podľa pohlavia pri otázke Aká je vaša psychická kondícia sa u mužov štatisticky významne menilo v priebehu rokov 2013-2022 (p= 0,037). Pohlavia sa v skúmaných rokoch od seba odlišovali pričom muži uviedli, že ich psychická kondícia bola výborná častejšie ako ženy.



Obrázok 1-2 *Rozdelenie respondentov podľa psychickej kondície*

Nič ma nebaví

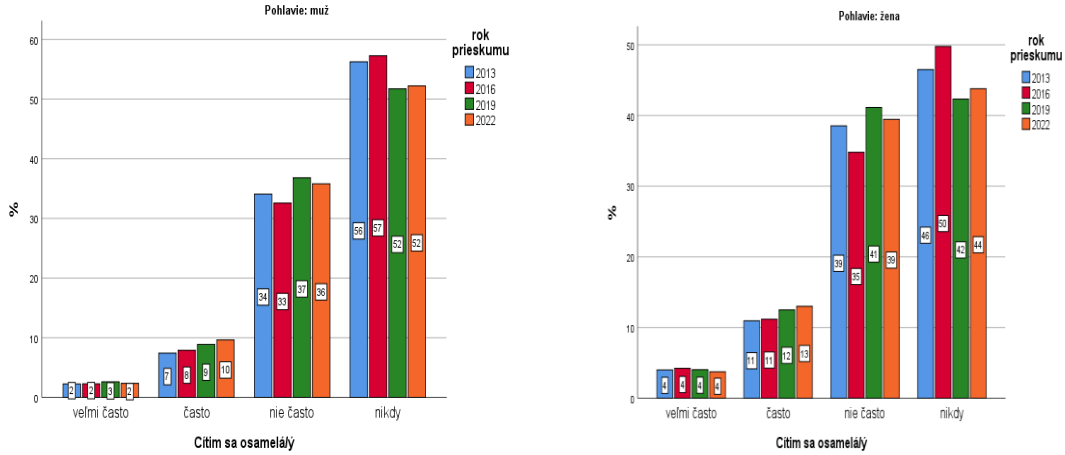
Ďalej nasledovala dotazníková otázka ako často našich respondentov nič nebaví. U mužov sa distribúcia odpovedí na otázku ako často ich nič nebaví, štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013-2022 (p=0,010). Pri porovnaní pohlaví, muži častejšie uvádzali pri tejto otázke možnosť nikdy oproti ženám. Od roku 2013 stúpa podiel žien, ktoré majú tento pocit veľmi často.



Obrázok 3-4 *Rozdelenie respondentov podľa frekvencie pocitu, že ich nič nebaví*

Pocit osamelosti

U mužov sa distribúcia odpovedí na otázku ako často sa cítia osamelí, štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013-2022 (p=0,014). Od roku 2013 rastie podiel tých, ktorí odpovedali, že sa často cítia osamelí.

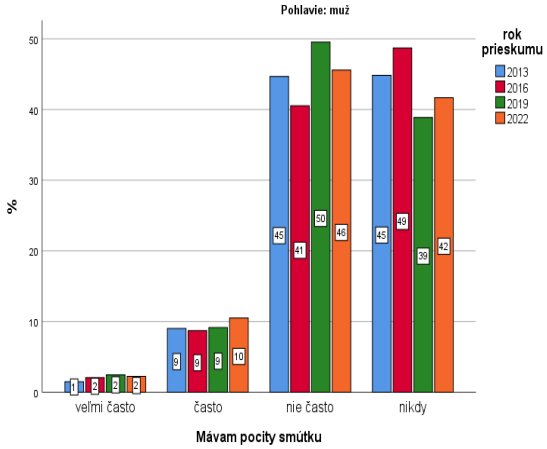


Obrázok 5-6 *Rozdelenie respondentov podľa frekvencie pocitu osamelosti*

U žien sa distribúcia odpovedí na otázku ako často sa cítia osamelé, významne menila v priebehu rokov 2013-2022 (p=0,001). Od roku 2013 rastie podiel tých, ktoré odpovedajú, že sa často cítia osamelé. U oboch pohlaví má od roku 2013 stúpajúci charakter podiel respondentov, ktorí majú tento pocit často.

Pocit smútku

Pri otázke ako často mávate pocit smútku sa u mužov distribúcia odpovedí štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013-2022 (p<0,001).

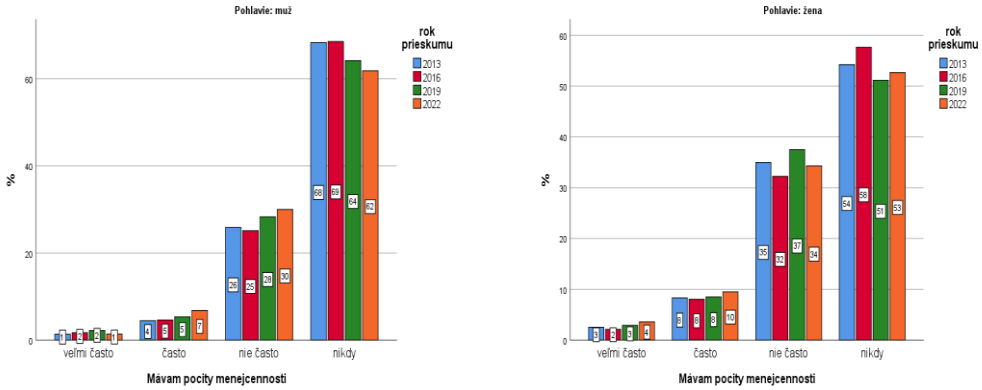


Obrázok 7 *Rozdelenie respondentov podľa frekvencie pocitu smútku*

U žien sa distribúcia odpovedí na otázku ako často mávajú pocit smútku, štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013-2022 (p<0,001). U oboch pohlaví od roku 2013 stúpal počet odpovedí veľmi často a nie často a naopak klesal podiel odpovedí nikdy. Pričom ženy mali pocit smútku častejšie ako muži.

Pocit menejcennosti

U mužov sa distribúcia odpovedí na otázku ako často mávajú pocit menejcennosti, štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013 až 2022 (p<0,001). Od roku 2013 po rok 2022 sa zvyšoval podiel odpovedí často mávam pocity menejcennosti.

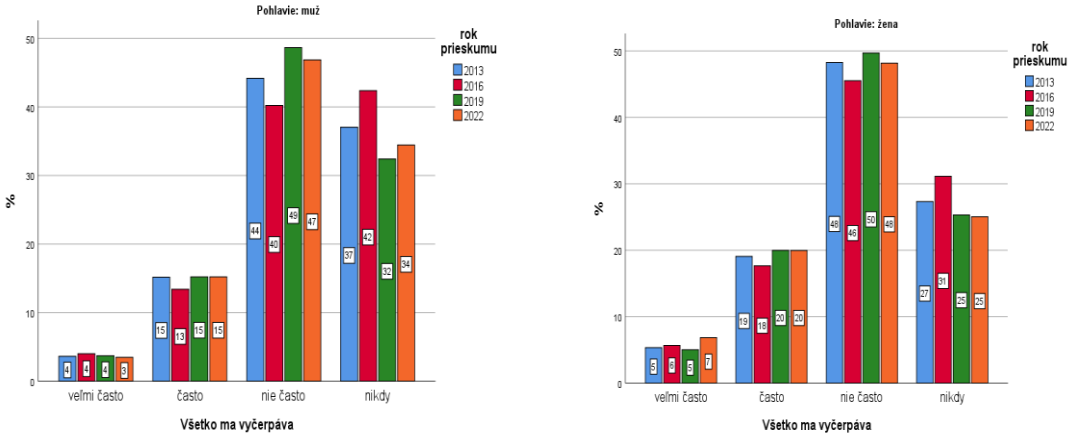


Obrázok 8-9 *Rozdelenie respondentov podľa frekvencie pocitu menejcennosti*

U žien sa distribúcia odpovedí na otázku ako často mávajú pocit menejcennosti, štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013-2022 (p<0,001).

Pocit vyčerpania

U mužov sa distribúcia odpovedí na otázku ako často ich všetko vyčerpáva, Štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013-2022 (p<0,001).

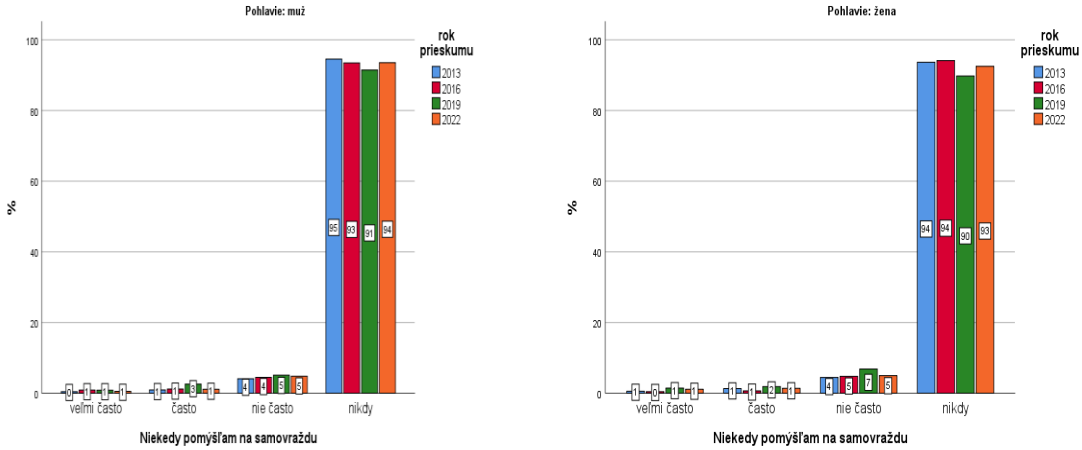


Obrázok 10-11 *Rozdelenie respondentov podľa frekvencie pocitu vyčerpania*

U žien sa distribúcia odpovedí na otázku ako často ch všetko vyčerpáva. Štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013 až 2022 (p=0,001).

Pomýšľanie nad samovraždou

U mužov sa distribúcia odpovedí na otázku ako často pomýšľajú na samovraždu, štatisticky významne menia v priebehu rokov 2013 až 2022 (p=0,001).

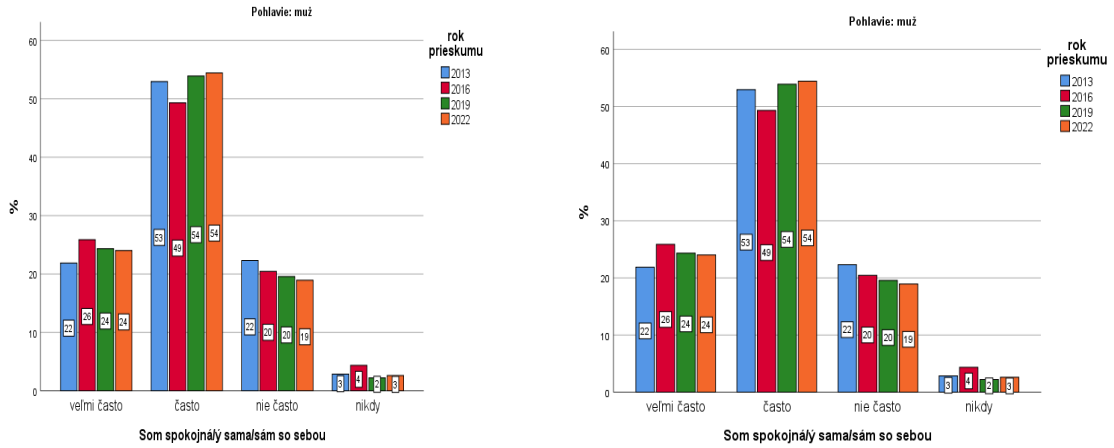


Obrázok 12-13 *Rozdelenie respondentov podľa frekvencie pomýšľania nad samovraždou*

U žien sa distribúcia odpovedí na otázku ako často pomýšľajú na samovraždu, štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013 až 2022 (p ¿0,001 . Od roku 2013 stúpa podiel respondentov, ktorí veľmi často pomýšľajú na samovraždu a klesá podiel respondentov, ktorí na ňu nepomýšľajú nikdy.

Pocit spokojnosti so sebou

U mužov sa distribúcia odpovedí na otázku ako často sú spokojní sami so sebou, štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013 až 2022 (p<0,001). Podiel odpovedí nie často som spokojný sám so sebou klesá od roku 2013.



Obrázok 14-15 *Rozdelenie respondentov podľa frekvencie pocitu spokojnosti so sebou*

U žien sa distribúcia odpovedí na otázku ako často sú spokojné samy so sebou, štatisticky významne menila v priebehu rokov 2013 až 2022 ($p<0,001$).

Diskusia

V príspevku sme zisťovali stav duševného zdravia obyvateľov SR v období rokov 2013-2022. Zamerali sme sa hlavne na porovnanie duševného zdravia medzi pohlaviami. Zisťovali sme napríklad ako často majú naši respondenti pocit, že ich nič nebaví, pocit osamelosti, pocit smútku, pocit menejcennosti, pocit vyčerpania alebo ako často pomýšľajú nad samovraždou.

Autori Nafiso et al. uvádzajú, že pandémia COVID-19 spôsobila okamžité a ďalekosiahle narušenie spoločnosti, hospodárstva a služieb zdravotnej starostlivosti. Zhrnuli dôkazy o vplyve pandémie na duševné zdravie a starostlivosť o duševné zdravie v európskych krajinách s vysokými príjmami. Zahrnuli 177 pozdĺžnych a opakovaných prierezových štúdií porovnávajúcich prevalenciu alebo výskyt problémov duševného zdravia, závažnosť symptómov duševného zdravia u ľudí s už existujúcimi stavmi duševného zdravia alebo využívanie služieb duševného zdravia pred pandémiou a počas nej alebo medzi rôznymi časovými bodmi pandémie. Zistili, že epidemiologické štúdie uvádzali vyššiu prevalenciu niektorých problémov duševného zdravia počas pandémie v porovnaní s obdobím pred ňou, ale vo väčšine prípadov sa tento nárast časom znížil. Naopak, štúdie zdravotných záznamov ukázali na začiatku pandémie znížený výskyt nových diagnóz, ktorý v roku 2020 ďalej klesal. Využívanie služieb duševného zdravia tiež kleslo na začiatku pandémie, ale neskôr v rokoch 2020 a 2021 sa zvýšilo, hoci miera využívania niektorých služieb sa nevrátila na úroveň ako pred pandémiou. Zistili však zmiešané vzorce účinkov pandémie na duševné zdravie a sociálne výsledky u dospelých, ktorí už žijú s duševnými chorobami. (Nafiso A. et al., 2023)

Štúdia autorov Xiong et al. zistila relatívne vysokú mieru príznakov úzkosti (6,33% až 50,9%), depresie (14,6% až 48,3%), posttraumatickej stresovej poruchy (7% až 53,8%),

psychickej tiesne (34,43% až 38%) a stresu (8,1% až 81,9%) je hlásená vo všeobecnej populácii počas pandémie COVID-19 v Číne, Španielsku, Taliansku, Iráne, USA, Turecku, Nepále a Dánsku. Medzi rizikové faktory spojené s núdzovými opatreniami patrí ženské pohlavie, mladšia veková skupina (≤40 rokov), prítomnosť chronických/psychiatrických ochorení, nezamestnanosť, status študenta a časté vystavenie sociálnym médiám/správam týkajúcim sa COVID-19. (Xiong J. et al., 2020)

Cieľom štúdie autorov Efstathiou et al. bolo preskúmať prediktívne faktory samovražedných myšlienok počas druhého lockdownu v Grécku. Respondenti prezentovali v druhom lockdowne samovražedné myšlienky 4,32%, čo sa výrazne nelíšilo od pôvodných 4,81%. Úzkosť, depresia, samovražedné myšlienky počas prvého lockdownu sa ukázali ako významné rizikové faktory samovražedných myšlienok. Naopak depresia bola zistená ako jediný významný prognostický faktor pre výskyt samovražedných myšlienok druhého lockdownu. (Efstathiou V. et al., 2021)

Záver

Z porovnania výsledkov štúdií vyplýva, že od roku 2013, 2016, 2019, 2022 sa celkovo zhoršilo duševné zdravie obyvateľov Slovenskej republiky a rovnako aj na celom svete. Pri porovnaní pohlaví môžeme skonštatovať, že ženy sú na tom s duševným zdravím oproti mužom horšie. Jednou z možných príčin zhoršenia duševného zdravia môže byť pandémia Covid-19, ktorá sa rozšírila po celom svete v roku 2020. Nadmerný stres a psychická záťaž sa podieľajú na vzniku mnohých súčasných chorôb, ako sú kardiovaskulárne ochorenia, choroby tráviacej sústavy a psychické ochorenia-neurózy. Na zdravotný stav ľudí majú veľký vplyv aj socio-ekonomické faktory, chudoba, stabilný príjem alebo sociálne znevýhodnenie. Preto má dôležitú úlohu podpora sociálneho prostredia teda rodiny, priateľov a ďalších sociálnych kontaktov. Ľudia s pozitívnymi vzťahmi v okolí sa vo vzťahu ku zdraviu správajú oveľa viac zodpovednejšie. Je potrebné pokračovať v zdravotnej výchove obyvateľov Slovenskej republiky s cieľom poskytnúť informácie o možnostiach a spôsoboch prevencie chorôb s dôrazom na motiváciu k zmene rizikového správania. Zvyšovať informovanosť širokej verejnosti prostredníctvom masovo komunikačných prostriedkov. Orientovať obyvateľov Slovenskej republiky k individuálnej zodpovednosti za svoje zdravie. Viesť populáciu k poznaniu svojich práv a povinností v systéme zdravotnej starostlivosti, k dôslednejšiemu využívaniu medicínskej prevencie a súčasne aj k využívaniu mechanizmov vzájomnej a medzigeneračnej podpory.

Literatúra

1. DANIHELOVÁ, V. et al., Vývoj zdravotného uvedomenia a správania sa obyvateľov Slovenskej republiky za obdobie rokov 2013-2016-2019. 2020 (104). ISBN 978-80-7159-244-0
2. EFSTATHIOU, V. et al., 2021. Does suicidal ideation increase during the second COVID-19 lockdown? [online]. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34020218/
3. NAFISO, A. et al., 2023. Mental health in Europe during the COVID-19 pandemic: a systematic review. [online]. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37321240/
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. World mental health report: Transforming mental health for all. [online]. Dostupné z: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338
5. XIONG, J. et al., 2020. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32799105/

Kontakt:

doc. Mgr. PhDr. Róbert Ochaba, PhD., MPH
Katedra verejného zdravotníctva
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavská univerzita
Hornopotočná 23
91843 Trnavae-
mail: robert.ochaba@truni.sk

Odbor podpory zdravia a výchovy k zdraviu
Úrad verejného zdravotníctva
Slovenskej republiky
Bratislava

KOMUNIKÁCIA S PRÍBUZNÝMI ONKOLOGICKY CHORÉHO PACIENTA

Communication With Relatives of An Oncologically Ill Patient

Viktoria Klymenko[1], Ivica Gulášová[2]

[1]Kharkiv National Medical University, Ukraine
[2]Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva, Trnava, Slovenská republika

Súhrn

Autorky analyzujú vybrané oblasti komunikácie zdravotníckych pracovníkov s pacientmi s onkologickým ochorením. Už samotné oznámenie diagnózy nikoho nepoteší, preto proces informovania pacienta a jeho rodiny by mal prebiehať v príjemnej atmosfére, s využitím empatie, komunikačných zručností lekára a sestry pri dodržaní štruktúry rozhovoru, postupnosti krokov a správneho načasovania. V závere príspevky autorky uvádzajú najčastejšie chyby a omyly, ktorých sa zdravotnícki pracovníci najčastejšie dopúšťajú či už vedome alebo nevedome a tiež možnosti ako im predísť.

Kľúčové slová: Komunikácia. Onkologicky chorý pacient a rodina. Informovanosť. Empatia. Etické aspekty.

Summary

The authors analyze selected areas of communication between healthcare professionals and patients with oncological diseases. The mere announcement of the diagnosis will not please anyone, so the process of informing the patient and his family should take place in a comfortable atmosphere, using empathy, communication skills of the doctor and nurse, observing the structure of the conversation, sequence of actions and correct timing. In conclusion, the author's contributions list the most common mistakes and mistakes that healthcare professionals most often make either consciously or unconsciously, as well as the possibilities to prevent them.

Keywords: Communication. Cancer patient and family. Awareness. Empathy. Ethical aspects.

Úvod

V súčasnosti sme vystavení pomerne častej konfrontácii s diagnostikovaným onkologickým ochorením. Tejto problematike sa venujú aj umelci, stvárňujú ju vo svojich dielach či už literárnych, filmových, hudobných a iných formách umenia. Vznikajú tak filmové diela, svoj priestor si uchopila aj literatúra, dokumentárne príbehy napríklad vyliečených pacientov, relácie články v populárnej tlači aj v odbornej literatúre na tému onkologických ochorení. Mení sa postavenie pacienta v rámci zdravotníckeho systému z role prijímateľa paternalistického rozhodnutia lekára o liečbe na aktívneho účastníka v rozhodovacom procese z hľadiska čo najindividualizovanejšieho prístupu v každom jednom prípade novodiagnostikovaného onkologického ochorenia. S väčšou dostupnosťou informácií pre širokú verejnosť, aj odborných, sa oveľa viac konzultuje, rozpráva, informuje o aktuálnom stave vo vzťahu lekár – pacient a jeho podporné osoby. Odborníci z viacerých pracovísk sa zhodli v názoroch, že to vo veľkej miere záleží od nastavenia ľudí v tíme, od stanovenia priorít, od hľadania ciest ako sa to dá, od skúseností v komunikácii a podpory kolegov, vedenia. V príspevku sa venujeme komunikácii zdravotníckych pracovníkov s rodinnými príslušníkmi pacientov s onkologickým ochorením ako takým. Zamyslíme sa aj nad tým, ako komunikácia zdravotnícki pracovníci – rodina s pacientom prebieha, aké sa v tomto procese vyskytujú najčastejšie chyby.

Ochorenia, ktoré vyvolávajú veľký strach v širokej laickej populácii súborne nazývame ako onkologické ochorenia. Je to z časti pre ich dlhodobý priebeh, významné ovplyvňovanie kvality života pacientov a rodiny, príbuzných, činnosti, pre ich nie vždy jasný koniec, a to aj s možnosťou úmrtia. Ich podstatou sú nádory, ktoré charakterizuje Janíková (2017): „Nádory môžu vzniknúť z akéhokoľvek tkaniva. Pri replikácii DNA a bunkovom delení môže dôjsť k mutáciám. Mutáciou rozumieme náhodnú, dedičnú zmenu v genotype bunky. Zmenené dcérske bunky strácajú svoj tvar a vnútornú štruktúru, nereagujú na vonkajšie podnety a začnú sa nekoordinovane deliť... Nádor je nové, abnormálne tkanivo, ktoré nemá fyziologickú funkciu a rastie neregulovaným spôsobom. Zmena týchto tkanív je ireverzibilná, nevratná.“ Nádor, onkologické ochorenie, rakovina, rak, to sú všeobecné názvy, ktoré charakterizujú určitých pacientov v systéme zdravotníckej starostlivosti a rozdeľujeme ich podľa konkrétnejších znakov na skupiny podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb (Buchler, et al., 2020). Podľa druhu tkanív, kde vzniklo nekontrolovateľné bujnenie sa podáva týmto pacientom liečba. O všetkom sa musí byť pacient informovaný, vyžaduje sa od neho písomný súhlas, čo kladie vysoké nároky na odbornosť zdravotníckych pracovníkov aj preto, že s rakovinou sú spojené rôzne mýty a nepravdy.

Odovzdávanie informácií v interakcii onkologicky chorý pacient a jeho rodina versus zdravotnícki pracovníci

O tejto problematike by sme mohli začať uvažovať od okamihu, ako hovorí názov jednej kapitoly v knihe od Andrášiovej (2009): „Keď je zrazu všetko inak ako predtým... Fázy a spôsoby vyrovnávania sa s ochorením sa netýkajú iba pacientov, ale aj ich rodiny, priateľov, pričom každý nimi prechádza sebe vlastným spôsobom a tempom, čo môže byť niekedy zdrojom viacerých problémov.“ Jednotlivé všeobecne známe fázy napr. podľa Kubler-Rossovej sa opakujú tak pri prijímaní zlých správ, nepríjemnej diagnózy, ako aj pri vyrovnávaní sa so smrťou u pacienta aj jeho rodiny. Úloha príbuzných v tejto náročnej situácii pre všetkých je napríklad ako uvádza Andrášiová (2009) v podpore: „Počas svojej práce s onkologickými pacientmi som stretla mnohých, ktorým boli ich blízki najväčšou oporou v chorobe a najsilnejšou motiváciou na vyzdravenie. Starali sa o nich tak vzorne a obetavo, že sa ochorenie nepriamo stalo pre pacientov príležitosťou, ako sa naplno presvedčiť o láske a oddanosti svojich najbližších.“ Tu je dôležitá úloha zdravotníckych pracovníkov voči príbuzným odovzdávanie posolstva byť na blízku, podporovať, rešpektovať pacienta, jeho blízkych, spolupracovať pre jeho dobro. Počiatočná komunikácia vo vzťahu zdravotník a rodina s pacientom prebieha v našej spoločnosti určitým zaužívaným spôsobom v podobe: Pozdravenie na úvod, zoznámenie, uvedenie do problematiky, hlavné jadro, diskusia, ukončenie. V prípade vzťahu zdravotnícki pracovníci a laici/pacienti s ich príbuznými do toho vstupuje jedna veľká premenná a tou je stres. Ako opisuje Honzák (2018): „Opakované výskumy preukázali, že priemerne inteligentný človek v nijak závažnej zdravotnej situácii, odchádzajúci od komunikatívne priemerného lekára, si nepamätá tretinu povedaného. Je to pre neho totiž natoľko náročná situácia, že je pod stresom.“ Predstavuje to na príklade obdĺžnikov: „Jeden- to je informácia, ktorú poskytuje lekár. Teraz si predstavte druhý, rovnako veľký, to je informácia, ktorú si odnáša pacient, položte ho na ten prvý tak, aby sa oba prekrývali len čiastočne. Tam, kde splývajú, bola informácia prevzatá, tam, kde prečnieva pacientsky obdĺžnik, bola tvorivým spôsobom doplnená a tam, kde vykukuje lekárov, zostala, ako sa hovorí, vo vzduchoprázdne.“ Môžeme sa na to pozerať aj z pohľadu viacerých diskutujúcich, nie len samotného pacienta, ale aj jeho sprevádzajúcich osôb. Dôležité je aj nastavenie pred rozhovorom, s ktorým každý prichádza. Lekár má naštudované ochorenie, jeho možný priebeh, komplikácie, liečbu, ovláda prognostické vízie. Pacienti a ich príbuzní sa dnes tiež dostanú k množstvu informácií, ktoré musia narýchlo vytriediť, každému je blízke niečo iné, niekto je zástancom eko, bio smerov, pre niekoho je to šarlatánstvo. Niekto len nemá rád „chémiu“ a snaží sa jej vyhnúť. Niekto má množstvo zlých zážitkov zo svojho okolia a primárne už nedôveruje zdravotníckemu prostrediu. Honzák (2018) to opisuje: „Pacient už prichádza so svojim názorom na vec a lekár má tiež svoj- a ešte k tomu svoje obmedzenia. Keby ste mali pre pacienta zariadiť všetko, čo koľkokrát požaduje, stálo by to nesmierne veľa

finančných nákladov, ktoré ale nemáte k dispozícii. Pacient vždy bude jednať podľa svojich „nôt“, je to predsa jeho ochorenie, jeho subjektívna skúsenosť so zmeneným zdravotným stavom, ktorý vám naviac nikdy neprerozpráva tak, aby ste sa do jeho cítenia, vnímania, celkového psychického rozpoloženia stopercentne vcítili. Navzdory sebaväčšej empatii nikdy nebudem v jeho topánkach, a i keby som bol, cítil by som sa v nich rozpoltený, pretože by som mal zároveň aj to druhé videnie. Dobrý lekár sa teda musí snažiť, aby tie dve videnia ochorenia nejako prepojil, a to sa dá iba vzájomnou komunikáciou. Preto je taká dôležitá.“

Po prvotných informáciách a vyrovnávaním sa s nimi, prichádza obdobie liečby. Pri náročnej situácii, akým je onkologické ochorenie v našej spoločnosti vnímané, je dôležité pri podlomení kolien nájsť pomocnú paličku, akou môže byť rodina. Andrášiová (2009) uvádza: „Výsledky viacerých výskumov potvrdzujú, že z dlhodobého hľadiska sa pacientom s dobrým rodinným zázemím a kvalitnými vzťahmi darí lepšie, majú vyššiu úroveň kvality života, ľahšie zvládajú ochorenie a liečbu, sú menej úzkostní a depresívni. Dobrá kvalita vzťahov je dokonca jedným z faktorov, ktoré pozitívne ovplyvňujú dĺžku života pacienta. Už Nietzsche kedysi napísal, že ak má človek prečo žiť, zvládne každé ako (Blatný, 2020). Spomenutá rovnica, žiaľ, platí aj naopak: pacienti, ktorým chýbajú blízke vzťahy a žijú opustení (čo nemusí znamenať, že žijú sami; opustenosť znamená, že človeku chýba spriaznená duša), ťažšie v sebe nachádzajú silu podstúpiť celú tortúru liečby. Keď chýba motivácia a zmysel, cesta k vyzdraveniu sa stáva bezpredmetnou. Liečba rakoviny preveruje fyzické a psychické sily pacienta a jeho najbližších a tiež kvalitu ich vzťahov.“ Okrem toho, že príbuzní musia vedieť reagovať medzi sebou, vstupujú do ich života aj zdravotnícki pracovníci, ktorí ich ovplyvňujú v dobrom aj zlom kontexte. Čo možno urobiť v dobrom duchu pre rodinu zo strany zdravotníckeho pracovníka je: načrtnúť budúce situácie, s ktorými sa možno budú musieť konfrontovať, ako uvádza Andrášiová (2009): V náročnom období počas liečby sa na istý čas menia partnerské roly, kompetencie, intímny život, rodinné rituály a zaužívané stereotypy. Je to náhla a nedobrovoľná zmena, nie je čas sa na ňu pripraviť a nie je vôbec isté, ako dlho bude trvať. Zdravý partner musí nie len pracovať, ale preberá na seba aj starostlivosť o deti, o chod domácnosti aj o chorého partnera, napríklad sesterská diagnóza partnerská rola narušená, rodičovská rola narušená. V takejto situácii pomáha zredukovanie povinností na minimum a prerozdelenie úloh v rámci širšej rodiny.“ V tomto období dochádza k neustálemu odovzdávaniu skúseností, prispôsobovaniu sa zmenám za „pochodu“ , čo kladie zvýšené nároky na vzájomnú toleranciu, komunikáciu rodiny a zdravotníckych pracovníkov. Podľa Buráka (2017) má komunikácia medzi dvomi a viac komunikujúcimi účastníkmi funkcie: „Informatívnu, inštruktážnu, persuáznu, motivačnú, kontaktnú, kontrolnú, emotívnu, sebapoznávaciu.“ Informačná a inštruktážna je hlavne o schopnosti jasne, konkrétne vysvetliť čo sa vlastne stalo, o čo nám ide. Persuázna a motivačná si vyžadujú dobrú atmosféru, dostatok času, nadviazanie vzájomne tvorivého vzťahu. Kontaktná a kontrolná už

nie je natoľko príjemná, hlavne ak sa dozvieme o protichodných a rozporuplných názoroch druhej strany a potrebujeme pokračovať v komunikácii. Udržať kontakt, nezatvárať sa pred nevôľou, doťahovať veci aj keď vieme, že môže prísť k ich ohrozeniu z nedodržiavania a iných negatívnych pochodov z druhej strany, hľadať nové cesty komunikácie v náročnom prostredí. Emotívnu a sebapoznávaciu funkciu by sme mohli chápať ako hľadanie človeka v každom z nás a snahu o autenticitu v prejave, situácii, prispôsobenú okolnostiam. Či je dôležitejšia vecnosť a jasnosť informácie v rozhovore alebo ľudskosť, opisuje Honzák (2018) napr. takto: „Pokiaľ je lekár zdatný komunikátor, pacient ho považuje automaticky za zdatného odborníka, ktorým v skutočnosti byť nemusí, zatiaľ čo zlý komunikátor pôsobí na nás, laikov, ako mizerný lekár, aj keď môže byť majster svojho odboru. A celkom po práve, pretože komunikácia k tomuto povolaniu zdravotníckeho pracovníka patrí rovnako, ako umývať si ruky a vedieť, ktoré lieky sa nemôžu súčasne užívať lebo sú antagonisti. Lenže množstvo zdravotníckych pracovníkov to podceňuje- a sme pri Amy Cuddy, americkej sociálnej psychologičky, špecialistky na neverbálne správanie, ktorá dokázala, že vrelosť si pacient cení ďaleko viac než celé profesionálne kompetencie.“ Nedá sa povedať, že by problémy v komunikácii medzi zdravotníckymi pracovníkmi a rodinou s pacientom neboli alebo nemohli byť, sú prirodzenou súčasťou života. V prípade konfliktných situácií Burák (2017) uvádza postup pri ich riešení: „1. Ujasnenie si problému oboma stranami, 2. Analýzu podstaty problému, 3. Generovanie a vyhodnotenie možností riešenia, 4. Deklarovanie spoločného najlepšieho riešenia, 5. Plánovanie a implementácia riešenia, 6. Vyhodnotenie správnosti riešenia po určitom čase.“ Na základe sporu môže vzniknúť podľa Boyesa (2021) niekoľko výsledkov: „Vyhýbanie sa dvoch strán, prispôsobenie sa jednej strany, presadenie sa jednej strany, kompromis, konsenzus.“ Pričom konsenzus považuje za najlepšie riešenie. Prečo sa množstvo konfliktných situácií nedotiahne do pozitívneho konca je aj o tom, ako máme ako diskutéri v sebe nastavené, čo je konflikt, čo nám prináša, ako sme zvyknutí ho riešiť, neriešiť, kde nás zasahuje, kde nás presahuje.

Burák (2017) uvádza **osem ponaučení o konfliktoch**, ktoré môžu pomôcť k ich riešeniu: „ Konflikt medzi ľuďmi je nevyhnutný a prirodzený, Konflikt môže mať pre zúčastnené strany konštruktívny (pozitívny) charakter alebo deštruktívny (negatívny) priebeh, Konflikt ovplyvňujú viaceré faktory (povahové vlastnosti, typ problému, prostredie, stratégia, dôsledky riešenia, strach, komunikácia), Komunikácia plní vo vzťahu veľa pozitívnych funkcií, Konflikt nie je súťaž kto z koho, Konflikt má realistické, objektívne prvky, aj subjektívne (emotívne) prvky, Čím sú vzťahy medzi konfliktnými stranami užšie, tým sa môže stať konflikt intenzívnejším, Konflikt riešený silou alebo autoritatívne z pozície moci, ktorá nerešpektuje záujmy druhej strany, prežíva naďalej v zmenených formách konfliktu, alebo sa obnoví, keď sila konfliktu prestane pôsobiť.“

Andrášiová (2009) uvádza koniec liečby ako jednu z náročných etáp života rodiny: „Nezriedka sa stáva, že hneď potom, ako sa pacientova diagnóza zmení na ´vyliečený´, partner očakáva, že všetko bude zo dňa na deň fungovať ako predtým. Je to pochopiteľné, veď záťaž na zdravom partnerovi je často veľmi veľká. Dôsledky intenzívnej liečby – najmä únava, slabosť či spavosť – však môžu doznievať v organizme ešte dlho po jej ukončení. Preto je dôležité zaťažovať organizmus postupne a veľmi citlivo. To platí tak pre pacienta, ako pre príbuzných." Tieto odporúčania je dôležité, aby zdravotnícki pracovníci mali na pamäti a postupne ako prechádzajú rodiny obdobiami liečebného procesu, im ich odovzdávali, prípadne pri všimnutí si problémov ich vedeli nasmerovať na odborníkov, ktorí by im v tejto situácii mohli lepšie pomôcť.

Nie každé onkologické ochorenie je možné vyliečiť. Hakl et al.(2011) sa pýtajú: „Čo však v prípade, ak onkologické ochorenie už veľmi pokročilo, ale pacient je vo výbornom fyzickom a duševnom stave a je odhodlaný bojovať? Máme právo takémuto pacientovi liečbu odmietnuť?" Nás zdravotníckych pracovníkov to motivuje stále hľadať a posúvať možnosti vpred- konzultovať, vybavovať liečbu, nenechať ich napospas ochoreniu. Vznikajú veľmi silné vzťahy, ktoré sa ťažko vyjadrujú slovami. Pokiaľ dôjde k situácii, že liečba prináša viac utrpenia ako benefitu, je na mieste prechod k paliatívnej starostlivosti. „Bazálna terapia sa indikuje u pacientov s jednoznačne zlou prognózou, kde sa stav veľmi zhoršuje a všetky postupy liečenia sú bez efektu. Naopak pokračovanie intervenčných postupov prináša pacientovi len utrpenie, bolesť a dyskomfort." (Šoltés a kol., 2008) „Smrť je prirodzenou súčasťou života človeka, pri nej postupne a nezvratne dochádza k zlyhávaniu životne dôležitých orgánov. Je to časovo dlhší úsek, nie iba okamih. Zdravotnícki pracovníci, príbuzní a blízki by mali pomôcť pacientovi vyrovnať sa so smrťou a správne reagovať na jeho požiadavky." (Gulášová,, 2008) Tu vidíme odpoveď na otázky verejnosti, ako pri neliečiteľnosti ochorenia postupovať.

Chyby v komunikácii

Čím viac sa snažíme vyjsť pacientom v ústrety, tým sme nútenejší viac komunikovať. A ľahko sa nám môže stať, že v komunikácii sa dopustíme aj chýb. Burák (2017) ich nazýva ´hriechmi komunikácie´ a vymenúva najtypickejšie: „negatívny postoj, preťaženie, predsudky, jednosmerka, nejednoznačnosť, zlé načasovanie, latina." Z textu vyberáme vysvetlenie tých ťažšie na prvý pohľad vysvetliteľných. Napríklad: „Pod preťažením rozumieme situáciu, že aj keď komunikujete s niekým jeho rečou, ešte stále ho môžete stratiť na polceste, ak ho preťažíte priveľa informáciami alebo príliš komplexnými myšlienkami. Hovorte stručne a jasno. Namiesto zložitých a rozvitých súvetí, komunikujte viac účelne, prakticky a využívajte jednoduché krátke vety. Odborníci nazývajú takýto prístup ako ´bozkový princíp´, lebo termín kiss znamená v angličtine bozk a rovná sa Keep it short and simple....Treba si tiež priznať, či máte k predmetnej veci predpojatosť alebo predsudky Vy sám. Ak si to úprimne nepriznáte a ´podvediete sa´, počúvajúci prestane veľmi rýchlo počúvať, čo mu hovoríte, ak nadobudne podozrenie, že komunikácia má aj skrytú manipulatívnu rovinu." (Burák, 2017) Jednosmerku

možno v krátkosti popísať slovami Buráka (2017): „Komunikácia nie je len hovorenie, ale aj počúvanie.“

Autoritárstvo v komunikácii lekár- pacient a jeho rodina sa nielen ťažko odmyslí, keďže u nás má dlhoročnú tradíciu, ale sa aj ťažko nerealizuje (Linhartová, 2007). Honzák (2018) o tom hovorí: „Lekár tvárou v tvár pacientovi najčastejšie zlyháva tým, že začne ´tlačiť na pílu´, čo pacient vníma ako aroganciu voči sebe a začne sa vzpierať. To zasa lekár vníma ako aroganciu voči sebe, začne púšťať hrôzu - a už to ide. Tiež máme tendenciu „utnúť „pacienta zhruba po 19-25 sekundách...je to veľká chyba, lebo ani ten najzhovorčivejší chorý nevydrží viesť monológ dlhšie ako dve, dve a pol minúty, ako sa zistilo.“

Ku chybám v komunikácii samozrejme prichádza aj na strane pacientov a ich blízkych. Honzák (2018) hovorí napríklad o zabúdaní: „Obávam sa, že pacient z návštevy lekára zabudne predovšetkým to, čo vôbec nechce robiť, pretože by mu to pokazilo život. My lekári sme totiž nositelia nemilých, nepohodlných, nepríjemných správ.“

Problémom tiež stále ostáva otázka ako by bolo správne a dobré jednať s problémovými pacientmi napríklad ktorí majú agresívne prejavy v správaní, manipulačné, nepochopiteľné, obmedzené vnímanie a všetky druhy správania, ku ktorým sa nám zdravotníckym pracovníkom ťažko prispôsobuje ako to zhrnul Honzák (2018) na osobnom príklade vyjadrenia sa k svojej 50-ročnej praxi lekára a tomu, čo ho najviac rozčuľuje na pacientoch: „Už nič. Trvalo mi dlho, kým som sa naučil vnímať ich a prijímať ako počasie. Mám pochopiteľne rád slnečný deň s modrou oblohou a teplú noc, ale viem si hovoriť spolu s Fantiškom Nepilom ´vďaka za každé nové ráno´, trebárs daždivé. Z duše mi prehovoril Anthony de Mello, psychológ, jezuita i vyznávač budhizmu, v poviedke o človeku, ktorému sa na jeho milovanom trávniku rozbujnely púpavy a nech skúšal, čo skúšal, nedokázal sa ich zbaviť. Napísal teda list na ministerstvo poľnohospodárstva, čo má robiť. Odpoveď znela: ´Doporučujeme, aby ste sa naučil mať ich rád.´“

Rozhovor o ťažkých situáciách, smrti, je vždy v zdravotníckom prostredí veľmi náročná téma. Honzák (2018) sa snaží situáciu analyzovať príkladom blížiaceho sa konca na komunikácii ako zväčša prebieha medzi najbližšími: „Kubler-Rossová odišla do Ameriky, kde opatrne študovala, či sú pacienti radšej, keď im to povedia na rovinu, alebo nie. Každopádne príklop zatajovania pacientovi nepomôže, naopak ho dostáva do príšernej izolácie. Všetci okolo neho to vedia a on jediný tápe. Vzájomnú komunikáciu poznamená veľká nepravda. On nehovorí nič, aby nekomplikoval život svojim najbližším, a oni nehovoria nič, aby ho nezranili, a rozprávajú mu o tom, čo mali včera na večeru a také tie zbytočnosti ako ´veď my si ešte zájdeme spolu na pivo´- a pri tom obe strany vedia, že už nezájdu.“

Ako hovoriť o prognóze s umierajúcim a jeho okolím Honzák (2018) opisuje: „Nemôžem nikoho falošne utešovať a hovoriť mu, že sa dožije Vianoc - to sa staviam do pozície mága, čo má zaistiť ďalšie prežitie alebo milosrdnú smrť. Pritom v tejto chvíli je úplne bezmocný ako laik, tak lekár. Veď nikto netuší, kto tu ako dlho ešte pobudne. Tvrdiť zostávajú vám ešte dva týždne deduško´ je teda nesprávne a nemorálne. Dá sa to vyjadriť aj inak, napríklad: ´nezostáva vám

už príliš času´ alebo ´skôr ako s rokmi musíme počítať s kratšími časovými úsekmi´. Pokiaľ ale ten človek patrí medzi vašich blízkych, mali by ste sa s ním rozprávať o naozajstných pocitoch a vzťahoch, vrátane toho, či ste mu, obrazne, niečo dlžní.“

Záver

Dôležitá je téma odpustenia, lásky, poďakovania, počúvania, prianí, dovolenia odísť. Nie sú to vyslovene zdravotnícke témy. O čo viac by bola starostlivosť a komunikácia efektívna, keby sa im aj v zdravotníctve venovala väčšia pozornosť.

Príspevok vyšiel za podpory Medzinárodného projektu: 2/2023-M Development of different organization and business structures in public and private sectors of health care, pharmaceutical industry, healt education and promotion of health, rehabilitation, wellness and beauty sectors: international experience. 2023 - 2025

Zoznam použitej literatúry

1. ANDRÁŠIOVÁ, M. 2009. Keď do života vstúpi rakovina. Landy, 2009. 249 s. ISBN 978-80-970127-0-0
2. BLATNÝ, M. et a l. 2020. Osobní pohoda a osobnost v celoživotní perspektivě. Praha: Academia. 2020, ISBN 978-80-2003-064-1
3. BUCHLER, T. et al., 2020. Speciální onkologie. Praha: Maxdorf. 2020. 296s., ISBN 978-80-7345-651-1
4. BURÁK, E. 2017. Komunikácia v konflikte a kríze. Ružomberok: Tesfo, 2017. 209 s. ISBN 978-80-89253-86-9
5. BOYES, A. 2021. Nástroje proti úzkosti. Praha: Grada. 2021, ISBN 80-271-1219-2
6. GULÁŠOVÁ, I. 2008. Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení. Martin, Osveta, 2008, 99s., ISBN 978-80-8063-305-9
7. HAKL, M. et al. 2011. Léčba bolesti – současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndómu. Praha: Mladá fronta. 2011, 231s., ISBN 978-80-204-2473-0
8. HONZÁK, R. 2018. Všichni žijem v blázinci. Praha: Vyšehrad, 2018. 216 s. ISBN 978-80-7601-003-1
9. LINHARTOVÁ, V. 2007. Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada. 2007. 152s., ISBN 978-80-247-1784-5
10. ŠOLTÉS, L. – PULLMANN, R. 2008. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin: Osveta, 2008. 258 s. ISBN 80-8063-287-8.

Kontakt:

prof. dr. Klymenko Viktoria, DrSc.
Kharkiv National Medical University, Ukraine

OČKOVANIE A ZAOČKOVANOSŤ VO VYBRANÝCH KRAJINÁCH EÚ - PRÍKLADY DOBREJ PRAXE

Vaccination and Vaccination Coverage in Selected EU Countries - Examples of Good Practice

Jarmila Pekarcikova[1], Margita Brtosova[2]

[1]Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava
[2]Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Dolnom Kubíne, Dolný Kubín

Abstrakt

Úvod: Očkovanie je významným preventívnym opatrením nielen pre jednotlivca, ale aj pre celú spoločnosť. Systém očkovania a registrácie je v jednotlivých európskych krajinách rozdielny. Každá krajina je zodpovedná za svoju vlastnú národnú politiku verejného zdravia vrátane svojho národného imunizačného programu a očkovacej schémy. Cieľom príspevku je poukázať na význam očkovania a mieru zaočkovanosti u detí a dospievajúcich so zameraním na sezónnu chrípku vo vybraných krajinách EÚ.

Metodika: prezentované údaje boli získané zo štúdie VENICE (Vaccine European New Integrated Collaboration Effort), z projektu Overcoming Obstacles to Vaccination, a z priebežných správ ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) a Epidemiologického informačného systému SR.

Výsledky: Miera pokrytia očkovania u detí a dospievajúcich v sezóne v rokoch 2018/2019 až 2020/2021 nahlásilo celkovo deväť krajín, aj keď zaočkovanosť na chrípku bola podľa rôznych vekových skupín. Úroveň pokrytia hlásená na Slovensku a v Slovinsku bola nízka (<2 %) a neodrážala dodržiavanie odporúčania pre cieľové vekové skupiny. Celkovo bol rastúci trend pozorovaný v Lotyšsku, na Malte, v Taliansku (hoci s veľmi nízkou úrovňou zaočkovania voči chrípke), v Luxembursku v Slovinsku počas sezóny 2020 v porovnaní so sezónou 2018 v porovnaní so sezónou 2019 a v Litve v porovnaní so sezónou 2019/2020. V Írsku dosiahla zaočkovanosť voči chrípke 30 % v rokoch 2020-2021. Cieľom vakcinačnej stratégie v rámci EÚ regiónu je dosiahnuť 75 % mieru zaočkovanosti (VCR) aj vakcínou proti sezónnej chrípke, čo sa nepodarilo dosiahnuť ani jednej sledovanej krajine v jednotlivých popisovaných chrípkových sezónach.

Záver: Očkovaním dokážeme výrazne znížiť chorobnosť na infekčné choroby a zabrániť tak úmrtiam alebo znižovaniu kvality života.

Kľúčové slová: Zaočkovanosť. Očkovanie. Chrípka. Detský vek. Infekčné ochorenia.

Abstract:

Introduction: Vaccination is a significant preventive measure not only for individuals but also for the entire society. The vaccination and registration system varies in different European countries. Each country is responsible for its own national public health policy, including its national immunization program and vaccination schedule. The aim of this contribution is to highlight the importance of vaccination and vaccination coverage in children and adolescents, with a focus on seasonal influenza in selected EU countries.

Methodology: The presented data were obtained from the VENICE study (Vaccine European New Integrated Collaboration Effort), the Overcoming Obstacles to Vaccination project, and interim reports from ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) and the Epidemiological Information System of the Slovak Republic.

Results: Vaccination coverage rates in children and adolescents during the seasons from 2018/2019 to 2020/2021 were reported by a total of nine countries, although flu vaccination rates varied among different age groups. The coverage level reported in Slovakia and Slovenia was low (<2%), not reflecting adherence to recommended target age groups. Overall, a growing trend was observed in Latvia, Malta, Italy (despite very low influenza vaccination rates), Luxembourg, and Slovenia during the 2020 season compared to the 2018 and 2019 seasons and in Lithuania compared to the 2019/2020 season. Ireland achieved a 30% influenza vaccination rate in the 2020-2021 seasons. The goal of vaccination strategy within the EU region is to reach a 75% vaccination coverage rate (VCR) for seasonal influenza, which was not achieved in any of the observed countries in the described influenza seasons.

Conclusions: Vaccination can significantly reduce the incidence of infectious diseases and prevent deaths or a decrease in the quality of life.

Keywords: Vaccination coverage. Vaccination. Influenza. Childhood age. Infectious diseases.

Úvod

Očkovanie je významným preventívnym opatrením nielen pre jednotlivca, ale aj pre celú spoločnosť. Vplyv očkovania na zdravie populácie má veľký význam na zníženie chorobnosti a úmrtnosti. Už v minulosti sa viackrát preukázalo, že očkovanie väčšej časti populácie vedie k ochrane nielen očkovaných, ale aj neočkovaných osôb vďaka tzv. kolektívnej imunite. Tá je dosiahnutá tým, čím je viac osôb zaočkovaných, čiže chránených proti infekčným chorobám, tým viac sa znižuje možnosť šírenia mikroorganizmov v prostredí a vyvolania závažných infekčných ochorení.

Systém očkovania a registrácie je v jednotlivých európskych krajinách rozdielny. Každá krajina EÚ je zodpovedná za svoju vlastnú národnú politiku verejného zdravia vrátane svojho národného imunizačného programu a očkovacej schémy. Systém očkovania závisí od

viacerých faktorov, ako od epidemiologickej situácie a nadstavenia národných imunizačných programov v jednotlivých krajinách, ktoré zároveň obsahujú aj odporúčania pre očkovanie v danom roku a pre danú vekovú kategóriu či populačnú skupinu, ktorá sa má zaočkovať (napríklad všetky deti určitého veku alebo len deti v rizikovej skupine), presný typ vakcíny (napr. niektoré zložky sa môžu líšiť), počet a načasovanie dávok a či sa vakcína podáva samostatne alebo v kombinácii s inými.

Faktory, ktoré spôsobujú takéto rozdiely, môžu zahŕňať záťaž chorobou, prevalenciu choroby a trendy v rôznych krajinách, zdroje a štruktúry systémov zdravotnej starostlivosti, politické a kultúrne faktory, ako aj odolnosť vakcinačného programu. Rozdiely medzi očkovacími schémami neznamenajú, že niektoré sú lepšie ako iné. Len berú do úvahy rôzne okolnosti a zdravotné systémy. V každej krajine EÚ je zabezpečená rovnaká úroveň ochrany. Očkovacie schémy detí vo všetkých krajinách EÚ zahŕňajú očkovanie proti: osýpkam, mumpsu, rubeole, záškrtu, tetanu, čiernemu kašľu, poliomyelitíde, Haemophilus influenzae typu B, ľudskému papilomavírusu). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) odporúča očkovanie proti hepatitíde B ako súčasť univerzálnej očkovacej schémy pre deti, ale niektoré krajiny očkujú len deti s vysokým rizikom infekcie a dospelých v kľúčových rizikových skupinách. Deťom v niektorých krajinách sa ponúka ochrana prostredníctvom očkovania proti: hepatitíde typu A, chrípke, invazívnemu ochoreniu spôsobené Neisseria meningitidis alebo Streptococcus pneumoniae, rotavírusu, tuberkulóze a varicelle. Okrem toho všetky krajiny EÚ majú odporúčania pre sezónnu chrípku (chrípku) pre starších ľudí a kľúčové rizikové skupiny. Očkovaním dokážeme výrazne znížiť chorobnosť na infekčné choroby a zabrániť tak úmrtiam alebo znižovaniu kvality života. Vďaka vývoju a pokroku v oblasti očkovacích látok môžeme dnes očkovanie považovať za jeden z najbezpečnejších a najefektívnejších prostriedkov v prevencii úmrtí a v zlepšovaní kvality života. Krajiny na celom svete postupne zavádzajú a rozširujú imunizačné programy, ktoré sú dnes dostupné pre viac ako 80 % detí na celom svete.

Metodológia

Použité informácie a údaje boli získané z projektu VENICE (Vaccine European New Integrated Collaboration Effort), z projektu Overcoming Obstacles to Vaccination, a z priebežných správ ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) a EPISu (Epidemiologický informačný systém) so zameraním na chorobnosť a zaočkovanosť detí a dospievajúcich voči chrípke.

Výsledky

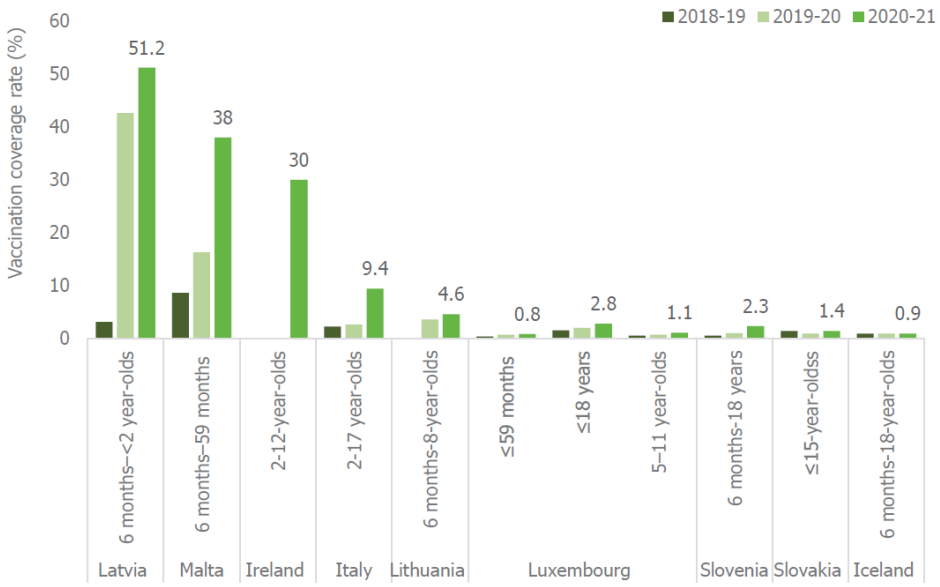
Vakcíny sa v národných schémach podávajú vo vhodných časových rámcoch tak, aby sa zabezpečila primeraná ochrana. V nasledovnej tab.1 môžeme pozorovať rozdielnosť v odporúčaniach v očkovaní proti sezónnej chrípke v rôznych vekových kategóriách u detí a adolescentov krajinách EÚ.

Tab.1: *Odporúčanie očkovania voči sezónnej chrípke u detí a adolescentov, EU/EEA krajiny (n=30), 2021-22 sezóna chrípky*

Krajina	≥ 6 - 23 mes.	≥ 6 mes. -5 r.	≥ 6 mes. – 6 r.	≥ 24 mes. – 7 r.	≥ 6 mes. -12 r.	≥ 6 mes. – 15 r.	≥ 6 mes. < 18 r.	≥ 24 mes. < 18 r.	Financovanie vakcinácie/ administrácie	Odporúčaná vakcína
Belgicko										
Bulharsko							R		NF/NF	IIV4
Cyprus						R			F/F	IIV4
Česko		R								IIV4/LAIV
Dánsko				R					F/F	LAIV
Estónsko										
Fínsko			R						F/F	IIV4/LAIV
Francúzsko										
Grécko										
Holandsko										
Chorvátsko										
Island										
Írsko								R	F/F	LAIV
Lichtenštajnsko										
Litva										
Lotyšsko	R								F/F	IIV4
Luxembursko										
Maďarsko										
Malta		R							F/F	IIV4
Nemecko										
Nórsko										
Poľsko							R		NF/NF	IIV4/LAIV
Portugalsko										
Rakúsko							R		F/F	IIV4/LAIV
Rumunsko		R							F/F	IIV4
Slovensko					R				F/F	IIV4/LAIV
Slovinsko	R								F/F	IIV4
Španielsko										IIV4, cIIV4
Švédsko										
Taliansko			R						F/F	IIV4/LAIV/cIIV4

Vysvetlivky: R – odporúčané očkovanie. F: Financované. NF: nefinancované. F/F: Financovanie vakcíny/Financovanie podania vakcíny. IIV4: Quadrivalentná inaktivovaná vakcína proti chrípke; LAIV: Naživo Atenuovaná vakcína proti chrípke. cIIV4: z buniek odvodená inaktivovaná štvorvalentná vakcína proti chrípke.

Mieru pokrytia očkovania u detí a dospievajúcich v sezóne v rokoch 2018/2019 až 2020/2021 celkovo nahlásilo deväť krajín, i napriek rozdielnym vekovým skupinám. Krajiny ako Írsko, Taliansko, Malta a Lotyšsko uviedli údaje za vekovú skupinu, na ktorú sa zameriavajú odporúčania, zatiaľ čo Slovensko a Slovinsko uvádzali údaje o zaočkovanosti pre širšiu vekovú skupinu. Úroveň pokrytia počas sezóny 2020/2021 kolísala medzi 9,4 % (Taliansko) a 51 % (Lotyšsko). V Lotyšsku a na Malte bola najvýraznejšie zvýšenie počtu zaočkovaných v porovnaní s predošlou sezónou 2018/2019. Úroveň pokrytia hlásená na Slovensku a v Slovinsku bola nízka (<2 %) a neodrážala dodržiavanie odporúčaní pre cieľové vekové skupiny. Celkovo bol rastúci trend v zaočkovanosti proti chrípke pozorovaný v Lotyšsku, na Malte, v Taliansku (hoci s veľmi nízkou úrovňou zaočkovania), v Luxembursku v Slovinsku počas sezóny 2020/2021 v porovnaní s predošlými sezónami. V Írsku dosiahol zaočkovanosť 30 % v rokoch 2020/2021. V Taliansku bola zaočkovanosť 9,2 %, i napriek tomu, že 2020-2021 bola prvá sezóna s odporúčaním na očkovanie proti chrípke. [ECDC, 2023], (Graf 1).

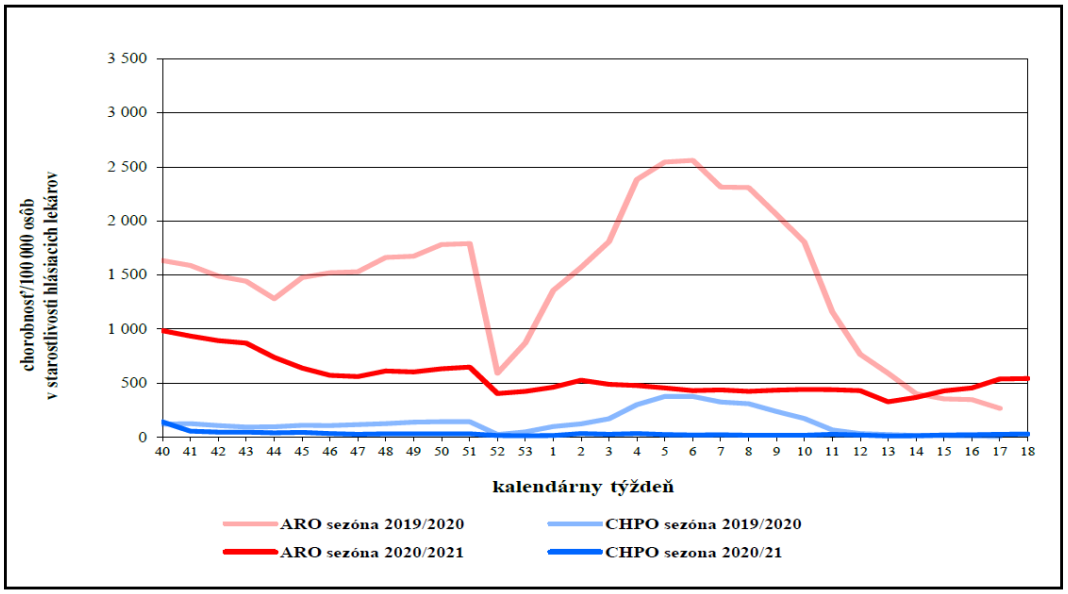


Graf 1: *Miera zaočkovanosti detí proti sezónnej chrípke, krajiny EÚ/EHP (n=9), 2018/2019; chrípkové sezóny 2019/2020 a 2020/2021. Zdroj: ECDC, 2023.*

V roku 2021 bolo hlásených 40 763 prípadov chrípky a chrípke podobných ochorení (CHPO) s chorobnosťou 2 059,9/100 000 obyvateľov v starostlivosti hlásiacich lekárov**.** Uvedený počet prípadov CHPO predstavuje 5,2 % z celkového počtu ARO, kým rok predtým to bolo 9 %. Vekovo-špecifická chorobnosť na CHPO bola najvyššia vo vekovej skupine 0 – 5 (7 010,6/100 000).

Najvyššia chorobnosť na ARO (aj CHPO) sa zaznamenala hneď na začiatku chrípkovej sezóny v 40. a 41. kalendárnom týždni (mapa 1) s následným poklesom do konca roka 2020. Najvýraznejší pokles chorobnosti sa zaznamenal v 52. a 53. kalendárnom týždni (vplyv vianočných sviatkov a dovoleniek). Následne sa krivka chorobnosti až do konca chrípkovej sezóny 2020/2021 udržiavala približne na rovnakej úrovni. V predchádzajúcej sezóne chrípková epidémia vrcholila v 7. kalendárnom týždni 2020, keď chorobnosť dosiahla hodnotu 2 560,3/100 000 čo v tejto chrípkovej sezóne sa nezaznamenalo. (graf2)

V chrípkovej sezóne 2020/2021 bolo hlásených spolu 18 973 ochorení na CHPO (chorobnosť 948,6/100 000 osôb v starostlivosti hlásiacich lekárov). Z celkového počtu hlásených ARO tvorili prípady CHPO 5,5 %. V porovnaní s predchádzajúcou sezónou ide o pokles hlásených prípadov CHPO o 97 122, t. j. o 83,66 %. Najvyššia vekovo-špecifická chorobnosť na ARO v chrípkovej sezóne 2020/2021 bola u 0 – 5 ročných s hodnotou 50998,1/100 000 (absolútny počet 77095). Citeľne nižšia chorobnosť (31175.4/100 000) bola v skupine 6 – 14 ročných (absolútny počet 68837). Najvyššia vekovo-špecifická chorobnosť na CHPO bola vo vekovej skupine 0 – 5 ročných (2631.4/100 000) – 3978 ochorení. Chorobnosť vo vekových skupinách - 14 a 15 – 19 ročných bola približne rovnaká (1986,8/100 000 a 2067,0/100 000).



Graf 2: *Chorobnosť na ARO a CHPO podľa kalendárnych týždňov, SR, chrípkové sezóny 2020/2021 a 2019/2020. Zdroj: EPIS*

V chrípkovej sezóne 2020/2021 boli v Slovenskej republike na očkovanie proti chrípke použité očkovacie látky Influvac Tetra (BGP Products s.r.o.) a Vaxigrip Tetra (Sanofi Pasteur).
Zloženie očkovacích látok aktualizuje WHO pred každou chrípkovou sezónou na základe výsledkov sledovania cirkulácie vírusov chrípky v populácii a analýzy ich antigénnych vlastností v rámci Globálneho programu surveillance chrípky, do ktorého je zapojené aj Slovensko.

Údaje o spotrebe očkovacej látky proti chrípke na Slovensku vychádzali z údajov o počte spotrebovaných dávok očkovacej látky v rámci distribučnej siete a z údajov poskytnutých zdravotnými poisťovňami v Slovenskej republike.

V chrípkovej sezóne 2020/2021 bolo na Slovensko dovezených celkovo 310 030 dávok očkovacích látok proti chrípke, z ktorých 309 530 bolo dodaných do distribučnej siete. Počet spotrebovaných očkovacích látok konečným spotrebiteľom predstavoval 308 512 dávok, čo je 99,7 % z celkového počtu dávok dodaných do distribučnej siete. Oproti predchádzajúcej chrípkovej sezóne podiel spotrebovaných očkovacích látok konečným spotrebiteľom v rámci distribučnej siete stúpol o 34 %. Pre deti vo vekovej skupine do 15 rokov bolo spotrebovaných spolu 13 379 dávok očkovacích látok, čo predstavuje zaočkovanosť 1,4% vo vekovej skupine do 15 rokov. [EPIS, 2019-2021],

Diskusia

V roku 2009 odporúčanie Rady Európskej únie stanovilo pre členské štáty EÚ cieľ dosiahnuť 75 % mieru zaočkovanosti vakcínou proti sezónnej chrípke do chrípkovej sezóny

2014 v kľúčových cieľových skupinách, ako sú napr. staršie osoby, alebo osoby vo vyššom riziku závažnejších ochorení. O túto odporúčanú mieru sa usilujú jednotlivé EÚ krajiny aj v nasledovných sezónach.

Menej ako polovica členských štátov (21 zo 46) mala v rokoch 2014/2015 odporúčania na očkovanie detí proti chrípke. Krajiny odporúčajúce očkovanie proti chrípke pre deti boli najmä vo východnej časti kraja. Z 21 členských štátov s odporúčaním v rokoch 2014/2015 20 poskytlo informácie o cieľových vekových skupinách. Vekové skupiny odporúčané na očkovanie proti chrípke sa líšili; väčšina krajín však mala odporúčania pre všetky deti s určitými rozdielmi v dolnej a hornej vekovej hranici (obr. 6). Údaje o pokrytí nahlásilo 13 (62 %) z 21 členských štátov s politikou očkovania detí proti chrípke v rokoch 2014/2015, z ktorých desať krajín uviedlo zaočkovanosť pre dve samostatné vekové skupiny. Miera pokrytia u detí v sezóne 2014/2015 sa pohybovala od <1 % v mnohých krajinách po takmer 80 % v Severnom Írsku (Spojené kráľovstvo). Medián pokrytia bol 10,9 %.

Porovnanie zaočkovanosti medzi krajinami a s predchádzajúcimi prieskumami by sa malo robiť opatrne, pretože jednotlivé krajiny používajú rôzne metódy a zdroje údajov na výpočet odhadov pokrytia. Existujú aj obmedzenia týkajúce sa overovania počtu zaočkovaných ľudí, pretože krajiny sa môžu rozhodnúť použiť údaje z administratívnych záznamov, imunizačných registrov alebo prieskumov a tieto údaje majú svoje vlastné obmedzenia. Niektoré krajiny uviedli, že na odhad počtu osôb v riziku používajú populačné prieskumy. Je ťažké porovnať počet rizikových osôb v rámci krajín z dôvodu rôznej metodológie (napr. prieskumy v domácnostiach, pošta, osobné rozhovory, telefonické rozhovory). Navyše pozorované trendy boli diskutované v období cirkulujúceho vírusu SARS-Cov-2 počas sezóny 2020 – 2021. Pre primerané porozumenie kontextových faktorov spojených s fluktuáciou chrípky sú potrebné kvalitatívne prieskumy o zaočkovanosti počas pandémie COVID-19.

Počas chrípkovej sezóny 2021 – 22 niekoľko krajín EÚ rozšírilo svoje odporúčania týkajúce sa vakcín proti chrípke do ďalších vekových skupín v porovnaní s predchádzajúcimi sezónami [WHO, 2021], najmä pre deti a dospievajúcich či pre starších ľudí so znížením spodnej vekovej hranice na očkovanie. U detí bolo rozšírenie odporúčania v niekoľkých krajinách opodstatnené na základe rastúcich dôkazov zníženie ochorenia po očkovaní [Jefferson, T., 2018]. Mierne zmeny boli pozorované v odporúčaniach pre tehotné ženy: Taliansko a Belgicko prešli na odporúčanie očkovať tehotné ženy počas ktoréhokoľvek trimestra.

Odporúčania na očkovanie proti chrípke pre deti všetkých vekových kategórií boli obzvlášť rozšírené vo východnej časti EÚ regiónu, kde je bežné zatváranie škôl zamerané na kontrolu prepuknutia sezónnej chrípky. Očkovanie detí školského veku je významnou

stratégiou ako znížiť počet ochorení spôsobených chrípkou u rizikových skupín. [Jorgensen, P., 2018].

Jednou z takých krajín bolo Írsko, ktoré prvýkrát v sezóne 2020-2021 pridalo do NIP (Národného očkovacieho programu) očkovanie všetkých detí (vo veku 2-17 rokov) proti chrípke .

Podľa predbežných údajov z Health Protection Surveillance Centre (HPSC) sa odhaduje, že zaočkovaných detí vo veku 2-12 rokov bolo 29 % a vo veku 13-17 rokov bolo 2,5 %. Cieľom bolo zaočkovať 50% detí a dospievajúcich vo veku 2-17 rokov na sezónu chrípky 2021-2022, s ambíciou dosiahnuť zaočkovanosť až 75 %. Zaočkovanosť v nasledovnej sezóne 2022/23 bola 15,4 %.[HADEA, 2021]. Na zvýšenie zaočkovanosti vo vybraných skupinách sa krajiny zapájajú do rôznych aktivít, či pilotných projektov, v rámci ktorých skúšajú rôzne postupy a prístupy na zefektívnenie systému očkovania v danej krajine. Jedným z takých pilotných aktivít bol aj pilotný projekt, do ktorého sa zapojili tri základné školy v Írsku (deti vo veku 4-12 rokov). Zaočkovanosť sa v týchto školách pohybovala medzi 59,3-68,3%. Najvyššia zaočkovanosť (69,1%) bola vo vekovej skupine 7-8 ročných detí.

Záver

Napriek rozdielom v očkovacích schémach je však stále najvyššia priorita dosiahnuť vysokú mieru pokrytia v odporúčaných skupinách obyvateľstva. Na európskej úrovni je nevyhnutné výrazne posilniť programy očkovania proti sezónnej chrípke. To je dôležité nielen pre ochranu zdravia jednotlivca a verejnosti, ale aj ako kľúčové opatrenie pripravenosti na cezhraničné hrozby infekčných ochorení. [Lopalco, PL, 2016]. Hoci máme dostupné nástroje na informovanie o vakcinácii proti chrípke a existuje infraštruktúra na šírenie očkovacích kampaní, stále nie je dosahnutá požadovaná úroveň vakcinácie v členských krajinách. Je potrebné, aby sme zaviedli cieľené stratégie, ktoré sú prispôsobené konkrétnym situáciám, aby zvýšili dopyt po očkovaní proti sezónnej chrípke. Zdravotnícki pracovníci majú dôležitú úlohu pri povzbudzovaní ľudí k očkovaniu a mali by sami ísť príkladom.

Literatúra:

1. EPIS: Výročná správa za SR pre rok 2021, 2020,2019 https://www.epis.sk/InformacnaCast/Publikacie/VyrocneSpravy.aspx
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA Member States – An overview of vaccination recommendations for the 2018/2019 to 2020/2021 influenza seasons. Stockholm: ECDC; 2023. ISBN 978-92-9498-658-0

3. JEFFERSON T, RIVETTI A, DI PIETRANTONI C, DEMICHELI V. Vaccines for preventing influenza in healthy children. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(2):CD004879.
4. LOPALCO PL. European decision-maker perspective with regard to influenza prevention policies. J Prev Med Hyg. 2016;57(1):E5-E8
5. Overcoming Obstacles to Vaccination. Background information on the onsite visit to Dublin, Ireland. HADEA/2021/OP/0010
6. World Health Organization (WHO). Meeting of Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, October 2021:96(50), 613-632. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9650-613-632

Kontakt:
PhDr. Jarmila Pekarčíková, PhD.
Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Univerzitné námestie 1, 917 01 Trnava
E-mail: jarmila.pekarcikova@truni.sk

PREHĽAD VÝSKYTU ECHINOKOKÓZY NA SLOVENSKU

Mária Nováková[1], Zuzana Likavcová[2], Monika Pochybová[3]

[1]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku,
Katedra laboratórnych vyšetrovacích metód v zdravotníctve
[2]Ústav klinickej mikrobiológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP- FN, Ružomberok
[3]Klinika infektológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP-FN, Ružomberok

Abstrakt

Alveolárna echinokokóza je parazitárne ochorenie, ktorej pôvodcom je pásomnica *Echinococcus multilocularis*. Patrí medzi najzávažnejšie parazitárne ochorenia prenosné zo zvierat na ľudí a na Slovensku má jej výskyt stúpajúci trend. Na Slovensku bol prvý potvrdený prípad výskytu echinokoka u líšky hrdzavej zaznamenaný v roku 1999. Následne v rokoch 2000 a 2002 boli prvé dva prípady potvrdené aj u človeka, ochorenie bolo v ďalších rokoch diagnostikované u jedného až troch pacientov za rok, od roku 2012 narastá počet potvrdených prípadov o päť až desať za rok. Echinokok bol potvrdený vo vzorkách trusu líšky, vlka, ale aj psa. Väčšina prípadov infekcie u ľúdí pochádzala zo stredného a východného Slovenska, kde bolo aj najviac infikovaných líšok a psov.

V prevencii ochorenia je najdôležitejšia dôsledná hygiena pri plodoch zo záhrad, oplotenia záhrad ako zábrana pred líškami. Tiež je nevyhnutné pravidelné odčervovanie domácich psov a dôsledná hygiena rúk po kontakte so psami.

Kľúčové slová: Alveolárna echinokokóza. Infekcie u ľudí. Echinococcus multilocularis

Abstract

Alveolar echonococcosis is a parasitic disease caused by the larval stages of taeniid cestodes *Echinococcus multilocularis*. It is very serious parasitic infection transmitted from animlas to humans and the number of patients has continued to grow slowly in Slovakia. The first confirmed case of Echinococcus in red fox was presented in 1999. Since then the first human cases were diagnosed in 2000 and 2002, the infection was confirmed from one to three patients a year and since 2012 from five to ten cases a year. The echinococcus was confirmed in excrements of red fox, wolf and even dog. The most human patients were diagnosed from middle and east part of Slovakia, where were also the most foxes and dogs infected. The best prevention is strict hand hygiene after contact with pets and washing wood and garden fruits.

Keywords: Alveolar echinococcosis. Human infection. Echinococcus multilocularis.

Úvod

Rod *Echinococcus* tvoria malé pásomnice mäsožravcov, ktorých larválne štádiá prekonávajú svoj vývin v organizme rôznych cicavcov, vrátane človeka. U človeka, prípadne iných cicavcov môže dôjsť k tvorbe hydatidóznych cýst vo vnútorných orgánoch. V rámci Európy kolujú dva druhy pásomnníc, konkrétne *Echinococcus multilocularis a Echinococcus granulosus*. *E. granulosus* spôsobuje u ľudí menej závažnú cytickú echinokokózu, na Slovensku sa vyskytuje dlhodobo najmä u ošípaných a sporadicky je diagnostikovaný u ľudí. *E. multilocularis* vyvoláva vážnu, v neliečených prípadoch až smrteľnú alveolárnu echinokokózu, na Slovensku bol prvý krát zistený u líšky hrdzavej v roku 1999, výskumy potvrdzujú rozšírenie parazita na celé Slovensko s priemernou prevalenciou 30%. Rovnako sa zvyšuje aj počet potvrdených prípadov u človeka [1]. Prvý prípad alveolárnej echinokokózy u človeka na Slovensku sa zistil v roku 2000. V rokoch 2000 až 2004 sa zaznamenali štyri nové prípady, v rokoch 2005 až 2010 sedem, od roku 2011 do 2013 ďalších 15 pacientov. Ochorenie má teda jednoznačne stúpajúci trend [4]. Uvádza sa, že neliečená alveolárna echinokokóza vedie k úmrtiu u viac ako 90% nakazených v časovom horizonte 10-15 rokov[2]. Po prenose nákazy *E. multilocularis* na človeka, hlavne nedostatočne umytými lesnými plodmi a hubami sa vajíčka v tráviacom trakte menia na larvy (onkosféry), ktoré migrujú cez lymfatické a krvné cievy do parenchýmových orgánov, najmä do pečene. Menej často boli ložiská diagnostikované v pľúcach, slezine, mozgu, srdci, kostiach. Výskyt ložísk v iných orgánoch bez súčasného výskytu v pečeni je vzácny. Orgánové ložiská sú tvorené malými cystami veľkosti od cca 1 mm do 3 cm v priemere. S postupom infekcie obsahujú aj nekrotické tkanivo a kalcifikácie. Rýchlosť rastu ložísk závisí od imunitnej odpovede napadnutého organizmu, ale pohybuje sa zhruba okolo 1 až 5 cm za rok. Ložiská tak dosahujú veľkosť asi 5 až 90 cm. Rast je podobne ako pri malígnych nádoroch invazívny a časom môžu vzniknúť aj vzdialené metastázy. U niektorých pacientov dokáže imunitná odpoveď parazita eliminovať, ložiská sa zmenšujú a kalcifikujú [3].

Klinické príznaky, diagnostika, prehľad vyšetrení v ÚKM ÚVN SNP- FN

Úvodná fáza ochorenia býva väčšinou asymptomatická a trvá päť až pätnásť rokov. U infikovaných sa vyskytujú bolsť brucha, hepatomegália, ikterus, strata hmotnosti. Po tejto fáza sa začínajú prejavovať príznaky v dôsledku tlaku ložísk na pečeni na okolité tkanivá. Približne u jednej tretiny pacientov sa ochorenie prejaví obštrukčným ikterom, u ďalšej tretiny sa vyskytuje bolesť v epigastriu a posledná tretina prípadov predstavujú pacienti diagnostikovaní náhodne po sonografickom vyšetrení alebo po vyšetrení CT [3]. Výsledky laboratórnych vyšetrení spočiatku bývajú nešpecifické, vyskytuje sa zvýšená sedimentácia erytrocytov, eozinofília sa objavuje iba u 25% prípadov [4].

Diagnostika AE je založená na kombinácii epidemiologickej anamnézy, klinických príznakov, laboratórnych testov a výsledkov zobrazovacích metód. Dobre použiteľné sú všetky zobrazovacie metódy, na ktorých býva viditeľné nepresne ohraničené nehomogénne ložisko[3]. Základnou diagnostickou metódou v prípade podozrenia na alveolárnu echinokokózu je sérologické vyšetrenie na prítomnosť protilátok proti *Echinococcus* spp. v krvi. Na vyšetrenie sa používajú štandardizované testy ELISA, ktoré sú pomerne vysoko senzitívne, avšak dva druhy echinokoka často skrížene reagujú. Preto sa na potvrdenie diagnózy odporúča použitie ďalšej sérologickej metódy, najčastejšie je to Western Blot, ktorého princípom je väzba špecifických protilátok zo vzorky na parazitárne antigény elektroforeticky rozdelené podľa veľkosti proteínov a nanesené na nitrocelulóznu membránu, čo zvyčajne umožňuje rozlíšiť pôvodcu ochorenia [4].

Na ÚKM ÚVN SNP-FN v Ružomberku bolo od roku 2014 vyšetrených 221 vzoriek, z toho potvrdené protilátky proti E. garnulosus boli u 12 pacientov a protilátky proti E. multilocularis vyšli pozitívne v 5 prípadoch. Väčšina vzoriek z Infekčnej kliniky ÚVN SNP-FN sa posiela na vyšetrenie do Medirex laboratória, kde majú skúsenosti s diagnostikou tejto parazitárnej infekcie.

Záver

Napriek tomu, že alveolárna echinokokóza je v Európe zaraďovaná medzi zriedkavé ochorenia, nové prípady kopírujú nové oblasti výskytu pásomnice. Na Slovensku sú oblasti s najvyšším výskytom ochorenia najmä na strednom a východnom Slovensku. Od roku 2012 narastá počet potvrdených prípadov o päť až desať za rok. Do roku 2020 bolo potvrdených 80 pacientov, pričom väčšina z nich pochádzala z endemických oblastí severných regiónov Slovenska (Prešovský, Žilinský a Trenčiansky kraj). Priemerný vek v čase potvrdenia infekcie bol 53 rokov a výskyt ochorenia bol častejší u žien ako u mužov [5]. Okrem líšok zohrávajú na Slovensku významnú úlohu v šírení pásomnice E. multilocularis aj vlky a psi. Pozitívne vlky z výskumov pochádzali najmä z Muránskej planiny (51%), z Chránenej krajinnej oblasti Poľana (30%) a z TANAPu (24%). Nevyhnutné je dodržiavať aj hygienu pri psoch, najmä v horských a podhorských oblastiach, kde do záhrad často zavíta líška [5].

Použitá literatúra

[1] ANTOLOVÁ, Daniela, 2013. Hodnotenie rizika alveolárnej echinokokózy u ľudí a zvierat. *Parazitologický ústav SAV*, 1-28.

[2] Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Bull World Health Organ, 1996. 74 (3), 231-242.

[3] HUSA, Petr, et al., 2017. Alveolární echinokokóza – život ohrožující onemocnění. *Klin Farmakol Farm.* 31(1), 19-21.
[4] ANTOLOVÁ, Daniela, 2013. Alveolárna echinokokóza – závažné parazitárne ochorenie: diagnostika a diferenciálna diagnostika. *Slovenský lekár*. 23(6), 10-14.
[5] ANTOLOVÁ, Daniela, et al., 2020. Alveolárna echinokokóza na Slovensku. *Newslab*. 11(2), 102-103.

Kontakt:
RNDr. PaedDr. Mária Nováková PhD.MBA
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: maria.novakova@ku.sk

NÁROČNOSŤ KOMUNIKÁCIE SESTIER SO SENIOROM V DOMOVE DÔCHODCOV

The Difficulty of Communication Between Nurses and Seniors in A Retirement Home

Nadyia Dubrovina[1], Ivica Gulášová[2]

[1]Vysoká škola ekonómie a manažmentu, Bratislava
[2]Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva, Trnava, Slovenská republika

Súhrn

Autorky v príspevku analyzujú pravidla kvalitnej a efektívnej komunikácie so seniorom v sociálnom zariadení, v domove dôchodcov. Uvádzajú pilotný prieskum zrealizovaný vo vybranom Domove dôchodcov, ktorý im bol motívom pre priblíženie uvedenej problematiky. Ďalej popisujú vybrané zložky komunikácie ktoré vystupujú do popredia a uplatňujú sa pri vytváraní vzťahov medzi sestrou a seniorom. Pozornosť venujú špecifikám verbálnej komunikácie a jej súčasti rozhovoru, neverbálnej komunikácii a individuálnemu prístupu k seniorovi v Domove dôchodcov s dôrazom na dôstojnosť seniora.

Kľúčové slová: Komunikácia. Interakcia. Dôstojnosť. Domov dôchodcov. Individuálny prístup.

Summary

In the paper, the authors analyze the rules of quality and effective communication with seniors in a social facility, a retirement home. They cite a pilot survey carried out in a selected retirement home, which was the motive for them to approach the issue. Next, they describe selected components of communication that stand out and are applied in establishing nurse and senior relationships. They pay attention to the specifics of verbal communication and its part of the conversation, non-verbal communication and individual approach to the senior in the Retirement Home with an emphasis on the dignity of the senior.

Keywords: Communication. Interaction. Dignity. Retirement home. Individual approach.

„Starý ľudia mnohokrát radšej umrú, pretože nik pre nich nemá milé slovo!“ (Edward Albee)
„ Ak práca nie je pretkaná láskou, je zbytočná.“

(Matka Tereza)

Úvod

Hlavnou zásadou i cieľom sociálnej a zdravotnej starostlivosti o seniorov je snaha čo najdlhšie udržať seniorov vo svojom pôvodnom, rodinnom prostredí. Toto prostredie je preňho optimálne a prioritné, nakoľko rodina je najdôležitejším prvkom v pomoci seniorovi vyrovnať sa so zmenami, ktoré prináša starnutie.

Domáce prostredie (neformálne) má nenahraditeľnú úlohu pre seniora v čase, keď sa zhoršuje jeho zdravotný stav a začína byť závislý na cudzej pomoci. Podiel formálneho sektoru, organizovaného štátom, agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti, súkromnými službami a dobrovoľným sektorom zaberá asi štvrtinu z celkového objemu starostlivosti (Butgová, 2007). V odôvodnených prípadoch je dlhodobá ústavná starostlivosť sociálneho typu významným riešením životnej situácie, zdravotného a psychického stavu seniora. V zariadeniach sa okrem základnej, nevyhnutnej a sociálnej starostlivosti poskytuje aj ošetrovateľská, rehabilitačná a lekárska (zdravotná) starostlivosť, čo má v hierarchii hodnôt seniora významné postavenie.

Kvalitná a bezpečná ošetrovateľská starostlivosť sa nedá vykonávať, poskytovať bez kvalitnej a efektívnej, individuálne prispôsobenej komunikácie. U seniorov to platí dvojnásobne. Komunikácia ktorou sestra niečo dáva, odovzdáva podieľa sa spolu so seniorom na niečom čo je ich spoločné. Sestra tak zároveň prejavuje úctu, rešpekt a má možnosť regulovať vzťah medzi seniorom, zároveň komunikáciu využíva ako prostriedok na začlenenie seniora do širšej skupiny ostatných seniorov v Domove dôchodcov, do ich spoločnej komunity..

V tomto procese sestra využíva dve úrovne komunikácie:

Obsahovú v ktorej sa premieta obsah informácie ktorá sa poskytuje, odovzdáva (čo nám druhý hovorí) a vzťahovú v ktorej sa premieta ako a akým spôsobom sa informácia, správa oznamuje (ako nám druhý správu oznamuje). V zásade by obe úrovne komunikácie obsahová aj vzťahová mali byť v zhode, nemali by si protirečiť, čo by mohlo spochybniť dôveryhodnosť poskytovanej informácie. Komunikácia sa tak stáva jedným z prejavov záujmu o seniora a platí to zvlášť u klientov v Domove dôchodcov (DD). Komunikácia so seniorom býva vo veľkej miere ovplyvňovaná úrovňou jeho kryštalickej inteligencie. U seniorov je prítomné sťažené zapamätávanie nových informácii, správ, nového materiálu. Pridružujú sa i znížené vnímanie a poruchy pamäti. Naopak na dobrej úrovni je zachovaná staropamäť. Zmeny v IQ kryštalickej bývajú najčastejšie ako jeden z dôsledkov demencie (Hegyi et al., 2012).

Seniori v DD sú vplyvom procesu starnutia často citovo labilní, zraniteľní, majú zhoršenú adaptáciu na nové udalosti, osoby, veci, zvlášť pri zmene prostredia (rodina – DD),

strácajú perspektívu. Komunikácia sestry so seniorom si vyžaduje nielen odborné vedomosti a komunikačné zručnosti, ale aj veľkú dávku trpezlivosti, empatie a schopnosti počúvať. Počúvanie predstavuje pre seniora veľmi dôležitý prvok z komunikačného procesu so sestrou.

Aké pravidlá kvalitnej a efektívnej komunikácie by mali sestry dodržiavať pri komunikácii so seniorom?

- zabezpečiť tiché prostredie, bez zhonu
- sedieť v blízkosti seniora tak, aby nám videl na pery
- používať krátke vety s primerane dlhou prestávkou
- ukazovať na predmety, veci, osoby alebo používať vhodné pomôcky.

Seniora by sestry mali oslovovať vždy dôstojne jeho menom, poprípade priezviskom alebo ako si senior individuálne vyžaduje. Hovoríme zrozumiteľne, pomaly, v krátkych vetách. Vyhýbame sa odborným výrazom, frázam, irónii, sarkazmu, dvojzmyselným slovám, používame primerané a známe výrazy, priame pomenovania (Minibergerová, Dušek, 2006). Seniora nikdy nepodceňujeme, komunikáciu prispôsobíme jeho mentálnym schopnostiam a jeho zdravotnému stavu.

Prieskum vo vybranom DD

Zrealizovali sme prieskum medzi zamestnancami v DD v ktorom sme zisťovali záujem zamestnankýň ohľadne komunikácie so seniormi DD.

Prieskumu sa zúčastnili tri sestry, sedem opatrovateliek a jedna vedúca sestra, spolu 11 zamestnankýň.

V pilotnom prieskume sme zamestnankyne DD oslovili šiestimi otázkami:

1) Máte dostatok času na rozhovor so seniormi?
2) Ak sa s vami senior rozpráva, počúvate ho aktívne?
3) Ako oslovujete seniorov?
4) Používate v komunikácii so seniormi zdrobneniny?
5) Chválite pacientov?
6) Myslíte si, že komunikácia medzi vami a seniorom je vždy efektívna?

Výsledky odpovedí:

Zamestnankyne vo väčšine odpovedali, že na komunikáciu so seniormi majú veľmi málo času, čo vyplýva predovšetkým zo skutočnosti, že na 49 seniorov (klientov DD) sú v službe „až“ dve sestry či opatrovateľky. Komunikujú so seniormi zväčšia iba počas vykonávania inej činnosti, najčastejšie pri rannej toalete (hygiene), pri preväzoch či pri podávaní stravy. Pokiaľ sa ale už rozprávajú, sestry seniorov aktívne počúvajú i keď

komunikácia nie vždy býva efektívna. Najčastejšou príčinou je výskyt demencie u seniorov (Hegyi et al., 2012). Zamestnankyne seniorov najčastejšie oslovujú vyjadreniami pán, pani ale nakoľko sme v DD všetci jedna rodina, niekedy im vykĺzne aj vyjadrenie „babička, babinečka alebo dievčatá či chlapci“. Vyjadrili sa nám, že po takejto forme oslovenia sa im obyčajne podarí vyčariť na ich milých tvárach úsmevy. Na otázku: „A či ich chválime?“ sa vyjadrili že v podstate ich chvália sústavne a za všetko. A dodali že nešetria dobrým slovom a ani pohladením.

Náš záver z pilotného prieskumu

Prieskumom sme zistili, že sestry aj opatrovateľky majú záujem komunikovať so seniormi, avšak pre nedostatok času nie je táto komunikácia vždy efektívna a dostatočná tak ako by si oni samé predstavovali že by mala byť. Úroveň komunikácie medzi sestrou a seniorom má zásadný vplyv na kvalitu života seniora žijúceho v DD, ako aj na jeho adaptačnú schopnosť vyrovnať sa s umiestnením v DD, aj na adaptáciu s prípadným ochorením, odlúčením seniora od rodiny a je neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti o seniora.

Žiaľ, stretli som sa aj s vyjadrením, názorom jednej opatrovateľky, ktorý nás ale nepotešil:

„ Radšej sa s nimi nevybavovať, lebo čo poviete oni hneď otočia a použijú proti vám. Spraviť čo mám a rýchlo preč!“

Zostáva nám len veriť, že takýchto postojov, názorov bude čoraz menej.

Komunikácia sestry so seniorom

Rozhovor je pre seniora v DD rovnako dôležitý ako ošetrovateľská starostlivosť alebo lekárska (zdravotná starostlivosť) a pomoc vrátane zmierňovania bolesti. Rozhovor so seniorom musíme viesť tak, aby sme mu nebránili v jeho vlastnej ceste, spôsobe vyjadrovania sa a tlmočenia nám čo potrebuje, čom by si prial, chcel, čo ho sužuje alebo trápi (Haškovcová, 2010). Rešpektovanie jeho dôstojnosti a jedinečnosti najlepšie vyjadríme určitým ostychom a opatrnosťou, čím, mu zároveň zdieľame aj úctu voči jeho osobe.

Sestra by mala v kontakte so seniorom z vyššie uvedených skutočností zvoliť komunikáciu, ktorá je pre neho zrozumiteľná, presná, jasná. Verbálnu a neverbálnu komunikáciu nemožno v praxi oddeľovať. V sociálnych situáciách je nevhodné používať bežnú, hovorovú komunikáciu (Pokorná et al., 2013). Dôležité je, aby sa sestra zamerala na skutočnosti, ktoré sú pre seniora najpotrebnejšie. Neverbálna komunikácia môže ovplyvniť náš názor na človeka, v našom prípade názor seniora na sestru a názor sestry na seniora. Prvý dojem je dôležitý, má veľkú silu pôsobenia a ťažko sa mení. Psychológovia ho označujú ako prvý dojem – Hallo efekt. Získame ho pozorovaním proxemiky (vyjadruje vzdialenosť medzi komunikujúcimi), mimiky (ktorá predstavuje hru svalov tváre), haptiky (napr. podanie ruky, pohladenie),

posturiku (vyjadrujeme ju telesným postojom, ktorá môže naznačiť aj psychický stav seniora), gestiku (vyjadrujeme ju prostredníctvom posunkov a pohybov rúk), pohľadom očí, paralingvistiky (vyjadrujeme ju intonáciou hlasu pri komunikácii, povzdych....).

Na dosiahnutie kvalitnej obojstrannej komunikácie je potrebné, aby sestra mala schopnosť:

- empatie: vcítiť sa do toho čo senior práve prežíva,
- -prejaviť úctu k seniorovi: umožniť seniorovi vyjadriť aj jeho - iný názor, ako je ten náš a dovoliť im mať vlastnú predstavu a postoj,
- -realizovať individuálny prístup k seniorovi: prispôsobiť svoje správanie, komunikáciu seniorovým špecifikám,
- pozitívneho vzťahu k seniorovi: prejavuje sa vo všetkom, čo a akým spôsobom sestra urobí, čím podporuje pozitívny vzťah medzi ňou a seniorom, medzi seniorom a DD, resp. celou komunitou DD.

Senior môže mať najrôznejšie potreby aj v oblasti komunikácie. Potrebuje radu, uistenie, konzultáciu alebo iba čisto spoločenský kontakt. Ako sestra dokáže splniť tieto potreby u seniora, záleží na jej komunikačných zručnostiach a skúsenostiach, ale musí poznať, kedy senior potrebuje informácie, spoločenský kontakt alebo má ku komunikácii iný dôvod. Dobrá komunikácia si vyžaduje si mnoho zručností ako načúvať, pýtať sa, povzbudzovať a byť srdečná.

Podstatu komunikácie a vytvárania vzťahov tvoria aj iné faktory ako sú pozornosť, načúvanie, vnímanie, záujem, objavovanie (poznávanie), akceptovanie, empatia, skutočnosť a úcta. Všetky prvky komunikácie spolu vzájomne úzko súvisia. Empatia, úcta a autentičnosť boli označené za základné faktory pre ľahšie nadväzovanie vzťahov. Ich nevyhnutným predpokladom je však pozornosť. Silným okamihom v dynamike komunikácie, ktorý umožňuje hlbšie precítenie vzťahovej podstaty ošetrovateľstva, je chvíľa, kedy si sestra a senior porozumejú súčasne.

Zložky komunikácie pri vytváraní vzťahov v interakcii sestra a senior

Účasť alebo venovanie pozornosti niekomu. Pozornosťou vyjadrujeme, že máme o seniora úprimný záujem a, že ho akceptujeme (Gruss, 2009).

Načúvanie znamená byť otvorená slovám, myšlienkam a pocitom seniora (druhého človek)a, či ich vyjadrí alebo nie. Načúvanie vyžaduje citlivosť, porozumenie a neodsudzovanie seniora (druhého). Sestra, ktorá vie pozorne načúvať, nielen počuje, čo jej senior hovorí, ale tiež hľadá opakujúce sa „ témy“ v slovách, ktoré senior naznačuje, ale konkrétne ich nevyslovuje. Hovoríme o tzv. nevyslovených otázkach.

Záujem o druhého znamená pomáhať druhému rásť a realizovať sa. Taktiež to znamená, že sestra „vyjde“ sama zo seba. A pre sestru to znamená, že sa o toho, o koho sa stará, tiež aj osobne zaujíma (Jankovský, 2018).

Objavovanie je proces, v ktorom sa jeden druhému otvorí. Je to obojstranný proces pre rozvoj zdravej osobnosti, pre podporovanie seniora v rámci možností.

Akceptovať seniora znamená pomáhať mu rásť. Akceptovanie je podobné odpúšťaniu: sestra zvažuje správanie seniora a uvedomujete si nežiaduce a negatívne aspekty jeho správania, ale zámerne na ne pri komunikácii nekladie dôraz a snažíte sa viac zamerať na vlastnosti, ktoré sú príjemnejšie a povzbudzujúce (haškovcová, 2012).

Empatia je vcítenie sa do situácie seniora , aby sme chápali, čo robí a cíti. Sestra je naladená na myslenie a pocity seniora a verbálne a neverbálne vyjadruje toto pochopenie.

Autentičnosť – autentický je človek, ktorý si je vedomý svojich vnútorných pocitov a myšlienok a presne sa vyjadruje na verbálnom a neverbálnom kanáli.

Rešpekt alebo pozitívny vzťah je popisovaný ako pocit, že je senior kladne hodnotený. Rešpekt znamená vrelosť, sympatie a akceptovanie seniora ako niekoho hodnotného. Pozitívny vzťah znamená hlboký záujem o seniora napriek jeho slabým stránkam. K rešpektu tiež patri záujem o rozvoj seniora a viera v jeho schopnosť riešiť problémy a rozhodovať sa (Malíková, 2019). Pocit, že ja senior rešpektovaný, je dôležitý pre jeho zdravie a osobný rast.

Každý rozhovor so seniorom v DD má svoje špecifiká, je to ako návšteva v cudzom byte. Možno sa podobá tomu nášmu, no celkom iste je úplne iný. Možno sa nám jeho usporiadanie nebude páčiť, no musíme ho akceptovať. Zmeny v ňom môžeme robiť až za predpokladu, že nám to senior (domáci) dovolí a požiada nás o to. Ak sa mu však naše návrhy nebudú páčiť, musíme jeho rozhodnutie rešpektovať, odísť, no nechať pootvorené dvere pre prípad potreby ďalšieho stretnutia.

Pravidlá, ktoré sa v cudzích bytoch u seniorov v zariadení DD dodržujú, sa pri rozhovoroch veľmi často hrubo porušujú. Senior sa ľahko stáva napr. obeťou poručníctva. Príbuzní alebo zdravotnícki pracovníci mu diktujú, ako sa má správať, čo má cítiť, zbavujú ho svojprávnosti, správajú sa k nemu ako k dieťaťu, bagatelizujú jeho pocity a názory (Habart, 2008).

Keď senior nevie, alebo nemôže eliminovať, odstrániť svoje ťažkosti, snaží sa aspoň zbaviť svojej úzkosti. Jednou z možností je plač (Németh, 2009). Nie je správne brániť mu v tom a komentovať to slovami: „ Veď to nie je také zlé, netrápte sa.....“ Tieto výroky sú v podstate našou vlastnou „ obrannou reakciou“, ba dokonca môžu byť považované za prejav neúprimnosti až nezáujmu až neschopnosti mu pomôcť. Senior na ne môže reagovať zlostne až agresívne alebo sa stiahne a môže prepadnúť do tzv. sociálnej izolácie, rezignuje.

Sestra musí vhodne klásť otázky a hlavne pozorne počúvať, aby odhalila, čo seniora trápi. Ďalšou potrebou pri rozhovore je blízkosť. Senior túži po tom, aby mu bola na blízku osoba, ktorej by mohol plne dôverovať (Jarošová, 2006). Chce sa vyrozprávať, chce pocítiť spolupatričnosť, hľadá „oslobodenie“ od jeho problémov ktoré ho ťažia, resp. potrebuje preniesť tieto problémy na plecia druhého, najčastejšie sestry. Empatia prináša oživujúce iskrenie medzi sestrou a seniorom i v rozhovore, keď sa každý môže k tomu druhému priblížiť alebo sa od neho vzdialiť bez toho, aby to niekoho zraňovalo. Vďaka empatii je možné na niekoľko minút akoby „ obuť sa do rovnakých topánok“ a urobiť v nich spoločne niekoľko krokov. Dôležité je aj využitie ticha (Linhartová, 2007). Umožňuje usporiadanie pocitov a myšlienok na oboch stranách (seniora a sestry) a zároveň je veľmi dobrou skúškou trpezlivosti. Mnohí bývajú ticho, kým si nie sú istí, že sestru zaujímajú ich problémy a, že je hodná ich dôvery. Významné sú i neverbálne prejavy hlavne udržiavanie očného kontaktu. Naklonenie sa, otvorený postoj, alebo vhodné formy dotyku, ktoré vyjadrujú starostlivosť.

Neverbálne prvky

K dobrej vzájomnej komunikácii patrí i spôsob, akým informáciu poskytujeme. V tomto procese vystupuje a nastupuje do popredia neverbálna forma komunikácie. Tón, zafarbenie hlasu, výška, rýchlosť reči, počet a dĺžka páuz, kolísanie, intenzita, akokoľvek sú expresívne, majú často väčší význam než samotné slová. Zafarbenie hlasu a emócie zohrávajú dôležitú úlohu lebo niektoré informácie obsahujú taký silný emocionálny náboj, ako by priam protirečili realite, ktorú vyjadrujú. Rýchlosť reči môže do značnej miery zmeniť význam celej poskytovanej informácie. Ten, kto rozpráva rýchlo, pôsobí expresívne a presvedčivo, ale možno iba skrýva svoju neistotu, plachosť alebo si nie je sám istý tým čo hovorí.. Pomalé rozprávanie často evokuje pocit apatie a nezáujmu.

Výška a sila hlasu (hlasitosť) môžu spôsobiť upokojenie aj podráždenie. Silný alebo rozhnevaný hlas môže byť vnímaný akom účinná zbraň. Naopak, tlmené a jemné hlasové prejavy sestry lepšie pútajú pozornosť seniora.

Záver

Komunikácia je dôležitým nástrojom pri realizovaní ošetrovateľskej starostlivosti, predstavuje základ vzťahu v interakcii sestra – senior. Medzi jej najdôležitejšie predpoklady patrí empatia sestier voči seniorom. Predovšetkým pri komunikácii so zomierajúcimi a seniormi trpiacich demenciou je dôležitá podpora mladých, menej skúsených sestier kolegyňami s dlhoročnou praxou. Sestra, ktorá účinne komunikuje, je úspešnou iniciátorkou zmien zameraných na upevnenie zdravia, ľahšie vytvára dôverný vzťah so seniorom, zároveň predchádza možným právnym problémom spojených s ošetrovateľskou starostlivosťou

Použitá literatúra

1. BUTGOVÁ, R. 2007. Rešpektovanie autonómie pri dlhodobej starostlivosti o seniorov. Kontakt. Odborný a vedecký časopis pre zdravotne sociálne otázky, 2007, ročník 9, č. 1, s. 65 - 69. ISSN 1212-4117
2. GRUSS, P. 2009. Perspektívy starnutie: z pohľadu psychológie celoživotného vývoja. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6
3. HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. Fenomén staroby. Vyd. 2., podstatne přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN ISBN978-80-87109-19-9
4. HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. Sociálna gerontológia, aneb seniori medzi nami,. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-807-2629-008
5. HABART, P. 2008. Týranie a zanedbávanie seniorov v zariadeniach ústavnej starostlivosti v Slovenskej republike [on-line]. 2006 Dostupné na WWW: http://www.cspv.cz/dokumenty/kongres2006/HP%2013/Pavel%20Habart.pdf[cit. 2008-12-30].
6. HEGYI, L. et al. 2012. Sociálna gerontológia. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2012. 175 s. ISBN 978-80-89631-31-5
7. JANKOVSKÝ, J. 2018. Etika pro pomáhající profese. 2.vydanie. Praha: Triton, 2018. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9
8. JAROŠOVÁ, D. 2006. Starostlivosť o seniorov. 1. vydanie. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostrave, Zdravotne sociálnej fakulta, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2
9. LINHARTOVÁ, V. 2007. Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada. 2007. 152s., ISBN 978-80-247-1784-5
10. MALÍKOVÁ, E. 2019. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. Praha: Grada. 2019. 2.vydanie, 304s., ISBN 978-80-271.2030-7
11. MINIBERGEROVÁ, L .; DUŠEK, J. 2006. Vybrané kapitoly z psychológie a medicíny pre zdravotníkov pracujúcich so seniormi. 1. vydanie. Brno: NCO NZO Brno, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4
12. NÉMETH, F. 2009. Geriatria a geriatrické ošetrovateľstvo. Bratislava: Osveta, 2009. 193 s. ISBN: 9788080633141
13. POKORNÁ, A., et al. 2013. Ošetřovatelství v geriatrii. Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4316-5

Kontakt:

Prof. Ing. Dubrovina Nadyia, PhD.

Vysoká škola ekonómie a manažmentu

Bratislava

PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA PACIENTOV V PREDOPERAČNOM OBDOBÍ

Martina Solárová[1], Jarmila Kristová[1], Gabriela Pénzesová[2]

[1]Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU, Bratislava, Slovenská republika

[2]Stredná zdravotnícka škola, Bratislava

Abstrakt

Progres v perioperačnej starostlivosti, moderné operačné techniky a nové spôsoby anestézií, sú dôležitými faktormi, ktoré v súčasnosti umožňujú úspešne operovať pacientov bez ohľadu na vek, zmenšovať záťaž pred operáciou, znížiť operačné riziko, ale aj skrátiť pobyt v nemocnici a pracovnú neschopnosť. Kvalitné poskytovanie zdravotníckych služieb však neznamená len špičkové prístrojové a materiálno-technické vybavenie jednotlivých pracovísk, ale vyžaduje si aj profesionálny prístup sestier pri uspokojovaní psychických potrieb pacienta. Sestry by mali v prístupe k chirurgickému pacientovi v predoperačnom období uplatňovať rôzne spôsoby eliminácie stresogénnych faktorov, ktoré môžu u pacienta determinovať vznik záťažovej situácie s jej negatívnymi dôsledkami.

Kľúčové slová: Chirurgické ošetrovateľstvo. Informovanosť. Operácia. Pacient. Predoperačná starostlivosť. Psychologická starostlivosť.

Abstract

Progress in perioperative care, modern surgical techniques, new methods of anesthesia, are factors that today allow patients of any age to be successfully operated on, reduce the burden before surgery, reduce operative risk, and on the other hand, shorten hospital stay and work incapacity. The high-quality provision of healthcare services does not mean only top-quality equipment and material and technical equipment of individual workplaces, but it also requires a professional approach by nurses in meeting the patient's psychological needs. In the approach to the surgical patient in the preoperative period, nurses must also apply the field of elimination of stressogenic factors that can determine the emergence of a stressful situation with negative consequences for the patient.

Keywords: Surgical nursing. Awareness. Operation. Patient. Preoperative care. Psychological care.

Úvod

Významným predpokladom, ktorý umožňuje dosiahnuť optimálnu spoluprácu medzi sestrou a pacientom v období pred operačným zákrokom je akceptovanie jeho subjektívneho prežívania. Od sestry sa vyžaduje holistický prístup k pacientovi pričom sa akcent kladie na uspokojovanie jeho psychických potrieb. Pacienti, ktorí sú hospitalizovaní a čakajú na plánovaný chirurgický zákrok, sú vystavení obrovskej psychickej záťaži. Jej zvládnutie môže mať významný vplyv na priebeh a výsledok liečby. Morovicsová (2010) uvádza že, k frekventovaným a najväčším psychickým problémom pacientov v predoperačnom období môžeme zaradiť prežívanie strachu a úzkosti, prítomnosť obáv a neistôt, prežívanie bolesti, nedostatok vedomostí o priebehu predoperačnej prípravy a pooperačnej starostlivosti, anticipačný smútok, pocit menejcennosti, pocity viny, či narušenú osobnú identitu. Každý z uvedených psychických problémov je pacientom veľmi citlivo vnímaný. Psychické problémy pacientov v predoperačnom období môžu byť príčinou ich nedostatočnej aktivity, nedôvery k zdravotníckym pracovníkom, nespokojnosti, nedisciplinovanosti, simulačných, disimilačných alebo suicidálnych tendencií a výrazne zhoršujú spoluprácu medzi sestrou a pacientom (Morovicsová, 2010). Ak pacient necíti podporu a pomoc zo strany sestry a svojho okolia, je nútený vyrovnať sa s problémami sám čo môže negatívne ovplyvniť jeho zdravotný stav. Uľahčiť spoluprácu s pacientom možno prostredníctvom dostatočnej informovanosti pacienta, ktorú je však potrebné poskytnúť účelne (Zacharová, 2016). Potreba informovanosti sa v modernom ošetrovateľstve chápe ako dôležitá a zmysluplná. Fundamentálnou úlohou sestry v predoperačnom období je informovanie pacienta (Nikodemová, 2012). Preto je veľmi dôležité, aby sestry, na ktoré sa pacient s dôverou obracia, zaujali správny psychologický prístup a snažili sa o využívanie psychoterapeutickej komunikácie nielen vo vzájomnej interakcii, ale aj v kontakte s podpornými osobami. Terapeutická (liečebná) komunikácia je významným činiteľom pre pacienta pri zvládaní záťaže pred operáciou, pomáha pacientovi z psychického hľadiska. Pri jej realizácii je dôležitý úprimný, autentický a nefalšovaný záujem o pacienta zo strany zdravotníckeho pracovníka (Suchanová, Dimunová, 2020). Podľa vzoru Českej republiky (ÚVN Praha) by mohol byť sestrám umožnený sociálno - psychologický výcvik, ktorý by realizovali psychologické oddelenia nemocníc. Uvedený výcvik môže napomôcť nielen zvyšovaniu kvality starostlivosti o psychiku pacientov, ale aj k ochrane psychiky sestier (prevencia burn-out syndrómu) (Magerčiaková,2012).

Metóda a metodika prieskumu

Hlavným cieľom empirického šetrenia bolo zmapovať a analyzovať psychické problémy u pacientov v predoperačnom období z hľadiska ich informovanosti o operácii. Do prieskumnej sondy bolo zainteresovaných 204 pacientov – respondentov chirurgických oddelení. V intenciách cieľa prieskumu sme respondentov rozdelili do dvoch skupín. Prvú prieskumnú

observáciu tvorili informovaní respondenti v počte 182. Druhú prieskumnú observáciu tvorili neinformovaní respondenti v počte 22 respondentov. Podmienkami ich zaradenia do súboru boli – štatút pacient, pacient pred operáciou a ochota participovať na výskume. Pre spracovanie vymedzeného cieľa bola použitá dotazníková metóda. V úvode mali dotazníkové položky všeobecno–informatívny charakter so zameraním na vek a pohlavie respondentov. Ďalšie položky dotazníka boli situované podľa prieskumných otázok. Distribúcia dotazníkov sa konala osobne na chirurgickom oddelení v časovom horizonte od februára 2023 do marca 2023. Celkový počet aktérov prieskumu bol 204 z toho 25% ženského pohlavia a 75% mužského pohlavia, priemerný vek všetkých respondentov predstavoval 45 rokov. Návratnosť dotazníkov bola 81,6 % (204/250). Na interpretáciu výsledkov bola použitá deskriptívna metóda vyjadrená graficky.

Prieskumné otázky

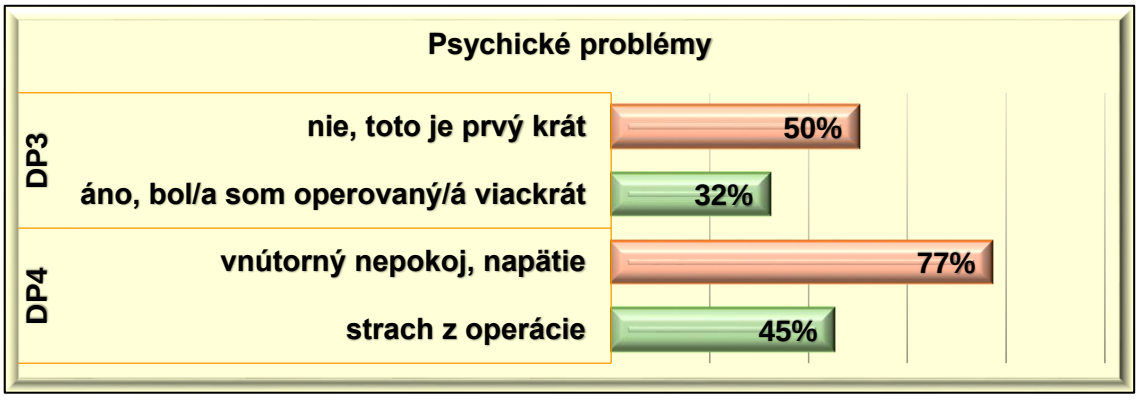
1. Aký je rozdiel vo výskyte psychických problémov u informovaných pacientov a neinformovaných pacientov pred operáciou?
2. Aké príčiny vyvolávajú psychické problémy u informovaných pacientov a neinformovaných pacientov pred operáciou?
3. Aké sú preferencie faktorov zvládania psychickej záťaže pacientov u informovaných a neinformovaných pacientov pred operáciou?

Analýza a interpretácia výsledkov

V nasledujúcich grafoch sú prezentované spracované údaje položiek dotazníka situovaných v zmysle prieskumných otázok s apelom na signifikantné rezultáty u oboch sledovaných vzoriek. Psychické problémy súvisiace s operáciou u informovaných pacientov a neinformovaných pacientov mapovali dotazníkové položky (DP) – DP3, DP4.

DP3 Máte skúsenosť s operáciou?

DP4 Aké pocity máte v súvislosti s blížiacou sa operáciou? Označte prosím jednu možnosť, ktorá je najintenzívnejšia?



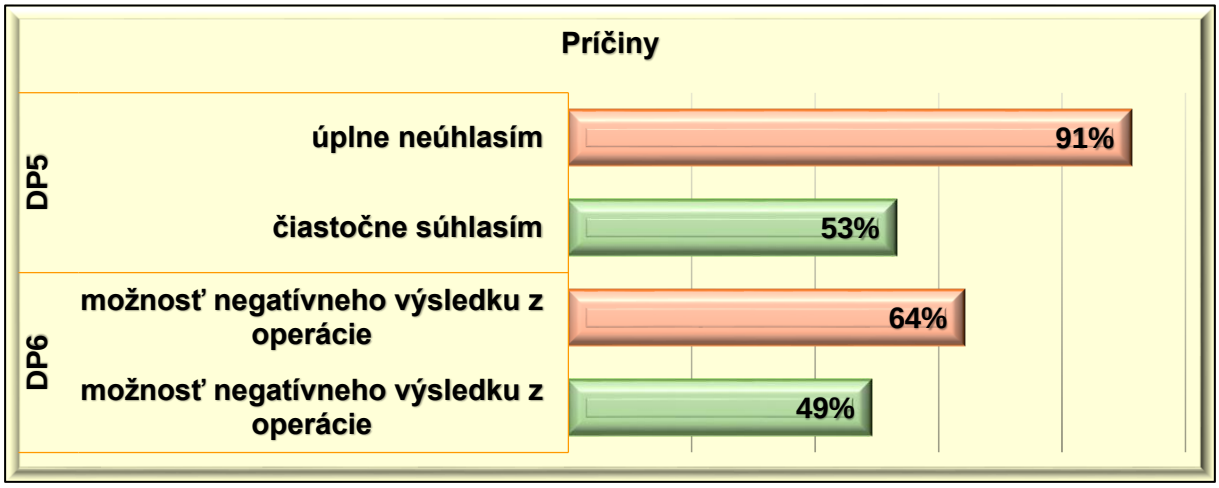
Graf 1

Analýzou odpovedí, ktoré sú prezentované v grafe 1, sme dospeli k zisteniam, že 50% pacientov neinformovanej observácie málo skúsenosti s operačným zákrokom prvý krát a vo vzťahu k uvedenému faktu, 77% pacientov pociťovalo vnútorný nepokoj a napätie. Interesantné zistenia boli u pacientov informovanej observácie, v ktorej 32% pacientov uviedlo, že boli operovaní viac krát a napriek ich informovanosti o operácií, 45% pacientov uviedlo že, pociťovalo strach z operácie.

Vzhľadom na rezultáty uvedené v grafe 1, nás zaujímalo aké príčiny vyvolávajú psychické problémy u informovaných pacientov a neinformovaných pacientov pred operáciou. K zisteniam smerovali dotazníkové položky DP5, DP6.

DP5 Informácie o podrobnostiach operácie, ktoré ste dostali boli dostatočné?

DP6 Čo by ste označili ako príčinu svojich pocitov pred operáciou? Označte prosím jednu možnosť, ktorá je najintenzívnejšia.



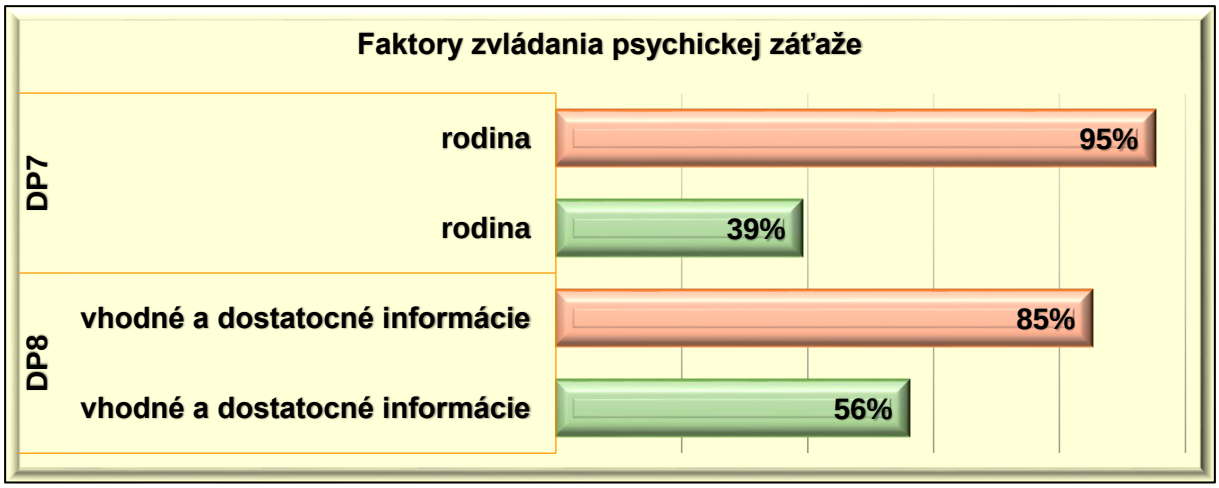
Graf 2

V grafe 2 sú prezentované preferencie odpovedí v súvislosti s príčinami vyvolávajúcimi psychické problémy oboch sledovaných vzoriek. Dostatočné informácie v súvislosti s operáciou nemalo 91% pacientov neinformovanej observácie, ktorý označili odpoveď „úplne nesúhlasím“. Signifikantnú preferenciu odpovede 53% pozorujeme u informovanej observácie pacientov, ktorí označili odpoveď „čiastočne súhlasím“. V oboch sledovaných respondentských vzorkách evidujeme príčinnosť vzniku psychických problémoch aj z možnosti negatívneho výsledku operácie, ktorú označilo 64% pacientov v neinformovanej observácií, kým u informovanej observácie to bolo 49% pacientov.

V intenciách tretej prieskumnej otázky empirického šetrenia sme prostredníctvom dotazníkových položiek DP7 a DP8 mapovali, aké sú preferencie faktorov zvládania psychickej záťaže pacientov u informovaných a neinformovaných pacientov pred operáciou

DP7 Kto Vám najviac pomáha prekonať prvé pocity a vyrovnať sa s operáciou?

DP8 Čo by Vám najviac pomohlo pri zvládnutí psychických problémov pred operáciou?



Graf3

Rezultáty prezentované v grafe 3 poukazujú na faktory zvládania psychickej záťaže. U oboch sledovaných vzoriek bola preferencia odpovede „rodina“. V prípade informovanej observácie označilo túto odpoveď 39 % pacientov, u neinformovanej observácie však až 95 % pacientov. Najčastejšia označovaná odpoveď „ vhodné a dostatočné informácie“ ako faktor zvládania psychickej záťaže pozorujeme u 56% pacientov v informovanej observácii, u neinformovanej až 85% pacientov.

Diskusia a záver

Progres v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov v rámci chirurgického ošetrovateľstva je evidentný. Napriek transcendentálnym prístupom v liečbe chirurgických pacientov, psychologickej problematike v perioperačnom období sa nevenuje dostatočná pozornosť. Hospitalizácia a operácia samotná predstavuje pre pacienta psychickú záťaž, ktorá generuje emocionálne reakcie. Do popredia sa dostávajú negatívne emócie, najmä strach. (Bori a kol., 2016). Predmetom nášho empirického šetrenia bolo poukázať na prítomnosť psychických problémov u pacientov pred operáciou. Na základe dosiahnutých výsledkov empirického šetrenia rezonuje potreba dôslednejšieho prístupu k emocionálnemu prežívaniu pacientov pred operáciou. 50% respondentov (neinformovaná observácia) uviedlo, že sa s operáciou konfrontovalo prvý krát, pričom vnútorný nepokoj a napätie pociťovalo až 77% pacientov. U informovanej observácie , ktorá disponovala informáciami o operácii, pociťovalo strach z operácie 45% pacientov pričom 32% pacientov uviedlo, že už boli operovaný viackrát. Rezultáty prieskumnej sondy Mauricia Medina-Garzóna (2019) sú v súlade s našimi zisteniami, nakoľko tiež poukazujú na prítomnosť emocionálnych reakcii pred operáciou, no v experimentálnej skupine dominoval strach u 68,5 % zo sumáru 28 respondentov a napätie popisovalo 59,0 % zo sumáru 27 respondentov v kontrolnej skupine. Za významné faktory ovplyvňujúce úzkosť a strach u pacienta plánovaného na operáciu považujú Boker, Brownell,

a Amsterdamská (2002) vek, pohlavie, rozsah a typ operácie, predchádzajúce skúsenosti s hospitalizáciou, náchylnosť a schopnosť vyrovnať sa so stresovými zážitkami a predoperačné informácie. Precízna identifikácia faktorov ovplyvňujúcich strach a objasnenie vzťahov medzi nimi determinujú adekvátnosť plánovaných intervencii pre pacientov vzhľadom na obavy v predoperačnom období. Vzhľadom na uvedené závery prieskumu vo vzťahu k výskytu psychických problémov pred operáciou sme sa v našej štúdii zamerali na identifikáciu príčin ich vzniku. Signifikantnou príčinou psychických problémov u oboch sledovaných vzoriek bola obava z možnosti negatívneho výsledku operácie pozorovaná u 49% respondentov informovanej observácie a 64% neinformovanej observácie. Významnú súvislosť s výskytom psychických problémov sme zaznamenali vo vzťahu k nedostatočnej informovanosti, s ktorou čiastočne súhlasilo 53% respondentov informovanej observácie a úplne až 91% neinformovanej observácie. Iné výsledky vo svojej štúdii prezentujú Hernandez-Palazon a kolektív(2015). Empirickým šetrením, ktoré bolo realizované na vzorke 300 pacientov, zistili, že u 94% pacientov vznikala úzkosť z dôvodu dlhej hospitalizácie pred operáciou a u 37% pacientov strach súvisel s aplikáciou anestézie. Pred operáciou sú pacientom často poskytnuté informácie zamerané na dodržanie zákonných a nemocničných požiadaviek, bez zohľadnenia ich psychologických potrieb. Efektívnym nástrojom pre znižovanie psychických problémov u pacientov pred operáciou považujú Snowdon, Haines a Skinner (2016) predoperačnú edukáciu, ktorá je pre pacientov navrhnutá tak, aby predchádzala rizikovým faktorom, ktoré môžu viesť ku komplikáciám. Iný názor zastávajú Martins, Siqueira, Benetti a kol. (2016), ktorí za kľúčový prvok zvládania psychickej záťaže považujú prítomnosť rodiny. Faktory, ktoré považuje 85% našich respondentov z neinformovanej observácie za dôležité pre zvládanie psychickej záťaže je poskytnutie vhodných a dostatočných informácií. 95% pacientov označilo ako dôležitú podporu rodiny. Značné významnosti pozorujeme v informovanej observácií, v ktorej 56% pacientov uvádzalo ako dôležité poskytnutie vhodných a dostatočných informácií a len 39% pacientov považovalo pri zvládaní psychickej záťaže za dôležitú rodinu. Predmetnej problematike sa vo svojich štúdiách venovali Hoermann et al., (2001) a Drageset et al. (2012), v ktorých pozorujeme parciálnu koreláciu v rezultátoch s našou štúdiou. Výsledky prieskumnej sondy Hoermanna et al., (2001) ukazujú, že 83,3 % zo sumáru 60 pacientov požadovalo informácie o operácii formou ústnej komunikácie, pričom 30% pacientov preferovalo poskytovať informácie deň pred operáciou a nástupom na hospitalizáciu. Drageset et al. (2012),) sa vo svojej štúdii venoval vplyvu sociálnej podpory na psychické prežívanie pacientov pred operáciou. Tejto štúdie sa zúčastnilo 21 žien pred operáciou, ktoré uviedli, že prítomnosť rodiny, zdravotníkov a potrebnej starostlivosti im dávalo pocit bezpečia, čím sa znižovalo napätie a obavy z operácie.

Odporúčania pre prax

- vypracovať štandardizovaný postup pri komunikácii sestry s pacientom na chirurgických pracoviskách,
- vypracovať štandardizovaný dotazník pre posúdenie psychickej záťaže chirurgického pacienta,
- vzdelávať sestry v oblasti klinickej psychológie, pre zlepšenie prístupu k pacientom, predovšetkým v predoperačnom období,
- umožniť prítomnosť klinických psychológov pre pacientov na chirurgických pracoviskách.

Limity

- prieskum bol realizovaný na limitovanej respondentskej vzorke,
- dáta majú výpovednú hodnotu iba pre skúmanú prieskumnú vzorku respondentov, nemôžu byť generalizované,
- doba zberu dát (2 mesiace),
- dotazník subjektívnej povahy.

Literatúra

1. BOKER, Abdulaziz; BROWNELL, Laurence; DONEN, Neil. 2002. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale provides a simple and reliable measure of preoperative anxiety. In: *Canadian Journal of Anaesthesia*. [online]. 2002, [citované 2023-10-16]. 49.8: 792-798. ISSN: 2193-651X
2. BORI, G., et al. 2016. Clinical safety and professional liability claims in Orthopaedic Surgery and Traumatology. In: *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition)*. [online]. 2016, [citované 2023-10-15]. Dostupné na internete: https://doi.org/10.1016/j.recote.2015.10.002
3. DRAGESET, S. et al.. 2012. The support I need": Women's experiences of social support after breast cancer diagnosis and waiting for surgery. In: *Cancer Nursing.* [online]. 2012. [citované 2023-10-17]. Dostupné na internete: DOI: 10.1097/NCC.0b013e31823634aa.
4. HERNANDEZ, PALAZON JOAQUIN, et al. 2015. Visual analogue scale for anxiety and Amsterdam preoperative anxiety scale provide a simple and reliable measurement of preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. In: *International Cardiovascular Research Journal.* [online]. 2015. [citované 2023-10-16]. 9.1:1-6. ISSN:2251-9149
5. HOERMANN, S., et al. 2001. Patients' need for information before surgery. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, [online]. 2001. [citované

2023-10-17]. Dostupné na internete: https://doi.org/10.1055/s-2001-10754. PMID: 11268780

6. MAGERČIAKOVÁ, M. 2012. Možnosti ošetrovateľstva pri eliminácii stresogénnych faktorov u chirurgických pacientov. In: *Prohuman.* [online]. 2012. [citované 2023-10-17]. Dostupné na internete: https://www.prohuman.sk/zdravotnictvo/moznosti-osetrovatelstva-pri-eliminacii-stresogennych-faktorov-u-chirurgickych-pacientov. ISSN 1338-1415.
7. MARTINS, G. L., SIQUEIRA, F. D., BENETTI, E. R. R., GOMES, J. S., BITTENCOURT, V. L. L., & STUMM, E. M. F. (2016). Stress and coping among patients' relatives in the transoperative of cardiac surgery. In: *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamenta.I* [online]. 2016. [citované 2023-10-17]. Dostupné na internete: https://doi.org/10.9789/2175-5361. ISSN: 2175-5361
8. MEDINA-GARZÓN M. 2019. Effectiveness of a Nursing Intervention to Diminish Preoperative Anxiety in Patients Programmed for Knee Replacement Surgery. In: *Ensaio clínico preventivo controlado e aleatorizado. Investigación y Educación en Enfermería*, [online]. 2019. [citované 2023-10-17]. Dostupné na internete: doi: 10.17533/udea.iee.v37n2e07. PMID: 31487444.
9. MOROVICSOVÁ, E. 2010. Komunikácia v perioperačnom období. In: *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. Roč. 8, č. 2/2010. ISSN 1336-183X
10. NIKODEMOVÁ, H., 2012 Předoperační a pooperační péče. In: *Ošetřovatelské postupy a intervence – učebnice pro bakalářské a magisterské studium.* Praha: Typos. ISBN 978-80- 87347-13-3.
11. SNOWDON, D., HAINES, TP. A SKINNER, EH. (2016) Preoperative intervention reduces postoperative pulmonary complications but not length of stay in cardiac surgical patients: a systematic review. In: *Journal of physiotherapy.* [online]. 2016. [citované 2023-10-17]. Dostupné na internete: https://doi.org/10.1016/j.jphys.2014.04.002. ISSN: 1836-9553
12. SUCHANOVÁ, R., DIMUNOVÁ, L. 2020. *Komunikácia v zdravotníckej praxi. 1. vyd.* Košice: ŠafárikPress. ISBN 978-80-8152-958-0
13. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80- 271-0156-6.

Kontakt:

PhDr. Martina Solárová

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií SZU BA

Limbová 12

800 03 Bratislava

Slovenská republika

NAJČASTEJŠIE NEVYSLOVENÉ OTÁZKY U ONKOLOGICKY CHORÝCH PACIENTOV

The Most Common Unspoken Questions in Cancer Patients

Ivica Gulášová[1], Oksana Tulai[2]

[1]Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva, Trnava, Slovenská republika
[2]Ternopil National University of Economics, Ukraine

Súhrn

Autorky približujú aktuálnu problematiku ešte stále „zahalenú závojom“ strachu či obáv na strane onkologicky chorých pacientov vo vzťahu k lekárovi, sestre a ostatným zdravotníckym pracovníkom. Položiť otázku alebo nepoložiť, opýtať sa, či radšej mlčať? Dozviem sa holú pravdu. Tieto a podobné nevyslovené otázky pacientov s onkologickým ochorením analyzujú v príspevku. Pozornosť venujú autoplastickému obrazu onkologického ochorenia u pacientov a následne, v závislosti od neho aj spôsobu oznamovania diagnózy, štruktúre a vedeniu rozhovoru s pacientmi s maximálnym možným využitím anticipácie v priebehu komunikácie a prípadnej psychologickej intervencii u onkologicky chorých pacientov.

Kľúčové slová: Onkologicky chorý pacient. Nevyslovené otázky pacientov. Štruktúra rozhovoru. Emaptia.

Summary

The authors present the current issue still "shrouded in a veil" of fear or fear on the part of cancer patients in relation to doctors, nurses and other healthcare professionals. To ask a question or not to ask, to ask, or rather to remain silent? I will learn the bare truth. These and similar unspoken questions of patients with oncological disease are analyzed in the paper. They pay attention to the autoplastic picture of oncological disease in patients and subsequently, depending on it, to the way the diagnosis is communicated, to the structure and conduct of conversations with patients with the maximum possible use of anticipation in the course of communication and possible psychological intervention in oncologically ill patients.

Keywords: Oncologically ill patient. Unspoken questions of patients. Interview structure. Emaptia.

Úvod

Rakovina je jednou z najväčších hrozieb modernej doby. Onkologické ochorenie a liečba sú pre pacienta náročné ako po fyzickej tak aj po psychickej stránke. Vedomosť o tom, čo pacient prežíva, aké psychické ťažkosti sa u neho počas liečby môžu vyskytnúť a čo mu ich pomôže zvládnuť, spolu s ovládaním základných princípov efektívnej komunikácie, lekárovi umožňuje poskytovať kvalitnú komplexnú liečbu a ošetrovateľskú starostlivosť a pacientovi napomáha k jej lepšiemu zvládnutiu, ako aj k zlepšeniu kvality jeho života s onkologickým ochorením. Psychický stav pacienta s diagnostikovaným onkologickým ochorením a jeho postoj k liečbe sú podmienené viacerými faktormi. Faktory, ktoré podmieňujú psychický stav pacienta sú napr. jeho osobnostná výbava, kvalita sociálneho zázemia, typ a štádium ochorenia, náročnosťou podávanej liečby a tiež kvalitou vzťahu a komunikácie s ošetrujúcim lekárom a ošetrujúcou sestrou. Niektoré z týchto faktorov lekár nemôže priamo ovplyvniť, vždy je však pre onkologicky chorého pacienta dôležité, aby lekár nielen rozumel jeho diagnóze, ale aby nepodcenil jeho psychický stav a celkové prežívanie ochorenia – tzv. autoplastický obraz ochorenia u pacienta. Aby pacienta vnímal nielen ako číslo diagnózy, ale aby ho vnímal ako človeka v náročnej životnej, môžem povedať aj krízovej situácii. Miera vhodne poskytnutých informácií pomôže pacientovi pripraviť sa na liečbu a prípadné komplikácie a ťažkosti, ktoré sa počas nej alebo po jej ukončení môžu vyskytnúť a poskytne mu prostriedky, ktoré mu pomôžu ju zvládnuť.

Onkologické ochorenie je jednou z najnáročnejších situácií, ktoré môžu nastať v živote jednotlivca i rodiny. Je veľkou záťažou ako fyzickou, tak i psychickou, mení situáciu prežívania a spolunažívania, vyžaduje veľa zmien a adaptácie, a prináša mnoho otázok, na ktoré v momente stanovenia diagnózy nie je ľahké nájsť jednoznačnú odpoveď (Gulášová, 2008).
Informácia o onkologickej diagnóze je pre pacienta často krát šokom. Sprevádza ho množstvo premenlivých emócií a myšlienok, striedajú sa pocity bezradnosti, beznádeje, strachu, smútku, ale aj hnevu (Boyes, 2021). V správaní sa môžu prejaviť rôzne emócie – paralýza alebo naopak nepokoj a zapamätávanie si ďalších informácií je znížené, pacient nemusí pochopiť, čo mu chceli lekár a sestra povedať, alebo to pochopí nesprávne. Preto je dôležité poskytnúť pacientovi priestor na spracovanie prvotných emócií, pretože inak nie je pacient schopný ďalej vnímať a dôsledkom toho môže byť, že lekár a sestra venujú svoj čas poskytovaním ďalších informácií, no keď príde pacient nabudúce, bude sa pýtať na veci, ktoré mu už predtým lekár vysvetlil. Z hľadiska efektivity rozhovoru je preto pri oznamovaní diagnózy vhodné poskytnúť pacientovi len základné informácie o tom, čo ho v čaká najbližšom období a nechať mu priestor na otázky. Pomôcť môže, ak pacient rozhovor absolvuje v sprievode niekoho z jeho blízkych, ktorý mu poskytne oporu a zároveň je tiež informovaný o diagnóze a priebehu liečby.

Psychologická pomoc ako jedna z intervencií

Onkologicky chorý pacient sa musí vyrovnávať s mnohými negatívnymi pocitmi ako sú napr. hnev, pocit bezmocnosti, nespravodlivosti, viny, trestu, úzkosti a strachu, osamelosti, a i. Je pritom dôležité vnímať vlastné pocity, rozpoznávať ich, nezľahčovať ich, hovoriť o nich alebo ich nejakým vhodným spôsobom prejaviť. Pomôcť zorientovať sa v nich, môže niekto blízky alebo pedagóg, špeciálny pedagóg, duchovný, dobrovoľník. Pacient sa totiž, v snahe chrániť svojich blízkych pred ťaživými emóciami, niekedy radšej zverí odborníkovi alebo inému, nie až tak blízkemu človeku.

V každom prípade je ale potrebné navzájom zdieľať to, čo zainteresovaní prežívajú, pretože ak sa pacient aj príbuzní navzájom snažia tváriť statočne, je v ťažkej situácii nakoniec každý osamotený. Aj tu môže pomôcť uľahčiť spoločnú komunikáciu tretia strana, napr. psychológ (Gulášová, 2008). Je dôležité uvedomiť si, že telo a psychika sú úzko prepojené. Keď je bolesť v tele, trpí aj duša, takisto bôľ na duši sa odráža zmenami na tele. Príkladom pri onkologicky chorých pacientoch môže byť napr. psychogénne vracanie pri liečbe. Často sa ukáže, že keď pacient zmení svoj postoj k chemoterapii na kladný postoj k nej a akceptuje ju ako možnú cestu k vyliečeniu, vracanie prestane úplne, alebo sa aspoň výrazne zredukuje.
Ďalším príkladom by mohol byť vzťah úzkosti a napätia tela. Keď človek pociťuje úzkosť, jeho telo nie je uvoľnené (Heretik, Heretik jr., 2016). Ale pokiaľ sa uvoľní, úzkosť sa zmierni alebo úplne pominie. Preto sú zvlášť pri onkologicky chorých pacientov vhodné aj rôzne uvoľňovacie cviky, cvičenie a nácvik relaxácie.

Dokázaný je aj vplyv psychiky na imunitu (Blatný, et al., 2020). Bohužiaľ sa občas stáva, že onkologické ochorenie je už iba akýmsi zavŕšením mnohých ťažkých a dlhotrvajúcich ťažkostí a problémov v živote pacienta. A aby toho nebolo dosť, môžu sa pridružiť ďalšie – pracovné, finančné, rodinné, sociálne, duchovné a iné ťažkosti. Vtedy môže mať človek chuť rezignovať, lebo mu je ťažko uveriť, že by mohlo byť niekedy aj lepšie. V tomto období je vhodné aby pacient navštívil odborníka – či už psychológa alebo psychiatra – hlavne pokiaľ nastali problémy so spánkom, prežívanie úzkosti, pocity paniky, smútku. Je možné, že pacientovi samotnému to nenapadne ako riešenie, preto by mu to mali citlivo navrhnúť jeho blízki alebo ošetrujúci lekár.

Štruktúrovanie rozhovoru s onkologicky chorým pacientom znamená viesť ho v jednotlivých krokoch. Lekárovi a sestre takýto postup pomáha dopracovať sa k cieľu, ktorý chcú v rozhovore dosiahnuť a maximálne efektívne využiť čas, ktorý rozhovoru s pacientom venujú (Heretik, Heretik jr., 2016).

Odporúčaná štruktúra rozhovoru

Príprava na rozhovor – vyhradenie času (najmä ak ide o prvý rozhovor s pacientom), predpokladá minimalizovanie rušivých vplyvov z okolia a zorientovanie sa v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Zoznámenie sa s pacientom (ak prichádza prvý raz) a opísanie, ako bude rozhovor prebiehať. Pomôže to pacientovi zorientovať sa v tom, ako budú lekára sestra postupovať, čo zlepší jeho spoluprácu s lekárom a sestrou (napríklad ak pacient vie, že v rozhovore bude mať priestor na otázky a svoje postrehy, nebude lekára a sestru prerušovať v iných bodoch rozhovoru). Tento krok má tiež upokojujúci efekt na pacienta, ktorý sa v neznámom prostredí cíti znesitený.

Uvedieme postupnosť krokov v rozhovore s pacientom:

- Zistenie, koľko pacient vie o svojom zdravotnom stave a o tom, čo bude ďalej prebiehať v oblasti liečby, ošetrovateľskej starostlivosti a pod.
- Poskytnutie informácie o výsledkoch vyšetrení a diagnóze. Vhodné je rozdeliť informácie do menších dávok a po každej overiť pacientovo porozumenie.
- Ponechanie priestoru, aby pacient mohol spracovať prvotnú informáciu od lekára a od sestry.
- Poskytnutie informácií o postupe liečby lekárom.
- Ponechanie priestoru na otázky pacienta adresované lekárovi a sestre.
- Zosumarizovanie najbližších krokov, ktoré pacienta čakajú zo strany lekára a sestry.

Pacientovi k lepšiemu porozumeniu a zapamätaniu informácií pomôže, ak lekár a sestra:

- hovoria o závažných správach zrozumiteľne – jazykom, ktorému pacient rozumie („Mám v rukách výsledky biopsie, čiže odobratej vzorky tkaniva…“, „pri hygienickej starostlivosti budeme postupovať...“),
- používajú aj iný spôsob vysvetľovania ako reč (kreslenie, video),
- dávkujú informácie, sledujú pacientove reakcie a následne spôsob poskytovania informácií prispôsobia jeho mentálnemu a emočnému stavu (Locke, 2002)
- posmeľujú pacienta, aby ho v prípade, že nebude rozumieť, upozornil (Křivohlavý, 2004),
- otvorenými otázkami overujú, či pacient rozumie podstatným informáciám a dokáže ich ďalej vnímať (napríklad môže byť stratou času vysvetľovať po oznámení závažnej diagnózy jej prognózu či možnosti liečby, keď je pacient zaplavený emóciou a nie je schopný vnímať),
- zhrnú a zopakujú kľúčové informácie z rozhovoru,
- navrhnú pacientovi, aby si kľúčové informácie počas rozhovoru sám zapísal.

Najčastejšie nevyslovené otázky onkologicky chorých pacientov sa týkajú nasledujúcich okruhov:

Strach z pravdy

Zo strachu z pravdy zostávajú mnohé otázky onkologicky chorých pacientov nevyslovené. Existuje celý rad strachov z pravdy, ktoré sú u samotného pacienta, ale aj v jeho rodine, v okruhu priateľov a v jeho pracovnom okolí. Mnohí onkologicky chorí pacienti sami nemajú problémy vyrovnať sa s pravdou, obávajú sa však reakcii svojej rodiny. Môže ísť aj stratu privilégií, ktoré im boli doteraz poskytované, lebo ich stav sa považoval horší ako bol. V súčasnosti sa lekár snaží povedať pravdu, v minulosti tomu bolo inak. Dnes patrí bezvýhradné informovanie pacienta k najdôležitejším pevne stanoveným lekárskym povinnostiam. Pokiaľ sa nepríjemná pravda starostlivo a ohľaduplne sprostredkuje a pomocou nádeje zmierni, je to väčšine prípadov prijateľné pre pacienta, lepšie prijateľná realita. Strach z následkov nezmeniteľnej pravdy, je ďalším komplexom nevyslovených otázok (Gulášová,2008).

Strach z obsahu otázky

Pacient sa domnieva, že jeho vyjadrovacie schopnosti nestačia nato, aby lekárovi skutočne vysvetlil, čo by ešte „vlastne“ chcel vedieť. Skutočne je pre pacienta ťažké formulovať niektoré problémy do slov.

Strach, že lekára príliš obťažuje

Mnohí pacienti sa neodvážia niektoré otázky vysloviť, lebo si myslia, že by to bola prehnaná požiadavka voči svojmu ošetrujúcemu lekárovi. Často je to len zámienka, ktorou sa pacient sám pred sebou ospravedlňuje, pretože má strach z pravdy, ktorú si často nepriznáva.

Musím zomrieť?

Hoci sa táto otázka pacienta veľmi dotýka, často ho ovládne celkom osobitný ostych, aby ju vyslovil. Rozhovor o smrti a o nutnosti zomrieť sa stáva v dôsledku nášho odklonu od tradičného spôsobu myslenia a života háklivým duševným problémom tak pre pacienta ako aj pre lekára a sestru. Obidvom stranám chýba prirodzená otvorenosť (Křivohlavý, 2009). Preto treba otázky patriace do tohto kruhu nechať nevyslovené a zo strany lekára a sestry tiež neurobiť z nich tému na rozhovor, pokiaľ ich o to pacient sám nepožiada.

Budem ešte vôbec niekedy zdravý?

Keď je už jasné, že ochorenie neohrozuje život, má táto otázka pre pacienta vysokú hodnotu. Pacient vie, že od stupňa zotavenia sa z nejakého ochorenia alebo úrazu závisí jeho budúca úroveň kvality života (Hakl et al., 2011). Na prvom mieste stojí životný záujem, aby nezostal trvale postihnutý, menovite, aby netrpel bolesťami, ochrnutím, stálou dýchavičnosťou,

aby nebol pripútaný na lôžko alebo na invalidný vozíček a ešte veľa iného, čo patrí k trvalým, chronickým ochoreniam. Keď je tento komplex objasnený, vytvárajú sa nové čiastkové otázky ako či bude môcť vykonávať vedľajšie zamestnanie, čestnú funkciu, športovať, koníčky, zmena bydliska...

Zostanú následky?

Táto nevyslovená otázka nadväzuje na predchádzajúcu, dokonca občas ju od predošlej nemožno vôbec oddeliť. Mnohí pacienti majú hmlisté predstavy o tom, akú veľkú doživotnú záťaž predstavuje po operácii štítnej žľazy nutnosť užívať hormón štítnej žľazy, alebo byť odkázaní na načúvacie prístroje, ortopedickú obuv, alebo držať nejakú diétu.

Môžem opäť všetko robiť?

Ak pacient, ktorý premýšľa o tejto otázke, je už v zásade optimisticky naladený. Vie s určitosťou, že jeho ochorenie nie je životu nebezpečné. Individuálne plánovanie života pacienta, ktorý premýšľa o tejto nevyslovenej otázke, sa dostalo v súvislosti s ochorením do nesúladu. Niektoré povinnosti, mnohé práva, obľúbené zvyky, ale aj nepríjemné úlohy- toto všetko bolo pod vplyvom ochorenia zrušené alebo odložené. Pacienti oddaní do vôle Božej prijímajú priebeh ochorenia bez toho, žeby si robili príliš veľa starostí s plánovaním termínov do budúcnosti, keď už budú môcť robiť všetko. Na druhej strane, netrpezliví pacienti sa sami vystavujú tlaku. Ak to môže brániť hojeniu a vyliečeniu, mali by sa otázky o takýchto súvislostiach bezpodmienečne vysloviť.

Ako dlho to bude trvať?

Ako dlho bude trvať, kým ochorenie zasiahne sluch dovtedy zdravého ucha? Ako dlho bude trvať, kým porucha prekrvenia zachváti aj druhú nohu? Ako dlho bude trvať kým zmeravenie v jednom kĺbe povedie k úplnej nepohyblivosti?

Ako s tým môžem žiť?

Platí to tak pre deprimujúce, ale ináč neškodné ochorenie kože ako aj pre ochorenia kĺbov spôsobujúce obmedzenie pohyblivosti. Vo všeobecnosti poskytnú lekár a sestra sami od seba pacientovi niekoľko užitočných rád. Ale tak ako lekár a sestra aj pacient vedia, že tým túžba mnohých pacientov po vedomostiach ešte nie je úplne uspokojená. Neopatrná a neškodná poznámka lekára alebo sestry : ,,S tým už musíte žiť!“ je práve tak zbytočná ako nemilosrdná. Skúsený alebo hlavne jemnocitný lekár a skúsená a empatická sestra preto trochu zmiernia svoju výpoveď a vyjadria sa: „S tým budete môcť žiť!“ S touto voľbou slov vzbudia u pacienta nádej. (Hagen, 1990)

Medzi ďalšie nevyslovené otázky patria: „Ako dlho to ešte moje telo vydrží!“, „Ako sa to všetko mohlo stať?“, „Z čoho vzniklo moje ochorenie?“ „Som simulantom?“ „Nejaký liek sa predsa musí nájsť!“, „Je operácia potrebná?“, „Možno operáciu odložiť?“, „Podarí sa táto operácia v mojom prípade?“, „Je narkóza pre mňa nebezpečná?“, „Je to rakovina, alebo bude z toho rakovina? ,„Ako je to z fajčením?“, „Môžem ja sám ešte niečo urobiť?“.

Diskusie s lekárom o sexuálnom správaní nie sú už dnes síce také tabu ako v minulosti, predsa sa tu však nájdu pre niektorých pacientov háklivé otázky. Pacientov zaujíma otázka či sa sexuálnou činnosťou vystavuje nebezpečenstvu: „Ako je to s pohlavným stykom?“.

Veľmi dôležitú úlohu pri každom, nie len ťažkom, či smrteľnom ochorení má psychické prežívanie pacienta (Boyes, 2021). To ako sa pacient postaví k danému problému, vo vzťahu k sebe samému a tak isto aj vo veľmi dôležitom vzťahu k svojmu lekárovi a sestre. Práve lekár a sestra sú pre pacientov osobami, ktoré mu majú/vedia pomôcť. Ak dokáže pacient úplne dôverovať lekárovi a sestre čo sa týka svojho fyzického zdravia a zverí im svoje telo, mal by potom dôverovať lekárovi a sestre aj po psychickej stránke a telo odovzdávať ďalej lekárovi a sestre aj s dušou. Neexistujú zlé otázky, ak sú to otázky ktorých odpovede sa týkajú zdravia pacienta a zároveň mu prinesú uspokojenie z odpovede lekára či sestry.

Záver

Každá nevyslovená otázka môže napomôcť k efektívnemu liečeniu a efektívnej ošetrovateľskej starostlivosti pacienta, alebo minimálne zmierniť bolesť, či utrpenie pacienta. Množstvo otázok však vo väčšine prípadov zostáva nezodpovedaných hlavne pre nezáujem pacientov, alebo skôr strach a akúsi obavu z toho či je táto otázka správna, neobťažujem už lekára priveľmi a množstvo ďalších. Lekári sa sestry si často nevedia vysvetliť prečo strácajú pacientov, aj napriek tomu že sa k nim správali s najväčšou ochotou a záujmom. Môžu si naopak oni sami sebe položiť otázku: „Tak načo to všetko potom bolo“? Práve tu korení problém, ktorý si pacienti nedokážu uvedomiť a tak možno z nejakého vlastného presvedčenia bez udania dôvodu zmenia lekára. A tak problémom zostávajú aj naďalej nezodpovedané a hlavne nevyslovené otázky. Každý dobrý lekár- profesionál, každá profesionálna sestra určite nepohrdnú záujmom zo strany pacienta a každá jeho otázka je a mala by byť vítaná a zodpovedaná. Práve tieto aspekty sú pre vzťah lekár – pacient- sestra akýmsi "stmeľovacím" prostriedkom a prejavom dôvery a oddanosti.

Príspevok vyšiel za podpory Medzinárodného projektu: 2/2023-M Development of different organization and business structures in public and private sectors of health care, pharmaceutical industry, healt education and promotion of health, rehabilitation, wellness and beauty sectors: international experience. 2023 - 2025

Použitá literatúra:

1. BLATNÝ, M. et a l. 2020. Osobní pohoda a osobnost v celoživotní perspektivě. Praha: Academia. 2020, ISBN 978-80-2003-064-1
2. BOYES, A. 2021. Nástroje proti úzkosti. Praha: Grada. 2021, ISBN 80-271-1219-2
3. GULÁŠOVÁ, I. 2008. Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení. Martin, Osveta, 2008, 99s., ISBN 978-80-8063-305-9
4. HAGEN, V. 1990. Na slovíčko pán doktor, 1990, Fontana, s.r.o. Šamorín, strán 164. ISBN 80- 900492-5-7
5. HAKL, M. et al. 2011. Léčba bolesti – současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndómu. Praha: Mladá fronta. 2011, 231s., ISBN 978-80-204-2473-0
6. HERETIK, A., HERETIK, A. jr. 2016. Klinická psychológia. 2016. Bratislava: Psychoprof. ISBN 978-80-8932-224-4
7. KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. Psychologia zdravia. Praha: Portál. 2009, ISBN 978-80-7367-568-4
8. KŘIVOHLAVÝ, J. 2004. Pozitivní psychologie. Praha: Portál.2004, 194s.,ISBN 80-7178-835-X
9. LOCKE, E., A. 2002. Setting goals for life and happiness. In: C.R. Snyder a S.j. Lopez. Handbook of positive psychology. New York, Oxford University Press, s. 299-312

Kontakt:

prof. PhDr. Gulášová Ivica, PhD., MHA.
Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie č. 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
E-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

INTERDISCIPLINÁRNA SPOLUPRÁCA A JEJ VÝZNAM V STAROSTLIVOSTI O VÝŽIVU RIZIKOVÝCH PACIENTOV

Interdisciplinary Cooperation and Its Importance in Nutritional Care of At-Risk Patients

Katarína Zrubáková [1], Mária Lehotská [1], Mária Novysedláková[1], Zuzana Hudáková[1], Irena Kamanová[2], Lenka Štefáková[2], Ivan Bartošovič[3]

[1]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberok
[2]Pedagogická fakulta, Katolícka univerzita v Ružomberok
[3]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety

Abstrakt

Úvod: starostlivosť o výživu a jej pravidelné monitorovanie je neoddeliteľnou súčasťou liečby rizikových pacientov. Pretože dobrý stav výživy a neprítomnosť malnutrície je pre prognózu a ďalší vývin ochorenia/stavu benefitom. Na monitorovaní a určení vhodného spôsobu výživy sa zúčastňujú rôzni členovia tímu. Nemenej významná pre kvalitu starostlivosti je aj ich vzájomná spolupráca a definovanie kompetencii. Interdisciplinárnej spolupráci a jej význame pre rizikového pacienta sa venujeme v príspevku.

Cieľ: zistiť: aký je stav výživy u rizikových pacientov, aké intervencie sa realizujú pri prevencii a liečbe malnutrície, zistiť ako vplýva interdisciplinárna spolupráca na zdravotný stav rizikového pacienta.

Metodológia: aplikovali sme metodologickú triangluláciu, kombináciu kvalitatívnych a kvantitatívnych metód. Hlavnými metódami boli: nutričná anamnéza, skríningové testy Mini Nutritional Assessment, Nutritional Risk Screening-2002, Barthel test, Test fyzickej zdatnosti, Karnofsky index, Hand-grip test, antropometrické údaje (obvod ramena, lýtka, subskapulárna kožná riasa, váha a výška). Doplňujúcimi metódami bola analýza dokumentu a rozhovor.

Výskumný súbor tvorili rizikoví pacienti v ústavnej starostlivosti. Celkový počet bol 344, z toho 102 mužov, 242 žien. 108 respondentov bolo hospitalizovaných v ústavných zdravotníckych zariadeniach (neurologická klinika, onkologická klinika, interná klinika, oddelenie dlhodobo chorých), 236 v zariadeniach sociálnych služieb.

Výsledky: pomocou výživovej anamnézy, získaní antropometrických údajov a aplikáciou funkčných testov sme identifikovali pacientov v riziku malnutrície i sarkopénie. Zo 108 pacientov z ústavných zariadení bolo 36 v riziku podvýživy. Diagnostikovali sme aj pacientov s malnutríciou- 17. Okrem uvedených údajov sme identifikovali i rizikové faktory pre vznik malnutrície a sarkopénie. Boli to problémy súvisiace s príjmom stravy, s vylučovaním, ale aj nedostatočnú sebaopateru a nízke hodnoty v Hand-grip teste, ktoré môžu súvisieť so

sarkopéniou. Boli realizovaná preventívna i liečebná starostlivosť v spolupráci s členmi tímu. Členmi tímu boli lekár, lekár špecialista, sestra, praktická sestra-asistent, asistent výživy, fyzioterapeut a sociálny pracovník. Vďaka interdisciplinárnej spolupráci sa u väčšiny pacientov zlepšil zdravotný stav. Dôvodom pretrvávajúcich problémov bola geriatrická krehkosť alebo kombinácia geriatrický syndróm - polymorbidita, u onkologicky chorých nežiaduci účinok liečby, u pacientov po cievnej mozgovej príhode dysfágia.

Kľúčové slová: Rizikový pacient. Nutričný skríning. Nutričný plán. Interdisciplinárna spolupráca. Projekt KEGA

Abstract

Introduction: nutrition care and its regular monitoring is an integral part of the treatment of at-risk patients. Because a good state of nutrition and the absence of malnutrition is a benefit for the prognosis and further development of the disease/condition. Various team members participate in monitoring and determining the appropriate method of nutrition. Equally important for the quality of care is their mutual cooperation and definition of competence. Interdisciplinary cooperation and its importance for the high-risk patient are discussed in the article.

Objectives: to find out: what is the nutritional status of at-risk patients, what interventions are implemented in the prevention and treatment of malnutrition, to find out how interdisciplinary cooperation affects the health status of at-risk patients.

Methodology: we applied methodological triangulation, a combination of qualitative and quantitative methods. The main methods were: nutritional anamnesis, screening tests Mini Nutritional Assessment, Nutritional Risk Screening-2002, Barthel test, Physical fitness test, Karnofsky index, Hand-grip test, anthropometric data (arm circumference, calf circumference, subscapular skinfold, weight and height). Additional methods were document analysis and interview.

The research group consisted of high-risk patients in institutional care. The total number were 344, of which 102 were men, 242 were women. 108 respondents were hospitalized in institutional health care facilities (neurological clinic, oncology clinic, internal clinic, ward for long-term patients), 236 in social service facilities.

Results: with the help of nutritional anamnesis, obtaining anthropometric data and applying functional tests, we identified patients at risk of malnutrition and sarcopenia. Out of 108 patients from institutional facilities, 36 were at risk of malnutrition. We also diagnosed patients with malnutrition - a total number of 17. In addition to the above data, we also identified risk factors for malnutrition and sarcopenia. These were problems related to food intake, excretion, but also insufficient self-care and low values in the Hand-grip test, which may be related to sarcopenia. Preventive and curative care were implemented in cooperation with team

members. The members of the team were a doctor, a specialist doctor, a nurse, a practical nurse-assistant, a nutritionist, a physiotherapist and a social worker. Thanks to interdisciplinary cooperation, the health status of most patients has improved. The reason for persistent problems was geriatric frailty or a combination of geriatric syndrome and multimorbidity, a side effect of treatment in oncological patients, and dysphagia in stroke patients.

Keywords: At-risk patient. Nutritional screening. Nutritional plan. Interdisciplinary cooperation. The KEGA project

Úvod

Výživa predstavuje materiálny základ pre existenciu človeka, pre jeho vývin, rast, obnovu tkanív a orgánov. Dostatok živín znižuje chorobnosť aj úmrtnosť, zvyšuje účinnosť liečby ochorení, pomáha zvládnuť náročné intervencie a zvyšuje kvalitu života (Zlatohlávek a kol., 2016). Adekvátna nutričná podpora je významná pri liečbe akútnych ochorení alebo akútneho stavu. Preventívne stratégie je preto nevyhnutné realizovať u zdravých, ale aj chorých ľudí. V ústavných zariadeniach je nutričná intervencia súčasťou komplexnej starostlivosti a významne ovplyvňuje liečebný proces predovšetkým pri terapii závažných akútnych a chronických ochorení. Je jedným z kľúčových faktorov zvyšujúcich efektívnosť terapie základného ochorenia a tiež schopnosť organizmu zvládať liečbu alebo obdobie rekonvalescencie po chirurgických zákrokoch (Marko, Marková, 2017). Nutričná starostlivosť alebo liečebná výživa pomáha pri naplnení individuálnych výživových potrieb pacienta. Cieľom je udržanie funkčného potenciálu a stimulovanie imunitného systému (Kohout a kol., 2022).
Udržanie primeraného nutričného stavu je kľúčovým cieľom i v terapii rizikových pacientov. K pacientom, ktorí sú najčastejšie ohrození nedostatočnou výživou zaraďujeme: geriatrických pacientov (hlavne 75+, v dlhodobej ústavnej liečbe, s polymorbiditou a geriatrickými syndrómami), onkologicky chorých (rizikoví sú hlavne pacienti s malignitami gastrointestinálneho traktu a nádormi hlavy a krku), pacientov po prekonaní náhlej cievnej mozgovej príhody (NCMP) pacientov v priebehu liečby COVID 19 alebo iných závažných respiračných infekcii a kriticky chorých.

Nutričná starostlivosť o rizikových pacientov

Nutričná starostlivosť je dôležitou nefarmakologickou intervenciou u rizikových pacientov. U všetkých je totiž významné riziko vzniku malnutrície, progresívneho úbytku a vyčerpania kostrového svalstva. Riziko stúpa priamo úmerne s dĺžkou trvania ochorenia alebo stavu a s náročnosťou liečby. Nutričná starostlivosť by preto mala byť poskytovaná na všetkých úrovniach zdravotníckej starostlivosti vrátane domácej starostlivosti i v zariadeniach sociálnych služieb.

K hlavným stratégiám prevencie a liečby patrí posúdenie stavu výživy. Stav výživy môžeme zistiť pomocou výživovej anamnézy (súčasť vstupného posúdenia celkového stavu pacienta), skríningových nástrojov, fyzikálnym vyšetrením, antropometrickými meraniami (obvod lýtka, ramena, kožná riasa) a hodnotením aktuálnych laboratórnych parametrov (najčastejšie biochemické, hematologické, imunologické). Pri identifikovaní rizika alebo problému sa realizujú vhodné intervencie- úprava stravy, sledovanie príjmu stravy, zvýšenie per os príjmu, sipping, enterálna alebo parenterálna výživa (ESPEN, 2020, 2022).

Stratégie sa líšia podľa veku pacientov a diagnostikovaného ochorenia alebo akútneho stavu.

U geriatrických pacientov je hodnotenie nutričného stavu zložité a je komplikované multimorbiditou a postihnutím v kombinácii s problémami súvisiacimi s výživou, ako je dysfágia, znížená chuť do jedla, únava a svalová slabosť (Hoozová, 2019; Dostálová a kol., 2022).

Pri klinickom vyšetrení resp. fyzikálnom vyšetrení je potrebné sa zameriavať na základné klinické ukazovatele stavu výživy- konštitúciu tela, svalstvo, kožu, kvalitu vlasov a nechtov, oči, jazyk, sliznice, tráviaci, srdcovo-cievny, respiračný, neurologický systém a celkovú vitalitu (Pokorná, 2013). Hodnotia sa antropometrické údaje- váha, výška, meranie obvodu nedominantného ramena, prípadne lýtka, hmotnostný index (najčastejšie BMI) a kožná riasa (Voleková, 2012; Isenring, Elia, 2015). Riziko nedostatočnej výživy a nedostatočná výživa sa dá identifikovať pomocou skríningových nástrojov pre hodnotenie nutričného stavu. Ideálnym nástrojom je Mini Nutritional Assessment (MNA) alebo jeho krátka verzia MNA-SF. U pacientov vyhodnotených ako rizikových alebo pri identifikácii malnutrície je nutné následné potvrdenie podľa nových diagnostických kritérií The Global Initiative on Malnutrition (GLIM). Ku diagnostickým kritériám patria: neúmyselný váhový úbytok, nízky BMI, zníženie množstva svalovej hmoty, nízky príjem potravy, závažné ochorenie/infekcia (ESPEN, 2020). Základom úspešnej intervencie je zostavenie nutričného plánu a cieľov (Vágnerová a kol., 2020). Podľa ESPEN Guideline (2022) je dôležité, aby geriatrickí pacienti prijímali dostatok bielkovín minimálne 1g na kg hmotnosti, prijímali energeticky plnohodnotnú stravu, mali sledované hodnoty mikronutrientov, primeraný pitný režim. Spôsob výživy sa volí podľa individuálnych požiadaviek. Môže sa upraviť konzistencia jedla alebo spôsob podávania- per os, enterálne, parenterálne.

Podávanie adekvátnej výživy a jej pravidelný monitoring je dôležitý u pacientov po prekonaní NCMP. Intervencie sú realizované počas celého priebehu ochorenia. Pri závažných poruchách ako dysfágia je indikovaná dostatočne energetická a nutrične kompletná výživa, vďaka ktorej je väčšia pravdepodobnosť rýchlejšej liečby a rekonvalescencie (Tkáčik, 2020). U pacientov s dysfágiou je dôležité myslieť na fakt, že sú náchylnejší na dehydratáciu a malnutríciu a majú zvýšené riziko aspiračnej pneumónie a mortality. Pri malnutrícii dochádza

ku kaskáde metabolických procesov vo forme hypermetabolizmu, k negatívnej dusíkovej bilancii, inzulínovej rezistencii s hyperglykémiou, zvýšenej mobilizácii a oxidácii triglyceridov a adipózneho tkaniva. Pacienti s prolongovanou dysfágiou viac ako sedem dní by mali podľa odporúčaní ESPEN dostať sondovú enterálnu výživu čo najskôr (Vágnerova, 2020).

U pacientov s onkologickým ochorením sa predpokladá najvyššie riziko malnutrície. Aj podľa Vokurku a kol. (2022) je malnutrícia identifikovaná u 30-80% prípadov. Príčiny sú komplexné. Vplyvom ochorenia a jeho liečby dochádza k zmene chutí, schopnosti prijať potravu, pacienti môžu mať rôzne symptómy súvisiace s liečbou- vracanie, nauzea, anorexia, zápcha, únava, depresie... Typické pre nádorové ochorenia je, že energetická potreba organizmu sa mení podľa štádia resp. podľa jeho typu (Kohout a kol., 2022). Vo včasných štádiách nebýva energetický výdaj zvýšený, zvyšuje sa až rozvojom ochorenia. Postupne je spotrebovaná zásoba tukov a bielkovín, pridružujú sa komplikácie spojené s výživou- nechutenstvo, malý príjem potravy, zhoršené vstrebávanie živín (Erickson, 2018). Dôsledkom malnutrície môže byť porucha funkcie mnohých orgánov. Stav výživy je preto dôležité posúdiť nielen pred zahájením liečby, ale aj počas jej aplikácie i po skončení. Podľa aktuálnych problémov sa realizujú potrebné intervencie- Tab. 1.

Tab. 1 *Zásady starostlivosti o výživu pacienta s onkologickým ochorením*

Realizovať skríningové vyšetrenie
Určiť stav výživy pacienta, odporučiť vhodný spôsob stravovania fyzickej aktivity
Edukovať a motivovať pacienta
Realizovať systematickú a dlhotrvajúcu nutričnú podporu
Zvýšiť intenzitu podpory pri komplikáciách a nežiaducich účinkov onkologickej liečby

Pri liečbe COVID-19 je nutné nutričnú intervenciu považovať za neoddeliteľnú súčasť starostlivosti o pacienta. Nutričná intervencia má začať ihneď po prijatí na hospitalizáciu. Mala by pokračovať aspoň mesiac po prepustení z nemocnice. Pokiaľ nie je možné dosiahnuť nutričné ciele orálne, je odporúčané použitie enterálnej výživy sondou. Parenterálna výživa je odporúčaná, až keď nie je možné dosiahnuť nutričné ciele enterálnou cestou (Barazzoni, 2020). Rovnako ako pri iných ochoreniach i pri COVID-19 sú vypracované štandardné postupy terapie. V tabuľke 2 sú uvedené jednotlivé kroky starostlivosti.

Tab.2 Postup starostlivosti o pacienta s COVID-19

Posúdenie nutričného stavu- MUST alebo NRS- 2002 ↓
Optimalizácia nutričného stavu ↓
Suplementácia vitamínov, minerálov/Orálne výživové doplnky ↓
Enterálna výživa ↓
Výživa intubovaných pacientov ↓
Pravidelná fyzická aktivita

Spracované podľa ESPEN (2020)

Kriticky chorí pacienti podľa odporúčaní ESPEN (In Krivuš a kol., 2018) vo výžive a intenzívnej starostlivosti môžu profitovať zo skorej nutričnej podpory. Preferuje sa enterálna výživa, v prípadoch, ak nemôžu pokryť svoje nutričné potreby orálnou cestou počas troch dní. Skorá nutričná podpora zabraňuje vzniku malnutrície, ktorá je negatívny prognostický faktor. Komplikované je však posúdenie nutrície štandardnými skríningovými nástrojmi, používajú sa skórovacie systémy Subjective Global Assessment (SGA) alebo NUTRIC skóre.

Interdisciplinárny tím v starostlivosti o výživu rizikových pacientov

Odbornú kvalitu nutričnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení garantuje nutričný tím. V štandardoch a guidelinoch spoločností zaoberajúcich sa klinickou výživou (ESPEN, ASPEN, Slovenská *spoločnosť parenterálnej a enterálnej výživy,* Česká společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče, *Pracovná skupina nutriční péče v onkologii...) sú uvedení i jednotliví členovia tímu. Najčastejšie sú* členmi tímu: nutricionista, nutričný terapeut, sestra a farmaceut (Novák a kol., 2022).

Nutricionista je lekár so špecializáciou v odbore klinická výživa a intenzívna metabolická starostlivosť. Nutričný terapeut vykonáva nutričnú anamnézu, vyšetruje nutričný stav pacienta, navrhuje nutričný plán a je spoluzodpovedný za jeho realizáciu. Zaznamenáva i priebeh nutričnej starostlivosti. Sestra pri hodnotení výživy a prvom kontakte s pacientom zisťuje aká bola kvalita stravy prijímanej v domácom prostredí alebo v predchádzajúcom zariadení, aké sú stravovacie návyky pacienta, denný príjem tekutín (Balogová, Trnková, 2019; Engelhearth, Brummer, 2018). Zisťuje aj zmeny hmotnosti za určité časové obdobie, tráviace ťažkosti, poruchy výživy, vplyv chronických ochorení a ich liečby na príjem a trávenie

potravy, údaje o potravinovej alergii, ale aj o fyzickej aktivite a jej vzťahu k príjmu potravy, úrovne seba opatery pri príjme potravy a rizikových faktoroch vzniku výživových problémov (Dimunová a kol., 2018; Zrubáková, Bartošovič a kol, 2019).

V Slovenskej republike členmi nutričného tímu lekár, farmaceut, geriater, asistent výživy, sestry JIS, dietológ, vedúci transfúzny lekár. Ak nie je v ústavnom zariadení nutričný tím, spolupracuje lekár, sestra, logopéd, stomatológ, ergoterapeut, fyzioterapeut, sociálny pracovník. V domácom prostredí- lekár, sestra, rodinní príslušníci, opatrovateľ, sociálny pracovník. Výber členov interdisciplinárneho tímu závisí od zdravotného stavu pacienta a spôsobe výživy. Ak má pacient enterálnu výživu cez PEG, PEJ je členom tímu i gastroenterológ.

Kvalitná a koordinovaná starostlivosť zdravotníckych i nezdravotníckych pracovníkov, vrátane pacienta (ak je možné) i jeho rodiny je veľmi dôležitá. Tímová starostlivosť predstavuje benefity v rôznych oblastiach- prevencia komplikácii, cielená individualizovaná starostlivosť o pacienta, rýchlejšie zotavovanie po akútnom probléme, lepšia kvalita života, šetrenie nákladov za zdravotnú starostlivosť.

Význam interdisciplinárnej starostlivosti prezentujeme i výsledkami výskumu. Výskum bol súčasťou projektu KEGA 016 KU-4/2017 a projektu KEGA 009 KU-4/2022.

V prvom projekte bolo jedným z cieľov- Zistiť úroveň interdisciplinárnej spolupráce pri liečbe rizikových pacientov v zariadeniach dlhodobej starostlivosti (Ústavné zdravotnícke zariadenia a zariadenia sociálnych služieb). Prostredníctvom neštandardizovaného dotazníka s využitím frekvenčnej škály sme zistili, jednotlivých členov tímu zabezpečujúcich starostlivosť o rizikových pacientov a frekvenciu ich spolupráce so sestrou a lekárom (číslo 1 označovalo neustále, 2 veľmi často 5-4x do týždňa, 3 často 2- 3x do týždňa, 4 občas, 5 nikdy) - Tab. 3.

Tab. 3 *Interdisciplinárna spolupráca pri liečbe rizikových pacientov*

Realizácia interdisciplinárnej spolupráce	**priemer**	**smer. odchýlka**	**medián**
s fyzioterapeutom	2,71	1,47	3
s asistentom výživy	3,00	1,47	3
s psychológom	3,49	1,46	4
so sociálnym pracovníkom	3,86	1,40	5
s liečebným pedagógom	3,90	1,34	4

Z tabuľky možno vidieť, že interdisciplinárna spolupráca je realizovaná. Najčastejšie sestry spolupracujú s fyzioterapeutom, priemerná hodnota je 2,71, čo znamená 2 až 3x do týždňa. Menej spolupracujú s asistentom výživy (priemer 3,00), so psychológom (3,49), či sociálnym pracovníkom (priemer 3,86).

V Tabuľke 4 porovnávame ako sa líšila frekvencia spolupráce podľa zariadení.

Tab. 4 *Interdisciplinárna spolupráca podľa typu zariadenia*

Interdisciplinárna spolupráca podľa typu zariadenia	**Zariadenia sociálnych služieb**	**zdravotnícke zariadenia**	**rozdiel**	**T stat**	**p-hodnota**
s asistentom výživy	2,64	3,46	-0,82	-4,50	0,000
s fyzioterapeutom	2,41	3,11	-0,70	-3,64	0,000
so sociálnym pracovníkom	3,74	4,01	-0,27	-1,45	0,147
s liečebným pedagógom	3,84	3,98	-0,13	-0,75	0,451
s psychológom	3,44	3,56	-0,11	-0,59	0,556

Zistili sme, že spolupráca s odborníkmi je v sociálnych zariadeniach významne častejšia. Potvrdila sa najmä častejšia spolupráca s asistentom výživy a fyzioterapeutom. Spolupráca s inými odborníkmi bola rovnako častá ako v zdravotníckych zariadeniach. V sociálnych zariadeniach bola priemerná hodnota vždy nižšia ako v zdravotníckych. P-hodnota je štatisticky významná iba v dvoch riadkoch. Najväčší je rozdiel medzi skupinami zariadení pri spolupráci s asistentom výživy. V sociálnych zariadeniach (ZSS) s ním spolupracujú významne častejšie (priemer 2,64) než v zdravotníckych (priemer 3,46). Podobne významný je aj rozdiel pri spoluprácu s fyzioterapeutom. Opäť je priemer nižší v skupine sociálnych zariadení (2,41) než v skupine zdravotníckych (3,11).

V aktuálne riešenom projekte *Výživa a pohybová aktivita ako bazálne piliere starostlivosti o rizikového pacienta*, sa zaoberáme problémom nutrície uvedenej skupiny komplexnejšie.

Cieľom výskumu je zistiť:

- aký je stav výživy u rizikových pacientov,
- aké intervencie sa realizujú pri prevencii a liečbe malnutrície,
- vplyv interdisciplinárnej spolupráce na zdravotný stav rizikového pacienta.

Metodológia výskumu

Využili sme kombináciu kvalitatívnych i kvantitatívnych metód a skríningových nástrojov. K hlavným metódam patrili- výživová anamnéza, antropometrické merania, funkčné testy- MNA, NRS- 2002, Barthel test (ADL), Test fyzickej zdatnosti (SARS-F), Karnofsky index, Hand-grip test. Doplňujúce metódy boli analýza zdravotnej dokumentácie, rozhovor.

Výskumný súbor tvorili pacienti, ktorí patrili do kategórie rizikový pacient (onkologicky chorí, geriatrickí pacienti, pacienti po NCMP). Inkluzívne kritéria zaradenia do výskumu boli ochota odpovedať na otázky vo funkčných testoch, podpísaný informovaný súhlas. Do výskumu neboli zaradení pacienti v terminálnom štádiu ochorenia. Celkový počet bol 344, z toho 102 mužov, 242 žien. Rizikoví pacienti boli hodnotení v zdravotníckych zariadeniach- celkový počet (n) 108 a v ZSS- n. 236.

Výsledky výskumu

U pacientov sme pomocou výživovej anamnézy a uvedených skríningových nástrojov, antropometrických meraní zistili aktuálny stav výživy i celkovej aktivity a sebestačnosti, ktoré s nutríciou úzko súvisia. Pri výživovej anamnéze sme identifikovali rizikové faktory vzniku malnutrície ako aj spôsob stravovania a hydratácie respondentov. Najpodstatnejšie boli údaje o rizikách, uvádzame ich v Tabuľke 5.

Tab. 5 *Rizikové faktory malnutrície*

Identifikovaný problém	**Početnosť výskytu u pacientov n**
Ťažkosti s prehĺtaním	39
Ťažkosti so žutím	9
Bolesť žalúdka	8
Pocit plnosti	26
Znížená chuť do jedla	30
Zápcha	60
Hnačka	34

U pacientov sme zistili, že majú problémy súvisiace s príjmom stravy. Najčastejšie to boli ťažkosti s prehĺtaním, znížená chuť do jedla, ale aj problémy s vylučovaním, hlavne sťažené vylučovanie- zápcha.

U každého respondenta sme pomocou testov vyšetrili stav výživy, sebestačosť, úroveň aktivity a aktuálnu hmotnosť. V tabuľke 6 prezentujeme priemerné hodnoty meraní.

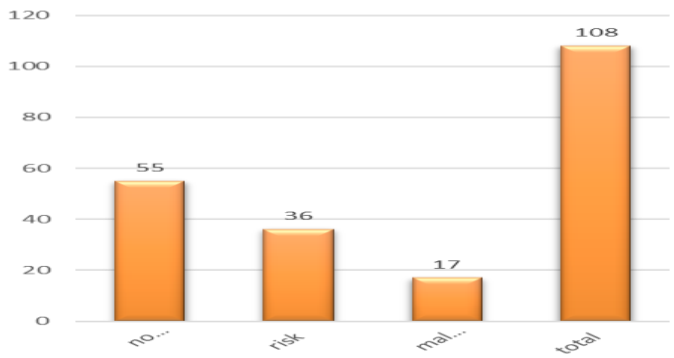
Tab. 6 *Priemerné hodnoty meraní*

Skríningový nástroj	**Prvé vyšetrenie** **Priemerné hodnoty**
Váha	72,4
BMI	26,74

Skríningový nástroj	Prvé vyšetrenie Priemerné hodnoty	
ADL	74,5	
MNA	24,3	
MNA-SF	9,8	
NRS-2002	3	
SARS-F	3,98	
Karnofsky index	1,64	
Hand-grip test	21,3 muži	13,7 ženy

Ako z tabuľky vyplýva priemerné hodnoty dosahujú normu, hlavne údaje MNA, okrem ADL (závislosť ľahšieho stupňa). Negatívne boli výsledky Hangrip-testu, predovšetkým u žien- slabý stisk, nízka sila.

Identifikovali sme však i pacientov s rizikom malnutrície a aj pacientov s potvrdenou malnutríciou- Graf 1.



Graf 1 *Stav výživy hospitalizovaných pacientov*

Prostredníctvom MNA, MNA-SF alebo NRS-2002, sme u hospitalizovaných pacientov (celkový počet 108) určili ich stav výživy. 55 malo hodnoty v norme, 36 bolo v riziku podvýživy (pacienti po NCMP, geriatrickí pacienti), 17 malo potvrdenú malnutríciu (onkologickí a geriatrickí pacienti).

Následne sme v spolupráci s členmi tímu- ošetrujúci lekár, lekár špecialista (geriater, onkológ, neurológ, gastroenterológ) sestra, asistent výživy, fyzioterapeut realizovali intervencie zamerané na elimináciu problému. Najčastejšie to boli: úprava stravy, sipping, edukácia pacienta, enterálna a čiastočne parenterálna výživa, rehabilitácia, ošetrovateľská rehabilitácia.

Vybrané parametre- stav výživy, laboratórne testy, antropometrické údaje boli monitorované počas hospitalizácie i pri prekladaní alebo prepúšťaní pacienta. Pacienti boli minimálne 3x komplexne vyšetrení.

Pri komparácii údajov- monitorovanie nutričného stavu a súvisiacich faktorov, sme zistili, že:

- častejšie bola malnutrícia diagnostikovaná u žien,
- u štyroch pacientov napriek intervenciám v oblasti výživy i pohybovej aktivity došlo k zhoršeniu stavu,
- u dvoch pacientov nenastala zmena,
- ostatní pacienti dosiahli v treťom meraní lepšie výsledky v ADL, MNA, Hand-grip teste, hodnoty vo Fyzickej zdatnosti však ostali stále v riziku sarkopénie,
- u pacientov, ktorí mali výsledky v norme sa nevyskytli komplikácie, boli v predpokladanom termíne prepustení,
- zlepšila sa i interdisciplinárna spolupráca.

Diskusia

Výživa a jej aplikácia prispôsobená aktuálnemu stavu rizikového pacienta patrí k nefarmakologickým metódam liečby (Zrubáková, Bartošovič a kol, 2019). Jej benefity sme prezentovali v teoretických východiskách i vo výsledkoch zmiešaného výskumu. Po analýze údajov z jednotlivých metód a ich komparáciou môžeme konštatovať, že výživa má vplyv na zdravotný stav pacientov. Najväčší benefit má pri liečbe geriatrických pacientov po operačnej liečbe, s chronickými ranami a akútnym ochorením. Významná je aj u onkologicky chorých. Tu je však veľmi dôležité tzv. *preventívne vyživovanie*, hlavne pred začiatkom liečby (chemoterapia a rádioterapia) ako aj prispôsobenie formy výživy pri aktuálnych problémoch pacienta (napr. kašovitá strava pri mukozitíde) (Arends et al, 2017, Zrubáková, Herinková, Ižová, 2020).

Súčasťou nutričnej starostlivosti je posúdenie stavu výživy, ktoré nás nasmeruje k voľbe individuálnych stratégii v liečbe rizikového pacienta (Hoozová, 2019; Minamisawa, 2018). Určiť stav výživy u rizikových pacientov v ústavných zariadeniach bolo cieľom i nášho výskumu. Vďaka skríningu sme identifikovali u pacientov riziko malnutrície i sarkopénie, ale aj malnutríciu, sarkopéniu a zhoršenú sebestačnosť. Problémy boli identifikované predovšetkým u pacientov po NCMP a hospitalizovaných geriatrických pacientov. Aj podľa Poláka (2018) poruchy výživy v zmysle nedostatku energetických zásob a proteínov sú prítomné približne u štvrtiny pacientov po CMP. V priebehu hospitalizácie sa jej výskyt zvyšuje, predovšetkým v dôsledku dysfágie (Vágnerová et al 2020). U geriatrických pacientov sú príčiny multifaktoriálne- ochorenie, liečba (polyfarmácia), dietetická trauma, maladaptácia a i. (Krajčík a kol., 2022, Zhang, 2021). Nutričný skríning je však potrebné realizovať opakovane, hlavne pri rizikových zákrokoch a spôsoboch liečby. U onkologických pacientov je to veľmi dôležité,

lebo stav výživy sa mení v priebehu liečby v dôsledku jej nežiaducich účinkov (Arends, 2017). Podobné výsledky sme zistili i v našom súbore respondentov. Hodnoty MNA sa zhoršili pri treťom meraní.

Posledným cieľom výskumu bolo poukázať na význam interdisciplinárnej spolupráce pri hodnotení a voľbe nutričných stratégii u rizikových pacientov. Výsledky metaanalýz, domácich i zahraničných výskumov potvrdzujú benefit interprofesionálnej spolupráce, ktorá by nemala byť len u hospitalizovaných pacientov, ale u pacientov s dlhodobým rizikom i v domácej a ambulantnej starostlivosti.

Záver

Podmienkou realizácie kvalitnej a individualizovanej starostlivosti o rizikových pacientov je identifikácia ich aktuálnych problémov a adekvátna stratégia liečby. Dôležitou liečebnou modalitou je nutričná terapia. Včas zahájená nutričná podpora a koordinovaná spolupráca členov tímu má veľký význam pre pacienta, zmysle udržania kvality života, eliminácii komplikácii, ale aj pre zdravotníckych i nezdravotníckych pracovníkov (záchrana ľudského života, prevencia utrpenia) a v neposlednom rade i pre spoločnosť (šetrenie nákladov za starostlivosť).

Zoznam bibliografických odkazov

1. ARENDS, J. et al, 2017. ESPEN expert group recommendations for action against cancerrelated malnutrition. In Clinical Nutrition. N. 36., p. 1187-1196. Dostupné na internete: http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2017.06.017
2. BALOGOVÁ, E., TRNKOVÁ, Z. 2019. Participácia sestier na hodnotení nutričného stavu u pacientov v kritickom stave. In *Ošetrovateľské perspektívy.* 2(2): 21-32 | DOI: 10.25142/osp.2019.012
3. BARAZZONI R. et al. 2020. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. In *Clin Nutr* 2020. Apr 4, DOI 10.1016/j.clnu.2020.03.022.
4. DIMUNOVÁ, L. a kol. 2018. *Dietológia a liečebná výživa I.* Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-681-7.
5. DOSTÁLOVÁ, V. a kol., 2022. *Potřeby starších vulnerabilních lidí v domácí a nemocniční péči*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-7571-104-5.
6. ENGELHEART, T., BRUMMER, R. 2018. Assessment of nutritional status in the elderly: a proposed function-driven model. In *Food &Nutrition.* 62(4):14.DOI: https://doi.org/10.29219/fnr.v62.1366

7. ERICKSON, N. et al, 2018. Nutrition care of cancer patients. A survey among physicians and nurses. In: *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER CARE.* Vol. 27, I. 4.DOI 10.1111/ecc.12855
8. ESPEN. 2020. DESATORO PRE PRAX: Aktuálne odporúčanie ESPEN pre nutričný manažment u pacientov s COVID-19. Dostupné na internete: https://www.prelekara.sk/tema/enteralna-vyziva/detail/desatoro-pre-prax-aktualne odporucanie-espen-pre-nutricny-manazment-u-pacientov-s-covid-19-121963
9. ESPEN, 2021. Practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. In *Clinical Nutrition*. p. 2898- 2913. Dostupné na internete: ESPEN-practical-guideline-clinical-nutrition-in-cancer.pdf
10. ESPEN, 2022. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. In *Clinical Nutrition.* p. 958-989. Dostupné na internete: https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_practical_guideline_Clinical_nutrition_and_hydration_in_geriatrics.pdf
11. HOOZOVÁ, J. 2019. Malnutrícia – stále aktuálny problém seniorov v sociálnych zariadeniach, NutriAction II. In *Via practica.* Roč.16, č. 5, s. 1-3. ISSN 1339-424X.
12. ISENRING, E., ELIA, M. 2015. Which screening method is appropriate for older cancer patients at risk for malnutrition? In *NUTRITION.* Vol. 31, n. 4, p. 594-597. DOI 10.1016/j.nut.2014.12.027
13. KOHOUT, P. a kol., 2022. *Klinická výživa*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-555-9.
14. KRAJČÍK, Š. a kol., 2022. Geriatria. Bratislava: Herba. ISBN 978-80-8229-020-5.
15. KRIVUŠ, J. a kol., 2018. Výživa kriticky chorého pacienta. In *Anesteziológia intenzívna medicína*. Roč. 7, č. 2, s. 43-46. ISSN 1339-0155
16. MARKO, Ľ., MARKOVÁ, B. 2017. Pohľad na pred-, peri- a pooperačnú starostlivosť o výživu onkochirurgického pacienta. In *Nutrition News.* Roč. 1, č.1, s. 14-16. ISSN 2585-7711.
17. MINAMISAWA, M. et al. 2018. Geriatric Nutritional Risk Index Predicts Cardiovascular Events in Patients at Risk for Heart Failure. In *CIRCULATION JOURNAL*. Vol. 82, n. 6, p. 1614-1618. DOI10.1253/circj.CJ-17-0255
18. NOVÁK, F. a kol., 2022. Dietologie a nutriční podpora. Kohout, P. et al. ed. *Klinická výživa.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-555-9. s.345-398.
19. POKORNÁ, A. a kol. 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
20. POLÁK, M., 2018. Výživa u pacientů s CMP. In Časopis pro prevenci a léčbu cévních mozkových příhod s následnou poruchou polykání. č.1. s. 24-31. Dostupné na internete: https://www.prolekare.cz/casopisy/cmp-journal/2018-1-4/download?hl=cs

21. TKÁČIK, M. 2020. Výživa ako integrálna súčasť liečby u pacientov po cievnej mozgovej príhode. In *NUTRITION NEWS*. Roč.3, č. 2, s. 1-4. ISSN 2585-7711.
22. TOMÁŠ, M., PINĎÁK, D. 2017. ESPEN- Odporúčania pre onkológiu- 2017 (1.časť). Praktické odporúčania pre klinickú prax Európskej spoločnosti pre klinickú výživu a metabolizmus z roku 2017. In *Nutrition News.* Roč. 1, č. 1, s. 19-22. ISSN 2585-7711.
23. VÁGNEROVÁ, T. a kol., 2020. *Výživa v geriatrii a gerontologii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2464-620-6.
24. VOKURKA, S. a kol. *Komplikace onkologických pacientú a možnosti jejich řešení v primární péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2713-556-1.
25. VOLEKOVÁ, M. 2012. *Manuál enterálnej výživy pre ambulantnú prax.* Bratislava: Herba. ISBN 978-80-89631-04-9.
26. ZHANG, XT. et al., 2021. Malnutrition and overall survival in older patients with cancer. In Clinical Nutrition. Vol. 40, I. 3, p. 966-977. DOI 10.1016/j.clnu.2020.06.026
27. ZLATOHLÁVEK, L. a kol. 2016. *Klinická dietologie a výživa.* Praha: Current Media. ISBN 978-80-88129-03-5.
28. ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ, I. 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii.* Praha: Grada. ISBN 978-80-2712-207-3.
29. ZRUBÁKOVÁ, K., HERINKOVÁ, A., IŽOVÁ, M. 2020. Výživa a hydratácia u terminálne chorých onkologických pacientov. *Paliat. med. liec. boles*. Roč. 13, č.1-2e, s. 21-25. ISSN 1339-4193.

Kontakt:
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

STÁRNOUCÍ PRACOVNÍ SÍLA V OŠETŘOVATELSTVÍ

Ageing Workforce in Nursing

Petr Snopek[1, 3], Jiří Bejtkovský [2]

[1] Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií,
Ústav zdravotnických věd
[2] Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta managementu a ekonomiky,
Ústav managementu a marketingu
[3] Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.

Abstrakt

Stárnutí a pracovní schopnost jsou klíčovými prvky v životě každého jednotlivce a hrají významnou roli ve společnosti. Problematika zaměřená na proces stárnutí populace a následně pracovní schopnost člověka je stále aktuálnější a důležitější v době, kdy se pracovní svět mění rychlým tempem, a kdy demografické a zdravotní výzvy kladou nové požadavky nejen na samotné zaměstnance, ale také na jejich zaměstnavatele. Pracovní schopnost není pouze konkrétní nebo mentální způsobilost k plnění pracovních úkolů, ale zahrnuje celou řadu faktorů, které ovlivňují výkonnost, spokojenost a dlouhodobou pracovní schopnost života. Se stárnutím současné ošetřovatelské pracovní síly musí vedoucí pracovníci v oblasti ošetřovatelství vyvinout strategie pro udržení současné úrovně zaměstnanosti a zlepšení dostupnosti nejen sester pro péči o pacienty. Jedním ze způsobů, jak udržet současnou poskytovanou péči a její úroveň, je uplatňovat jednotlivé prvky Age managementu, respektive přizpůsobit pracovní prostředí tak, aby vyhovovalo potřebám a omezením spojeným se stárnutím.

Klíčová slova: Stárnoucí pracovní síla. Management. Pracovní schopnost. Ošetřovatelství.

Abstract

Ageing and working ability are key elements in the life of every individual and play an important role in society. Issues focusing on the process of population ageing and consequently, the working ability of the individual are becoming increasingly relevant and important at a time when the world of work is changing at a rapid pace and when demographic and health challenges are placing new demands not only on employees themselves but also on their employers. Work capability is not just a specific or mental capacity to perform work tasks, but encompasses a range of factors that influence performance, satisfaction and long-

term life ability. With the ageing of the current nursing workforce, nursing leaders must develop strategies to maintain current employment levels and improve the availability of more than just nurses to care for patients. One way to maintain the current level of care provided is to apply the various elements of Age Management or to adapt the work environment to meet the needs and constraints associated with ageing.

Keywords: Ageing workforce. Management. Work ability. Nursing.

Úvod

Zdravotnický personál stejně jako běžná populace ve vyspělých zemích stárne, a to nejen numericky, ale i dle struktury. Predikovaný odchod poměrně velkého počtu zdravotnických pracovníků do starobního důchodu se neshoduje s poptávkou po ošetřovatelských a zdravotnických službách (ICN 2008). Tato zásadní skutečnost v pracovní síle zdravotníků je připisována velkému počtu zdravotníků (žen), které vstoupily na pracovní trh v druhé polovině a koncem minulého století.

Jak uvádí řada výzkumných studií, stárnutí vede k několika změnám, které mohou být pozitivní nebo negativní. Zatímco některé aspekty, jako je moudrost, odbornost, strategické myšlení a úsudek, se obecně zlepšují s věkem, funkční schopnosti, jako jsou ty, které se týkají smyslové (např. zrak a sluch) fyzické oblasti (např. svalová síla a kostní, aerobní a srdeční funkce) mají tendenci klesat (Eurostat, 2020). Stárnutí populace lze dnes považovat za celosvětový fenomén. Důvodem je zlepšení kvality lidského života na zemi, a to díky zlepšení a zkvalitnění poskytování zdravotní péče (Barkasi, Bárta, 2022).

Kolektiv autorů (2021) uvádí, že v roce 2005, se na pracovním životě v Evropské unii aktivně podílelo jen 42,3 % pracovní síly ve věku 55 až 65 let. Zapojení se do aktivního pracovního života však stále roste. V roce 2019, pro který jsou k dispozici nejnovější údaje ze zemí EU27, již pracovalo 62,3 % aktivního obyvatelstva. Míra zaměstnanosti starších lidí se však v jednotlivých evropských zemích výrazně liší. Zatímco v Nizozemsku a Německu je to již více než 70 %, v Maďarsku a na Slovensku pouze přibližně 60 %.

Demografické statistiky poskytují velké množství různých ukazatelů. Mezi charakteristické ukazatele se řadí střední délka života a průměrný věk. Průměrný věk je aritmetickým průměrem věku určité skupiny jedinců. Průměrný věk obyvatel České republiky podle Českého statistického úřadu ve vybraných letech uvádí tabulka 1.

Průměrný věk v ČR ve vybraných letech 1 – zdroj ČSÚ

Rok	2000	2005	2010	2013	2016	2019	2022
Průměrný věk	38,8	40,0	40,8	41,5	42,0	42,5	42,6

Nejnovější projekce obyvatelstva České republiky do roku 2050, podle vypracované studie ČSÚ ukazuje, že bude počet osob starších 65 let intenzivně přibývat, počet dětí naopak ubývat. Podle střední varianty projekce odhadu dojde do roku 2050 k více než zdvojnásobení počtu obyvatel ve věku nad 65 let, přičemž u nejstarších osob, tj. nad 85 let, dojde dokonce k zpětinásobení jejich dosavadního počtu. U počtu dětí ve věku 0–14 let dojde k poklesu o více než jednu čtvrtinu. Přechod těchto ročníků do důchodového věku, ke kterému bude ve stále větší míře docházet, bude znamenat nejen značnou zátěž pro zdravotnictví, systém starobních a invalidních důchodů, ale také přinese podstatné změny v situaci na trhu práce, zejména pak na straně zdrojů a nabídky pracovních sil na trhu práce (Král, 2018).

Sestry ať již všeobecné či praktické plní klíčovou roli a jsou nejpočetnější skupinou zaměstnanců v každém zdravotnickém zařízení. Jsou jedinečné v péči o pacienty a v provozu nemocnice. Sestry hrají klíčovou roli při řešení složitých případů, které vyžadují hospitalizaci a zároveň jsou prostředníky komunikace mezi lékaři a pacienty (Ivanková, 2023; Ivanková, Belovičová, 2021; Popovičová, 2017). Sestry čelí vysokému riziku pracovní únavy, pracovního stresu a problémům se spánkem. Je zřejmé, že tyto proměnné ve velké míře ovlivňují úroveň pracovní schopnosti každé sestry (Haile et all., 2019).

Zpráva o stavu světového ošetřovatelství (SOWN) zdůrazňuje, že jedna ze šesti (17 %) sester na celém světě je ve věku 55 let nebo více a očekává se, že během deseti let odejde do důchodu. SOWN rovněž odhaduje, že cca 4,7 milionu nových sester bude muset být vzděláno a zaměstnáno, aby nahradily ty starší (Buchan et all., 2020). Starší sestry, které se rozhodnou pokračovat dále v práci, zažívají mnoho fyzických problémů, včetně snížené schopnosti vykonávat některé úkony fyzické péče, splnění požadavků velkého pracovního vytížení při péči o několik pacientů, zvládání únavy během 12hodinových směn, práce několik 12hodinových směn po sobě, nebo vykonávání pohotovostní služby vedle pravidelně plánovaných směn. Existují důkazy, že u starších zdravotníků se vyskytuje vyšší počet úrazů na pracovišti a častěji si stěžují na muskuloskeletální poruchy, spánkovou deprivaci a fyzickou únavu a vyčerpání (Gabrielle et al. 2008) Starší pracovníci uvádí, že jim trvá déle, než se vzpamatují z dlouhých směn nebo úkolů mimo pracovní směny (Keller & Burns 2010).

Absolventi, kteří vystudovali již ve zralém věku, se řadí již do stárnoucí pracovní síly. I když nemusí mít zkušenosti starších sester, zdá se, že mají mnoho stejných potřeb, například požadavky na kratší či flexibilní směny. Je otázkou výzkumu, zda absolventi ve zralém věku nastupují na plný úvazek a v jakých oblastech zdravotnictví se rozhodnou pracovat. Shromažďování těchto informací je podstatné, protože může ovlivnit budoucí plánování pracovních sil.

Tyto skutečnosti představují celou řadu výzev a příležitostí, které mají vliv na kvalitu a dostupnost zdravotní péče. S rostoucím věkem pracovníků se zvyšuje riziko chronických

onemocnění, únavy a snížené pracovní schopnosti, což může ovlivnit péči o pacienty. Zároveň se však zvyšuje potřeba zdravotní péče z důvodu stárnutí populace.

Pracovní schopnost lze definovat jako určitou pohodu pracovníka v současnosti a v blízké budoucnosti a zároveň, jak bude schopen vykonávat svou práci, pokud jde o požadavky na úkoly a duševní i fyzické zdroje. Index pracovní schopnosti (WAI) vyvinutý výzkumníky z Finského institutu pracovního zdraví je běžně používaným nástrojem k hodnocení sebehodnocení pracovní schopnosti, myšlené jako schopnost pracovníka zvládat úkoly v danou chvíli podle jeho fyzického a fyzického stavu. Hlavním cílem realizace měření pracovní schopnosti je identifikace problematických oblastí pracovní schopnosti zaměstnanců, jejich podpora a udržení pracovní schopnosti v průběhu stárnutí zaměstnanců. Výsledkem závěrečného výpočtu je hodnota indexu WAI, která vyjadřuje pracovní schopnost zaměstnance na bodové škále 7–49 bodů. Čím je tato hodnota vyšší, tím je jeho pracovní schopnost hodnocena lépe. Pracovní schopnost je podle získaných bodů hodnocena jako špatná, průměrná, dobrá anebo vynikající (Age Management, 2023; Čeledová et al., 2014). Pracovní schopnost je ve skutečnosti také ovlivněna psychosociálními faktory, jako je životní styl, organizace práce, psychické podmínky, nejistota a pracovní nespokojenost, pracovní stres a také sebepojetí fyzické pohody (Gragnano et al. 2020). Negativní prediktory zachování pracovní schopnosti jsou špatná organizace práce, vysoké nároky na práci a vysoké riziko zranění. Příznivými faktory jsou zvyšování odborných dovedností, podpora vedoucích a týmů, podpora zdraví a fyzická aktivita (Lu et al. 2017).

Age management jako způsob řízení faktorů pracovní schopnosti

Polčáková (2011) definuje koncept Age managementu jako komplexní přístup vedoucí k řešení demografických změn na pracovišti, podpoře věkové diverzity a řízení pracovních procesů v oblasti fyzického a sociálního.

Řízení zohledňující věkovou strukturu zaměstnanců zdůrazňuje, že při každodenním řízení by měly být brány v úvahu proměnné související s věkem, včetně pracovních úvazků a jednotlivých pracovních úkolů, aby každý bez ohledu na svůj věk cítil, že má možnost podílet se na dosahování vlastních a firemních cílů. Řízení zohledňující věkovou strukturu zaměstnanců monitoruje následujících osm cílů (Ilmarien, 2012 s. 2):

- lepší informovanost o stárnutí.
- spravedlivé postoje ke stárnutí.
- řízení zohledňující věkovou strukturu jako jeden ze základních úkolů a povinností manažerů a nadřízených.
- řízení zohledňující věkovou strukturu jako součást politiky v oblasti lidských zdrojů.
- podpora pracovní schopnosti a produktivity.
- proces celoživotního učení.

- pracovní úvazky zohledňující věk.
- bezpečný a důstojný přechod do důchodu.

Úroveň organizačních opatření v rámci Age managementu

Klíčovými osobami pro zavádění Age managementu v organizacích jsou personalisté či zaměstnanci oddělení lidských zdrojů, jejichž cílem je snaha o nastavení opatření pro udržení a rozvoj lidského potenciálu k výkonu (Novotný et al., 2014).

Kalousová et al. (2015) doporučuje klást důraz na čtyři základní oblasti, které by měly být celostně provázány se strategií, posláním, vizí a cíli nejen zdravotnické organizace:

- strategické plánování pracovní síly.
- řízení znalostí a profesního rozvoje zaměstnanců.
- pracovní podmínky a prostředí.
- flexibilita a mobilita pracovních sil.

Závěr

Biologický věk zdravotnických pracovníků se stále více zvyšuje, což negativně ovlivňuje mimo jiné také jejich pracovní schopnost. Zhoršená pracovní schopnost u zdravotnických pracovníků není jen důsledkem vysoké úrovně fyzické pracovní náročnosti, ale je způsobena také intenzivními relačními nároky, které jsou vlastní jejich úkolu pečovat o pacienty. Manažeři zdravotníků potřebují hledat a najít efektivní řešení, jak se vyrovnat se stárnutím pracovní síly, a navrhnout možné intervence zaměřené na zpřístupnění práce i starším pracovníkům. Tyto intervence by měly zahrnovat zejména podporu flexibilních pracovních úvazků, práce na částečný úvazek, sdílení pracovních míst a ergonomická řešení, která mohou zlepšit jak osobní, tak týmovou efektivitu na pracovišti. Kromě konkrétních podmínek na pracovišti bude rovněž nezbytné řešit plánování nástupnictví, aby se zajistilo, že ošetřovatelství bude mít udržitelnou budoucnost v době, kdy se silné populační ročníky budou připravovat na odchod do starobního důchodu.

Literatura a zdroje:

1. Age management. 2023. *Index pracovní schopnosti*. Online. Dostupné z: https://www.agemanagement.cz/nastroj-na-mereni-pracovni-schopnosti-work-ability-index-1-0-wai/
2. BARKASI, D., BÁRTA, R., 2022. *Dôvody volby pobytovej formy v zariadeniach sociálnych služieb.* Zborník vedecko výzkumných prác s názvom ,,Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčastnosti. Srbsko. Báčsky Petrovec. ISBN 978-86-82536-00-0. s. 21.

3. BUCHAN, J., CATTON, H., SHAFFER, F. A. 2020. Ageing Well? Policies to support older nurses at work. [online], [cit. 15. 9. 2023]. Dostupné z: https://www.icn.ch/sites/default/files/202304/Ageing%20ICNM%20Report%20_2020.pdf
4. Český statistický úřad. Věkové složení obyvatel - základní věkové skupiny. Český statistický úřad [online]. [cit. 2023-09-02]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-parametry&pvo=DEM01&sp=A&skupId=606&pvokc=&katalog=33156&z=T
5. ČELEDOVÁ L., BABKOVÁ K., ROGALEWICZ V., ČEVELA R. 2014. The Work Ability Index for persons aged 50+ as an instrument for implementing the concept of Age Management. Kontakt; 16(4): e242–e248; http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.10.003
6. Eurostat 2020. Health Workers in The EU by Age Group. [(accessed on 15 February 2022)]. Available online: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/4187653/10321595/Health_workers_2019Q4-02.jpg/a4443889-9ae8-43bd-a47b-b45b44b21278?t=1586348190441
7. GRAGNANO, A.; SIMBULA, S.; MIGLIORETTI, M. Work–Life Balance: Weighing the Importance of Work–Family and Work–Health Balance. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 907. https://doi.org/10.3390/ijerph17030907
8. HAILE, K. K., ASNAKEW, S., WAJA, T., KERBIH, H. B. 2019. Shift work sleep disorders and associated factors among nurses at federal government hospitals in Ethiopia: a cross-sectional study. BMJ open, 9(8), e029802. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029802
9. IVANKOVÁ, V. 2023. Ošetrovateľstvo v pandémii COVID-19. Bardejov: SSPO. 1. vydanie. 156 str. ISBN 978-80-974237-4-2.
10. IVANKOVÁ V., BELOVIČOVÁ M. 2021. *Dopad pandémie na zdravotný systém.* Medzinárodná vedecká konferencia. Vplyv pandémie a jej dopad na sociálne, humanitné, spoločenské a právne vedy. 30. 6. 2021 online [cit. 2022-04-22]. Dostupné na: https:www.szspektrum.eu/viera-ivankova-dopad-pandemie-covid-19-na-zdravotny-system/.
11. ILMARINEN, J., 2009. Work ability—a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health [online], 35(1), 1-5 [cit. 2023-10-10]. ISSN 0355-3140. Dostupné z: doi:10.5271/sjweh.1304.
12. KALOUSOVÁ, P., et al., 2015. Age management: jak řídit a rozvíjet lidské zdroje v kontextu věku a demografických změn. Praha: Konfederace zaměstnavatelských a

podnikatelských svazů ČR [online]. ISBN 978-80-260-8019-0. Dostupné z: https://www.spsds.cz/files/docs/Agema-nagement_TISK.PDF.

13. KRÁL, M. 2018. Problematika stárnutí a zapojování starších pracovníků do pracovního procesu. Bezpečnost a hygiena práce, roč. 68, č. 5, s. 23-28.
14. LU Y, HU X, HUANG X, et al. 2017. The relationship between job satisfaction, work stress, work–family conflict, and turnover intention among physicians in Guangdong, China: a cross-sectional study BMJ Open;7:e014894. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014894
15. NOVOTNÝ, P., BOSNIČOVÁ, N., BŘENKOVÁ, J. et al. 2014. Age management: jak rozumět stárnutí a jak na něj reagovat: možnosti uplatnění age managementu v České republice: průvodce pro jednotlivce, organizace a společnost. Plzeň: Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR. 141 s. ISBN 978-80-904531-7-3.
16. POLČÁKOVÁ, P. 2011. Age management: Bez zaměstnání starších to nepůjde. [online]. [cit. 2023-10-10]. Dostupné z:www.online.muni.cz/tema/2561-tema-age-management
17. POPOVIČOVÁ, M, VANSÁČ, P., PRISTÁŠOVÁ, K. 2017. Motivácia sestier k autonómnej ošetrovateľskej praxi. In *MEDSTAT 2017. Monografia s tematickým zameraním na medicínsku štatistiku.* Ružomberok: MedStato.z. 2017. s 133-146. ISBN 978-80-972293-1-3.

Kontakt:
PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD., MBA
Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Štefánikova 5670, Zlín, ČR
E-mail: snopek@utb.cz

ETICKÉ ASPEKTY PRÁCE ZDRAVOTNÍCKEHO ZÁCHRANÁRA U RIZIKOVÝCH SKUPÍN

Ethical Aspects of Paramedic Work in Risk Groups

Andrzej Siwied[1], Ivica Gulášová[2]

[1]Centrum zdrowia dziecka i rodziny, i.m. Jana pawla II. w Sosnowcu, Poľská republika
[2]Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra ošetrovateľstva, Trnava, Slovenská republika

Súhrn

Autori v príspevku analyzujú náročnosť povolania zdravotníckeho záchranára ako člena posádky zdravotnej záchrannej služby pri zasahovaní, poskytovaní zdravotnej starostlivosti rizikovým skupinám obyvateľstva ako sú osoby vystavené chudobe, osobe závislé od drog a omamných látok, osoby závislé od alkoholu a osoby bez domova – bezdomovci. Približujú etické princípy s ktorými sú zdravotnícki záchranári počas výkonu svojho povolania denne konfrontovaní. V závere príspevku poukazujú na nové trendy v príprave a v profesionálnom zdokonaľovaní sa, raste zdravotníckych záchranárov s použitím metódy simulovaných situácií s následným riešením týchto situácií.

Kľúčové slová: Rizikové skupiny obyvateľstva. Zdravotná záchranná služba. Etické dilemy. Etické princípy. Náročnosť povolania.

Summary

In the paper, the authors analyze the difficulty of the profession of a paramedic as a member of the ambulance crew in intervening, providing health care to at-risk groups of the population such as persons exposed to poverty, persons addicted to drugs and narcotic drugs, persons addicted to alcohol and homeless persons – homeless. They explain the ethical principles that paramedics are confronted with on a daily basis during the exercise of their profession. At the end of the paper, they point to new trends in preparation and professional improvement, growth of paramedics using the method of simulated situations with subsequent solution of these situations.

Keywords: Risk groups of the population. Medical ambulance service. Ethical dilemmas. Ethical principles. Demands of the profession.

Úvod

Príspevok je zameraný na aplikáciu etických princípov v práci zdravotníckeho záchranára s rizikovými skupinami obyvateľstva. Medzi rizikové skupiny, s ktorými prichádza zdravotnícky záchranár počas výkonu svojho povolania do kontaktu, patria hlavne bezdomovci, občania závislí od alkoholu (alkoholici), občania závislí od drog (narkomani), občania závislí od hracích automatov a spoluobčania zo sociálne nižších vrstiev obyvateľstva.

Rizikové skupiny obyvateľstva vystavené chudobe

V sociológii je chudoba charakterizovaná ako situácia, v ktorej si jedinec nevie uspokojovať určitý sociálny celok z vlastných prostriedkov na najnutnejšie životné potreby a preto potrebuje pomoc iných. Ide o celosvetový problém. Zdrojom chudoby je nezamestnanosť a nízka úroveň dosiahnutého vzdelania (Muhlpachr et al. 2010). Občania vystavení chudobe v dôsledku finančnej, ekonomickej núdze často krát majú problém zdravotnícku pomoc zavolať. Dôvodov je viacero napr. absentujúci mobilný telefón, nedobitý kredit, nemožnosť docestovať. Občania vystavení chudobe v dôsledku nízkej úrovne dosiahnutého vzdelania možno ani nevedia o tejto možnosti, ak o nej aj vedia, nepoznajú základné prejavy niektorých ochorení, nedokážu posúdiť náročnosť situácie, zdravotného stavu svojho alebo blízkej osoby, neuvedomujú si význam včasného zásahu, včasnej intervencie. Tieto a podobné situácie môžu zdravotníckeho záchranára „rozčariť“ v negatívnom zmysle slova, až nahnevať. V žiadnom prípade by zdravotnícky záchranár nemal vystupovať ako posudzovateľ celej situácie a je neprípustné aby rezignoval v takejto alebo podobnej situácii. Do popredia vystupujú hneď viaceré etické princípy ako napr. princíp spravodlivosti (justice), beneficiencie , non-maleficencie ale aj autonómie. Osobitné postavenie v tomto prípade zohráva informovaný súhlas pacienta, ktorého získanie môže byť komplikované vzhľadom na vzdelanostnú úroveň občana a jeho mentálne kapacity.

Rizikové skupiny obyvateľstva vystavené závislosti od drog a omamných látok.

Závislosť od psychotropných látok patrí k psychickým poruchám. Prejavuje sa silnou túžbou po psychoaktívnej látke, jej opakovaným užívaním (Muhlpachr et al. 2010). Občania užívajúci psychoaktívne látky sa stávajú podráždenými, precitlivenými až agresívnymi nielen verbálne, ale často až brachiálne. V tejto situácii sa vynára závažná etická dilema – ako ďalej postupovať pri stretnutí sa s takouto osobou, ktorá ohrozuje seba aj okolie. Ako prvý etický princíp v tejto situácii vystupuje princíp non-maleficencie, teda čo najmenej ublížiť a hneď potom princíp beneficencie konať všetko dobro pre pacienta. Uvedomením si, že osoba je pod vplyvom psychotropných látok, ktoré vplývajú na myšlienkové procesy a negatívne ich ovplyvňujú aj v iných smerov, čo je viditeľné aj v ich správaní a konaní. V tejto súvislosti vystupuje do popredia princíp spravodlivosti (justice), ktorý zaväzuje zdravotníckeho

záchranára aby sa odosobnil od situácie, správania sa občana a zaujal profesionálny postoj, čo znamená aby pristúpil k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti podľa potrieb občana vychádzajúc z jeho zdravotného stavu.

Rizikové skupiny obyvateľstva vystavené závislosti od alkoholu

K jednej z najrozšírenejších toxikománií patrí alkoholizmus. Alkoholizmus sa začína vtedy, keď vzniká väzba na alkohol a osoba nie je schopná abstinovať (Muhlpachr et al. 2010). Opilci, najmä chronickí, sú častými klientmi záchrannej služby. Vo väčšine prípadov ležia na zemi a okoloidúci im volajú sanitku. V tejto situácii je postup zdravotníckeho záchranára podobný ako v situácii pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobám závislým od drog a omamných látok.

Rizikové skupiny obyvateľstva vystavené životu bez domova – bezdomovci

Problematika bezdomovstva sa týka všetkých krajín na celom svete. Môže byť dôsledkom sociálneho zlyhania, alebo napríklad kultúrneho či národného príslušenstva.
Ide o zásadný problém, ktorý ovplyvňuje a zasahuje do všetkých aspektov života človeka. Pri práci s ľuďmi bez domova treba využívať interdisciplinárny prístup (Vágnerová et al., 2013). Bezdomovstvo treba chápať aj ako komplexný problém.
Európska únia sa snažila zjednotiť pohľad na bezdomovstvo a vylúčenie z bývania.

Správa EU prijala definíciu ETHOS, ktorá kategorizovala bezdomovcov či ľudí ohrozených bezdomovstvom do niekoľkých skupín:

- bez prístrešku a možnosti pobytu pod strechou 24 hodín denne
- bez bytu, kam patria aj osoby v rôznych sociálnych zariadeniach napr. v útulkoch
- bývajúcich v neistých podmienkach
- bývajúcich v neprimeraných podmienkach (Vágnerová et al., 2013).

Zdravotnícky záchranár pomerne rýchlo rozpozná že sa jedná o osobu bez domova.
Väčšinou je to osoba, ktorá je zanedbaná, špinavá, zapáchajúca a čo sa týka pohlavia, väčšinou ide o mužov. Takto definovaní bezdomovci však netvoria celú skupinu, avšak sú najviac nápadní a ľahko rozpoznateľní. Bezdomovci sa sústreďujú vo väčších mestách, lebo tu majú viac možností, kde sa ukryť a viac príležitostí na žobranie. Preto sa zdravotnícky záchranári s touto rizikovou komunitou najčastejšie stretávajú vo väčších mestách. Osoby bez domova sú z rôznych vekových skupín. K bezdomovcom môžeme zaradiť aj ľudí vo výkone trestu, deti z detských domovov, či ľudí v nemocniciach, čiže ľudí, ktorí keď opustia zariadenie, v ktorom sa momentálne zdržiavajú, nemajú kam ísť. Dovolíme si upozorniť že nie všetky osoby, ktoré javia tieto prvé prejavy vyskytujúce sa u potenciálneho bezdomovca sú aj

skutočnými bezdomovcami. Môže sa jednať o osoby, ktoré prežívajú nejakú duševnú traumu, sú vážne telesne alebo duševne choré a preto ich vonkajší výraz môže napovedať že sa jedná o bezdomovca. Alebo sú to osoby osamotené, seniori, osoby trpiace demenciou, depresiou, duševnou poruchou.

Zdravotnícki záchranári ktorí sa s bezdomovcami stretávajú by istotne vedeli zhrnúť príčiny, dôvody ktoré ich priviedli k tomuto stavu že sú bez domova (najčastejšie sa bezdomovcami stávajú):

- osoby trpiace psychickým ochorením, najčastejšie depresiou
- mladí ľudia z detských domovov
- dlhodobo nezamestnaní
- prepustení väzni
- starí, osamelí ľudia
- mentálne a zdravotne postihnutí
- alkoholici, narkomani a patologický hráči, ktorí tvoria asi najpočetnejšiu skupinu, s ktorou prichádza zdravotnícky záchranár do kontaktu.

Posádky záchrannej služby

Posádky záchrannej služby sú rýchla lekárska pomoc, čiže RLP a rýchla zdravotnícka pomoc, čiže RZP.

Posádka RLP je zložená z lekára s príslušnou atestáciou v urgentnej medicíne, zdravotníckeho záchranára a vodiča, ktorý musí mať tiež zdravotnícke vzdelanie. V tomto zložení je vedúcim tímu lekár, ktorý určuje postup jednotlivých diagnosticko-terapeutických postupov.

Ďalším typom posádky je posádka RZP zložená z dvoch zdravotníckych záchranárov, pričom jeden z nich vykonáva aj funkciu vodiča. V tejto posádke je vedúcim zdravotnícky záchranár, ktorý nevykonáva funkciu vodiča v tej danej službe. Zdravotnícky záchranári musia byť schopní fungovať vo viacerých roliach, tak ako vo vedúcej pozícii, tak aj v podriadenej. Vyslanie posádky RZP, prípadne RLP, koordinuje krajské operačné stredisko, podľa závažnosti situácie (Dobiáš et al., 2012).

Etické princípy a etické dilemy povolania zdravotnícky záchranár

Etika patrí k filozofickým disciplínam. Zaoberá sa poznávaním morálnych aspektov ľudského života, vyjadrovaním a rozpoznávaním hodnotových súdov, o tom čo je dobro a zlo, povinnosť, zodpovednosť a spravodlivosť. Zaoberá sa aj otázkami morálnej nečinnosti a vlastného sebaurčenia. Základom je slobodná vôľa človeka a svedomie.

Na prácu zdravotníckych záchranárov ako špecifickú odbornú činnosť sa vzťahujú všeobecné znaky profesionálnej etiky. Zdravotníci sa neriadia len profesijnými, ale aj etickými

normami. Okrem etických princípov sú pri práci zdravotníckych záchranárov dôležité aj charakterové vlastnosti ako ľudskosť, múdrosť, obetavosť, zodpovednosť, čestnosť, dobrosrdečnosť a zmysel pre ochranu práv pacientov. Na prvom mieste by mala byť empatia, ktorú ale nie je ľahké v jednotlivých náročných situáciách uplatniť. Príčiny sú viaceré – napríklad emočne náročná situácia, život ohrozujúca pri vyčíňaní, pokuse o suicídium alebo vraždu, napadnutie osoby, viacerých osôb (napr. domáce vyčínanie) kedy sú ohrození aj zdravotnícki záchranári vrátane lekára. Na druhej strane racionálna potreba tzv. emočného odstupu, schopnosti vnímať situáciu z emočne nezainteresovanej, odosobnenej perspektívy.
Každý zdravotnícky záchranár potrebuje mimo odborných znalostí aj prirodzenú ochotu pomáhať. Medzi najdôležitejšie morálne a etické vlastnosti zdravotníckeho záchranára patria vedomie zodpovednosti, odhodlanosť k náhle požadovaným výkonom a schopnosť správneho rozhodnutia pri riešení akútnych stavov u každého občana bez rozdielu veku, pohlavia, spoločenského statusu, vzdelania, rasy, náboženstva a pod. Rovnako dôležité sú aj psychosociálne zručnosti, ktoré označujeme aj ako netechnické zručnosti medzi ktoré patria schopnosť rýchlo a správne sa rozhodovať, zvládať záťaž, zvládať tímovú spoluprácu. Zdravotnícki záchranári sa neraz ocitnú v situáciách, kde minúty môžu predstavovať deliacu čiaru medzi životom a smrťou (Klee et al., 2013). Nie je ľahké udržať si duchaprítomnosť a chladnú hlavu schopnú rozhodovať sa a rozhodnúť sa správne čo ako prvé, čo ako druhé? Zdravotnícki záchranári sú konfrontovaní aj s tým, že ich enormná snaha o záchranu života pacienta, osoby bola neúspešná. Etickou povinnosťou je aj poskytnutie informácií o zdravotnom stave, pokiaľ je pacient pri vedomí. Tieto informácie musia byť poskytnuté primerane jeho mentálnemu stavu a zdravotnému stavu.
Nezriedkavé bývajú výjazdy k pacientom z okrajových sociálnych vrstiev. Súčasťou práce záchrannej služby sa tak ako sme už spomínali stali bezdomovci, alkoholici a narkomani, mnohí sú dokonca „stálymi klientmi“ záchrannej služby.

Etické kódexy zaväzujú lekárov, ale aj zdravotníckych pracovníkov, čiže aj záchranárov a samozrejme taktiež pacientov. Vymedzujú vzťahy medzi týmito členmi. Zdravotnícky záchranár je pri výkone svojich pracovných činností povinný dodržiavať a riadiť sa Etickým kódexom zdravotníckeho pracovníka, ktorý je obsahom štvrtej prílohy zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti a v nadväznosti na to dodržiavať z neho vyplývajúce postupy a princípy. Pri výkone svojho povolania ďalej dodržiava a rešpektuje chartu práv pacienta v SR (Gulášová, 2009).
Povolanie zdravotníckeho pracovníka je skôr poslaním. Obzvlášť výstižné je to v povolaní zdravotníckeho záchranára, ktorý je často vystavený ťažkým podmienkam pri svojej práci, nátlaku zo strany osoby (pacienta) a jeho príbuzných priamo v teréne.

Nakoľko s problematikou zásahu u bezdomovcov a iných rizikových skupín sa posádka záchrannej služby stretáva prevažne na verejných priestranstvách, kde sa tieto komunity zdržiavajú, musí k svojej práci pristupovať svedomito a s hlbokým ľudským vzťahom ku každej osobe so zachovaním jej dôstojnosti. Zdravotnícky záchranár pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti používa technické a vecné vybavenie, ktoré je schopný v daných podmienkach použiť a to všetko v súlade s právnymi predpismi a dostupnými poznatkami lekárskych a biomedicínskych vied. Napriek tomu, že mnohé osoby, ktorým túto starostlivosť poskytuje sú vo väčšine prípadov pod vplyvom omamných látok, ktorými si privodili stavy ohrozujúce život alebo zdravie, čo je v konečnom dôsledku aj dôvodom výjazdu posádok záchrannej služby k nim, zdravotnícky záchranár musí pristupovať k týmto osobám ako k pacientom a teda uplatňuje zásady ľudskosti, bez ohľadu na ich spoločenské postavenie či povesť a nezneužíva ich závislosť. Musí rešpektovať ich intimitu a v žiadnom prípade sa neznižovať sa k hrubému alebo nemravnému konaniu, nenechať sa vyprovokovať, uvedomovať si, že konanie takýchto osôb je dôsledkom stresu z ich celkovej životnej situácie. Svedomito si plniť svoje profesionálne povinnosti, a to aj napriek tomu, že mnohí sú zapáchajúci, majú znečistené odevy a pôsobia odpudivo.

Veľa z týchto spomenutých rizikovo správajúcich sa a žijúcich osôb vedome využíva zdravotnú starostlivosť a hlavne záchrannú službu. Veľmi dobre poznajú povinnosti a postupy, ktoré budú nasledovať po príchode sanitky. Odovzdávajú si medzi sebou svoje skúsenosti a poznatky.

V takýchto prípadoch treba vždy postupovať profesionálne, eticky, s nadhľadom a bez emócií. Nenechať sa vyviesť z miery a stav riešiť s chladnou hlavou. Po príjazde na miesto, hoci už na prvý pohľad ide o zneužitie, treba postupovať prívetivo a podľa zaužívaného štandardu (Uhrecký et al., 2020). Zbytočné rozčuľovanie nepomôže nikomu. Treba zvládnuť situáciu s úsmevom a nadhľadom. Zdravotnícky záchranár by mal vždy myslieť nato, že ide o pacienta a tak mu situáciu treba vysvetliť, prípadne poskytnúť naordinovanú liečbu. Nikdy s ním nebojovať (ani verbálne, ani neverbálne napr. očný súboj), hlavne ak sa jedná o inteligenčne nižšiu osobu. Rizikovej osobe podrobne vysvetliť, čo sa deje a aké sú možnosti pomoci a aké sú možné riziká. Odpovedať na všetky jeho otázky, aj keď to nie je vždy také ľahké ako by sa na prvý dojem zdalo.

Lekár aj zdravotnícky záchranár musia vedieť komunikovať s kýmkoľvek, bez ohľadu na jeho sociálne zázemie a aktuálny zdravotný a psychický stav. Nakoľko problematika ľudí bez domova a ďalších rizikových skupín v nich vyvoláva známky stresu, alebo sú pod vplyvom omamných látok, musia byť zdravotnícki záchranári na takéto situácie školení a počítať s nimi skôr, ako sa na miesto zásahu dostanú. Agresivitu takýchto pacientov zvyšuje alkohol, drogy a omamné látky a takisto aj akútny stres.

V posledných rokoch sa zvyšuje u všetkých záchranných zložiek podiel tzv. psychosociálnych intervencií a zdravotnícki záchranári si musia doplňovať vedomosti, s ktorými sa v učebných osnovách zameraných na riešenie život ohrozujúcich situácií nepočítalo. Jednou z doplňujúcich metód výuky, prípravy budúcich zdravotníckych záchranárov sú simulované situácie, ktoré umožňujú uspokojivú mieru kontroly podmienok a zároveň sa študenti aj začínajúci zdravotnícki záchranári dokážu značne vo svojej autenticite priblížiť situáciám z reálnej praxe. Pri niekoľkých takých simulovaných úlohách, ktoré boli súčasťou každoročnej záchranárskej súťaže Rallye Rejvíz, sme zdravotníckych záchranárov pozorovali pri ich riešení a následne sme s veliteľmi posádok uskutočnili krátke rozhovory, kde sme sa snažili porozumieť ich vnútornému procesu (Gurňáková, 2015). Záchranárske súťaže predstavujú dobrú príležitosť nielen pre profesijný rast zdravotníckych záchranárov ale aj pre výskum v uvedenej oblasti. K tomuto môže dopomôcť znalosť techník deeskalácie napätia a zvládania agresie psychosociálnou cestou. To predpokladá znalosť prostriedkov verbálnej aj neverbálnej komunikácie. Správnou komunikáciou sa dá dosiahnuť kompromis, osoba (pacient) sa upokojí. Rozhodujúcim princípom musí byť prospešnosť pre osobu ktorej je poskytovaná zdravotná starostlivosť (pacienta). Treba brať stále na vedomie, že agresívne, neprívetivé a často osočujúce správanie voči zdravotníckym záchranárom v teréne býva dôsledkom frustrácie z nenaplnenia potrieb a hodnôt konkrétnej osoby v ťažkej životnej situácii (Van Dillen et al., 2007). Taktiež každý jedinec subjektívne prežíva svoje ochorenie inak, čo závisí aj od veku, intelektu, duchovnej nadstavby a sociálneho statusu.

Záver

Rizikovej osobe treba ponúknuť princíp autonómie, čiže možnosť rozhodovať sám o sebe samom, byť nezávislý, mať možnosť si sám vybrať, či bude realizovaný prevoz do zdravotníckeho zariadenia, prípadne možnosť podpísať negatívny reverz. Postupovať aj podľa princípu justície a riadiť sa podľa najnovších medicínskych usmernení a biomedicínskych výskumov, neporušovať a dodržiavať práva pacientov. Bez predsudkov konať podľa princípu beneficiencie. Snažiť sa uspokojovať potreby rizikových osôb aj v teréne, pokiaľ to daná situácia dovoľuje. Zdravotnícky záchranár je tu hlavne pre rizikovú osobu ktorej treba pomôcť. Podľa princípu non-maleficiencie klásť dôraz na to, aby sa rizikovej osobe čo najmenej uškodilo a neprivodiť zdravotnou starostlivosťou žiadne utrpenie. Spojenie týchto princípov zabezpečí správne etické konanie pri poskytovaní prednemocničnej zdravotnej starostlivosti.

Príspevok vyšiel za podpory Medzinárodného projektu: 2/2023-M Development of different organization and business structures in public and private sectors of health care, pharmaceutical industry, healt education and promotion of health, rehabilitation, wellness and beauty sectors: international experience. 2023 - 2025

Zoznam použitej literatúry

1. DOBIÁŠ, V. at al.. 2012. *Prednemocničná urgentná medicína.* Martin: Osveta, 2012. 737 s. ISBN 978-80-8063-378-5
2. GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Právne aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.* Martin: Osveta, 2009. 127 s. ISBN 978-80-8063-307-3
3. GURŇÁKOVÁ, J. 2015. Výskum rozhodovania zdravotníckych záchranárov v simulovaných úlohách. In K. Dudeková, & L. Kostovičová (Ed.), *Cesty k rozhodovaniu: 6 dekád psychologického výskumu* (pp. 32-43). Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV.
4. KLEE, S., RENNER, K. H. 2013. In search of the "Rescue Personality". A questionnaire study with emergency medical services personnel. *Personality and Individual Differences*, *54*(5), 669-672
5. MÜHLPACHR, P., ROMAN, T., eds. 2010. Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 8-18 s. ISBN 978-80-89271-89-4
6. UHRECKÝ, B., GURŇÁKOVÁ, J., BARÁNKOVÁ, M. 2020. Emotion regulation strategies in paramedic crew leaders during a simulated stressful task: A qualitative inquiry. *Studia psychologica*, *62*(2), 89-108
7. VÁGNEROVÁ, M., CSÉMY, L., MAREK, J. 2013. *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2013, 339 s. ISBN 978-80-2462209-
8. VAN DILLEN, L. F., KOOLE, S.L. 2007. Clearing the mind: A working memory model of distraction from negative emotion. *Emotion, 7*(4), 715-723
9. *Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.*

Kontakt:

dr.Andrzej Siwied, MD., PhD.

Centrum zdrowia dziecka i rodziny, i.m. Jana pawla II. w Sosnowcu

Poľská republika

ANALÝZA POHYBOVÉHO APARÁTU CHLAPCOV U VYBRANÝCH ŠPORTOV VO VEKOVEJ KATEGÓRII 9-12 ROKOV

Analysis of the Musculoskeletal System of Boys in Selected Sports in the Age Category 9-12 Years

Michal Rafajdus

Trnavská univerzita v Trnave. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce;
Katedra verejného zdravotníctva, Centrum podpory a ochrany zdravia

Abstrakt

Vplyv jednostranného zaťaženia pri športe na správne držanie tela spôsobuje čím ďalej častejší výskyt svalových dysbalancií ktoré sú rozšíreným problémom detskej populácie. Následky veľkého preťaženia sú pre mladistvých športovcov vážnym problémom, ktorý môže viesť k celkovému zlému vývoju pohybového aparátu, bolestiam chrbta a nesprávnemu držaniu tela. Toto všetko môže mať následný zásadný vplyv na ich výkonnosť a herný prínos. Cieľom výskumu bolo analyzovanie pohybového aparátu, zistenie svalovej nerovnováhy a nesprávneho držania tela u chlapcov vo vekovej kategórii 9-12 rokov, vykonať merania na určenie veľkosti svalovej nerovnováhy a ako intervenciu odporučiť kompenzačné cvičenia na zlepšenie a odstránenie svalovej nerovnováhy. Pohybové zaťaženie hráčov sme skúmali prostredníctvom posturálnych meraní a držanie tela sme analyzovali pomocou Matthiasovho testu. Naša práca odhalila, že viac ako 60% respondentov trpí svalovou dysbalanciou a 42,5% má nesprávne držanie tela.. Aj keď hráči pravidelne vykonávajú pohybovú aktivitu, sme zaznamenali zlý posturálny stav. Považujeme zaradenie kompenzačných cvičení do tréningových jednotiek za kľúčový faktor pri odstraňovaní svalových dysbalancií. Týmto by sme nielen zlepšili výkonnosť hráčov, ale tiež by sme prispeli k správnemu vývoju mladých športovcov.

Kľúčové slová: Pohybový aparát. Svalová dysbalancia. Držanie tela. Mladší školský vek.

Abstract

The influence of one-sided loads during sports on proper posture causes increasingly frequent occurrence of muscle imbalances, which are a widespread problem of the children's population. The consequences of overexertion are a serious problem for children's athletes, which can lead to muscle imbalances, back pain and poor posture. All of this can have a consequential impact on their performance and gaming benefit. Analyzing the musculoskeletal

system and detecting muscle imbalance and incorrect posture in athletes aged 9-12 years, perform measurements to determine the extent of muscle imbalance, recommend compensatory exercises to improve and eliminate muscle imbalance as a recommendation for interventions. We determined the movement load of the players on the basis of postural measurements and analyzed the body posture using the Matthias test. Our work revealed that more than 60% of the respondents suffer from muscular imbalance and 42.5% have incorrect posture. Even though the players regularly perform physical activity, we have noticed a poor postural state. We consider the inclusion of compensatory exercises in training units to be a key factor in eliminating muscle imbalances. In this way, we would not only improve the performance of the players, but also contribute to the proper development of young athletes.

Keywords: Musculoskeletal system. Muscle imbalance. Posture. Younger school age.

Úvod

V dôsledku rýchleho životného štýlu sa čoraz častejšie môžeme stretnúť s negatívnymi vplyvmi na podporný pohybový systém detí a dospievajúcich, najmä v dôsledku nečinnosti. Šport je neoddeliteľnou súčasťou každodenného života, preto je dôležité rozvíjať u detí pohybovú aktivitu a participáciu na športe už od raného detstva, aspoň na rekreačnej úrovni (Kanásová, 2011). V poslednom období sa v pohybovom systéme športujúcich ľudí stretávame s pohybovou nečinnosťou, ktorá je jedným zo spúšťačov, ktoré nevyhnutne spôsobujú zranenia organizmu. Jednostranná pohybová záťaž, až preťažovanie športovo nadanej mládeže a vrcholových športovcov môže viesť k funkčným a neskôr štrukturálnym chybám v pohybovom systéme s bolestivými následkami. Jedným zo spôsobov, ako znížiť riziko týchto negatívnych problémov, je pravidelné vykonávanie kompenzačných cvičení (Lenková, Boržíková, 2020). Svalové dysbalancie môžu byť považované za začiatočné štádium vážnejších porúch pohybového systému. Preto je veľmi dôležité neustále kompenzovať vybrané svalové skupiny, čo môže výrazne pomôcť skrátiť čas potrebný na regeneráciu (Kanasová, 2020). Preventívne programy by sa mali zamerať na zvýšenie pravidelnej účasti detí predškolského veku v rôznych športových a pohybových aktivitách, ako aj na organizovanie systematických prehliadok aspoň raz ročne. Prevencia porúch držania tela u školákov má teda multidisciplinárny charakter a vyžaduje úzku spoluprácu medzi rodičmi, učiteľmi telesnej výchovy v materských školách, lekármi, verejnými subjektmi, športovými klubmi a zdravotnými strediskami (Bubanj, 2021). Z hľadiska verejného zdravia je táto téma v súčasnosti považovaná za veľmi dôležitú a aktuálnu. Pozorujeme, že podiel aktívneho pohybu s dynamickou svalovou prácou sa znižuje a statická práca získava na význame. Súčasne dochádza aj k zmene v kvalite svalovej práce. Je dôležité si uvedomiť, že organizmus detí vníma tieto zmeny a reaguje na ne odlišne ako organizmus dospelých (Bekö, 2011). Podpora

fyzickej aktivity je jednou z najdôležitejších úloh verejného zdravia a ak hovoríme o detstve a dospievaní a dôležitosti fyzickej aktivity v tomto veku pre neskoršie zdravie, je veľmi dôležité zmeniť ich návyky a intervencie na zlepšenie fyzickej aktivity v tomto veku a riešiť problém verejného zdravia nedostatočnej fyzickej aktivity celej populácie. Keďže kvalita posturálnych funkcií je citlivým indikátorom vonkajších záťažových faktorov, venovali sme pozornosť funkčným poruchám pohybového systému u vybraných športov v mladších športových skupinách

Metódy

Výskum sme zamerali na chlapcov vo vekovej kategórii 9 až 12 rokov, ktorí sa venujú športu pravidelne, a pri prejave svalovej nerovnováhy sa dá jednoduchšie vrátiť do normály a možné je jej aj predísť. Pracovali sme s dvomi futbalovými klubmi, jedným basketbalovým a jedným hokejovým klubom. Futbalový klub Kopánka, futbalový klub Hlohovec, basketbalový klub Slávia Trnava a hokejový klub Nitra. Náš výskum obsahoval šesť rozsahových testov, ktoré nám slúžili na meranie správneho držania tela u chlapcov: Thomayerov test, Držanie tela podľa Matthiasa, Zakrivenie chrbtice – Lozdóza cervicalis a lumbalis, Meranie rozsahu prsného svalu – m. pectoralis major/ minor, Test rozsahu Hamstringov – svaly zadnej strany stehna (m. semitendinosus, m. semimembranosus, m. biceps femoris), Skúška spojenia rúk za chrbtom, Test rozsahu pohybu svalov RF – m. rectus femoris, IP – m. iliopsoas, TFL – m. tensor fasciae latae, Test rozsahu m. triceps surae.

Výsledky

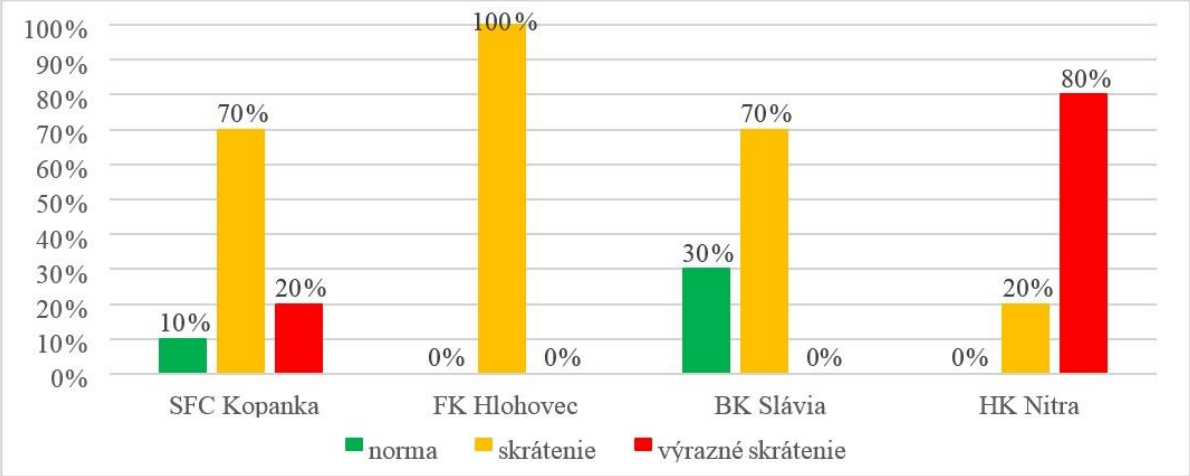
Náš výskumný súbor tvorilo 40 chlapcov vo vekovej kategórii od 9 do 12 rokov. Vekovú kategóriu 9 rokov tvorilo 5 % (n = 2) respondentov. Súbor tvorilo 35% (n = 14) vo veku 10 rokov, 11 ročných bolo najviac čo je 40 % (n = 16) a 20 % (n = 8) respondentov malo 12 rokov.

Hodnotenie pohyblivosti podporno-pohybového aparátu sme začali testom spojenia rúk za chrbtom, ktorý sme vykonali dvakrát - raz s ľavou rukou hore a raz s pravou rukou hore. Výsledky z týchto meraní sme zaznamenali v tabuľke č. 1, kde sú zobrazené výsledky spojenia rúk za chrbtom pre obidve ruky. Skrátenie ľavej ruky sme zistili vo všetkých športových kluboch, pričom najvyšší výskyt skrátenia bol zaznamenaný v FK Hlohovec. Vo FK Hlohovec sme zistili skrátenie u 5 respondentov , čo predstavuje 50% z celkového počtu. Výsledky merania s pravou rukou hore boli najlepšie v SFC Kopánka, kde sme nezaznamenali žiadne skrátenie. Naopak, najhorší výsledok bol zaznamenaný v HK Nitra, kde sme zistili, že 20% respondentov malo skrátenie podľa (Tabuľka, 1).

Tabuľka 1 *Spojenie rúk za chrbtom, Trnava, 2023, n=40.*

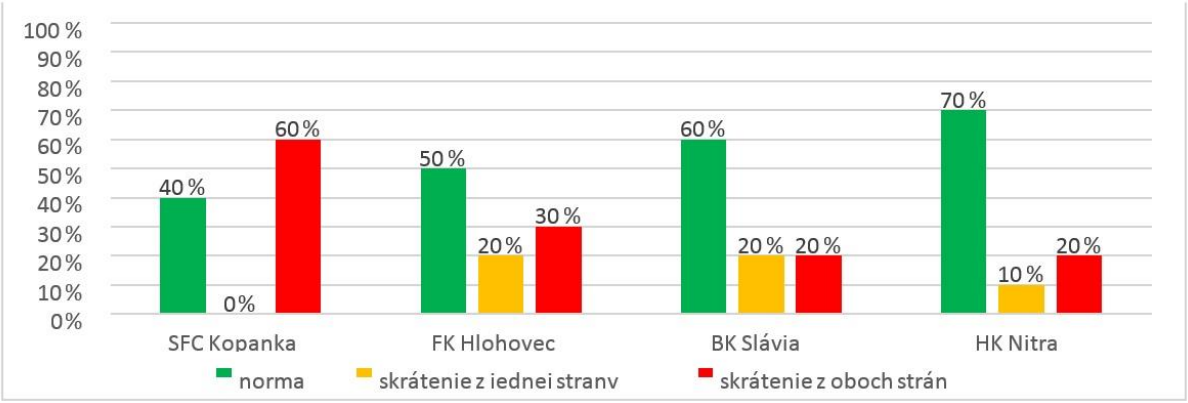
	Norma		Skrátenie	
	Ľavá strana	Pravá strana	Ľavá strana	Pravá strana
SFC Kopánka	70%	100%	30%	0%
FK Hlohovec	50%	90%	50%	10%
BK Slavia	70%	80%	30%	20%
HK Nitra	70%	90%	30%	10%

Hodnotili sme skrátenie m. pectoralis major. V SFC Kopánka malo 40 % (n = 4) respondentov sval v poriadku a 60 % (n = 6) vykazovalo skrátenie svalov z oboch strán. V FK Hlohovec 50 % (n = 5) respondentov nemalo skrátenie, 20 % (n = 2) malo skrátenie len z pravej strany a 30 % (n = 3) malo skrátenie svalu z oboch strán. U respondentov z hokejového klubu Nitra sme skrátenie svalov z oboch strán namerali u 20 % (n = 2), skrátenie svalu z jednej strany u 10 % (n = 1) respondentov a 70 % (n = 7) malo sval v norme . V BK Slávia 60 % (n = 6) respondentov malo sval v poriadku, 20 % (n = 2) malo skrátenie z oboch strán a 20 % (n = 2) malo skrátenie len z jednej strany (Graf, 1).



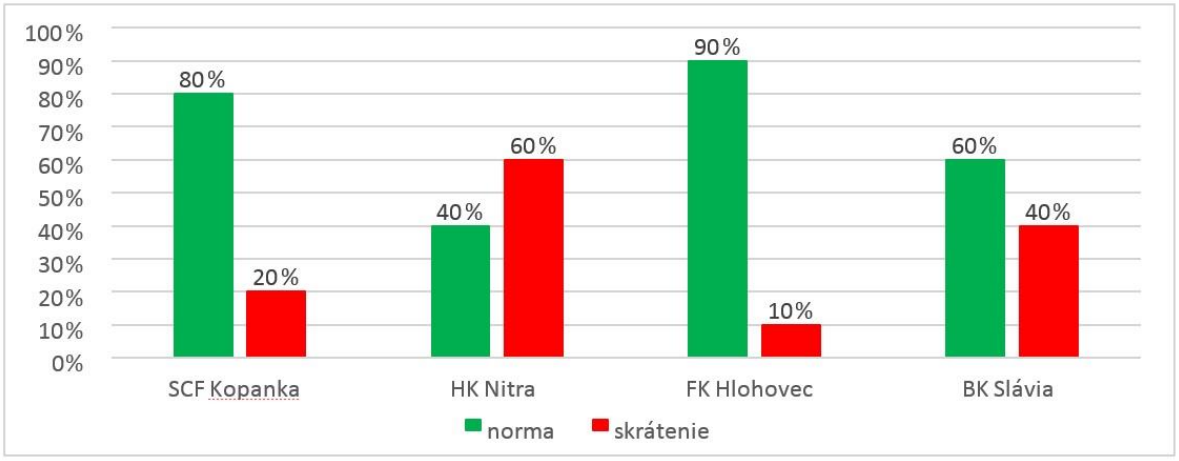
Graf 1 *Skrátenie m.pectoralis major, Trnava, 2023, n=40*

V grafe číslo 2 znázorňujeme výskyt skrátenia hamstringov (zadné stehenné svaly) u respondentov. V SFC Kopánka sme zistili, že 70 % (n = 7) respondentov malo skrátenie svalov, 20 % (n = 2) výrazné skrátenie svalov a iba 10 % (n = 1) malo svaly v norme. Vo futbalovom klube Hlohovec sme zaznamenali 100 % (n = 10) respondentov s merateľným skrátením svalov. V BK Slávia sme zistili, že 30 % (n = 3) respondentov nemalo skrátenie svalov, zatiaľ čo u 70 % (n = 7) sme zaznamenali skrátenie. Hokejový klub Nitra sme zistili, že 20 % (n = 2) malo skrátenie svalov a 80 % (n = 8) respondentov malo výrazné skrátenie svalov.



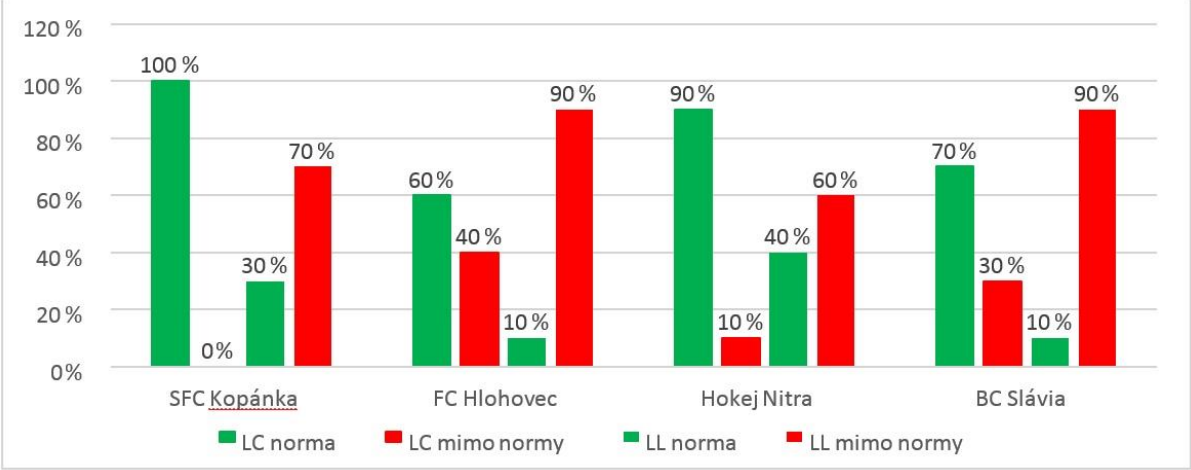
Graf 2 *Skrátenie hamstringov, Trnava, 2023, n=40*

V nasledujúcom grafe máme znázornené výsledky z Thomajerovej skúšky. Najlepšie výsledky sa ukázali u respondentov zo FK Hlohovec kde len 10 % (n = 1) respondentov malo skrátenie svalov, kým 90 % (n = 9) malo svaly chrbtice v norme. Dobré výsledky mali aj respondenti zo SFC Kopánka, skrátenie svalov malo 20 % (n = 2) respondentov a ostatných 80 % (n = 8) malo svaly v norme. Skrátenie svalov vo BK Slávia malo 40 % (n = 4) respondentov a 60 % (n = 6) respondentov malo svaly v norme. HK Nitra kde 60 % (n = 6) respondentov malo skrátene svaly a 40 % (n =4) malo svaly chrbtice v norme (Graf, 3).



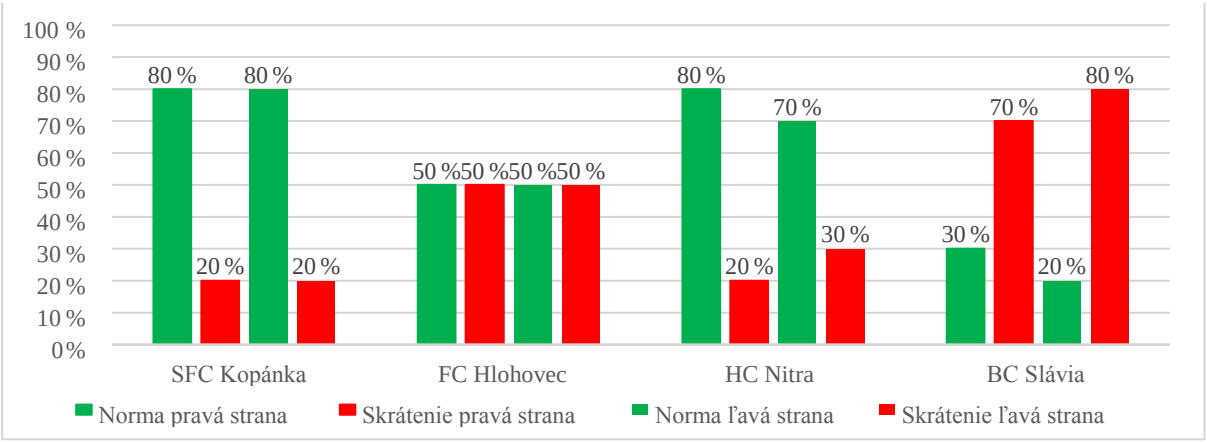
Graf 3 *Thomajerova skúška, Trnava, 2023, n=40*

Sledovali sme aj stav krčnej a driekovej lordózy u našich respondentov. Vo SFC Kopánka 100 % (n = 10) respondentov malo LC v norme, 70 % (n = 7) malo LL mimo normy a 30 % (n = 3) bolo v norme. FK Hlohovec mal výsledky u 40 % (n = 4) LC a u 90 % (n = 9) LL mimo normy, kým u 60 % (n = 6) LC a 10 % (n = 1) LL boli v norme. U 90 % (n = 9) respondentov HK Nitra LC bola v norme, pri LL 40 %(n = 4) respondentov malo výsledky v norme a 60 % (n = 6)respondentov malo výsledky mimo normy. V BK Slávia 70 % (n = 7) respondentov bola LC v norme, LL bola mimo normy u 90 %(n = 9) respondentov a v norme bola len u 10 % (n = 1) respondentov (Graf, 4).



Graf 4 *Stav krčnej a driekovej lordozy u respondentov, Trnava, 2023, n=40*

Ďalším meraním u respondentov bolo skrátenie m. triceps surae. Najlepšie na tom boli respondenti z SFC Kopánka, kde 80 % (n = 8) respondentov malo sval v norme a 20 % (n = 2) respondenti mali skrátenie z oboch strán. Vo FK Hlohovec sme skrátenie namerali u 50% (n = 5) respondentov a ostatných 50% (n = 5) respondentov sval bol v norme. U respondentov z HK Nitra sme skrátenie svalu na pravej končatine namerali u 20% (n = 2), 80% (n = 8) malo sval v norme a skrátenie svalu na ľavej končatine sme namerali u 30 % n = 3) respondentov, 70 % (n = 7) respondenti mali sval v norme. Najhoršie na tom boli respondenti z BK Slávia u ktorých sme skrátenie svalu z pravej strany namerali u 70 % (n = 7) respondentov a z ľavej strany u 80 % (n = 8) respondentov, sval z pravej strany mali v norme 30% (n = 3) respondenti a z ľavej strany 20 % (n = 2) respondentov malo sval v norme (Graf, 5).



Graf 5 *Skrátenie m. triceps surae u respondentov, n=40*

Záver

Naše výsledky jasne ukazujú, že väčšina respondentov zo sledovaného súboru trpí svalovou dysbalanciou a má zlý posturálny stav. Zistili sme, že aj napriek tomu, že respondenti vykonávajú fyzickú aktivitu, ich vývoj nie je správny. Jedným z hlavných problémov je jednostranné zaťažovanie a nedostatočné vykonávanie kompenzačných cvičení, ktoré by mohli pomôcť vyrovnávať tieto nedostatky.

V našom výskume sme zistili že 42,5 % respondentov má nesprávne držanie tela podľa Matthiasa. Thomajerovou skúškou predklonu sme u 32,5 % respondentov vysledovali slabšiu pohyblivosť chrbtice. Percentuálne najviac zastúpené skrátene svaly sú m. iliopsoas u 77,5 % respondentov a u 65 % respondentov sme namerali skrátené hamstringy. Vzhľadom na budúcnosť odporúčame zaradiť kompenzačné cvičenia do pravidelných tréningových jednotiek počas týždňa. Tieto cvičenia umožnia hráčom posilniť oslabené svaly a natiahnuť skrátené svaly, čím dosiahnu svalovú rovnováhu. Týmto spôsobom sa predchádza vzniku svalovej dysbalancie u hráčov a znižuje sa riziko svalových zranení a bolesti. Taktiež sa predlžuje hráčska budúcnosť bez zdravotných poškodení a ich následkov. Pre trénerov klubov, ktorých hráčov sme merali, odporúčame vytvorenie prednášok nami o problematike, ktoré budú pripravené v najbližších mesiacoch. Následne by sa tieto poznatky mali implementovať do tréningových jednotiek. Pre jednotlivé kluby je odporúčané pravidelné štvrťročné meranie a následné odstránenie zistených nedostatkov v spolupráci s trénermi a rodičmi hráčov. Pre rodičov hráčov s horšími výsledkami odporúčame individuálne stretnutia a zavedenie individuálnych tréningových jednotiek na zlepšenie ich situácie.

Náš výskum identifikoval predchádzanie svalových dysbalancií ako hlavný cieľ našej intervencie. Odporúčania sme adresovali trénerom hráčov, ktorí sú zodpovední za tréning mladých športovcov vo veku od 9 do 12 rokov v športových kluboch, ktoré sme skúmali. Každý respondent dostal report ohľadom svojich výsledkov, ohľadom ktorých sa potom vykonali konzultácie s trénerom v každom sledovanom športovom klube. Postupy strečingu a vysvetlenia správneho držania obdržali na videách aby sa k ním mohli neustále vracať. Výber cvikov sme zamerali na natiahnutie svalov, pri ktorých sa často prejavovali svalové dysbalancie. Pri vykonávaní týchto cvičení má tréner zohrávať hlavnú úlohu. Okrem toho je nevyhnutná aj pomoc rodičov pri implementácii prevencie svalových dysbalancií u detí. Ich cieľom má byť motivácia deti k spolupráci s trénerom, ktorého úlohou by bolo nastaviť kompenzačné prvky do tréningového procesu. Tiež sme odporúčali trénerom poskytnúť rodičom hráčov viac informácií o dôležitosti kompenzácie a regenerácie hráčov po záťaži, aby sa predišlo zraneniam hráčov.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BEKÖ, R. (2011). Držanie tela detí mladšieho školského veku. Bratislava: ICM AGENCY. 192s. ISBN 9788089257430.
2. BUBANJ, S. et al. (2021). Postural disorders and muscle power in primary school children. In: Acta facultatis medicae Naissensis. vol. 38., No. 3. pp. 270-278. ISSN: 0351-6083. Dostupné online: https://publisher.medfak.ni.ac.rs/AFMN_1/.
3. KANÁSOVÁ, J., et al. (2020). Vplyv uvoľňovacích cvičení na skrátené svaly u futbalistov - impact of mobilization exercises on shortened muscles in football players. Studia Kinanthropologica. vol 3. s 235-242.
4. KANÁSOVÁ, J. (2011). Kompenzačné cvičenia ako prostriedok odstraňovania svalovej nerovnováhy u školskej populácie. Prešov. Zborník z celoslovenského kola švk s medzinárodnou účasťou. s68-75. ISBN: 978-80-555-0382-0.
5. LENKOVÁ, R., BORŽÍKOVÁ, I., MIKUĽÁKOVÁ, W., et al. (2020). The Effect of Movement Intervention on Musculoskeletal System in Undergraduates. Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae. Sciendo, vol.60, no.1, pp.15-31. https://doi.org/10.2478/afepuc-2020-0002

Údaje o autorovi

Odborný asistent zaoberajúci sa najmä problematiku pohybu, pohybovej gramotnosti a celej škále podpory zdravia.

Kontakt:

Mgr. Michal Rafajdus, PhD. MPH.
KVZ FZaSP TU
Univerzitné nam. 1
918 43 Trnava, Slovenská republika
E-mail: michal.rafajdus@truni.sk

KOMUNITNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTOV PO RADIKÁLNOM CHIRURGICKOM ZÁKROKU

Community-Based Nursing Care For Patients After Radical Surgery

Nadyia Dubrovina[1], Ivica Gulášová[2]

[1]Vysoká škola ekonómie a manažmentu, Bratislava
[2]Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Katedra ošetrovateľstva, Trnava, Slovenská republika

Súhrn

Autorky analyzujú vybrané oblasti ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po radikálnych chirurgických zákrokoch. Poukazujú na benefity, ktoré prináša ambulantná forma poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti formou Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti ako ekonomickosť, multidisciplinárny prístup v starostlivosti, komplexnosť starostlivosti, individualizovaná starostlivosť, dlhodobá starostlivosť a podpora zdravia. V príspevku uvádzajú schvaľovacie kritéria pre uplatnenie si tejto formy ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov ktorí to potrebujú. V závere príspevku sa venujú vybraným oblastiam poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov po radikálnych chirurgických zákrokoch.

Kľúčové slová: Komunitná ošetrovateľská starostlivosť. ADOS. Radikálny chirurgický zákrok. Stómia. Poradenstvo.

Summary

The authors analyze selected areas of nursing care for patients after radical surgical interventions. They point to the benefits that the outpatient form of nursing care provision brings in the form of Home Nursing Care Agencies, such as economy, multidisciplinary approach in care, complexity of care, individualized care, long-term care and health promotion. In the paper, they present approval criteria for applying this form of nursing care to patients who need it. At the end of the paper, they focus on selected areas of nursing care provided to patients after radical surgical interventions.

Keywords: Community nursing care. ADOS. Radical surgery. Stoma. Counseling.

Úvod

V komunitnom ošetrovateľstve nie je klientom jednotlivec, ale celá komunita. Komunita je sociálna skupina determinovaná geografickými rozmermi, alebo rovnakými hodnotami alebo záujmami (Hanzlíková, 2006). Jej členovia sa poznajú a sú v vo vzájomnej interakcii. Chirurgicky chorí pacienti v komunite sú predovšetkým pacienti prepustení z ústavnej starostlivosti po operačných zákrokoch, v našom prípade po radikálnych zákrokoch (terminálna ileostómia alebo kolostómia, amputácie, ale aj pri dobre lokalizovaných foriem nádorových ochorení, odstránenie nádorov, hysterektómie, atď.). Cieľom komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je dosiahnuť v spolupráci s pacientom a rodinou čo najvyššiu možnú mieru sebestačnosti pacienta a jeho opätovné zaradenie do spoločnosti, pracovného procesu, udržať a zlepšiť kvalitu života pacienta a jeho rodiny.

U pacientoch po radikálnom chirurgickom zákroku má hlavnú úlohu ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí (po prepustení z hospitalizácie).

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je formou ambulantnej zdravotnej starostlivosti poskytovaná v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom sociálnom prostredí (napr. domov dôchodcov, domov seniorov a pod.) fyzickým osobám.

Medzi hlavné charakteristiky Domácej ošetrovateľskej starostlivosti patrí jej optimálnosť, efektívnosť humánnosť, je kvalitná, ekonomická, maximálne dostupná, integrovaná forma komplexnej starostlivosti. Pridanou hodnotou je aj skutočnosť, že je poskytovaná na základe holistického chápania vo vlastnom sociálnom prostredí klienta s podporou komunity, rešpektuje ľudské práva, pri využití zostávajúcich potenciálov klienta a tiež že začleňuje rodinných príslušníkov alebo blízkych do multidisciplinárneho tímu ADOS poskytujúceho indikovanú starostlivosť a vzájomnú aktívnu pomoc

Aké sú kritériá pre poskytnutie Domácej ošetrovateľskej starostlivosti?

Domácu ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú sestry alebo pôrodné asistentky prostredníctvom ADOS osobám, ktoré spĺňajú všetky **nasledujúce kritériá:** vzhľadom na ich telesný a duševný stav si vyžadujú ošetrovateľskú starostlivosť, alebo sú imobilné, čiastočne imobilné a nie sú schopné samostatne prísť do ambulantného zdravotníckeho zariadenia, nevyžadujú si ústavnú zdravotnú starostlivosť alebo odmietajú ústavnú starostlivosť.

Hlavným poslaním, cieľmi Domácej ošetrovateľskej starostlivosti je poskytnúť komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu zameranú na udržanie a zlepšenie kvality života, zmierňovanie utrpenia klienta, predchádzanie zdravotným

komplikáciám u pacienta/klienta, doliečovanie klienta po skončení ústavnej zdravotnej starostlivosti, zdravotná výchova a edukácia osoby, rodiny a komunity v

súvislosti so zmeneným zdravotným stavom a aktuálnymi a potenciálnymi potrebami klienta, prevencia, rehabilitácia a poradenstvo.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je neodmysliteľnou súčasťou kontinuálnej zdravotnej starostlivosti. A v rámci nej poskytuje rôzne služby, ktoré môžeme z časového hľadiska deliť na:

- krátkodobé služby ako napríklad príprava na pôrod, starostlivosť o klienta v pooperačnom období
- dlhodobé služby pre klientov všetkých vekových skupín, u ktorých je potrebné doliečovanie – chronicky chorí, geriatrickí klienti, umierajúci klienti a ich rodiny (Hanzlíková, 2006).

Agentúry a výhody domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Tradičná agentúra poskytuje komplexné služby a odborné výkony sú plne hradené zdravotnou poisťovňou, prípadne inými zdrojmi financovania.

Výhody domácej ošetrovateľskej starostlivosti spočívajú:

Jednoznačnej v jej **ekonomickosti** – domáca starostlivosť redukuje tretinu až polovicu nákladov za starostlivosť o pacienta skracovaním ústavnej (nemocničnej) starostlivosti na minimum.

A tiež jej **viacodborové zameranie** - viacodborovosť – v domácej ošetrovateľskej starostlivosti pracuje multidisciplinárny tím, ktorý poskytuje služby viacerých odborníkov.

Individualizovaná starostlivosť – každý klient je vnímaný ako jedinečná ľudská bytosť, ktorá má svoje individuálne potreby, preto aj domáca ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje podľa konkrétnych potrieb klienta (Cibulková, 2011).

Komplexnosť – domáca ošetrovateľská starostlivosť poskytuje súbor všetkých činností spojených s liečbou, ošetrovaním, rehabilitáciou, psychickou a duševnou podporou pacienta,

Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť – poskytuje sa podľa potrieb klienta a jeho rodiny niekoľko dní, týždňov, mesiacov i rokov

Podpora zdravia – domáca starostlivosť okrem konkretizovanej starostlivosti o klienta poskytuje služby aj primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie.

Starostlivosť o pacientov po radikálnych chirurgických výkonov

Chirurgicky chorí pacienti / klienti v komunite sú predovšetkým pacienti prepustení z ústavnej starostlivosti po operačných zákrokoch (appendektómii, cholecystektómii, gastroektómii, mastektómii), pacienti s kolostómiou, pacienti s narušenou citlivosťou kože – dekubitmi, vredmi,po úrazoch, so zlomeninami, po amputácii

Ošetrovateľskú starostlivosť o chirurgicky chorých v domácom prostredí vykonávajú sestry z ADOS.

Úlohy komunitnej sestry (v našej legislatíve termín komunitná sestra neexistuje)

Uspokojovať bio-psycho-sociálne potreby pacienta a jeho rodiny v domácom prostredí

Kde sestra realizuje posúdenie súčasného zdravotného stavu pacienta/ klienta, zabezpečí opatrenia pre prevenciu komplikácií, zabezpečuje a podieľa sa na ochrane, udržiavaní a podpore zdravia, vykonáva terapeutické služby a poradenstvo.

Edukovať pacienta a jeho rodinu

V oblasti zmeny životosprávy, v zmene životného štýlu a prostredia vzhľadom na ochorenie pacienta/ klienta a jeho aktuálny zdravotný stav, v oblasti úpravy domácnosti v rámci predchádzania úrazov (stavebné usporiadanie nábytku, WC, kúpeľne a pod.),
Ďalšie edukačné aktivity zameriava na správe a pravidelné dodržiavanie hygienickej starostlivosti, na prevenciu infekcie rán, na preväzy rán (vredy, kolostómia, dekubity), na správne a bezpečné používanie kompenzačných pomôcok (pacienti s amputáciou, ktorí majú naloženú protézu, pacienti so zlomeninou, ktorí používajú barle).

Poskytovať psychickú podporu pacientovi a jeho rodine – sestra v prípade potreby poskytne kontakty na svojpomocné skupiny s podobnými problémami, zabezpečí rekonvalescenciu spojenú s rehabilitáciou.

Rehabilitácia pacienta/klienta je tiež dôležitou súčasťou po operácii.
Úlohou je sestry je naučiť používať kompenzačné pomôcky – barle, ak je to pacient po úraze so zlomeninou, pomôcť pacientovi manipulovať s umelou protézou - pacient po amputácii, pomôcť pacientovi začleniť sa do spoločnosti, do pracovného procesu (reintegrácii, resocializácii), uľahčiť pohyb pacientovi, naučiť pacienta správne sa pohybovať, naučiť rodinu správnym a bezpečným technikám manipulácie s pacientom

Starostlivosť o pacienta so stómiou

Stómia - znamená vyústenie dutého orgánu navonok – vývod.

Vytvorenie stómie je nevyhnutné ak časť tráviaceho, či močového systému nie je schopná plniť svoju funkciu (ohorenie, anomália, úraz)

Najčastejšie sa vytvára stómia na: hrubom čreve – kolostómia, tenkom červe – ileostómia močovodoch – urostómia, priamo do obličky – nefrostómia.

Pre pacienta je to vždy veľmi nepríjemný stav, ktoré ho traumatizuje.

Úlohy sestry v tejto krízovej situácii u pacienta/klienta je v prvom rade byť oporou v jeho situácii, pomôcť pacientovi sa adaptovať na novú životnú situáciu, poskytnúť mu pomoc pri ošetrovaní, ktoré by malo prejsť do sebaobsluhy u pacienta tak, aby bol sebestačný ak to jeho zdravotný a psychický stav dovoľuje, umožňuje.

Oblasti edukácie **pacienta a jeho rodiny sa týkajú** ošetrovania stómie, kože v okolí a o pomôckach, o úprave stravovania a o tom ako účinne predchádzať zápche, pomôcť pacientovi sa psychicky a sociálne prispôsobiť narušenému obrazu tela v dôsledku operačnej jazvy, stómie, drénov a podobne.

Ošetrovať stómiu sa musí naučiť nielen samotný pacient, ale aj jeho rodinní príslušníci, najmä tí, ktorí budú participovať v jeho starostlivosti.

Spôsob starostlivosti závisí od miesta otvoru, typu, prípadných komplikácií, pridružených ochorení, veku klientov, ich zamestnania, rodinných zvykov, a podobne.

Ošetrovanie vývodu má veľký význam pri predchádzaní viacerým ochoreniam, ktoré by mohli vzniknúť zanedbaním hygieny, najmä pokožky v okolí stómie.

Strava pre pacienta so stómiou má svoje jasné pravidlá, preto je veľmi dôležitá edukácia pacienta a rodiny o správnej výžive a životospráve, pokiaľ neurčí lekár, nie je potrebná žiadna špeciálna diéta. Sestra poučí o strave, ktorú pacient/ klient môže, musí a nemôže prijímať. Podobne sa to týka aj príjmu tekutín.

Vo všeobecnosti platia isté zásady, ktoré by mali dodržiavať všetci pacienti so stómiou

Potravu prijímať v kľude, pravidelne 5x denne, primerané porcie a samozrejme potravu dobre prežuť, najskôr sa odporúča v malých dávkach vyskúšať znášanlivosť jednotlivých jedál, ktoré chce pacient prijímať, všetku prijímanú stravu konzumovať v menších dávkach, piť dostatočné množstvo tekutín – minimálne 1,5 l denne, vyvarovať sa potravinám spôsobujúcim zvýšenú produkciu črevných plynov (meteorizmus).

Starostlivosť o rany

Rana je popisovaná ako narušenie integrity kože, sliznice alebo povrchu orgánu, v rôznom rozsahu a hĺbke, pôsobením vonkajších alebo vnútorných faktorov. Podľa priebehu a dĺžky hojenia delíme rany na akútne: ktoré sa hoja v krátkom čase, do 6. týždňov, bez výraznejších komplikácií a na chronické, t.j. sekundárne sa hojace rany, pre ktoré je typická stagnácia hojenia v priebehu týždňov až mesiacov (Dovnuhová, 2017).

Hojenie rany je reparačný proces, pri ktorom je poškodené tkanivo nahradené väzivovým, ktoré sa mení na jazvu (Pokorná et al., 2012).

Medzi základné princípy efektívnej starostlivosti o nehojace sa rany patrí prevencia vzniku ďalších komplikácií u ohrozených skupín, vlastný proces podpory hojenia rán, prevencia sekundárne vzniknutých komplikácií (Hlinková et al., 2019)

Cieľom efektívnej starostlivosti o rany je eliminovať vyvolávajúce faktory, dosiahnuť ekonomicky a časovo efektívne zahojenie rán, zaistiť maximálnu úroveň sebaopatery, prípadne adekvátnej externej pomoci druhou osobou u nezahojiteľných defektov.

Záver

O komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientoch po radikálnych chirurgických výkonoch sa dá jednoznačne povedať, že zohrávajú významnú úlohu v procese komplexnej liečby pacienta, nakoľko využívajú aj výhody domácej starostlivosti a podporu komunity (hlavne rodiny). Netreba zabudnúť ale ani na to, že komunitná starostlivosť je aj starostlivosť o zdravých v podobe podpory zdravia a prevencie ochorení.

Príspevok vyšiel za podpory Medzinárodného projektu: 2/2023-M Development of different organization and business structures in public and private sectors of health care, pharmaceutical industry, healt education and promotion of health, rehabilitation, wellness and beauty sectors: international experience. 2023 – 2025

Zoznam použitej literatúry:

1. CIBULKOVÁ, M. 2011. Domáca ošetrovateľská starostlivosť - predĺžená ruka lekára v ambulantnej starostlivosti. *Revue medicíny v praxi: odborný medicínsky časopis*. Bratislava: MAURO Slovakia, 2011, s.31-32. ISSN 1336-202X
2. DOVNUHOVÁ,R. 2017. *Kritéria efektívnej starostlivosti o nehojace sa rany* In *komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách. Zborník príspevkov.* Varšava: Katedra Filozofii Wydział Psychologii Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie. 2017. ISBN 978 - 83 - 61087 - 41 – 0. S. 277-280

3. HANZLÍKOVÁ, A. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 3.vyd. Martin : Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8
4. HLINKOVÁ, E., NEMCOVÁ, J., HUĽO, E. et al. 2019. Manamement chronických ran. Praha: Grada. 2019, 223s., ISBN 978-80-271-0620-2
5. KOZIEROVÁ, B. a kol. 1995. *Ošetrovateľstvo.* Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
6. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R. 2012. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada Publishing. 2012, 191s., ISBN 978-80-247-3371-5

Kontakt:
prof. Ing. Dubrovina Nadyia, PhD.
Vysoká škola ekonómie a manažmentu
Bratislava

PARAMETRE NUTRIČNÉHO SKRÍNINGU AKO PREDIKTORY KLINICKÝCH VÝSLEDKOV U PACIENTA PO CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE

Mária Lehotská, Katarína Zrubáková, Mária Novysedláková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Východiská: Všeobecne sa znáva, že podvýživa postihujúca pacientov s cievnou mozgovou príhodou je negatívne spojená s niekoľkými klinickými výsledkami.

Cieľ: Cieľom prehľadovej štúdie je zhodnotiť odporúčané meracie a hodnotiace nástroje nutričného skríningu ako možné prediktory klinických výsledkov u pacientov po cievnej mozgovej príhode.

Súbor a metódy: Obsahová analýza prác publikovaných v databázach SCOPUS, Web of Science Cor Collection (WOS) a voľne dostupnej databáze PubMed za posledných 5 rokov. Prostredníctvom vyhľadávania s využitím kľúčových slov „stroke, measurement tools, assessment, nutritional status, malnutrition, nutritional screening, MUST, NRS-2002, MNA, MNA-SF, CONUT“ a ich kombinácií získaných 80 dokumentov týkajúcich sa predmetnej problematiky. Následne prostredníctvom inkluzívnych a exkluzívnych kritérií vyselektovaných viac ako 35 zdrojových dokumentov podrobených obsahovej analýze.

Výsledky: V sledovaných štúdiách boli parametre nástrojov nutričného skríningu prediktormi mortality (vo väčšine prípadov v období prvých 6 mesiacov), doby hospitalizácie, resp. opakovaných hospitalizácií, miery sebestačnosti (najčastejšie meranej bodovým skóre v ADL teste), komplikácií v podobe infekcií a dekubitov, dysfágie a kognitívneho deficitu.

Záver: Keďže niektoré parametre nutričného skríningu sú ovplyvnené multifaktoriálne pri rizikových pacientoch sa odporúča podrobné hodnotenie nutričného stavu kedy jeho súčasťou je kombinácia klinického vyšetrenia s nutričnou anamnézou, antropometrických meraní, stanovenia telesného zloženia, funkčných testov, posúdenia kvality života a laboratórnej diagnostiky.

Kľúčové slová: Cievna mozgová príhoda. Nutričný skríning. Malnutrícia. MUST. NRS-2002. MNA. MNA-SF. CONUT.

Introduction: It is widely recognized that malnutrition affecting stroke patients is negatively associated with several clinical outcomes.

Aim: The aim of the review study is to evaluate recommended nutritional screening measurement and assessment tools as possible predictors of clinical outcomes in stroke patients.

Material and methods: Content analysis of works published in the databases SCOPUS, Web of Science Cor Collection (WOS) and open access database PubMed in the last 5 years. Through a search using the keywords "stroke, measurement tools, assessment, nutritional status, malnutrition, nutritional screening, MUST, NRS-2002, MNA, MNA-SF, CONUT" and their combinations, 80 documents related to the issue in question were obtained. Subsequently, through inclusive and exclusive criteria, more than 30 source documents were selected and subjected to content analysis.

Results: In the monitored studies, the parameters of the nutritional screening tools were predictors of mortality (in most cases during the first 6 months), hospitalization time, or repeated hospitalizations, the degree of self-sufficiency (most often measured by the point score in the ADL test), complications in the form of infections and pressure ulcers, dysphagia and cognitive deficit.

Conclusions: Since some parameters of the nutritional screening are influenced multifactorially in risk patients, a detailed assessment of the nutritional status is recommended, which includes a combination of clinical examination with nutritional anamnesis, anthropometric measurements, determination of body composition, functional tests, assessment of quality of life and laboratory diagnostics.

Keywords: Stroke. Nutritional screening. Malnutrition. MUST. NRS-2002. MNA. MNA-SF. CONUT.

Starostlivosť o výživu predstavuje jednu zo základných oblastí starostlivosti o pacientov po cievnej mozgovej príhode. Klinické skúsenosti poukazujú na skutočnosť, že správny nutričný assessment a následné cielené intervencie v tejto oblasti zásadným spôsobom ovplyvňujú celkový stav a prognózu danej skupiny pacientov. Niektorí pacienti už pred vznikom cievnej príhody trpia poruchami výživy (malnutrícia, sarkopénia, syndrom krehkosti) alebo tieto poruchy (obezita, metabolický syndróm) úzko súvisia so vznikom samotnej cievnej príhody. Pri CMP dochádza ku kaskáde metabolických procesov vo forme hypermetabolizmu, k negatívnej dusíkovej bilancii, inzulínovej rezistencii s hyperglykémiou a zvýšenej mobilizácii a oxidácii triglyceridov adipózneho tkaniva, ktoré možno považovať za potenciálne mechanizmy pre vznik podvýživy a sarkopénie.

Podľa odporúčania odborných spoločností (ESPEN, BAPEN) a štandardizovaných postupov je potrebné vo všetkých zariadeniach realizovať posúdenie výživy najneskôr do 48 hodín od prijatia, vždy po pozitívnom skríningu dysfágie a zmene neurologického alebo

celkového stavu. Diagnostické kritériá malnutrície definuje konsenzuálne odporučenie medzinárodných odborných spoločností pre diagnostiku malnutrície GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition). Nutričný skríning je proces, pomocou ktorého sa kategorizuje riziko podvýživy (t. j. nutričné riziko) na základe overených nástrojov/postupov, ktoré musia byť rýchle, jednoduché, efektívne a spoľahlivé. Skríningové nástroje by teda mali byť charakterizované požadovanou mierou senzitivity, špecificity a dobrou predikčnou schopnosťou vo vzťahu k nutričným intervenciám. Podľa systematických prehľadov máme dnes viac ako tridsať nástrojov nutričného skríningu Pre limitovaný rozsah príspevku sa v našej štúdii budeme venovať screeningovým nástrojom, ktoré sú v súlade so štandardami ESPEN a ktoré na základe obsahovej analýzy (tab.1) prác a odporúčaných postupov (Lehotská et al, 2022) umožňujú relevantne monitorovať stav výživy u pacientov p cievnej mozgovej príhode.

Tab. 1: *Prehľad odporúčaných a využívaných nástrojov hodnotenia nutričného stavu pacientov po cievnej mozgovej príhode*

Autor	Štúdia	Využité meracie nástroje	Odporúčaný nástroj (predikčná validita)
Wang J. et al., 2014	Evaluation methods on the nutritional status of stroke patients	MNA, NRS – 2002, MUST, SGA	NRS – 2002, MUST MNA - vek ≤ 65 , postakútny assessment
Zhang M. et al., 2021	Comparing the prognostic significance of nutritional screening tools and ESPEN-DCM on 3-month and 12-month outcomes in stroke patients.	CONUT, GNRI, MUST, NRS-2002, ESPEN-DCM	MUST, NRS-2002
Kama Y., M., M. 2018	Evaluation of nutritional status in patient after stroke	MNA. MNA –SF, MUST, NRS-2002	NRS-2002
Nishioka S. et al., 2020	Concurrent and predictive validity of the Mini Nutritional Assessment Short-Form and the Geriatric Nutritional Risk Index in older stroke rehabilitation patients.	MNA -SF, GNRI	MNA -SF, GNRI (pacienti nad 65 rokov)
Burgos R. et al, 2018	ESPEN guideline clinical nutrition in neurology.	MUST	MUST
Hosun L., 2022	The importance of nutrition in neurological disorders and nutrition assessment methods.	MNA, CONUT, NRS – 2002, MUST, SGA	MUST
Sabbouh T. et al, 2018	Malnutrition in Stroke Patients: Risk Factors, Assessment, and Management.	MUST, MNA-LF, MNA-SF, SGA, NRS 2002	MUST
Gomes F. et al, 2016	Risk of Malnutrition Is an Independent Predictor of	MUST	MUST

Autor	Štúdia	Využité meracie nástroje	Odporúčaný nástroj (predikčná validita)
	Mortality, Length of Hospital Stay, and Hospitalization Costs in Stroke Patients.		
Lee EC et al, 2022	Validity of the Controlling Nutritional Status score as a Nutritional Assessment Tool early after stroke.	CONUT	CONUT (populácia nad 65)
Peters L et al, 2015	Screening and assessment of nutritional status following stroke: results from a national survey of registered dietitians in Canada.	SGA, MNA	Upozorňujú na potrebu validizácie nástrojov pre danú skupinu pacientov

Cieľ: Cieľom prehľadu je zhodnotiť odporúčané meracie a hodnotiace nástroje nutričného skríningu ako možné prediktory klinických výsledkov u pacientov po cievnej mozgovej príhode.

Súbor a metódy: Obsahová analýza prác publikovaných v databázach SCOPUS, Web of Science Cor Collection (WOS) a voľne dostupnej databáze PubMed za posledných 5 rokov. Prostredníctvom vyhľadávania s využitím kľúčových slov „stroke, measurement tools, assessment, nutritional status, malnutrition, nutritional screening, MUST, NRS-2002, MNA, MNA-SF, CONUT“ a ich kombinácií získaných viac ako 80 dokumentov týkajúcich sa predmetnej problematiky. Následne prostredníctvom inkluzívnych a exkluzívnych kritérií vyselektovaných viac ako 30 zdrojových dokumentov podrobených obsahovej analýze.
Inkluzívne kritériá pre zaradenie zdrojového dokumentu do obsahovej analýzy boli stanovené nasledovne: pôvodné štúdie u pacientov po cievnej mozgovej príhode, využitie minimálne jedného so sledovaných nástrojov, nástroje boli využité ako nezávislé prediktory klinických výsledkov. Obsahovej analýze neboli podrobené štúdie pre duplicitu, nedostupnosť plného textu, resp. nástroj sa nevyužíval ako nezávislý prediktor klinických výsledkov po cievnej mozgovej príhode.

Výsledky: V sledovaných štúdiách boli parametre nástrojov nutričného skríningu prediktormi mortality (vo väčšine prípadov v období prvých 6 mesiacov), doby hospitalizácie, resp. opakovaných hospitalizácií, miery sebestačnosti (najčastejšie meranej bodovým skóre v ADL teste), komplikácií v podobe infekcií a dekubitov, dysfágie a kognitívneho deficitu. Nižšie uvádzame výsledky pre jednotlivé sledované nástroje.

Malnutrtion Universal Screening Tools (MUST) bol vytvorený Britskou spoločnosťou parenterálnej a enterálnej výživy (BAPEN – British Association for Parenteral and Enteral Nutrition). Sleduje tri nezávislé premenné, ktoré sú hodnotené bodovým skoré 0,1, 2.
Prvou premennou je BMI skóre, pričom BMI >20,0 = 0, BMI 18,5-20 = 1, BMI < 18,5 = 2. V prípade, že nedokážeme zhodnotiť výšku alebo BMI môžeme využiť alternatívne merania. Meranie dĺžky ulny (meriame vzdialenosť medzi olecranonom a processus styloideus – pokiaľ je možné na nedominatnej končatine) umožňuje po porovnaní s tabuľkami odhad výšky. Odhad BMI je možný pomocou merania obvodu strednej časti ramena (mid-upper arm circumference – MUAC).

Druhým parametrom je neplánovaná strata hmotnosti za predchádzajúcich 3-6 mesiacov. Hodnotenie je nasledovné: strata hmotnosti <5 % = 0, strata hmotnosti 5-10 % = 1 a strata hmotnosti >10 % = 2.

Poslednou oblasťou je skóre účinku akútneho ochorenia. Skóre sa zvyšuje o 2 body v prípade, že nedošlo, alebo pravdepodobne nedôjde k žiadnemu nutričnému príjmu viac ako 5 dní. Každá z troch premenných môže nezávisle predpovedať klinický výsledok pacienta, spoločne sú však tieto tri premenné lepšími prediktormi klinického stavu ako jednotlivé premenné (Elia et al., 2003). Tab. 2 zobrazuje výsledky obsahovej analýzy pre nástroj MUST.

Tab. 2 *MUST ako prediktor klinických výsledkov u pacientov po cievnej mozgovej príhode*

MUST	**Mortalita**	**Dĺžka hospitalizácie**	**Disabilita/ nižšie ADL skóre**	**Komplikácie/infekcie**
Štúdie poukazujúce na koreláciu klinických výsledkov	Fluck, 2022 Zhang, 2021 Sremanakova, 2019 Sabbouh, 2018	Sremanakova,2019	Fluck, 2022 Zhang, 2021 Sabbouh, 2018	Fluck, 2022 Nishioka,2020 Sremanakova,2019

Podľa výsledkov štúdií vysoké skóre (merané nástrojom MUST) v dobe vzniku cievnej mozgovej príhody predikovalo mortalitu a zlé funkčné výsledky v prvých troch až dvanástich mesiacoch. Vysoké riziko malnutrície bolo tiež spojené s dlhšou potrebou hospitalizácie, častejšími infekčnými komplikáciami, či poruchami vedomia.

Nutritional Risk Screening (NRS-2002) bol vyvinutý Kondrupom (2003) v rámci guidelines ESPEN a je vhodný pri detekcii väčšiny pacientov, ktorí by mali prospech z nutričnej terapie. Predstavuje jednoduchý a dobre overený nástroj, ktorý zahŕňa predbežný skríning so štyrmi otázkami. V prípade kladnej odpovede na jednu z nich nasleduje skríning, ktorý zahŕňa

náhradné merania stavu výživy so statickými a dynamickými parametrami a údajmi o závažnosti ochorenia (stresový metabolizmus). Pre každý parameter môže byť dosiahnuté skóre od 0 do 3. Vek nad 70 rokov sa považuje za rizikový faktor a je tiež zahrnutý do skríningového nástroja, pričom sa za vek nad 70 rokov udeľuje 1 bod. Celkové skóre ≥3 body znamená, že pacient je ohrozený podvýživou alebo je už podvyživený, a preto je indikovaná nutričná terapia.

Tab. 3 *NRS- 2002 ako prediktor klinických výsledkov u pacientov po cievnej mozgovej príhode*

NRS- 2002	**Mortalita**	**Dĺžka hospitalizácie**	**Disabilita/ nižšie ADL skóre**	**Komplikácie/ infekcie**	**Dysfágia**
Štúdie poukazujúce na koreláciu klinických výsledkov	Zhang, 2021 Cai, 2020	Cai, 2020	Cai, 2020 Zhang, 2021	Cai, 2020 Chen, 2022	Liu, 2022

Vysoké bodové skóre v NRS-2002 sa spája s vyššou mortalitou (Zhang, 2021, Cai, 2020), nižšou mierou sebestačnosti meranou ADL, respektíve disabilitou (Cai, 2020, Zhang, 2021), vyšším výskytom infekcií (Cai, 2020, Chen, 2022), potrebou dlhšej hospitalizácie (Cai, 2020) a dlhšie pretrvávajúcimi dysfagickými ťažkosťami (Liu,2022).

Mini Nutritional Asessment (MNA) bol publikovaný skupinou francúzskych autorov v roku 1994 ako 18 položkový dotazník. MNA hodnotí štyri hlavné oblasti:

- Antropometrické merania (hmotnosť, výška, MAC **-** Stredný obvod paže v cm, CC - obvod lýtka).
- Stravovacie návyky (počet jedál za deň, druh jedla, množstvo tekutín, rozsah pomoci pri jedle).
- Globálne posúdenie (sebestačnosť, mobilita, užívané lieky, psychický stav, kožné zmeny, prítomnosť vážneho ochorenia v období posledných troch mesiacov).
- Subjektívne posúdenie (vnímanie vlastného zdravia a výživy).

Každá položka je hodnotená váženým skóre. Ak je dosiahnuté celkové skóre nad 24 bodov ide o normálny výživový stav, hodnota 17 až 23,5 bodov poukazuje na riziko podvýživy a bodový stav pod 17 detekuje malnutríciu (Kozáková et al., 2011). Nástroj je vhodný na detekciu stavu výživy u všetkých rizikových pacientov. Ukázal sa aj ako spoľahlivý nástroj

hodnotenia nutričného stavu pacientov po cievnej mozgovej príhode a to aj pri opakovanom hodnotení (Lin, 2020).

Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA-SF) predstavuje skrátenú verziu MNA. Nástroj bol vyvinutý predovšetkým pre seniorskú populáciu. Senzitivita testu MNA-SF dosahuje 97,9 % , špecificita 100 % a diagnostická presnosť 98,7 % (Kozáková et al., 2011).

MNA – SF hodnotí u pacienta príjem potravy, chudnutie, mobilitu, psychický stres a akútne ochorenie, neuropsychické problémy a BMI. Každá položka je bodovaná. Celkové skóre nad 12 predstavuje skóre nutrične zdravej osoby, 11 bodov a menej zodpovedá riziku podvýživy.

Tab. 4 *MNA/MNA-SF ako prediktor klinických výsledkov u pacientov po cievnej mozgovej príhode*

MNA/MNA-SF	**Disabilita/ADL skóre**	**Dysfágia**	**Kognitívne poruchy**
Štúdie poukazujúce na koreláciu klinických výsledkov	Kokura, 2022 Nishiyama, 2019 Nishioka, 2021 Nishioka, 2020 Lee, 2021 Chang, 2022	Chang, 2022 Shimizu, 2019	Nishioka, 2021 Chang, 2022

V sledovaných štúdiách skóre v MNA/MNA-SF pri prijatí významne vplývalo na neskorší kognitívny stav pacientov (Nishioka, 2021, Chang, 2022). Ako významná sa javí korelácia výživového stavu a funkčnej schopnosti. Pacienti, ktorí sa nejavili ako rizikoví pri nutričnom skríningu vykazovali pri prepustení lepšie výsledky v ADL teste, respektíve pacienti ktorí boli rizikoví z hľadiska malnutrície vykazovali slabšie výsledky v Barthelovej teste (Kokura, 2022, Nishiyama, 2019, Nishioka, 2020, Nishioka, 2021, Lee, 2021, Chang, 2022). Chang, 2022 a Shizmu, 2019 poukazujú na skutočnosť, že pri nutrične rizikových pacientoch bola zaznamenaná súvislosť s pretrvávajúcou dysfágiou.

Controling Nutritional Status Score (CONUT) je systém hodnotenia výživy na základe skórovania hladín sérového albumínu, lymfocytov a cholesterolu. Podľa celkového skóre sú pacienti klasifikovaní do štyroch kategórií s: 1. normálnym (skóre 0–1), 2. ľahkým (2–4), 3. stredným (5–8) alebo 4. závažným (9–12) rizikom podvýživy.

Tab. 5 *CONUT ako prediktor klinických výsledkov u pacientov po cievnej mozgovej príhode*

CONUT	**Mortalita**	**Disabilita/ADL skóre**	**Komplikácie/ infekcie**	**Dĺžka hospitalizácie**
Štúdie poukazujúce na koreláciu klinických výsledkov	Cai, 2020 Zhu, 2022 Hao, 2022 Zhang, 2021 Zhang, 2022 Yuan, 2021 López, 2019 Tang, 2022	Cai, 2020 Zhu, 2022 Akimoto, 2021 Kamimoto, 2022 Zhang, 2021 Zhang, 2022 Eto,2022 Gon, 2022 Kokura, 2020 Kokura, 2022 Shiga, 2020 Shiga, 2022 Naito, 2018 Naito, 2020 Nezu, 2022 Qi, 2019 Xiang, 2020 Luo, 2022	Cai, 2020 Zhu, 2022 Hao, 2022 Akimoto, 2021	Zhu, 2022 Akimoto, 2021 Zhang, 2021 Kokura, 2020 Yuan, 2021 Shiga, 2020

CONUT sa ukazuje ako prediktor mortality v prvých 12 mesiacoch (Cai, 2020, Zhu, 2022, Hao, 2022, Zhang, 2021, Zhang, 2022, Yuan, 2021, López, 2019, Tang, 2022). Skoré CONUT korelovalo s mierou sebestačnosti/invalidity (Cai, 2020, Zhu, 2022, Akimoto, 2021, Kamimoto, 2022, Zhang, 2021, Zhang, 2022, Eto, 2022, Gon, 2022, Kokura, 2020, Kokura, 2022, Shiga, 2020, Shiga, 2022, Naito, 2018, Naito, 2020, Nezu, 2022, Qi, 2019, Xiang, 2020, Luo, 2022) ako aj dĺžkou hospitalizácie, respektíve nákladmi na hospitalizáciu (Zhu, 2022, Akimoto, 2021, Zhang, 2021, Kokura, 2020, Yuan, 2021, Shiga, 2020), ale aj s výskytom infekcií (predovšetkým pneumónie a uroinfektov); (Cai, 2020, Zhu, 2022, Hao, 2022, Akimoto, 2021).

Diskusia

Miera podvýživy medzi pacientmi s náhlou cievnou mozgovou príhodou prijatými na hospitalizáciu sa pohybuje od 8-49 % (Kama, 2018). Široké rozpätie udávanej prevalencie malnutrície po cievnej mozgovej príhode je ovplyvnené charakteristikami pacientov (napríklad vekom, komorbiditami alebo typom cievnej mozgovej príhody), ako aj použitými diagnostickými postupmi (Sabbouh et al., 2018, Huppertz et al., 2022). Dnes sa všeobecne uznáva, že podvýživa po cievnej mozgovej príhode je negatívne spojená s niekoľkými klinickými

výsledkami v krátkodobom aj dlhodobom období, pričom hlavnými problémami sú invalidita a mortalita (Sabbouh et al., 2018, Huppertz et al., 2022, Burgos et al., 2018).
Podvyživení pacienti zvyčajne vyžadujú dlhší pobyt v nemocnici, býva u nich zaznamenaných viac komplikácií, vrátane infekcií, preležanín a zhoršenia dysfágie (Kama, 2018).
V akútnej fáze CMP je približne 30 – 50 %, niektoré zdroje uvádzajú 30-78 % (Klempíř, 2022) pacientov postihnutých dysfágiou, ich počet klesá približne na 10 % o šesť mesiacov. Chorí s dysfágiou sú náchylnejší na dehydratáciu a malnutríciu a majú zvýšené riziko aspiračnej pneumónie a mortality.

Záver

Keďže niektoré parametre nutričného skríningu sú ovplyvnené multifaktoriálne pri rizikových pacientoch sa odporúča podrobné hodnotenie nutričného stavu kedy jeho súčasťou je kombinácia klinického vyšetrenia s nutričnou anamnézou, antropometrických meraní, stanovenia telesného zloženia (bioimpedančná analýza, CT, MR, DEXA) , funkčných testov (sila stisku ruky, test postavenia zo sedu), posúdenia kvality života a laboratórnej diagnostiky.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKYCH ODKAZOV

1. AKIMOTO, T.; HARA, M.; MORITA, A.; UEHARA, S.; NAKAJIMA, H. Relationship between Nutritional Scales and Prognosis in Elderly Patients after Acute Ischemic Stroke: Comparison of Controlling Nutritional Status Score and Geriatric Nutritional Risk Index. Ann. Nutr. Metab. 2021, 77, 116–123.
2. BURGOS, R.; BRETÓN, I.; CEREDA, E.; DESPORT, J.C.; DZIEWAS, R.; GENTON, L.; GOMES, F.; JÉSUS, P.; LEISCHKER, A.; MUSCARITOLI, M.; et al. ESPEN Guideline Clinical Nutrition in Neurology. Clin. Nutr. 2018, 37, 354–396.
3. CAI, Z.; WU, Y.; CHEN, H.; FENG, R.; LIAO, C.; YE, S.; LIU, Z.; ZHANG, M.; ZHU, B. Being at Risk of Malnutrition Predicts Poor Outcomes at 3 Months in Acute Ischemic Stroke Patients. Eur. J. Clin. Nutr. 2020, 74, 796–805
4. CHANG, K.-V.; CHEN, K.-H.; CHEN, Y.-H.; LIEN, W.-C.; CHANG, W.-H.; LAI, C.-L.; WU, C.-C.; CHEN, C.-H.; CHEN, Y.-H.; WU, W.-T.; et al. A Multicenter Study to Compare the Effectiveness of the Inpatient Post Acute Care Program versus Traditional Rehabilitation for Stroke Survivors. Sci. Rep. 2022, 12, 12811.
5. CHEN, X.; LI, D.; LIU, Y.; ZHU, L.; JIA, Y.; GAO, Y. Nutritional Risk Screening 2002 Scale and Subsequent Risk of Stroke-Associated Infection in Ischemic Stroke: The REMISE Study. Front. Nutr. 2022, 9, 895803.
6. ELIA M. ; RUSSELL C. ; STRATTON R., et al. The MUST explanatory booklet - a guide to the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) for adults BAPEN (2003).

7. ETO, F.; NEZU, T.; AOKI, S.; KAMIMURA, T.; NAITO, H.; SHIGA, Y.; HOSOMI, N.; MARUYAMA, H. The Association between Nutritional Intake One Week after Admission and Outcome in Acute Ischemic Stroke Patients. J. Stroke Cerebrovasc. Dis. 2022, 31, 106812.
8. FLUCK, D.; FRY, C.H.; GULLI, G.; AFFLEY, B.; ROBIN, J.; KAKAR, P.; SHARMA, P.; HAN, T.S. Association of Risk of Malnutrition with Adverse Outcomes and Early Support on Discharge in Acute Stroke Patients without Prestroke Disability: A Multicenter, Registry-based Cohort Study. Nut. Clin. Pr. 2022, 37, 1233–1241.
9. GON, Y.; KABATA, D.; MOCHIZUKI, H. Association between Kidney Function and Intracerebral Hematoma Volume. J. Clin. Neurosci. 2022, 96, 101–106.
10. HAO, R.; QI, X.; XIA, X.; WANG, L.; LI, X. Malnutrition on Admission Increases the In-hospital Mortality and Length of Stay in Elder Adults with Acute Ischemic Stroke. Clin. Lab. Anal. **2022**, 36, e24132.
11. HUPPERTZ, V.; GUIDA, S.; HOLDOWAY, A.; STRILCIUC, S.; BAIJENS, L.; SCHOLS, J.M.G.A.; VAN HELVOORT, A.; LANSINK, M.; MURESANU, D.F. Impaired Nutritional Condition After Stroke from the Hyperacute to the Chronic Phase: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front. Neurol. 2022, 12, 780080.
12. KAMA, Y., M., M. 2018. Evaluation of nutrtional status in patients after acute stroke. Menchester: Univerity of Menchester. p. 127
13. KAMIMOTO, T.; SHINDO, K.; SHIMOMURA, T.; AKIMOTO, T.; YAMADA, T.; MORI, N.; NAKAO, K.; TSUJIKAWA, M.; HONAGA, K.; KUTSUNA, T.; et al. Relationship between Initial Nutritional Status and Functional Independence Measures at Discharge in Subacute Stroke. J. Stroke Cerebrovasc. Dis. 2022, 31, 106754.
14. KOKURA, Y.; KIMOTO, K.; OKADA, Y.; KAWAKITA, S. The Controlling Nutritional Status Score as a Functional Prognostic Marker in Patients with Acute Stroke: A Multicenter Retrospective Cohort Study. Nutrition 2020, 79–80,
15. KOKURA, Y.; NISHIOKA, S. Nutritional Risk Indicators for Predicting a Change in Quadriceps Muscle Thickness in Acute Patients with Stroke. JMA J. 2022, 5, 62–71
16. KOZÁKOVÁ R. ; KROULÍKOVÁ L. ; JAROŠOVÁ D. Hodnocení stavu výživy pacientů v zařízení dlohodobé péče. Ošetřovatelství a porodní asistence. 2011, roč. 2: 179-183
17. LEE, Y.-C.; CHIU, E.-C. Nutritional Status as a Predictor of Comprehensive Activities of Daily Living Function and Quality of Life in Patients with Stroke. NeuroRehabilitation 2021, 48, 337–343.
18. LEHOTSKÁ, M. ; ZRUBÁKOVÁ, K. ; NOVYSEDLÁKOVÁ, M. ; IŽOVÁ, M. Využitie meracích a hodnotiacich nástrojov v hodnotení nutričného stavu po cievnej mozgovej príhode. **In:** *Zdravie 2022*: zborník vedeckých prác z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej dňa 7. - 8. septembra 2022 v Banskej Bystrici . ed. Frčová, B. ;

Janiczeková, E. 1. vyd. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, 2022.ISBN 978-80-8278-008-9, s. 113-123

19. LIN S.C., LIN K.H., LEE Y.C., PENG H.Y., CHIU E.C. Test-retest reliability of the Mini Nutritional Assessment and its relationship with quality of life in patients with stroke. In *PLoS One*. 2020 19 Jun 20;14(6)
20. LIU, Y.; YANG, X.; KADASAH, S.; PENG, C. Clinical Value of the Prognostic Nutrition Index in the Assessment of Prognosis in Critically Ill Patients with Stroke: A Retrospective Analysis. Comput. Math. Methods Med. 2022, 2022, 4889920
21. LÓPEZ ESPUELA, F.; RONCERO-MARTÍN, R.; ZAMORANO, J.D.P.; REY-SANCHEZ, P.; ALIAGA-VERA, I.; PORTILLA CUENCA, J.C.; NARANJO, I.C.; MORÁN-GARCÍA, J.M.; LAVADO-GARCÍA, J.M. Controlling Nutritional Status (CONUT) Score as a Predictor of All-Cause Mortality at 3 Months in Stroke Patients. Biol. Res. Nurs. 2019, 21, 564–570.
22. LUO, Y.; LI, Y.; DONG, S.; FANG, J.; LIU, Y.; HONG, Y.; BAO, J.; HE, L. Development and Validation of a Prognostic Nomogram Based on Objective Nutritional Indexes in Ischemic Stroke Patients with Large Vessel Occlusion Undergoing Endovascular Thrombectomy. Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis. 2022, 32, 1903–1912.
23. NAITO, H.; NEZU, T.; HOSOMI, N.; AOKI, S.; KINOSHITA, N.; KUGA, J.; SHIMOMURA, R.; ARAKI, M.; UENO, H.; OCHI, K.; et al. Controlling Nutritional Status Score for Predicting 3-Mo Functional Outcome in Acute Ischemic Stroke. Nutrition 2018, 55–56, 1–6.
24. NAITO, H.; HOSOMI, N.; NEZU, T.; KUZUME, D.; AOKI, S.; MORIMOTO, Y.; YOSHIDA, T.; SHIGA, Y.; KINOSHITA, N.; UENO, H.; et al. Prognostic Role of the Controlling Nutritional Status Score in Acute Ischemic Stroke among Stroke Subtypes. J. Neurol. Sci. 2020, 416, 116984.
25. NEZU, T.; HOSOMI, N.; YOSHIMURA, K.; KUZUME, D.; NAITO, H.; AOKI, S.; MORIMOTO, Y.; KINBOSHI, M.; YOSHIDA, T.; SHIGA, Y.; et al. Predictors of Stroke Outcome Extracted from Multivariate Linear Discriminant Analysis or Neural Network Analysis. J. Atheroscler. Thromb. 2022, 29, 99–110.
26. NISHIYAMA, A.; WAKABAYASHI, H.; NISHIOKA, S.; NAGANO, A.; MOMOSAKI, R. Energy Intake at Admission for Improving Activities of Daily Living and Nutritional Status among Convalescent Stroke Patients. Neurol. Med. Chir. 2019, 59, 313–320.
27. NISHIOKA, S.; WAKABAYASHI, H.; KAYASHITA, J.; TAKETANI, Y.; MOMOSAKI, R. Predictive Validity of the Mini Nutritional Assessment Short-Form for Rehabilitation Patients: A Retrospective Analysis of the Japan Rehabilitation Nutrition Database. J. Hum. Nutr. Diet. 2021, 34, 881–889.

28. NISHIOKA, S.; OMAGARI, K.; NISHIOKA, E.; MORI, N.; TAKETANI, Y.; KAYASHITA, J. Concurrent and Predictive Validity of the Mini Nutritional Assessment Short-Form and the Geriatric Nutritional Risk Index in Older Stroke Rehabilitation Patients. J. Hum. Nutr. Diet. 2020, 33, 12–22.
29. QI, H.; YANG, X.; HAO, C.; ZHANG, F.; PANG, X.; ZHOU, Z.; DAI, J. Clinical Value of Controlling Nutritional Status Score in Patients with Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. World Neurosurg. 2019, 126, e1352–e1358.
30. SABBOUH, T.; TORBEY, M.T. Malnutrition in Stroke Patients: Risk Factors, Assessment, and Management. Neurocrit. Care 2018, 29, 374–384.
31. SHIGA, Y.; NEZU, T.; HOSOMI, N.; AOKI, S.; NISHI, H.; NAITO, H.; KINOSHITA, N.; UENO, H.; MARUYAMA, H. Effect of Tooth Loss and Nutritional Status on Outcomes after Ischemic Stroke. Nutrition 2020, 71, 110606.
32. SHIGA, Y.; NEZU, T.; SHIMOMURA, R.; SATO, K.; HIMENO, T.; TERASAWA, Y.; AOKI, S.; HOSOMI, N.; KOHRIYAMA, T.; MARUYAMA, H. Various Effects of Nutritional Status on Clinical Outcomes after Intracerebral Hemorrhage. Intern. Emerg. Med. 2022, 17, 1043–1052.
33. SHIMIZU, A.; MAEDA, K.; KOYANAGI, Y.; KAYASHITA, J.; FUJISHIMA, I.; MORI, N. The Global Leadership Initiative on Malnutrition–Defined Malnutrition Predicts Prognosis in Persons with Stroke-Related Dysphagia. J. Am. Med. Dir. Assoc. 2019, 20, 1628–1633.
34. SREMANAKOVA, J.; BURDEN, S.; KAMA, Y.; GITTINS, M.; LAL, S.; SMITH, C.J.; HAMDy, S. An Observational Cohort Study Investigating Risk of Malnutrition Using the Malnutrition Universal Screening Tool in Patients with Stroke. J. Stroke Cerebrovasc. Dis. 2019, 28, 104405.
35. TANG, H.; GONG, F.; GUO, H.; DAI, Z.; WANG, J.; LIU, B.; LI, T.; TANG, X.; DONG, J.; PAN, S.; et al. Malnutrition and Risk of Mortality in Ischemic Stroke Patients Treated with Intravenous Thrombolysis. Front. Aging Neurosci. 2022, 14, 834973.
36. XIANG, W.; CHEN, X.; YE, W.; LI, J.; ZHANG, X.; XIE, D. Prognostic Nutritional Index for Predicting 3-Month Outcomes in Ischemic Stroke Patients Undergoing Thrombolysis. Front. Neurol. 2020, 11, 599.
37. YUAN, K.; ZHU, S.; WANG, H.; CHEN, J.; ZHANG, X.; XU, P.; XIE, Y.; ZHU, X.; ZHU, W.; SUN, W.; et al. Association between Malnutrition and Long-Term Mortality in Older Adults with Ischemic Stroke. Clin. Nutr. 2021, 40, 2535–2542
38. ZHANG, M.; YE, S.; HUANG, X.; SUN, L.; LIU, Z.; LIAO, C.; FENG, R.; CHEN, H.; WU, Y.; CAI, Z.; et al. Comparing the Prognostic Significance of Nutritional Screening Tools and ESPEN-DCM on 3-Month and 12-Month Outcomes in Stroke Patients. Clin. Nutr. 2021, 40, 3346–3353.

39. ZHANG, G.; PAN, Y.; ZHANG, R.; WANG, M.; MENG, X.; LI, Z.; LI, H.; WANG, Y.; ZHAO, X.; LIU, G.; et al. Prevalence and Prognostic Significance of Malnutrition Risk in Patients with Acute Ischemic Stroke: Results from the Third China National Stroke Registry. Stroke 2022, 53, 111–119.
40. ZHU, B.L.; WU, Y.Z.; CAI, Z.M.; LIAO, C.-W.; SUN, L.Q.; LIU, Z.P.; CHEN, H.M.; HUANG, X.R.; FENG, R.Q.; YE, S.L.; et al. A Prospective Epidemiological Analysis of Controlling Nutritional Status Score with the Poor Functional Outcomes in Chinese Patients with Haemorrhagic Stroke. Br. J. Nutr. 2022, 128, 192–199.

Kontakt:
PhDr. Mária Lehotská, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: maria.lehotska@ku.sk

KONFLIKTY NA PRACOVISKU A MOŽNOSTI ICH RIEŠENIA Z POHĽADU MANAŽMENTU

Conflicts in the Workplace and Possibilities of Resolving Them From the Perspective of Management

Mária Popovičová,[1] Petr Snopek[2], Lukáš Lacko[3]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
[2]Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií,
Ústav zdravotnických věd
[3]Vysoká škola bezpečnostného manažmentu, Košice

Abstrakt

Úvod: Konflikty sú nevyhnutným aspektom každého pracoviska. Keď sa stretnú jednotlivci s rôznymi názormi, cieľmi a pracovnými štýlmi, zákonite sa objavia nezhody. Avšak to, ako konflikty riešime a ako ich vyriešime, určuje zdravie nášho pracovného prostredia a našich profesionálnych vzťahov. Vzhľadom k tomu hlavným cieľom nášho výskumu, bolo zistiť proces riešenia konfliktných situácii počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu sestier manažérok.

Metódy: Pre získanie potrebných informácii sme využili existujúcu dostupnú odbornú literatúru a neštandardizovaný dotazník. Výskum bol realizovaný v zdravotníckych zariadeniach. Respondentmi výskumu bolo 157 sestier manažérok. Na overenie hypotéz bol použitý Chí kvadrat test. Hypotézy sme overovali na hladine významnosti 0,05.

Výsledky: Z výsledkov výskumu vyplýva, že spôsob riešenia konfliktov súvisí so vzdelaním sestier manažérok. Ďalej sme zistili, že najčastejšie sú interpersonálne konflikty a to bez rozdielu od typu zdravotníckeho zariadenia. Taktiež sme zistili súvislosť medzi účastníkmi konfliktov a zdravotníckym zariadením.

Záver: Na to, aby sme v budúcnosti predchádzali konfliktným situáciám na pracovisku, je potrebné si uvedomiť, že na každý problém či konflikt existuje riešenie. Kedy treba do konfliktu zasiahnuť? Keď čokoľvek narušuje chod procesov, negatívne pôsobí na produktivitu alebo zneisťuje samotnú atmosféru.

Kľúčové slová: Konflikt. Sestra. Zdravotnícke zariadenie. Manažment.

Abstract

Introduction: Conflicts are an inevitable aspect of every workplace. When individuals with different viewpoints, goals, and work styles meet, disagreements are bound to arise. However, how we handle and we solve conflicts determines the health of our work environment and our professional relationships. Considering this, the main goal of our research was to find out the process of solving conflict situations during the provision of nursing care from the point of view of nurse managers.

Methods: To obtain the necessary information, we used existing available professional literature and a non-standardized questionnaire. The research was carried out in medical facilities. The research respondents were 157 nurse managers. The Chi square test was used to verify the hypotheses. We verified the hypotheses at a significance level of 0.05.

Results: The results of the research show that the method of conflict resolution is related to the education of nurse managers. Furthermore, we found that the most frequent are interpersonal conflicts, regardless of the type of medical facility. We also found a connection between the participants in the conflicts and the medical facility.

Conclusion: In order to prevent conflict situations at the workplace in the future, it is necessary to realize that there is a solution to every problem or conflict. When should you intervene in a conflict? When anything disrupts the running of processes, it negatively affects productivity or disturbs the atmosphere itself.

Keywords: Conflict. Nurse. Medical facility. Management.

Úvod

Pracovné prostredie je náročné nielen na výkon a reagovanie na neustále sa meniace podmienky či požiadavky, ale aj na zvládanie rôznych vzťahových interakcií a každodenných situácií (Babečka, Lacko, 2020). **Konflikty na pracovisku sú bolestivou denno-dennou realitou. Ubíjajú produktivitu a frustrujú zdravotníckych pracovníkov.** Konflikty samé od seba nezmiznú, avšak keď sa dlhodobo ignorujú, narastú do skutočne veľkých problémov. V súčasnej dobe neustále narastajúcej pracovnej záťaže a psychického tlaku zo strany zamestnávateľa, kolegov, ku konfliktným situáciám na pracovisku dochádza častejšie ako kedykoľvek predtým (Barkasi, Bárta, 2022). K úspešnému zvládnutiu konfliktnej situácie, uvoľneniu napätia na pracovisku, sú potrebné skúsenosti, znalosti problematiky riešenia konfliktov a najmä voľba správneho postupu. Schopnosť riešiť konfliktné situácie sa pokladá za dôležitú vlastnosť každého zamestnanca, pričom túto schopnosť je možné nadobudnúť počas života a následne ju zlepšovať (Višňovcová, Babečka, 2021). Nezvládnutý konflikt môže totižto viesť k obťažovaniu, šikanovaniu, narušeniu medziľudských vzťahov, poklesu pracovnej morálky, a tým k zhoršenýmpracovným výkonom a v extrémnych prípadoch až k trestnému

konaniu.

Konflikty na pracovisku

Keďže každý človek má v rozličných časoch odlišné potreby vychádzajúce z jeho osobnosti a situácie, v ktorej sa nachádza, je nevyhnutné, že v priebehu svojho života narazí na iného človeka alebo ľudí, ktorí majú iné potreby a záujmy, ktoré sú s jeho záujmami v konflikte. Rozoznávame štyri základné typy konfliktov podľa toho, medzi akými entitami sa odohráva konfliktná interakcia (sociálne hľadisko).

- Intrapersonálne konflikty prebiehajú vo vnútri každého človeka, keď zvažuje, či uprednostní napr. zodpovednosť pred pôžitkami.
- Interpersonálne konflikty prebiehajú medzi dvoma alebo viacerými ľuďmi. Ide o najbežnejšie, viditeľné konflikty ľudí, ktorí chcú jednu vec, alebo sa hádajú, kto má pravdu.
- Vnútroskupinové konflikty môžu mať rôzne dôvody, pričom môže vzniknúť niekoľko názorových skupín, jednotlivcov bez názoru a jednotlivcov, ktorí majú úplne odlišný názor ako väčšina.
- Medziskupinové konflikty môžu vzniknúť napr. medzi odlišnými názorovými či etnickými skupinami.

Intrapersonálne a interpersonálne konflikty pôsobia a ovplyvňujú život človeka. Z hľadiska duševnej vyrovnanosti, vonkajší konflikt nie je až taký nebezpečný pre človeka, ako vnútorný konflikt. Pri vzniknutí vonkajšieho konfliktu má jednotlivec možnosť odreagovať sa a uvoľniť vzniknuté konfliktné napätie. Vnútorný konflikt často prináša so sebou duševnú bolesť je sprevádzaný negatívnymi pocitmi ako je apatia skleslosť prípadne je sprevádzaný inými psychickými prejavmi a neskôr aj psychickými poruchami (Boroš, 2001).

Z psychologického hľadiska členíme konflikty podľa odlišných zdrojov, ktoré ich zapríčiňujú.

- Konflikt vzťahov sa prejavuje napr. nesympatiou voči druhej osobe.
- Konflikt informácií vzniká rozdielnymi zdrojmi informácií.
- Konflikt záujmov vychádza z rôznorodosti potrieb ľudí.
- Konflikt hodnôt vychádza z rozdielnosti uznávaných hodnôt.
- Štrukturálny konflikt je konfliktom inštitúcií z titulu moci.

Konflikty menia správanie človeka ako aj jeho psychické zázemie. Veľmi dôležitá u konfliktov je ich dĺžka, intenzita a charakter. Väčšinu konfliktných situácií človek zvláda bez komplikácií, existujú však aj také, ktorých dôsledkom môže byť aj duševná nerovnováha. Takéto narušenie duševných funkcií, ako aj ďalšie poruchy a choroby sú často vyvolané dlhotrvajúcimi konfliktami. Dôsledkom často opakujúcich sa závažných konfliktov je zväčša frustrácia, strach,

napätie čo môže podmieniť vznik neuróz. Psychické poruchy vznikajú vtedy, keď má konflikt komplikované a časovo náročné riešenie. Na druhej strane každodenné riešenie malých konfliktov, ktoré nespôsobujú ťažkú psychickú záťaž, pozitívne ovplyvňuje rozvoj osobných vlastností a správanie človeka. Takéto konflikty sú akousi hnacou silou na splnenie životných reálnych cieľov (Kačáni, 2001).

Konflikty podľa dopadu na kolektív a podľa priebehu ich riešenia delíme na:

- Konštruktívne, mobilizujúce konflikty **-** pomáhajú obom stranám dosiahnuť dané ciele, žiadna zo zúčastnených strán neodchádza z jednania s pocitom porážky alebo zlého konečného riešenia. Zohľadnené sú názory všetkých zúčastnených. Neúspešne, respektíve nie na čas vyriešený mobilizujúci konflikt prerastá v konflikt deštruktívny.
- Deštruktívne konflikty **-** podstatou konfliktu nieje ani tak riešenie samotného problému, ako pokoriť druhého, domnelo vyhrať. Majú tendenciu sa opakovať, preto je úlohou manažéra, čo najrýchlejšie konflikt vyriešiť použitím všetkých možných právomocí, aj za cenu dočasnej nevýhodnosti pre činnosť pracoviska (Kádárová, 2009).

Úloha manažéra pri riešení konfliktu

Riadiaci pracovník, manažér, by mal byť zdatný v zvládaní konfliktov na pracovisku. Jednou z jeho úloh je vytvárať na pracovisku také podmienky, ktoré umožnia pracovníkom dosahovať optimálne pracovné výsledky. Keďže na väčšine pracovísk sú zamestnanci pri dosahovaní pracovných výsledkov, výkonov na seba vzájomne odkázaní, na pracovisku je nevyhnutná dobrá atmosféra, fungujúca komunikáciaa primerané vzťahy. V pozitívnom pracovnom prostredí dochádza k spolupráci (synergii), ktorou sa znásobí individuálne úsilie a dosiahnutý výkon prekračuje sumu výkonov individuálnych pracovníkov (Neczli, 2018). Úlohou manažmentu je predovšetkým ***prevencia konfliktných situácií a zdrojov.*** Aj keď sa konfliktom nedá úplne vyhnúť, včasným rozpoznaníma nepodceňovaním symptómov blížiaceho sa konfliktu (vzájomná netrpezlivosť, osobné napádanie, kritika, odporovanie nadriadenému, odpor k inováciám, vyhrážanie sa) je možné zabrániť ich vzniku (Dobšovič, 2015). K redukcii konfliktného potenciálu v organizácii je úlohou manažéra :

Vytvoriť transparentné komunikačné prostredie – v nejasnom a netransparentnom prostredí dochádza k nedorozumeniam, ktoré prerastajú do konfliktných situácií (Bednář, 2013). K úspešnému riešeniu konfliktov na pracovisku je nevyhnutná komunikačná zdatnosť ako aktívne počúvanie, presvedčovanie a jednoznačné vyjadrenie vlastného názoru (Bedrnová, 2012). Pri aktívnom počúvaní ide o prijímanie všetkých dostupných informácií zapojením všetkýchzmyslov. Manažér musí mať schopnosť sústrediť sa, cieliť pozornosť na komunikovaný obsah, súbežne počas komunikácie analyzovať prijaté informácie, priebežne ich porovnávať a zistiť, či neexistuje rozpor medzi tým, čo komunikujúci hovorí a čo si skutočne

myslí, následne reagovať bez zbytočných emócií (Štrup, 2018). Pre manažéra tvorí v komunikačnom procese aktívne počúvanie fázu najbohatšiu na informácie. Preto musí manažér neustále rozvíjať svoje schopnosti a pracovať na odstraňovaní chýb, ktorénegatívne ovplyvňujú proces aktívneho počúvania, ako nesústredenosť, netrpezlivosť, emočné prejavy, skákanie do reči (Mužík, 2008).

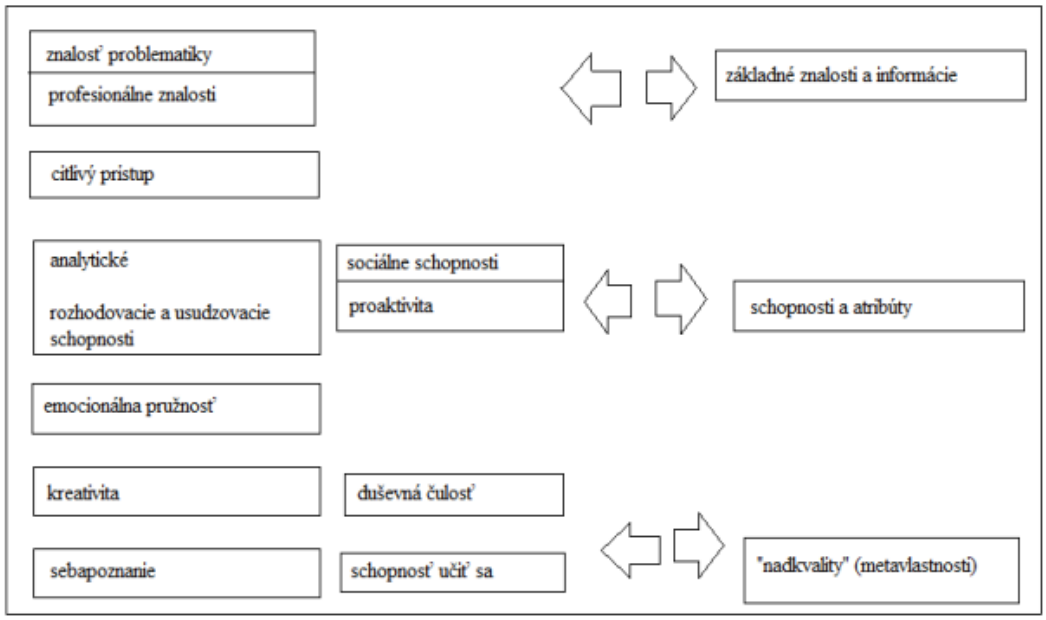
Poskytovať a prijímať konštruktívnu spätnú väzbu **-** spätná väzby poskytuje jedincovi informácie o kladných a záporných detailoch a celkovom dojme z jeho správania.

Budovať dôveru **-** dôvera tvorí základ každého vzťahu, od úrovne osobnej cez podnikovú, národnú, ažmedzinárodnú. Ide o emóciu, subjektívny pocit, duševný stav, určite puto medzi spolupracovníkmi, ako aj jednotlivými tímami, vedúcimi pracovníkmi a ich podriadenými. Prostredie, kde prevláda dôvera je charakteristické otvorenou, čestnou komunikáciou, transparentnými rozhodovacími postupmi, spoluprácou, rešpektom, podporou. Riešenie konfliktov v tomto prostredí je produktívne, kreatívne. Pri strate dôvery sa strácajú nielen výhody spolupráce, ale najmä vzájomný rešpekt. Na navodení dôvery na pracovisku, v tíme, má najväčší podiel manažér, nadriadený.

Preventívne rozmiestnenie pracovníkov, a to nielen podľa ich odborných vlastností, ale aj vlastností psychologických a charakterových.

Dodatočné premiestňovanie a eliminácia konfliktných jedincov, skupín.

Vytváranie vyvážených pracovných skupín, ktorých členovia sú vedení k orientácii na spolupatričnosť ku skupine, k záujmu o ekonomické výsledkya celkovú prosperitu podniku a identifikáciu sa s ňou. Nevyhnutným predpokladom fungovania úspešnej organizácie je kvalitný manažér, disponujúci kombináciou technických znalostí, spoločenských a ľudských faktorov a tiež koncepčných schopností (Kadárová, 2009).



Obrázok 1 *Profil úspešného manažéra (zdroj: Nakonečný, 2009)*

Je známe, že v tomto storočí sa výrazne zvýšil počet manažérov a zároveň zväčšil rozsah a rozmanitosť požiadaviek na nich. Mnoho zásadných manažérskych aktivít, ktoré patria ku každodennej práci manažéra, sa stáva čiastočne náplňou práce vzdelaných riadiacich pracovníkov. Zodpovednosť za riadenie a určovanie cieľov preberajú riaditelia. Manažéri v tradičnom poňatí ako osoby, ktoré rozdeľujú úlohy a zodpovednosť ostatným sa stávajú menšinou (Popovičová, Barkasi, 2023).

Kroky riešenia konfliktu na pracovisku

- ***Pochopte situáciu*** – väčšinou je všetko inak, než sa zdá. Pred rozhodnutím vždy vypočujte obe strany.
- ***Uznajte problém –*** nezľahčujte situáciu, čo môže byť malichernosťou pre vás, je pre iných možno dôležité.
- ***Neuponáhľajte rozhodnutie*** – dobré rozhodnutie si vyžaduje čas na zváženie situácie. Neponáhľajte sa zbytočne.
- ***Žiadna manipulácia ani zastrašovanie*** – v dlhodobom kontexte by vám to nepomohlo, takže sa radšej vyhnite manipulovaniu či skrytému vydieraniu.
- ***Riešte problém, nie indivíduá*** – vyhnite sa predsudkom. Aj keď váš kolega nie je ten najpríjemnejší, neznemená to, že v konflikte s iným nie je v práve.
- ***Zaveďte zásady*** – pred konfrontáciou oboch strán pri hodnotení problému získajte súhlas oboch strán s vyjednávaním v pokojnej atmosfére, inak ukončíte stretnutie.
- ***Otvorte komunikáciu*** – obe strany nech vyjadria svoje názory, pridajte aj svoj, najlepším riešením je však nechať obe strany vzájomne sa dohodnúť. Buďte iba sprostredkovateľom výmeny názorov.
- ***Konajte rázne*** – keď ste získali dostatok informácií, nenechajte vec plávať. Rozhodnite a konajte, aby vás nepovažovali za nerozhodného či slabého.

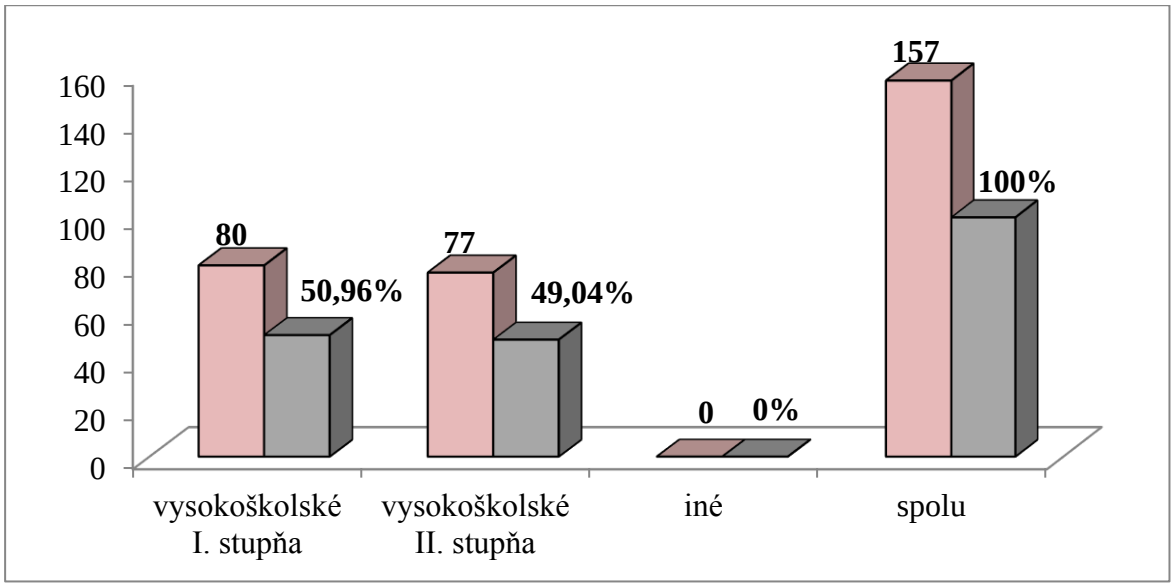
Cieľ výskumu

Konflikty sú nevyhnutným aspektom každého pracoviska. Keď sa stretnú jednotlivci s rôznymi názormi, cieľmi a pracovnými štýlmi, zákonite sa objavia nezhody. Avšak to, ako konflikty riešime a ako ich vyriešime, určuje zdravie nášho pracovného prostredia a našich profesionálnych vzťahov. Vzhľadom k tomu hlavným cieľom nášho výskumu, bolo zistiť proces riešenia konfliktných situácii počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu sestier manažérok.

Charakteristika výberového súboru

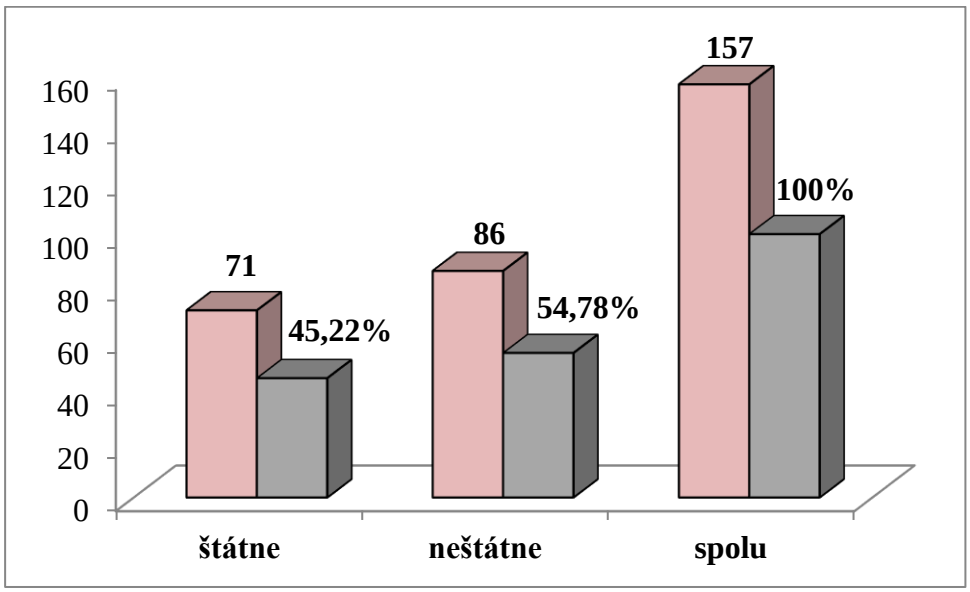
Výskumná časť práce je zameraná na proces riešenia konfliktných situácií počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu sestier manažérok. Dotazník bol určený pre sestry manažérky pracujúce v štátnych a neštátnych nemocniciach. Skúmanú vzorku

tvorilo 157 respondentov. Najpočetnejšiu skupinu tvorili sestry manažérky, ktoré mali vysokoškolské vzdelanie I. stupňa 80 (50,96%). Sestier manažérok, ktoré mali vysokoškolské vzdelanie II. stupňa bolo 77 (49,04%). S iným vzdelaním, neuviedli žiadní respondenti výskumu (graf 1).



Graf 1 *Vzdelanie respondentov*

Z celkového počtu 157 (100,00 %) respondentov najpočetnejšiu kategóriu tvorili sestry manažérky pracujúce v súkromných zdravotníckych zariadeniach 86 (54,78%). 71 (45,22%) respondentov tvorili sestry manažérky pracujúce v štátnych nemocniciach.



Graf 2 *Zdravotnícke zariadenie respondentov*

Metódy analýzy dát

Výberový súbor v našom výskume tvorili sestry manažérky, získané zámerným výberom. V popisnej časti výskumu sme využili nástroje deskriptívnej štatistiky. Hypotézy sme overovali nástrojmi induktívnej štatistiky. Na overenie hypotéz sme použili štatistický test chí kvadrát Rozhodnutie o významnosti rozdielov vykonávame na základe vypočítanej p-hodnoty a hladine významnosti 0,05.

Na základe získaných poznatkov a cieľov overujeme nasledovné hypotézy:

Hypotéza 1 Predpokladáme, že existuje štatistická významná súvislosť medzi spôsob riešenia konfliktu a vzdelaním respondentov

Tabuľka 1 Pozorovaná početnosť medzi *spôsob riešenia konfliktu a vzdelaním respondentov*

pozorované frekvencie	spôsob riešenia konfliktu							
vzdelanie manažérov	autoritatívne	%	alternatívne	%	rôzne stratégie	%	**spolu**	%
vysokoškolské I. stupňa	41	26,12	31	19,75	8	5,09	80	50,96
vysokoškolské II. stupňa	11	7,01	59	37,58	7	4,46	77	49,04
spolu	52		90		15		157	100
p hodnota					**2,21817E-06**			
chí test					**26,037**			
df					2			

Na overenie hypotézy súvislosti medzi vzdelaním respondentov a spôsob riešenia konfliktu sme použili chi kvadrát test. Premennú vzdelanie respondentov sme dali do kauzálneho vzťahu s dotazníkovou položkou spôsobu riešenia konfliktu. Hodnota chí kvadrátu 26,037 je podstatne vyššia ako tabuľková hodnota pre 2 df stupeň voľnosti, čo vyjadruje závislosť medzi premennými. V prvej hypotéze sme zistili súvis medzi jednotlivými položkami.. Taktiež p hodnota 2,21817E-06, ktorá je hlboko pod hladinou významnosti 0,05 nám nasvedčuje, že existuje súvislosť medzi jednotlivými položkami. Na základe výsledkov testovania môžeme zamietnuť nulovú hypotézu a prijať alternatívnu hypotézu to znamená že, existuje štatistická významná súvislosť medzi spôsob riešenia konfliktu a vzdelaním respondentov.

.

Hypotéza 2 Predpokladáme, že existuje štatistická významná súvislosť medzi typom konfliktov a zdravotníckym zariadením

Tabuľka 2 *Vzťah medzi typom konfliktov a zdravotníckym zariadením*

pozorované frekvencie	konflikty							
zdravotnícke zariadenia	**interpersonálne**	**%**	**skupinové**	**%**	**medziskupinové**	**%**	**spolu**	**%**
štátne	49	31,21	13	8,28	9	5,73	71	45,22
neštátna	58	36,94	21	13,38	7	4,46	86	54,78
spolu	107		34		16		157	100
p hodnota					0,479			
chí test					1,469			
df					2			

Výsledky testu zobrazuje tabuľka 2. Hodnota *Pearsonovho chi-kvadrátu* $\chi^2 = 1,469$ je *nižšia ako je stanovená kritická hodnota 5,99 pre 2 df stupeň voľnosti,* čo vyjadruje nezávislosť medzi premennými. Možno teda konštatovať, že typy konfliktov na pracovisku nesúvisia so zdravotníckym zariadením. Taktiež vypočítaná p-hodnota p = 0,479 je nad hladinou významnosti 0,05, to znamená, že medzi premennými neexistuje žiadna štatistická významná súvislosť.

Hypotéza 3 Predpokladáme, že existuje štatistický významný vzťah medzi účastníkmi konfliktov a zdravotníckym zariadením

Tabuľka 3 *Vzťah medzi účastníkmi konfliktov a zdravotníckym zariadením*

pozorované frekvencie	**účastníci konfliktov**							
zdravotnícke zariadenia	kolegovia	**%**	pacienti	**%**	manažéry	**%**	**spolu**	**%**
štátne	29	18,47	34	21,66	8	5,09	71	45,22
neštátna	63	40,13	12	7,64	11	7,01	86	54,78
spolu	92		46		19		157	100
p hodnota					**1,41516E-05**			
chí test					**22,331**			
df					2			

Pri analýze vzťahov medzi medzi účastníkmi konfliktov a zdravotníckym zariadením bol zistený štatisticky významný vzťah (p = 1,41516E-05, χ2 = 22,331, s.v.2). Na základe výsledkov môžeme tvrdiť, že existuje štatistický významný vzťah medzi účastníkmi konfliktov

a zdravotníckym zariadením. Na základe výsledkov testovania môžeme zamietnuť nulovú hypotézu H_0 a prijať alternatívnu hypotézu.

Diskusia

Tak ako v ostatných dennodenných činnostiach jednotlivca, ani v pracovnom prostredí nie je možné vyhnúť sa konfliktnej situácii. Konflikty na pracovisku vznikajú prerozličnosť osobných charakteristík zamestnancov, ich postojov, pohľadov na vec, ako aj nespravodlivým hodnotením, zlou organizáciou práce. Výsledkom neriešenia, respektíve neefektívneho riešenia konfliktných situácií vzniká na pracovisku nepríjemná atmosféra, ktorá pôsobí demotivujúco pre účastníkov konfliktnej situácie. Vzhľadom k tomu hlavným cieľom nášho výskumu, bolo zistiť proces riešenia konfliktných situácii počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti z pohľadu sestier manažérok. Skúmanú vzorku tvorilo 157 sestier manažérok pracujúcich v štátnych a neštátnych zdravotníckych zariadeniach. Najpočetnejšiu skupinu tvorili sestry manažérky, ktoré mali vysokoškolské vzdelanie I. stupňa 80 (50,96%). Sestier manažérok, ktoré mali vysokoškolské vzdelanie II. stupňa bolo 77 (49,04%). S iným vzdelaním, neuviedli žiadni respondenti výskumu. Sestry manažérky pracujúce v súkromných zdravotníckych zariadeniach bolo 86 (54,78%) a 71 (45,22%) respondentov tvorili sestry manažérky pracujúce v štátnych nemocniciach.

Výskumom sme zistili, že spôsob riešenia konfliktov súvisí so vzdelaním sestier manažérok. V ďalšej hypotéze sme zistili, že najčastejšie sú interpersonálne konflikty a to bez rozdielu od typu zdravotnického zariadenia. Taktiež sme zistili súvislosť medzi účastníkmi konfliktov a zdravotníckym zariadením. Podľa Vévoda, (2013) pri riešení blížiaceho sa konfliktu alebo už vzniknutého je potrebné vedieť rozpoznať blížiaci sa konflikt a vedieť mu predchádzať a ďalším významným krokom je vzniknutý konflikt riešiť, čo najskôr a zbytočne ho neodkladať. Aby sme konfliktom na pracovisku predchádzali, bolo by vhodné vo väčšej miere si všímať, aké vzájomné vzťahy panujú medzi zamestnancami na pracovisku. Taktiež meniť a kombinovať zmeny medzi zamestnancami, aby nedochádzalo k vzájomnej izolácií medzi niektorými zamestnancami. Častejšie realizovať pracovné porady, na ktorých by zamestnanci prejavili svoje názory. Snahou nadriadeného by malo byť riešenie konfliktov spôsobom mediácie, zaviesť prehľadné tabuľkové odmeňovanie zamestnancov. Sestra manažérka, by mala pristupovať a jednať so zamestnancami spravodlivo a férovo, prehodnotiť spôsob komunikácie nadriadeného s podriadeným.

Záver

Každé zdravotnícke zariadenie je vytvorené skupinou cudzích ľudí so spoločnými cieľmi, potrebným vzdelaním ale s odlišnými názormi či emóciami. Práve emócie či sympatie sú častokrát spúšťačom konfliktov na pracovisku. Na to, aby sme v budúcnosti predchádzali

konfliktným situáciám na pracovisku, je potrebné si uvedomiť, že na každý problém či konflikt existuje riešenie. Kedy treba do konfliktu zasiahnuť? Keď čokoľvek narušuje chod procesov, negatívne pôsobí na produktivitu alebo zneisťuje samotnú atmosféru.

Zoznam bibliografických odkazov

Literatúra:

1. BABEČKA, J., LACKO, A. 2020. Proper adherence to pharmacotherapy in the elderly. In: *Ukrajina. Zdorovja naciji: naukovo-praktyčnyj žurnal*. Kyjiv (Ukrajina): Ukrajinskyj instytut strategičnych doslidžeň Ministerstva ochoroni zdorovja Ukrajiny. ISSN 2077-6594. Roč. 61, č. 3/1 (2021), s. 89-91, DOI 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213712.
2. VIŠŇOVCOVÁ, E., BABEČKA, J. 2021. Krízový management v zdravotníctve. In**:** *Ružomberské zdravotnícke dni 2021* [elektronický dokument]: Zborník z medzinárodnej konferencie. 1. vyd. Roč. 15. Ružomberok (Slovensko): Katolícka univerzita v Ružomberku. VERBUM - vydavateľstvo KU, 2021. – ISBN 978-80-561-0903-8, s. 303-308.
3. BARKASI, D., -BÁRTA, R., 2022. Dôvody voľby pobytovej formy v zariadeniach sociálnych služieb. Zborník vedecko výskumných prác s názvom ,,Zdravotné a sociálne problémy seniorov v súčasnosti. Srbsko. Báčsky Petrovec. ISBN 978-86-82536-00-0. s. 23.
4. BEDNÁŘ, V. & kol. 2013. Sociální vztahy v organizaci a jejich management. Praha: Grada, 2013. 224s. ISBN 978-80-2474-2113
5. BEDRNOVÁ, E. - NOVÝ, I. - JAROŠOVÁ, E. 2012. Manažerská psychologie a sociologie. Praha: Management Press 2012. 448 s. ISBN 978-80-7261-2390
6. BOROŠ, J. 2001. Základy sociálnej psychológie. 1. vyd. Bratislava: Iris, 2001. 227s. ISBN 80-89018-20-3.
7. DOBŠOVIČ, Ľ. 2015. Naučte sa riešiť konflikty (Komunikácia a sebaúcta v medziľudských vzťahoch). Galanta: PsychoConsulta, 2015. 150s. ISBN 978-80 9720-0800
8. KAČÁNI, V. – BUCKOVÁ. 2001. M. Ako zvládať konflikty. Bratislava : IRIS, 2001. 9 – 15 s. ISBN 80-89018-21-1
9. KÁDÁROVÁ, J. - VIDA, M. – KÁDÁR, G. Riadenie konfliktov v podniku. In: Pošta, telekomunikácie a elektronický obchod [online]. 2009. č. 3/2009, s. 28-33. [cit. 2023- 10-22]. Dostupné na internete:
10. <https://fpedas.uniza.sk/~ks/casopis/pdf/III2009/kadarova_vida_kadar.pdf>.
11. MUŽÍK, J. 2008. Edukace řídících dovedností – People management. Praha: ASPI

a.s.,2008. 148s. ISBN 80-7357-3416
12. NAKONEČNÝ, M. 2009. Sociální psychologie. Praha: Academia, 2009. 206 – 207 s. 498 s. ISBN 978-80-2001-6799
13. NECZLI, R. Ako si poradiť s konfliktami na pracovisku. In: eFocus [online]. 2008, roč. 8, č. 9/08, s. 64. [cit. 2023-10-23]. Dostupné na internete: <http://www.efocus.sk/images/archiv/file_1271_0.pdf>.
14. POPOVIČOVÁ, M., –BARKASI, D. 2018. Proces riešenia konfliktných situácií počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. In: Ošetrovateľstvo a zdravie XI. – recenzovaný 5 zborník príspevkov. Trenčín: Fakulta zdravotníctva. Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne. 2018.s. 49- 57. ISBN 978-80-8075-799-1.
15. ŠTRUP, O. 2008. Riešenie konfliktov sa nezaobíde bez počúvania. In: eFocus [online]. 2008,roč. 8, č. 1/08, s. 88-89 [cit. 2023-10-21]. Dostupné na internete: <http://www.efocus.sk/images/archiv/file_1156_0.pdf>.
16. VÉVODA, J. a kol. 2013. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. 160s. ISBN 978-80-247-4732-3.

Kontaktná adresa autora:
doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD., MBA, mim. prof.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
E-mail: maria.popovic911@gmail.com

PALIATÍVNA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA V DOMÁCOM PROSTREDÍ

Palliative Nursing Care of the Patient in the Home Environment

Helena Kadučáková, Simona Madleňáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Narodenie a smrť sú prirodzeným aspektom, ktoré sa stávajú súčasťou našich životov. Každý človek si zaslúži pokojné a dôstojné umieranie a smrť, najmä v prostredí, ktoré je pre neho domovom Cieľom našej práce bolo predstaviť špecifiká paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí pacienta. Metódou výskumu bola prípadová štúdia (case study), doplňujúcimi metódami boli analýza zdravotnej dokumentácie, rozhovor, pozorovanie, hodnotiace nástroje. Súborom boli dvaja pacienti, ktorým sa poskytovala paliatívna ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí. Výskumom sme zistili, že u oboch pacientov prevládali biologické potreby, ktoré sa usilovali uspokojovať aj rodiny pacientov. U prvého respondenta sme zaznamenali narušené rodinné vzťahy, nedostatočnú komunikáciu, stres, zníženú fyzickú a psychickú kondíciu rodinného príslušníka. V rodine druhého respondenta vládla harmónia a súdržnosť. V oboch kazuistikách sa nám potvrdilo, že dobrá komunikácia medzi sestrou, pacientom a jeho rodinou dokáže nastaviť a poskytnúť starostlivosť a kvalitu života u pacienta na vysokej úrovni.

Kľúčové slová: Paliatívna starostlivosť. Pacient. Sestra. Domáce prostredie.

Abstract

Birth and death are natural aspects that become part of our lives. Every person deserves a peaceful and dignified dying and death, especially in the environment that is their home. The aim of our work was to present the specifics of palliative nursing care in the patient's home environment. The research method was a case study, additional methods were analysis of health documentation, interview, observation, assessment tools. The sample consisted of two patients who received palliative nursing care in the home environment. Through research, we found that biological needs prevailed in both patients, which the families of the patients tried to satisfy as well. In the case of the first respondent, we noted disturbed family relationships, insufficient communication, stress, and reduced physical and mental condition of the family member. Harmony and cohesion reigned in the second respondent's family. In

both cases, it was confirmed to us that good communication between the nurse, the patient and his family can set up and provide care and quality of life for the patient at a high level.

Keywords: Palliative care. Patient. Sister. Home enviroment.

Úvod

Domáca paliatívna ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje pacientovi, ktorého zdravotný stav je stabilizovaný, symptómy ochorenia sú kontrolované a hospitalizácia by už viac nebola pre neho prínosná. Súčasťou starostlivosti je rodina pacienta, ktorá je ochotná spolupracovať a poskytnúť umierajúcemu rodinné zázemie, starostlivosť a podporu (1). Cieľom domácej paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti je zabezpečenie kvality života u ťažko chorého na čo najvyššej úrovni, zmiernenie bolesti a utrpenia pacienta a tiež pomoc rodine zomierajúceho (2).

Sestra v rámci domácej paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti realizuje **komplexné posúdenie** v rozsahu svojich kompetencií. Posudzuje problémy, súvislosti a riziká, predovšetkým na základe: aktuálnej zdravotnej dokumentácie, rozhovoru s pacientom, konzultovaním s podpornými osobami, ktoré sú bezprostredne zainteresované do starostlivosti, a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta, pozorovania pacienta, fyzikálneho vyšetrenia pacienta, použitia posudzovacích a hodnotiacich nástrojov. Valídnymi nástrojmi na hodnotenie obťažujúcich symptómov u pacienta sú: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)- umožňuje posudzovať najčastejšie sa vyskytujúce symptómy ako je: bolesť, únava, nauzea, depresia, úzkosť, ospanlivosť, chuť do jedla, pocit zdravia (blaho – wellbeing), dušnosť (3), Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT) nástroj hodnotí - komunikáciu, bolesť, duševný stav, dyspnoe, rovnováhu pri sedení alebo státí, mobilitu, samostatnosť pri chôdzi alebo potreba pojazdného kresla, aktivity denného života, únavu a motiváciu, Mini nutritional asssesment (MNA) – hodnotenie výživy (4), Karnofského index - hodnotenie stavu telesnej aktivity podľa WHO (5), Nortonova škála - posúdenia možného rizika vzniku dekubitov, škály na hodnotenie bolesti, Aktivity daily living (ADL) - Bartelov test základných denných aktivít, Glasgow Coma Scale (GCS), Knollova stupnica - riziko vzniku dekubitov a iné (5).

Pri zbieraní údajov sa sestra zameria na obťažujúce symptómy, ktoré v paliatívnej starostlivosti bývajú často trvalým a stresujúcim poznatkom ochorenia pretože sú multidimenzionálneho charakteru a prestávajú mať ochrannú funkciu. Nachádzajú sa v spojitosti medzi umieraním a smrťou, kde sa môžu navzájom ovplyvňovať. Jedným z cieľov paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti je práve odstránenie alebo zmiernenie týchto obťažujúcich symptómov (6).

Sestra v rámci starostlivosti k potrebám pacienta pristupuje vysoko individualizovane, pomáha umierajúcemu stanoviť plán, ako bude postupovať starostlivosť na konci života, musí mať stále na zreteli, že úľava a liečba symptómov má najvyššiu prioritu v starostlivosti o umierajúceho, v spolupráci s lekárom vytvára priestor pre pacienta a jeho príbuzných v rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti (5).

Ciele výskumu

1. Prezentovať aktuálne problémy pacienta v domácom prostredí.
2. Zmapovať faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu starostlivosti o pacienta v domácom prostredí.

Materiál a metodika

Hlavnou metódou bola kazuistika a doplňujúcimi metódami pozorovanie, rozhovor, obsahová analýza dokumentu a hodnotiace škály: ADL test, GCS, Karnofského index, MNA, škály bolesti.

Výskumný súbor tvorili pacienti ktorí žili v domácom prostredí, mali zabezpečenú komplexnú 24 hodinovú starostlivosť, paliatívna ošetrovateľská starostlivosť sa u nich realizovala ambulantnou formou starostlivosti (ADOS). Išlo o 40 ročnú pacientku a 68 ročného pacienta. Pacienti a rodinní príslušníci boli informovaní o spôsobe využitia a prezentácie údajov a podpísali informovaný súhlas.

Case study 1

40 ročná pacientka s Morbus Down, zbavená svojprávnosti (informovaný súhlas podpísal rodinný príslušník). Dôvodom hospitalizácie bol 3x po sebe prekonaný COVID-19, ktorý jej spôsobil zhoršenie zdravotného stavu (infekcie, dehydratácia, rozvrat vnútorného prostredia, imobilitu, dekubit). Po stabilizovaní zdravotného stavu a upravení liečby, prepustená do domácej starostlivosti. Indikáciou pre domácu paliatívnu ošetrovateľskú starostlivosť je starostlivosť o tracheostomickú kanylu (TSK), sondu - perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG), permanentný močový katéter(PMK), dekubit v sakrálnej oblasti.

Katamnéza

06/2022 - hospitalizovaná na internom oddelení pre zápalový syndróm s dehydratáciou a kvantitatívnou poruchou vedomia.

08/2022 – preložená na chirurgické oddelenie s phlebotrombosis. Zahájená liečba Fraxiparinom 1x0,4 ml s.c. Priebeh hospitalizácie bol komplikovaný s progresiou markerov

zápalovej aktivity, potvrdila sa pneumónia vľavo a bronchopmneumónia. U pacientky progredovala respiračná insuficiencia, s poklesom SpO2 83%. Po konzultácii s internistom bola preložená na oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny (OAIM).

08/2022 - pacientka prijatá na OAIM, následne zaintubovaná a napojená na umelú pľúcnu ventiláciu(UPV), vykonaná tracheostómia, pre poruchu deglutinácie, indikovaný PEG. 09/2022 pacientka stabilizovaná, vykonaná edukácia príbuzných ohľadom starostlivosti o PEG, TSK, PMK a dekubit, následne pacientka prepustená do domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Analýza a interpretácia

Tab. 1 *Hodnotenie zdravotného stavu - Case study 1 (9.1.2023 a 23.1.2023)*

Vitálne funkcie:	TK 110/60, P: 88/min, TT: 36,1 °C, SpO2: 91%, D: 16/min
Dýchanie:	Problémy s dýchaním. Zavedená TSK, dýchanie s počuteľnými chrapotmi a expektoráciou hlienov. Hlien hustý, svetložltej farby, bez prímesi krvi a iných patogénov.
Výživa:	Enterálna výživa cez PEG. Diéta racionálna, mixovanátekutá. Ako doplnok stravy sa podávajú Nutridrink (Multi Fibre 200ml) 4xdenne. Stravu podáva sestra alebo opatrovateľka. Telesná hmotnosť: 55 kg, výška: 155 cm BMI: 22,8.
Príjem tekutín:	Denný príjem tekutín 2 litre vo forme čaju, nesýtenej minerálky a bezkofeínovej kávy.
Defekácia:	Stolica je každý druhý, niekedy až tretí deň. Občas je obstipácia. Príčinou je farmakoterapia a imobilita pacientky. V prípade obstipácie naordinovaný Duphalac 1 odmerka p.p.
Spánok:	Je spavá. Ordinované lieky: Olanzapin 0-0-1 tbl, Lexaurin 3 mg 0-0-1 tbl, spí nie len v noci, ale aj počas dňa. Lieky majú utlmujúci účinok.
Mobilita:	Pacientka je imobilná.
Bolesť:	Pacientka nedokáže verbalizovať bolesť. Pri polohovaní reaguje tichým stonaním, ale prítomnosť bolesti nekonkretizuje. Bolesť sa posudzuje podľa tvárovej škály bolesti. Naordinovaný Novalgin 500 mg 1tbl á 6-8 hod. p.p. pri bolesti.
Zmyslové vnímanie:	Sluchové a zrakové obmedzenia nie sú prítomné. Reč obmedzená z dôvodu základného ochorenia.
Vierovyznanie:	Rímskokatolícke.

Pacientku ošetruje každý deň sestra z ADOS Charitas (starostlivosť o TSK, PEG, PMK, dekubit). V rámci posudzovania zdravotného stavu v domácom prostredí sme získali údaje a informácie uvedené v tab.1 a tab.2, ktoré nepochádzali priamo od pacientky, ale od sestry z ADOS, rodiny a opatrovateľky. Príčinou je narušená verbálna komunikácia u pacientky.

***Tab. 2** Hodnotenie zdravotného stavu pomocou hodnotiacich škál - Case study 1*

ADL test	70 bodov	Mierna závislosť
GCS	15 bodov	Žiadna porucha
Karnofského index	40%-50%	Obmedzene sebestačná, upútaná na lôžko viac ako 50% dennej doby.
Knollova stupnica	13 bodov	Dekubit v procese zhojenia
MNA	7 bodov	Podvýživa
Tvárová škála bolesti	5 bodov	Znepokojujúca bolesť

Case study 2

68 ročný polymorbídný pacient s karcinómom ústnej dutiny (Ca DU), ktorý bol hospitalizovaný v nemocnici pre malnutríciu. Po stabilizácii zdravotného stavu, následne prepustený do domácej paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Má zavedený PEG a TSK.

Katamnéza

9/ 2022 - u pacienta diagnostikovaný Ca DU. Pacient fajčil vyše 40 rokov(1- 1,5 krabičky denne), posledný rok pociťoval často sucho v ústach (xerostómia), mal problém s rozprávaním, prehĺtaním, často mával aj bolesť krku, nahmatal si na krku hrčku.
10/ 2022 – indikovaný chirurgický zákrok, vykonaná tracheostómia kvôli respiračnej insufieciencii pacienta. Išlo o zhubný nádor spodiny ústnej dutiny Podľa TNM klasifikácie ide o T2 N0 M0, štádium II. Nádor mal 3 cm bez regionálnych a vzdialených metastáz.
11/12/ 2022 – rádioterapia miesta Ca DU. Pacient postupne slabol, bol malátny, chudol, nemal chuť do jedla, dôsledkom čoho u neho vznikla postupne malnutrícia.
2/2023 – opätovná hospitalizácia, zavedený PEG. Po naordinovaní liečby, pacient prepustený do domácej starostlivosti, kde potrebuje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť o PEG, TSK a ranu.

Analýza a interpretácia

Pacienta ošetruje každý deň sestra z ADOS Charitas (starostlivosť o PEG, TSK a ranu). V rámci posudzovania zdravotného stavu v domácom prostredí sme získali údaje a informácie uvedené v tab.3 a tab.4, ktoré nepochádzali priamo od pacienta, ale od sestry z ADOS, rodiny a opatrovateľky. Príčinou je narušená verbálna komunikácia u pacienta.

***Tab. 3** Hodnotenie zdravotného stavu - Case study 2 (20.2.2023 a 24.2.2023)*

Vitálne funkcie:	TK: 115/75, P: 86/min, TT: 36,6°C, SpO2: 93%, D: 15/min
Dýchanie:	Zavedená TSK, dýchanie s počuteľnými chrapotmi a prítomnými hlienmi. Hlieny riedke a číre.
Výživa:	Enterálna výživa cez PEG. Výživa je racionálna, mixovaná, tekutá. Ako doplnok stravy sa pacientovi podávajú Nutridrink (Multi Fibre 200ml) 4-6x denne. Stravu podáva manželka. Telesná hmotnosť: 53 kg, výška: 178cm, BMI: 16,7.
Príjem tekutín:	Denný príjem tekutín 1,5-2litre tekutín vo forme bylinkového čaju, nesýtenej minerálky, bezkofeínová káva.
Defekácia:	Stolica každý deň, hnedá, riedka bez prímesí.
Močenie	Moč číry, svetložltej farby bez možných prímesí a patogénov.
Spánok:	Pacient niekedy máva problémy so spánkom- nemôže zaspať. V noci spáva 6-7 hodín.
Mobilita:	Pacient je mobilný s čiastočne obmedzeným pohybom.
Bolesť:	Pacient udáva bolesti v oblasti Ca DU, hlavy a celého tela, ide o onkologickú bolesť. Ordinovaný Bupretec 35 mg (transdermálna náplasť). Cíti sa unavený a slabý, bez energie.
Zmyslové vnímanie:	Pacient slabšie počuje, používa okuliare na čítanie (+3), ťažko sa mu rozpráva.
Vierovyznanie:	Rímskokatolícke

***Tab. 4** Hodnotenie zdravotného stavu pomocou hodnotiacich škál - Case study 2*

ADL test	70 bodov	Mierna závislosť
GCS	15 bodov	Pri vedomí
Karnofského index	30%	Obmedzene sebestačný
Knollova stupnica	13	Riziko vzniku dekubitov
MNA	5 bodov	Podvýživa
Numerická škála	7-8	Stredná až silná bolesť

Diskusia

Poskytovanie kvalitnej paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti je orientované na pacienta, kde by mali byť splnené a dodržané všetky jeho priania a želania, preto by sa mala niesť v prospešnosti, bezpečnosti, spoľahlivosti, správne nastavenom časovom úseku a efektívnosti (7).

Po analýze oboch prípadových štúdii môžeme medzi špecifiká paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti u oboch pacientov v domácom prostredí zaradiť: zabezpečiť kvalitu starostlivosti o pacienta na čo najvyššej úrovni, zmierniť bolesť a utrpenie pomocou farmakologických a nefarmakologických postupov, pri poskytovaní starostlivosti postupovať komplexne, holisticky a riadiť sa etickými princípmi, starostlivosť poskytnúť aj rodine chorého, udržiavať komunikáciu s pacientom a jeho rodinou.

Čiastkovým cieľom bolo určiť najčastejšie aktuálne problémy pacienta. V prvej kazuistike sme zistili, že v rámci uspokojovania biologických potrieb, bolo dôležité sa sústrediť na potrebu dýchania, potrebu výživy, spánku, vyprázdňovania, tíšenia bolesti a celkovej starostlivosti, predchádzaniu možných rizík a infekcií, kde sme súčasne ošetrili dekubit, nachádzajúci sa v sakrálnej oblasti a zabezpečili celkovú úpravu zovňajšku pacientky. Pri určovaní najčastejších potrieb sa nám potvrdilo (8) že symptómy, ktoré zaťažujú pacienta majú vplyv aj na ich telesné funkcie a môžu sa medzi sebou ovplyvňovať. Preto by bolo vhodné v rámci domácej starostlivosti používať a posudzovať tieto potreby a symptómy, pomocou posudzovacích škál, ktoré sme uviedli práci. Posudzovanie zdravotného stavu pomocou posudzovacích nástrojov môžeme predísť alebo zmierniť možné riziká a komplikácie pri poskytovaní paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta a jeho rodiny (8). V psycho-sociálnej a spirituálnej oblasti sme zistili, že dostatočnou prevenciou proti sociálnej izolácii pacientky je práve opora a podpora rodiny, kde súčasne musí byť aj rodina vyrovnaná a súdržná. Ak nie sú psycho-sociálne potreby uspokojené v rodine, hrozí aj neuspokojenie potrieb u pacientky. V druhej kazuistike, pacient mal úplnú podporu v rodine a kde rodina bola súdržná a trpezlivá. V rámci posudzovania potrieb sme riešili potreby dýchania, vyprázdňovania, výživy, spánku, tíšenia bolesti. Bolesť bola najväčším obťažujúcim symptómom u pacienta. Onkologickí pacienti trpia chronickou a onkologickou bolesťou, ktorá vzniká aj následne počas diagnostikovania protinádorovej liečby a zároveň spôsobuje celkové vyčerpanie a oslabenie organizmu čo ovplyvňuje fungovanie jednotlivca (8). Tento druh bolesti sa vyskytoval u nášho pacienta. Preto sme pacientovi pomohli a navrhli, aby si zaviedol denník, kde si bude zaznamenávať intenzitu, typ bolesti, prípadne vyvolávajúce alebo úľavové faktory.

Druhým čiastkovým cieľom bolo zistiť faktory, ktoré ovplyvňujú kvalitu starostlivosti o pacienta v domácom prostredí. Asociácia sestier a pacientov uvádza, že starostlivosť rodiny o ťažko chorého pacienta je niekedy náročná. Rodina sa musí zmieriť so skutočnosťou, že je tu osoba, ktorá potrebuje pomoc vo forme poskytnutia a zmiernenia bolesti, utrpenia a zachovania kvality života (9). Faktory, ktoré vytvárajú podmienky v domácom prostredí môžeme rozdeliť na pozitívne a negatívne. V rámci prvej kazuistiky sme zistili negatívne faktory ako narušené rodinné vzťahy, nedostatočná komunikácia, stres, znížená fyzická a psychická kondícia rodinného príslušníka, kde v konečnom dôsledku hrozil aj syndrómom vyhorenia. Prirodzenou súčasťou života ľudí sú aj záťažové situácie. Niekedy je dobré prejsť touto záťažou, vďaka ktorej dochádza k vývinu a formovaniu osobnosti(10). Ale, ak záťažová

situácia je nad silu človeka, vtedy nie je možné, aby sa na túto situáciu adaptoval. Vtedy prichádza stres a celková záťaž u človeka. Stres ako stav psychickej záťaže, pochádzajúca a vznikajúca od určitého rušivého faktora, pri ktorej došlo k neuspokojeniu určitej potreby, a tak sa komplikuje uspokojenie a súčasne dosiahnutie samotného cieľa (11). V druhej kazuistike sme negatívne faktory nenašli. Pozitívnym faktorom v druhom prípade bola rodina, ktorá trávila všetok čas s pacientom, čo ovplyvňovalo aj jeho celkový zdravotný stav najmä tým, že nemyslel na bolesť, smútok a samotu. V rodine vládla harmónia a súdržnosť manželky a dcér. Vzájomné a harmonické vzťahy v rodine mali výrazný vplyv na zdravotný stav pacienta a súčasne to ovplyvňuje jeho bio-psychosociálnu aj spirituálnu oblasť. Súčasne aj samotné výskumy potvrdzujú, že pre pacienta a jeho rodinu, je oveľa dôležitejší spôsob komunikácie ako samotný obsah (12). V oboch kazuistikách sme zmapovali efektivitu komunikácie sestry medzi pacientami a rodinou. V oboch kazuistikách sa nám potvrdilo, že dobrá komunikácia medzi sestrou, pacientom a jeho rodinou dokáže nastaviť a poskytnúť starostlivosť a kvalitu života u pacienta na vysokej úrovni. Na vybudovanie dobrého vzťahu sestra - pacient - rodina, je práve efektívna komunikácia, ktorá patrí medzi základné priority udržiavania vzťahovej väzby (8). V niektorých prípadoch je dôležité používať neverbálnu komunikáciu, pri ktorej nie sú potrebné slová, ale postačí pohladenie alebo mimika tváre, ako to bolo aj pri oboch pacientoch. Veľakrát sa stáva, že pacienti nemajú potrebu alebo chuť sa rozprávať. Môže za to napr. bolesť, nedostatok spánku, energie alebo psychosociálne problémy u pacienta. Niekedy samotné pohladenie odkryje a ponúkne pomoc, podporu a oporu pacientovi, rodine a zabezpečí pokojné prežitie posledných chvíľ života u ťažko chorého a jeho rodiny.

Záver

Fenomén smrti, proces umierania a s ním spojená starostlivosť o chorého na konci života preto vždy určitým spôsobom oslovovali a stále oslovujú každého človeka, každú kultúru či civilizáciu. Pacient na konci svojej životnej etapy potrebuje hlavne intervencie, ktoré umožňujú zvládnutie somatických symptómov a poskytujú empatickú, holistickú, komplexnú a sústavnú starostlivosť, ktorá rešpektuje právo jednotlivca na dôstojný život a umieranie. Odstránenie alebo zmiernenie fyzického, psychického utrpenia, existenciálnej a spirituálnej neistoty, zachovanie súkromia umierajúceho, podpora emocionálneho spojenia s rodinou a blízkymi príbuznými či priateľmi sa tak stáva cieľom paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Zoznam použitej literatúry

1. KOŽUCHOVÁ, M. a kol. 2022. *Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti II.* Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-508-4.
2. SMITH, CL. 2021. *What is the Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS).* IN: Quesnel and District Hospice Palliative Care Association [online]. [cit. 11.10.2023]. Dostupné na internete: https://www.qdhpca.org/post/what-is-the-edmonton-symptom-assessment-scale-esas

3. TIRPÁKOVÁ, L. a kol. 2022. *Ošetrovateľstvo v ambulantnej zdravotnej starostlivosti* [online]. Košice: Šafárik Press. [cit. 14.10.2023]. ISBN 978-80-574-0114-8. Dostupné na internete: https://unibook.upjs.sk/sk/osetrovatelstvo/1682-osetrovatelstvo-v-ambulantnej-zdravotnej-starostlivosti
4. MUSCARITOLI, M., CORSARO, E., MOLFINO, A. Awareness of Cancer-Related Malnutrition and Its Management: Analysis of the Results From a Survey Conducted Among Medical Oncologists. In: Front. Oncol [online]. 2021, Vol. 11. doi.org/10.3389/fonc.2021.682999 [cit. 12.10.2023]. Dostupné z: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2021.682999/full
5. KOLEKTÍV AUTOROV. 2019. *Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti.* [online]. [cit. 11.10.2023]. Dostupné na: https://health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standardy/Osetrovatelstvo/KOM_pacienta_v_paliativnej_starostlivosti_u_dospelych.pdf
6. NEMCOVÁ, J. 2013. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti* [online]. Martin: UK Bratislava. [cit. 12.10.2023]. ISBN 978-80-89544-52-3. Dostupné na: https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=237
7. BUDŽGOVÁ, R. 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
8. KURUCOVÁ, R. a kol. 2017. *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti.* Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-457-5.
9. KOLEKTÍV autorov. 2015. *Ako sa postarať o bezvládneho človeka.* Bratislava: Asociácia sestier a pacientov ASAP. ISBN 978-80-972189-0-4.
10. KISVETROVÁ, H. 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
11. VEREŠOVÁ, M. a kol. 2007. *Psychológia.* Martin: Osveta. ISBN 80-8063-239-1.
12. DOBRÍKOVÁ, P., MEŠKOVÁ, B. 2017. *Komunikácia s rodinnými príslušníkmi pacienta v paliatívnej starostlivosti.* In: Paliatívna medicína a liečba bolesti [online]. Roč.10, č.1-2, s. 6-10. [cit.21.10.2023]. ISSN 1339-4193. Dostupné na internete: https://www.solen.sk/storage/file/article/bdde28387caf2107de543c8da04cc41b.pdf

Kontaktná adresa autora:
prof. PhDr. Mgr. Helena Kadučáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: helena.kaducakova@ku.sk

ABSTRAKTY S POSTERMI

MONITORING A HODNOTENIE PLOCHONOŽIA U DETÍ PREDŠKOLSKÉHO VEKU A MLADŠIEHO ŠKOLSKÉHO VEKU

Monitoring and Evaluation of Flat Feet in Children of Preschool Age and Younger School Age

Matúš Kozel, Gabriela Škrečková, Eva Lukáčová

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra fyzioterapie
Faculty of Health Sciences of the University of Prešov in Prešov,
Department of Physiotherapy

Súhrn

Východisko Problematika plochonožia v predškolskom a mladšom školskom veku je v dnešnej dobe veľmi často diskutovanou problematikou. Táto problematika je riešená najmä s ohľadom na zhoršujúcu sa fyzickú zdatnosť a celkový zdravotný stav detí. Nedostatok vhodných senzorických podnetov z chodidla spôsobuje u detí nesprávny vývoj klenby nohy, čo sa neskôr prejaví aj v ostatných častiach podporno-pohybového systému.

Súbor a metodika Do tejto štúdie boli zaradené deti v predškolskom a mladšom školskom veku v rozmedzí päť až deväť rokov. Monitoring bol vykonaný na Základnej škole s materskou školou Župčany, kde bolo vyšetrených spolu 89 deti / 178 chodidiel (52 detí základnej školy a 37 detí v predškolskom ročníku materskej školy). Na vyšetrenie stavu nožnej klenby sme použili vyšetrovací prístroj podoskop. Na hodnotenie odtlačkov sme použili subjektívnu metódu Chipaux – Šmířák. Pri každom dieťati sú vždy porovnávané obe chodidlá. Výsledky boli vyhodnotené popisnou štatistikou.

Výsledky Zistili sme, že 70,79 % všetkých probandov má normálne tvarovanú pozdĺžnu klenbu na oboch chodidlách. V predškolskom ročníku percentuálna hodnota normálneho klenutia na oboch chodidlách značí 64,86 % všetkých detí. U detí základnej školy táto hodnota dosahuje 73,08%. Medzi škôlkarmi a školákmi sa vyskytla aj vysoká noha, ktorá bola zistená na oboch chodidlách u 8 z 89 detí. Plochá noha sa na oboch chodidlách vyskytuje u 6,74 % všetkých zúčastnených. 8,11 % detí materskej školy má plochú nohu na oboch chodidlách. U 5,77 % žiakov základnej školy bolo zistené bipedalné plochonožie.

Záver Klenba nohy sa tvaruje spolu s vekom dieťaťa. Nedá sa však jednoznačne povedať, že vždy za každých okolností sa vytvaruje do fyziologicky správneho tvaru. V materskej škole prevažuje plochá noha, pretože sa deťom navštevujúcim toto zariadenie ešte klenba nestihla úplne vyformovať. Treba brať do úvahy, ktorý ročník deti navštevujú. U žiakov mladšieho školského veku, t. j. prvý až štvrtý ročník, je známy výskyt všetkých troch druhov klenby nohy.

Kľúčové slová Plochá noha. Predškolský vek. Mladší školský vek.

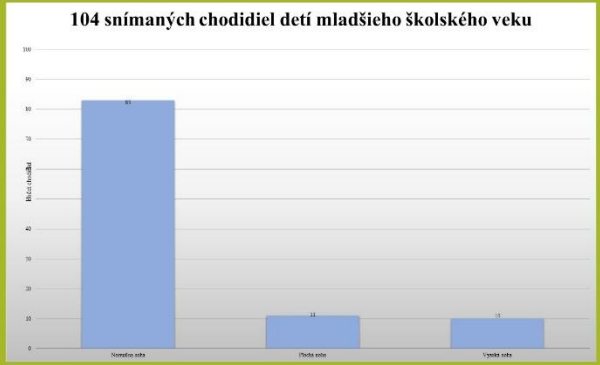
Monitoring a hodnotenie plochonožia u detí predškolského veku a mladšieho školského veku

Fakulta zdravotníckych odborov Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra fyzioterapie

M. Kozel, G. Škrečková, E. Lukáčová, C. Grus,

Východisko: Problematika plochonožia v predškolskom a mladšom školskom veku je v dnešnej dobe veľmi často diskutovanou problematikou. Táto problematika je riešená najmä s ohľadom na zhoršujúcu sa fyzickú zdatnosť a celkový zdravotný stav detí. Nedostatok vhodných senzorických podnetov z chodidla spôsobuje u detí nesprávny vývoj klenby nohy, čo sa neskôr prejaví aj v ostatných častiach podporno-pohybového systému.

Súbor a metodika Do tejto štúdie boli zaradené deti v predškolskom a mladšom školskom veku v rozmedzí päť až deväť rokov. Monitoring bol vykonaný na Základnej škole s materskou školou Župčany, kde bolo vyšetrených spolu 89 deti / 178 chodidiel (52 detí základnej školy a 37 detí v predškolskom ročníku materskej školy). Na vyšetrenie stavu nožnej klenby sme použili vyšetrovací prístroj podoskop. Na hodnotenie odtlačkov sme použili subjektívnu metódu Chipaux – Šmířák. Pri každom dieťati sú vždy porovnávané obe chodidlá. Výsledky boli vyhodnotené popisnou štatistikou.



Výsledky Zistili sme, že 70,79% všetkých probandov má normálne tvarovanú pozdĺžnu klenbu na oboch chodidlách. V predškolskom ročníku percentuálna hodnota normálneho klenutia na oboch chodidlách značí 64,86% všetkých detí. U detí základnej školy táto hodnota dosahuje 73,08%. Medzi škôlkarmi a školákmi sa vyskytla aj vysoká noha, ktorá bola zistená na oboch chodidlách u 8 z 89 detí. Plochá noha sa na oboch chodidlách vyskytuje u 6,74% všetkých zúčastnených. 8,11% detí materskej školy má plochú nohu na oboch chodidlách. U 5,77% žiakov základnej školy bolo zistené bipedalné plochonožie.

Záver Klenba nohy sa tvaruje spolu s vekom dieťaťa. Nedá sa však jednoznačne povedať, že vždy za každých okolností sa vytvaruje do fyziologicky správneho tvaru. V materskej škole prevažuje plochá noha, pretože sa deťom navštevujúcim toto zariadenie ešte klenba nestihla úplne vyformovať. Treba brať do úvahy, ktorý ročník deti navštevujú. U žiakov mladšieho školského veku, t. j. prvý až štvrtý ročník, je známy výskyt všetkých troch druhov klenby nohy.

Summary

Background: The problem of flat feet in preschool and younger school age is nowadays a very often discussed issue. This problem is solved especially with regard to the deteriorating physical fitness and overall health of children. The lack of suitable sensory stimuli from the foot causes incorrect development of the arch of the foot in children, which later manifests itself in other parts of the support-movement system.

File and methodology: This study included preschool and younger school-aged children between five and nine years old. The monitoring was carried out at the Župčany Elementary School and Kindergarten, where a total of 89 children / 178 feet were examined (52 elementary school children and 37 children in the preschool year of kindergarten). To examine the condition of the arch of the foot, we used the examination device podoscope. We used the subjective Chipaux-Šmířák method to evaluate the prints. For each child, both feet are always compared. The results were evaluated by descriptive statistics.

Results: We found that 70.79% of all probands have a normally shaped longitudinal arch on both feet. In the preschool year, the percentage value of normal arching on both feet is 64.86% of all children. For elementary school children, this value reaches 73.08%. High leg also occurred among kindergarteners and schoolchildren, which was detected on both feet in 8 out of 89 children. Flat feet occur on both feet in 6.74% of all participants. 8.11% of kindergarten children have flat feet on both feet. 5.77% of elementary school students were found to have bipedal flat feet.

Conclusion: The arch of the foot takes shape along with the age of the child. However, it cannot be said unequivocally that it is always formed into the physiologically correct shape under all circumstances. In the kindergarten, flat feet predominate, because the arch has not yet fully formed for the children attending this facility. It is necessary to take into account which year the children attend. For pupils of younger school age, i.e. j. first to fourth year, the occurrence of all three types of arch of the foot is known.

Keywords: Flat foot. Preschool age. Younger school age.

Kontakt:

PhDr. Matúš Kozel, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníckych odborov

Katedra fyzioterapie

Partizánska 1

Prešov 080 01

E-mail: matus.kozel@unipo.sk

VPLYV PROSTREDIA NA DRŽANIE TELA DETÍ STARŠIEHO ŠKOLSKÉHO VEKU

The Influence of the Environment on the Posture of Older School-Age Children

Eva Lukáčová[1], Gabriela Škrečková[1], Jana Cinová[2]

[1]Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra fyzioterapie
[2]Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Úvod: Posturálne vyšetrenie je základom diagnostiky a zahŕňa statické a dynamické pozorovanie dieťaťa. Považuje sa za jednu z najdôležitejších častí fyzioterapeutického vyšetrenia, a preto je základom správnej diagnózy a podkladom pre stanovenie preventívnych opatrení alebo vhodných liečebných postupov.

Cieľ: Štúdia bola zameraná na funkčný stav detí v školskom veku. Zaoberala sa základnými príčinami a vznikom dysfunkcií pohybového aparátu, svalových dysbalancií, posturálnych porúch a funkčných porúch u detí staršieho školského veku.

Metódy: Štúdia bola realizovaná na vybraných základných školách na východnom Slovensku, v prešovskom a košickom kraji. Do štúdie boli zaradené deti z mestského a vidieckeho prostredia. Na základe písomného súhlasu sme vyšetrili 453 detí. Hodnotili sme kvalitu posturálneho systému podľa Jaroša a Lomničku, prítomnosť skrátených a oslabených svalov podľa Jandu. Štandardizované merania boli doplnené o demografické dáta ako je vek, pohlavie. Deti z mestského prostredia dosahovali vo všetkých hodnotených parametroch v priemere vyššie hodnoty, čo poukazuje na väčšie odchýlky v jednotlivých zložkách držania tela.

Výsledky: Štatisticky významný rozdiel bol zistený pri vyšetrení svalovej sily gluteálnych svalov l.dx. ($p = 0,03$), gluteálnych svalov l.sin. ($p \leq 0,001$), pričom deti z mestského prostredia mali v priemere nižšiu svalovú silu. Štatisticky významné rozdiely boli zistené pri hodnotení m. trapesius l.dx. na hladine významnosti $p = 0,04$, m. trapesius l.sin. na hladine významnosti $p \leq 0,000$, pričom vyššie priemerné hodnoty boli zistené u detí z mestského prostredia.

Záver: Deti z vidieckeho prostredia vykazujú lepšie výsledky v oblasti držania tela a vykazujú menej posturálnych porúch ako deti z mestského prostredia.

Kľúčové slová: Školský vek. Posturálne poruchy. Svalová nerovnováha.

VPLYV PROSTREDIA NA DRŽANIE TELA DETÍ STARŠIEHO ŠKOLSKÉHO VEKU

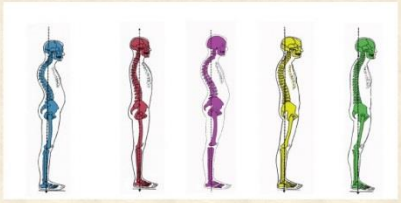
Lukáčová E .[1], Škrečková G.[1], Cinová J. [2]

[1]*Prešovská univerzita v Prešove. Fakulta zdravotníckych odborov. Katedra fyzioterapie*

[2]*Prešovská univerzita v Prešove. Fakulta zdravotníckych odborov. Katedra ošetrovateľstva*

Úvod: Posturálne vyšetrenie je základom diagnostiky a zahŕňa statické a dynamické pozorovanie dieťaťa. Považuje sa za jednu z najdôležitejších častí fyzioterapeutického vyšetrenia, a preto je základom správnej diagnózy a podkladom pre stanovenie preventívnych opatrení alebo vhodných liečebných postupov.

Cieľ: Štúdia bola zameraná na funkčný stav detí v školskom veku. Zaoberala sa základnými príčinami a vznikom dysfunkcií pohybového aparátu, svalových dysbalancií, posturálnych porúch a funkčných porúch u detí staršieho školského veku.



Obr. 1 Držanie tela https://portsidephysiotherapy.com.au/posture-and-dance/

Tab. 1 Držanie tela v závislosti od prostredia v ktorom deti žijú

prostredie * postojové štandardy podľa Kleina, Thomasa modifikované Mayerom							
Hodnotený segment	Prostredie	N	Mean	Std.deviation	Std.Error Mean	t	p
PŠ 1	mesto	255	2,6392	,78069	,04889	3,206	0,001
	vidiek	198	2,3990	,80443	,05717		p<0,001
PŠ2	mesto	255	2,6824	,72435	,04536	4,490	0,000
	vidiek	198	2,3687	,75430	,05361		p<0,001
PŠ 3	mesto	255	2,6980	,78807	,04935	2,544	0,011
	vidiek	198	2,5051	,81700	,05806		p<0,05
PŠ 4	mesto	255	3,0000	,78369	,04908	5,227	0,000
	vidiek	198	2,5909	,87800	,06240		p<0,001
PŠ 5	mesto	255	2,7961	,73548	,04606	1,909	0,057
	vidiek	198	2,6515	,87537	,06221		p>0,05
PŠ spolu	mesto	255	3,1569	,63285	,03963	4,564	0,000
	vidiek	198	2,8889	,60268	,04283		p<0,001
PŠ 6	mesto	255	2,8235	,72378	,04532	5,148	0,000
	vidiek	198	2,4646	,75149	,05341		p<0,001

Výsledky: Štatisticky významný rozdiel bol zistený pri vyšetrení svalovej sily gluteálnych svalov l.dx. ($p = 0,03$), gluteálnych svalov l.sin. ($p \leq 0,001$), pričom deti z mestského prostredia mali v priemere nižšiu svalovú silu. Štatisticky významné rozdiely boli zistené pri hodnotení m. trapesius l.dx. na hladine významnosti $p = 0,04$, m. trapesius l.sin. na hladine významnosti $p \leq 0,000$, pričom vyššie priemerné hodnoty boli zistené u detí z mestského prostredia.

Záver: Deti z vidieckeho prostredia vykazujú lepšie výsledky v oblasti držania tela a vykazujú menej posturálnych porúch ako deti z mestského prostredia.

Kľúčové slová: školský vek, posturálne poruchy, svalová nerovnováha.

Metódy: Štúdia bola realizovaná na vybraných základných školách na východnom Slovensku, v prešovskom a košickom kraji. Do štúdie boli zaradené deti z mestského a vidieckeho prostredia. Na základe písomného súhlasu sme vyšetrili 453 detí. Hodnotili sme kvalitu posturálneho systému podľa Jaroša a Lomničku, prítomnosť skrátených a oslabených svalov podľa Jandu. Štandardizované merania boli doplnené o demografické dáta ako je vek, pohlavie. Deti z mestského prostredia dosahovali vo všetkých hodnotených parametroch v priemere vyššie hodnoty, čo poukazuje na väčšie odchýlky v jednotlivých zložkách držania tela.

Obr. 2 Správny a nesprávny sed https://www.penrosetherapy.com/news/btsposturetips

Tab. 2 Prítomnosť oslabených svalových skupín v závislosti od prostredia v ktorom deti žijú

prostredie * oslabené svalové skupiny							
	prostredie	N	Mean	Std.deviation	Std.Error Mean	t	p
m.rectus abdominis	mesto	255	4,5686	,62918	,03940	1,370	0,171
	vidiek	198	4,4747	,82896	,05891		p>0,05
flexory krku	mesto	255	4,5333	,58007	,03633	-,279	0,780
	vidiek	198	4,5505	,73005	,05188		p>0,05
adduktory lopatiek l.dx	mesto	255	4,5569	,52092	,03262	3,403	0,001
	vidiek	198	4,3384	,83796	,05955		p<0,01
adduktory lopatiek l.sin	mesto	255	4,5373	,52270	,03273	1,516	0,130
	vidiek	198	4,4495	,70888	,05038		p>0,05
gluteálne svaly l.dx	mesto	255	4,2706	,62219	,03896	-2,244	0,025
	vidiek	198	4,4192	,78762	,05597		p<0,05
gluteálne svaly l.sin	mesto	255	4,2745	,61728	,03866	-3,316	0,001
	vidiek	198	4,4848	,73164	,05200		p<0,01

Abstract

Introduction: Postural examination is the basis of diagnosis and includes static and dynamic observation of the child. It is considered to be one of the most important parts of the physiotherapeutic examination and is therefore the basis for a correct diagnosis and the basis for determining preventive measures or appropriate treatment procedures.

Aim: The study focused on the functional status of school-aged children. It dealt with the underlying causes and development of musculoskeletal dysfunctions, muscular imbalances, postural disorders and functional disorders in older school-aged children.

Methods. Children from urban and rural environment were included in the study. Based on written consent, 453 children were examined. We evaluated the quality of the postural system according to Jaroš and Lomnička, the presence of shortened and weakened muscles according to Janda. Standardized measurements were supplemented with demographic data such as age, sex. Children from urban environment scored on average higher values in all the parameters assessed, indicating greater variation in the individual components of posture.

Results: Statistically significant difference was found in the examination of gluteal muscle strength l.dx. ($p = 0.03$), gluteal muscles l.sin. ($p \leq 0.001$), while children from urban environment had on average lower muscle strength. Statistically significant differences were found when assessing m. trapesius l.dx. at the significance level of $p = 0.04$, m. trapesius l.sin. at the significance level of $p \leq 0.000$, with higher mean values found in children from urban environments.

Conclusion: Children from rural backgrounds show better postural outcomes and exhibit fewer postural disturbances than children from urban backgrounds.

Keywords: School age. Postural disorders. Muscular imbalance.

Konatakt:
PhDr. Eva Lukáčová, PhD.
Katedra fyzioterapie
Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove
Partizánska 1
08001 Prešov 1
E-mail: eva.lukacova@unipo.sk

ABSTRAKTY

DYNAMICKÉ A FUNKČNÉ SÚVISLOSTI MEDZI KRČNOU CHRBTICOU A RAMENNÝM KĹBOM

Zuzana Hudáková[1,2], Ivana Aštaryová[1], Jozef Kobela[1]

[1]Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku
[2]Vysoká škola polytechnická v Jihlave

Abstrakt

Krčná chrbtica je najpohyblivejším úsekom chrbtice, pričom jej preťaženie sa prejavuje lokálnou bolesťou i bolesťou susedných oblastí, vertigom, tinnitom, či parestéziami horných končatín. Vplyvom svalovej aktivity typu horného skríženého syndrómu nastáva decentrácia hlavice, a tým aj reedukácia v stereotype abdukcie ramenného kĺbu. Neurálna terapia Hunekeovcov patrí do skupiny reflexných liečebných metód, pričom terapeuticky ovplyvňuje vegetatívny nervový systém za účelom „blokád“, kedy ide o obnovu rovnováhy. Neurálna terapia v kombinácii s manuálnou terapiou má svoje opodstatnenie až v 80% akútnych prípadov pri vertebrogénnych ochoreniach. Variabilita srdcovej frekvencie umožňuje zhodnotiť a verifikovať aktivitu sympatika, parasympatika i aktivitu baroreceptorov.

Kľúčové slová: Krčná chrbtica. Ramenný kĺb. Variabilita srdcovej frekvencie. Neurálna terapia. Manuálna terapia.

Abstract

The cervical spine is the most mobile part of the spine, and its overload is manifested by local pain and pain in neighboring areas, vertigo, tinnitus, or paresthesias of the upper limbs. Due to the influence of muscle activity of the type of upper crossed syndrome, decentration of the head occurs, and thus also re-education in the stereotype of abduction of the shoulder joint. Neural therapy of the Hunekes belongs to the group of reflexive treatment methods, while it therapeutically affects the vegetative nervous system for the purpose of "blockages", when it comes to restoring balance. Neural therapy in combination with manual therapy is justified in up to 80% of acute cases of vertebrogenic diseases. The variability of the heart rate makes it possible to evaluate and verify the activity of sympathetic, parasympathetic and baroreceptor activity.

Keywords: Cervical spine. Shoulder joint. Heart rate variability. Neural therapy. Manual therapy.

Kontakt:
Doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Katedra fyzioterapie
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

RACIONÁLNA A ŠETRNÁ TERAPIA ONYCHOMYKÓZY CESTOU CHIROPODICKEJ AMBULANCIE

Rational and Gentle Therapy of Onychomycosis Through a Podiatric Clinic

Miriam Šefranková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, SK

Ochorenie spôsobené mikroskopickými hubami (nesprávne “plesňami“) patrí medzi najčastejšie kožné infekcie a ich výskyt má stúpajúcu tendenciu. Dermatomykózy postihujú kožu, nechty, prípadne vlasy. I keď je najsprávnejšie označovať infekciu podľa identifikovaného vyvolávateľa, častejšie sa používa všeobecné latinské označenie “tinea“ doplnené o určenie lokalizácie postihnutia (napr. tinea unguium, tinea pedis a pod.) .

Onychomykóza, mykotické ochorenie nechtov, je jedným z najčastejších dermatologických ochorení. Predstavuje 1/3 mykotických kožných infekcií. Najvýznamnejší pôvodcovia dermatomykóz sú *Trichophyton, Epidermophyton, Microsporum.* Antropofilnému dermatofytu *Trichophyton rubrum* patrí v celej Európe prvá proporčná pozícia. Významné zastúpenie má taktiež *Trichophyton interdigitalis.* Napriek tvrdeniam, že mykózy vyvolané zoofilnými dermatofytmi sa častejšie vyskytujú v južných krajinách, v ostatnom čase zaznamenávame aj u nás, hlavne u detí nárast zoofilných infekcií vyvolanými *Microsporum canis.* Podobný trend uvádza i Česká republika.

K dosiahnutiu väčšej záchytnosti je potrebný správny odber, pred ktorým nechty nesmú byť najmenej mesiac ničím ošetrené, nalakované ani čerstvo odlakované. Významné zastúpenie má taktiež mikroskopické vyšetrenie, pri ktorom v materiáli macerovanom v KOH pozorujeme mykotické vlákna. Najdôležitejšie je kultivačné vyšetrenie trvajúce 3 - 4 týždne. Následné dourčenie je ale v niektorých prípadoch zdĺhavé. Veľkým prínosom pre identifikáciu je využitie spektrometrie MALDI-TOF a to i napriek tomu, že metodika je časovo veľmi náročná. Jej výsledky sa však s PCR zhodujú takmer v 70 %.

Mikroskopické a kultivačné vyšetrenie je predpokladom pre správnu terapiu. Lokálna antimykotická liečba spočíva v aplikácii pasty, roztokov či sprejov. Používa sa jód a jeho deriváty, organické farbivá, hydoxichinolíny, síra a jej zlúčeniny. V systémovej terapii sa veľmi priaznivo uplatňuje Terbinafin, ktorý je však účinný skôr u dermatofytov ako u kvasiniek. Pri systémovej liečbe je ale najzávažnejším vedľajším účinkom pečeňová toxicita. Neliečená onychomykóza však môže viesť k vzniku erysipelu a rozvoju diabetickej nohy. Šetrnou alternatívou je fotodynamická terapia. Osvecovaním pomocou vysokovýkonnej LED lampy sa naruší gélom sfarbená bunková stena huby, ktorej ďalší rast je tak znemožnený. Takúto

možnosť poskytujú podiatrické ambulancie, respektíve diabetologické podológie. V tomto prípade je vyšetrenie ekonomicky náročnejšie, keďže dané výkony nie sú hradené zdravotnou poisťovňou. Slovensko je jednou z posledných krajín Únie, kde takéto ambulancie absentujú. Ako mykológ aktívne spolupracujem s ojedinelou chiropodiatrickou ambulanciou, ktorá je jediná na Slovensku a tak môžem konštatovať, že odborná starostlivosť, ktorá sa v nej poskytuje, je pre pacientov obrovským prínosom. Podľa údajov Národného centra zdravotníckych informácií prichádza u nás o končatinu, prípadne jej časť až polovica pacientov so syndrómom diabetickej nohy. V českej republike je to len štvrtina. Uvedomenie si tejto skutočnosti je tak pre nás veľkou motiváciou v boji o realizáciu kvalitnej siete podiatrických ambulancií.

Kľúčové slová: mikroskopické huby, *Trichophyton rubrum,* onychomykóza, podológia, terapia

Diseases caused by microscopic organisms - fungi (incorrectly "molds") - belong among the most common skin infections and studies show an increasing trend in their occurrence.
Dermatomycoses are fungal infections which affect the skin, nails, or hair. Even though the best practices state that naming an infection should be based on identified trigger, the *Latin word "tinea"* followed by the area of the body (e.g. tinea unguium, tinea pedis) is used more frequently.

Onychomycosis, a fungal nail disease, is one of the most common dermatological diseases. It actually represents 1/3 of fungal skin infections. The most important causative agents of dermatomycoses are *Trichophyton, Epidermophyton, Microsporum*. The first proportional position in Europe belongs to the anthropophilic dermatophyte *Trichophyton rubrum.*

Trichophyton interdigitale is also significantly represented. Despite claims that incidence of mycoses caused by zoophilous dermatophytes is higher in tropical countries, we have also recently recorded, mainly in children, an increase in zoophilic infections caused by *Microsporum canis*. The Czech Republic reports a similar trend.

To get the most exact result a correct sampling must be carried out. The nails must not be treated in a way at least a month before sampling which means that nail polish can neither be applied nor removed at minimum a month before sampling. Microscopic examination during which fungal fibers are observed in the material macerated in KOH plays an important role as well. The most important is culture examination lasting 3 – 4 weeks. However, subsequent determination can be in some cases lengthy. MALDI-TOF spectrometry is of great use in identification of microorganisms from culture, despite the fact that the methodology is very time-consuming. However, these results match PCR in almost 70%.

Microscopic and culture examination is a prerequisite for proper therapy. Local antifungal treatment comprises application of pastes, solutions or sprays. Iodine and its derivatives are used as well as organic dyes, hydroxyquinolines, sulfur and its compounds. In systemic therapy Terbinafine shows favourable results, but it is more effective against dermatophytes than against yeast. With systemic treatment the most serious side effect is liver toxicity.
However, untreated onychomycosis can lead to the development of erysipelas and diabetic foot. Photodynamic therapy is a great non-invasive alternative. Under the influence of the light of a high performance LED lamp fungal cell wall stained with gel is disrupted which paralyzes its further growth. Such an option is provided by podiatry and chiropody clinics. In this case, it is more economically demanding, since the given performances are not covered by health insurance company. Slovakia is one of the last countries in the Union where there are not such clinics. As a mycologist, I actively cooperate with unique podiatry in Slovakia and that is why I can say that the professional care provided in it is of a real benefit for our patients. *Based* on *data* collected by the *National Centre for Health* Statistics almost half of all patients with diabetic foot syndrome end up losing a limb or foot compared to one third of patients with the same diagnosis in the Czech Republic. Awareness of this situation has become a strong motivation for us to create a network of a high quality podiatric outpatient departments.

Keywords: Microscopic fungi. *Trichophyton rubrum.* Onychomycosis. Podiatry. Therapy.

Kontakt:
RNDr. Miriam Šefranková
Katedra laboratornych vyšetrovacich metod
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: miriamsefrankova@azet.sk

VÝZNAM ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI V LIEČBE SENIOROV

The Importance of Health Literacy in the Treatment of Seniors

Katarína Zrubáková, Mariana Magerčiaková

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberok

Abstrakt

Úvod: Zdravotná gramotnosť je v súčasnosti považovaná za jeden zo spôsobov ako predchádzať zdravotným problémom a chrániť zdravie, ale aj ako organizovať neočakávané situácie alebo problémy týkajúce sa zdravotného stavu. U seniorov je to schopnosť porozumieť inštrukciám zameraných na realizáciu preventívnych činností a spoluprácu v liečbe ochorení. Vo vyššom veku sa však stretávame s rôznymi špecifikami/faktormi, ktoré môžu zdravotnú gramotnosť ovplyvniť. K hlavným špecifikám seniorskej populácie je jej vulnerabilita, rôznorodosť a skutočnosť, že podiel jednotlivcov s limitovanou úrovňou zdravotnej gramotnosti presahuje priemer celej populácie. Zdravotnú gramotnosť ovplyvňujú aj rôzne faktory súvisiace s demografickými charakteristikami, ale zmenami v procese starnutia a zdravotným stavom seniora (ochorenia, geriatrické syndrómy).

Cieľom príspevku je prezentovať poznatky z výskumov zameraných na zdravotnú gramotnosť vo vyššom veku a opísať význam zdravotnej gramotnosti pre efektívnu farmakologickú a nefarmakologickú liečbu seniorov.

Metodológia: hlavnou metódou bola obsahová analýza. Zamerali sme sa na výskumné správy, vedecké a odborné práce zaoberajúce sa témou zdravotná gramotnosť seniorov, zdravotná gramotnosť a compliance pri liečbe.

Výsledky: analýzou výsledkov výskumov sme zistili, že seniori majú záujem o získavanie informácii týkajúcich sa zdravia, ale až 74% seniorov uviedlo, že posúdiť výhody a nevýhody rôznych možností liečby je pre nich náročné. Identifikovali sme aj následky limitovanej zdravotnej gramotnosti- zhoršený zdravotný stav, absencia účasti na preventívnych prehliadkach a skríningových vyšetreniach, zvýšené náklady na zdravotnú starostlivosť. Analýzou vedeckých a odborných publikácii sme zistili, v ktorých oblastiach liečebno-preventívnej starostlivosti o seniorov má zdravotná gramotnosť najväčší význam. Pri farmakologickej liečbe je to schopnosť porozumieť významu dodržiavania rozpisu podávania liekov, informovanie o nežiaducich účinkoch liečiv, uvážlivé nakupovanie voľnopredajných liečiv. Pri nefarmakologickej liečbe je to predovšetkým dodržiavanie ordinovanej diéty, primeraná pohybová aktivita, správna technika cvičení, účelné využívanie fytoterapie.

Kľúčové slová: Zdravotná gramotnosť. Senior. Faktory ovplyvňujúce zdravotnú gramotnosť. Liečba seniorov

Abstract

Introduction: Health literacy is currently considered one of the ways to prevent health problems and protect health, but also how to organize unexpected situations or problems related to health. In the case of seniors, it is the ability to understand instructions aimed at the implementation of preventive activities and cooperation in the treatment of diseases. At an older age, we encounter various specifics/factors that can affect health literacy. The main specificities of the senior population are its vulnerability, diversity and the fact that the share of individuals with a limited level of health literacy exceeds the average of the entire population. Health literacy is also influenced by various factors related to demographic characteristics, but also changes in the aging process and the health status of the senior (diseases, geriatric syndromes).

The aim of the contribution is to present findings from research focused on health literacy in the elderly and to describe the importance of health literacy for effective pharmacological and non-pharmacological treatment of seniors.

Methodology: the main method was content analysis. We focused on research reports, scientific and professional works dealing with the topic of health literacy of seniors, health literacy and compliance with treatment.

Results: by analyzing the research results, we found that seniors are interested in obtaining health-related information, but up to 74% of seniors said that assessing the advantages and disadvantages of different treatment options is difficult for them. We also identified the consequences of limited health literacy - deteriorated health status, absence of participation in preventive and screening examinations, increased costs of health care. By analyzing scientific publications and research results, we found out in which areas of therapeutic and preventive care for senior's health literacy has the greatest importance. In the case of pharmacological treatment, it is the ability to understand the importance of following the medication administration schedule, informing about the side effects of drugs, and judicious purchasing of over-the-counter drugs. In the case of non-pharmacological treatment, it is primarily adherence to a prescribed diet, adequate physical activity, proper exercise technique, and effective use of phytotherapy.

Keywords Health literacy. Senior. Factors affecting health literacy. Treatment of seniors

Kontakt:
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

VYUŽITIE METÓDY APPP V REHABILITÁCIÍ

Use of the APPP Method in Rehabilitation

Ivana Aštaryová[1,2], Jozef Kobela[1,2], Zuzana Hudáková[1,2]

[1]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
[2]Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok- FN

Úvod: Metóda Autoreflexné prenatálne, postnatálne terapeutické polohy (APPP) vychádza zo psychomotorického vývoja človeka od prenatálneho vývoja, čiže pohybu spermie, až k postnatálnemu k bipedálnej lokomócií. Pacient je vedený do terapeutickej polohy, pri ktorej dochádza k uvedomelej izometrickej aktivácií kostrového svalstva po určité časové trvanie. Poloha a jej aktivácia vysiela podnety do mozgu, a tým aktivuje prirodzené a vrodené schopnosti pacienta.
Cieľ: Poukázať na možnosti reflexnej liečby z vývojovej kineziológie u pacienta po mozgovej príhode.
Metóda: Metódou prieskumu sme si zvolili kazuistiku 64- ročnej pacientky po hemoragickej CMP do hypothalamu l.sin.. Pacientka s pocitom ťažkej hornej končatiny a nestabilnej chôdze bola liečená fyzioterapiou s prvkami metódy APPP.
Výsledok: Pacientka po fyzioterapeutickej liečbe s prvkami APPP zlepšila dynamiku chôdze a došlo k zlepšeniu úchopovej funkcií ruky.
Záver: Pri včasnej fyzioterapeutickej liečbe stimuláciou v rámci APPP sa opakovaním stáva základ aktívneho pohybu a neuroplasticity, a tým sme schopní aj pri porušenej motorickej funkcií pohyb aktivovať.

Kľúčové slová: APPP. Cievna mozgová príhoda. Fyzioterapia.

Introduction: The Autoreflexive prenatal, postnatal therapeutic positions (APPP) method is based on the psychomotor development of a person from prenatal development, i.e. sperm movement, to postnatal bipedal locomotion. The patient is led into a therapeutic position, during which there is conscious isometric activation of the skeletal muscles for a certain period of time. The position and its activation sends stimuli to the brain and thus activates the natural and innate abilities of the patient.

Aim: To point out the possibilities of reflexive treatment from developmental kinesiology in a patient after a stroke.
Method: We chose the case study of a 64-year-old female patient after a hemorrhagic CMP to the hypothalamus l.sin.. The patient with a feeling of heaviness in the upper limb and unstable walking was treated with physiotherapy with elements of the APPP method.
Result: After physiotherapy treatment with elements of APPP, the patient improved her walking dynamics and the grasping functions of her hand improved.
Conclusion: In early physiotherapy treatment with stimulation within APPP, repetition becomes the basis of active movement and neuroplasticity, and thus we are able to activate movement even with impaired motor function.

Keywords: APPP. Stroke. Physiotherapy.

Kontakt:
Mgr. Ivana Aštaryová, PhD.
Katedra fyzioterapie
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: ivana.astaryova@ku.sk

EXPERTNÉ A TERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI V REHABILITÁCII

Jozef Kobela[1,2], Ivana Aštaryová[1,2], Katarína Ondrejková[1,2]

[1]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
[2]Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok- FN

Abstrakt:

Úvod: Neurálna terapia podľa bratov Hunekeovcov (NTH) je terapeutickým ovplyvňovaním vegetatívneho nervového systému, a to za účelom obnovenia rovnováhy pomocou použitia lokálneho anestetika.

Cieľ: Poukázať na možnosti fyzioterapeutickej liečby pomocou ovplyvnenia vegetatívneho systému.

Metóda: Metódou prieskumu bola prípadová štúdia 20- ročnej pacientky liečenej ambulantnou formou neurologického urgentného príjmu ako tetanický syndróm s aplikáciou opakovanej infúznej terapie s axiálnou tremorovou reakciou lateralizovanou na pravých končatinách. Pri fyzioterapeutickom vyšetrení zistená porucha axiálnej tiaže s torpídnym vertiginóznym syndrómom hlavne v polohe vľavo.

Výsledok: Pri vyšetrení sme sa zamerali na axiálnu svalovú stabilizáciu od postavenia panvy až po segmenty C- chrbtice, kde podstatnou mierou a príčinou ako i spúšťacím momentom axiálna dekompenzácia panvového kruhu so svalovým reťazcom- m. transversus abd. NTH infiltrácia apendikálneho bodu ako zdroja informačného toku, Mesocain 2ml, stabilizácia C- Th prechodu a vzhľadom na kyfotický vzrat C- chrbtice bola prevedená mobilizácie C- C prechodu s facilitáciou pohľadom s PIR extenzorov C- chrbtice s následnou manipuláciou do segmentu C2, dochádza k sekundovému fenoménu. Po prevedení stabilizácia pacientky so sekundovým fenoménom.

Záver: Cieleným vyšetrením a zistením spúšťového mechanizmu dochádza k dekompenzácií jadra tela primárnou blokádou Th-L prechodu a SI l.sin posunu a cez HSS a svalové reťazce až do krátkych extenzorov C- chrbtice.

Kľúčové slová: Fyzioterapia. Lokálne anestetikum. Neurálna terapia.

Abstract:

Introduction: Neural therapy according to the Huneke brothers (NTH) is a therapeutic influence on the autonomic nervous system in order to restore balance using a local anesthetic.

Aim: To point out the possibilities of physiotherapeutic treatment by influencing the vegetative system.

Method: The research method was a case study of a 20-year-old female patient treated as a tetanic syndrome in an outpatient neurological emergency department with the application of repeated infusion therapy with an axial tremor reaction lateralized on the right limbs. During the physical therapy examination, an axial weight disorder with torpid vertiginous syndrome was detected, mainly in the left position.

Result: During the examination, we focused on axial muscle stabilization from the position of the pelvis to the segments of the C-spine, where the axial decompensation of the pelvic ring with the muscle chain- m is the main cause and the triggering moment. transversus abd. NTH infiltration of the appendiceal point as a source of information flow, Mesocain 2ml, stabilization of the C-Th transition and, due to the kyphotic return of the C-spine, mobilization of the C-C transition was carried out with facilitation by looking with the PIR of the C-spine extensors with subsequent manipulation to the C2 segment, there is second phenomenon. After the procedure, stabilization of the patient with the second phenomenon.

Conclusion: Targeted examination and detection of the trigger mechanism leads to decompensation of the core of the body by primary blockade of the Th-L transition and SI l.sin shift and through the HSS and muscle chains up to the short extensors of the C-spine.

Keywords: Physiotherapy. Local anesthetic. Neural therapy.

MONITORING POHYBOVEJ AKTIVITY U AKTÍVNYCH ŠPORTOVCOV

Monitoring of Physical Activity of Active Seniors

Gabriela Škrečková[1], Matúš Kozel[1], Eva Lukáčová[1]

[1]Prešovská univerzita v Prešove. Fakulta zdravotníckych odborov. Katedra fyzioterapie.

Abstrakt

Cieľ Cieľom výskumu bolo sledovať úroveň pohybovej aktivity (PA) u seniorov v súvislosti s rozvojom stareckej sarkopénie.

Súbor Výskumnú vzorku tvorilo 64 respondentov, rozdelených do 2 skupín podľa vzťahu k pohybovej aktivite: aktívni seniori (n: 32; vek ø = 70,68 rokov) a neaktívni seniori (n: 32; vek ø = 71,88 rokov). Aktívnu skupinu tvorili členovia klubu Lokomotíva – Klub slovenských turistov regiónu Prešov. Neaktívnu skupinu tvorili respondenti, ktorí v osobnom pohovore neudávali žiadnu pohybovú aktivitu vykonávanú za účelom zlepšenia zdravotného stavu a potvrdili preferovanie sedavého životného štýlu.

Metodológia Výsledky boli spracované deskriptívnou štatistikou a boli vykonané Pearsonove korelácie sledovaných premenných. Pomocou medzinárodného dotazníka o pohybovej aktivite (IPAQ) bola zaznamenaná úroveň PA seniorov. Kompozičné zloženie tela bolo vyhodnotené bioimpedančným meraním pomocou váhy Tanita. Zároveň sme vyhodnotili kvalitu života respondentov dotazníkom SARQOL – dotazník pre ľudí trpiacich sarkopéniou.

Výsledky V skupine aktívnych seniorov bolo 19 (59%) seniorov s vysokou PA a 13 (41%) so strednou PA. V skupine neaktívnych seniorov bolo 29 (90%) seniorov so strednou PA, nízka PA sa vyskytuje u 3 (10%) seniorov, vysokú PA nepreukázal žiaden respondent. Vo všetkých meraných parametroch (telesný tuk, telesná voda, svalová hmota, viscerálny tuk, metabolický vek, BMI) dosiahli lepšie výsledky aktívni seniori, avšak nie vo všetkým meraných parametroch dosiahli optimálne výsledky. V nami sledovanej vzorke sme zaznamenali výskyt miernej sarkopénie v skupine neaktívnych žien (5,34 kg/m^2), Vyhodnotením dotazníka SARQOL sme dospeli k záverom, že seniori dosiahli vo všetkých doménach priemerne lepšie hodnotenia, s výnimkou domény Zloženie tela, kde lepšie hodnoty dosiahli respondenti neaktívnej skupiny (32,33%).

Kľúčové slová: Senior. Pohybová aktivita. Zloženie tela. Sarkopénia.

Abstract

Objective The aim of the research was to monitor the level of physical activity (PA) in seniors in connection with the development of elderly sarcopenia.

The sample was composed of 64 respondents, divided into 2 groups according to the relation to physical activity: active seniors (n: 32; age ø = 70,68 years) and inactive seniors (n: 32; age ø = 71,88 years). The active group consisted of members of the club Lokomotiva - Slovak Tourists Club of the Presov region. The inactive group consisted of respondents who did not report any physical activity performed in order to improve their health and confirmed their preference for a sedentary lifestyle in a personal interview.

Methodology The results were processed by descriptive statistics and Pearson correlations of monitored variables were performed. Using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), the level of PA of seniors was recorded. Compositional body composition was evaluated by bioimpedance measurement using Tanita weight. At the same time, we evaluated the quality of life of the respondents with the SARQOL questionnaire – a questionnaire for people suffering from sarcopenia.

Results In the group of active seniors, 19 (59%) were seniors with high PA and 13 (41%) with medium PA. In the group of inactive seniors, 29 (90%) were seniors with medium PA, low PA occurs in 3 (10%) of seniors, no respondent showed high PA. In all measured parameters (body fat, body water, muscle mass, visceral fat, metabolic age, BMI), active seniors achieved better results, but did not achieve optimal results in all measured parameters. In our monitored sample, we recorded the incidence of mild sarcopenia in the group of inactive women (5.34 kg/m2), By evaluating the SARQOL questionnaire, we concluded that seniors achieved an average better rating in all domains, with the exception of the domain Body composition, where better values were achieved by the respondents of the inactive group (32.33%).

Keywords: Senior. Physical activity. Body composition. Sarcopenia.

REGISTER AUTOROV

A

Adamcová Mária, 346
Aštaryová Ivana, 539, 546, 548

B

Babečka Jozef, 24, 56, 89, 147, 284, 390
Bachratá Zuzana, 301
Banaś Agnieszka, 202
Barkasi Daniela, 337
Bárta Richard, 372
Bartošovič Ivan, 453
Barzykowski Krystian, 241
Bejtkovský Jiří, 467
Belovičová Mária, 50
Belyaev Igor, 71
Bibrowicz Karol, 73
Blanař Vítek, 210
Bodys-Cupak Iwona, 62, 263
Brtosova Margita, 416
Buczko Ewa, 228
Burzyńska Joanna, 310

C

Cinová Jana, 535

D

Danosová Marinella, 180
Debnárová Jana, 301
Dubrovina Nadyia, 429, 490

F

Filická Janka, 162
Firlit Natalia, 362

G

Galdunová Helena, 8
Gąsienica-Walczak Bartłomiej, 73
Gaweł Zofia, 62
Grendová Kristína, 275
Gulášová Ivica, 328, 354, 390, 408, 429, 445, 474, 490

H

Harisová Nikoleta, 80
Horváthová Dominika, 398
Hruška Ján, 354
Hudáková Zuzana, 73, 453, 539, 546

C

Chrástecká Marie, 210

I

Ižová Marcela, 127

J

Jarušek Vladimír, 180
John Lukáš, 180
Jonkisz Joanna, 263
Juríková Ivana, 197

K

Kačmariková Margaréta, 80
Kadučáková Helena, 522
Kamanová Irena, 453
Kamińska Alicja, 362
Kamińska Renata, 185
Katriňáková Tatiana, 256
Kilíková Mária, 256

Kłos Alicja, 290
Klymenko Viktoria, 408
Kobela Jozef, 539, 546, 548
Kohútová Katarína, 197
Kowalczuk Krystyna, 41, 98
Kozel Matúš, 532, 550
Kristová Jarmila, 437
Kurzeja Piotr, 73

L

Lacko Lukáš, 24, 510
Lehotská Mária, 453, 497
Leśko Weronika, 362
Libová Ľubica, 301
Likavcová Zuzana, 425
Littva Vladimír, 32
Lukáčová Eva, 532, 535, 550

M

Mačej Peter, 234
Madleňáková Simona, 522
Magerčiaková Mariana, 127, 544
Majda Anna, 241
Majchrowicz Bożena, 115
Majkut Michalina, 241
Makar Małgorzata, 170
Makinistian Leonardo, 71
Mancewicz Krzysztof, 98
Mašek Martin, 220
Melišová Alexandra, 234
Miertová Michaela, 153
Moricová Štefánia, 50

N

Niedźwiecka Beata, 202
Nováková Mária, 425
Novysedláková Mária, 127, 453, 497
Noworól Jarosław, 290

O

Ogrodzka-Ciechanowicz Katarzyna, 73
Ochaba Róbert, 398
Ondrášik Ivan, 16, 162
Ondrejková Katarína, 548

P

Paplaczyk-Serednicka Małgorzata, 137
Pawłowska-Szura Gabriela Maria, 263
Pekarcikova Jarmila, 416
Pénzesová Gabriela, 437
Pěrůžková Radana, 180
Peterková Justhová Nadežda, 56, 147, 284
Piasek Katarzyna, 202
Pilarčíková Silvia, 234
Pochybová Monika, 425
Popovičová Mária, 510
Pospíchal Jan, 210
Prusak Jarosław, 73
Puszkarz Irena, 170

R

Radymska Wanda, 228
Rafajdus Michal, 482
Rękas Magdalena, 310
Rosa Anna, 115
Rybárová Ľubica, 346

S

Ścisło Lucyna, 137
Shpakou Andrei, 41, 98
Schlosserová Alena, 8
Simočková Viera, 107
Siwied Andrzej, 328, 474
Snopek Petr, 467, 510

Solárová Martina, 437
Staszkiewicz Magdalena, 137
Suchecki Tomasz, 62
Szafraniec Anna, 73
Szurmik Tomasz, 73

Š

Šefranková Miriam, 541
Ševčovičová Andrea, 89, 220
Šichman Marek, 32
Škrečková Gabriela, 532, 535, 550
Štefáková Lenka, 453
Švantnerová Natália, 275

T

Tomaszewska Katarzyna, 41, 185
Tulai Oksana, 445
Tupá Miriam, 16
Tupý Jaromír, 16, 162
Tvarožná Andrea, 71

V

Vajdová Kamila, 8
Vansač Peter, 318

Z

Zamboriová Mária, 107
Zastko Lucián, 71
Zięba Kacper, 170
Zrubáková Katarína, 210, 453, 497, 544
Żurawska vel Dziurawiec Kinga, 228

Názov : Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie
RUŽOMBERSKÉ ZDRAVOTNÍCKE DNI 2023 – XVII. ROČNÍK

Recenzenti : Mgr. Ivana Aštaryová, PhD.
PhDr. et Bc. Marek Šichman, PhD. MBA, MPH
PhDr. Mária Lehotská, PhD.
Ing. Lukáš Lacko, MPH., MSC

Redakcia: PhDr. Jozef Babečka, PhD., Ing. Martin Bereta, PhD.,
RNDr. Lucián Zastko, PhD.

Vydalo : VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Počet strán : 554
Náklad : elektronická publikácia

Vydanie : prvé
Formát : A 4
Vydané : 2023

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

ISBN 978-80-561-1067-6