

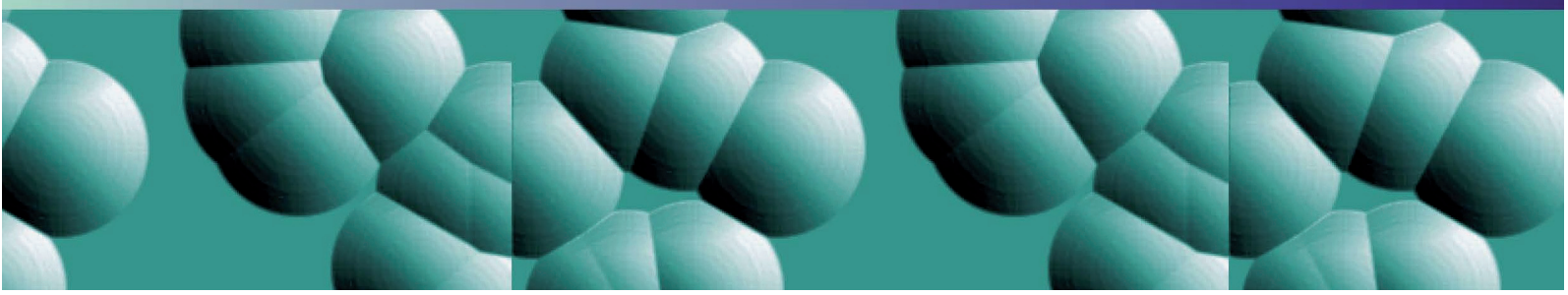
# ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

ROČNÍK X.  
2018

ČÍSLO 2



VEDECKO-ODBORNÝ ČASOPIS  
FAKULTY ZDRAVOTNÍCTVA  
KATOLÍCKEJ UNIVERZITY V RUŽOMBERKU



# OBSAH

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Kopáčiková, M., Moraučíková, E., Littva, V.:</b> Vplyv povolania na hodnotenie zdravia a prostredia žien v klimaktérii<br><i>Resources for Health and Environmental Assessment of Women in the Climate Treatment</i> .....                                          | 2  |
| <b>Urbanová, E., Bašková, M.:</b> Skúsenosti s výučbou klimaktéria na UTV pri JLF UK v Martine<br><i>Experience with the UTT Climate Training at the JLF UK in Martin</i> .....                                                                                        | 8  |
| <b>Kudlová, P., Burešová, K.:</b> Kvalita života u pacientů s chronickým srdečním selháním<br><i>The quality of life in patients with chronic heart failure</i> .....                                                                                                  | 11 |
| <b>Maciąg, D., Borek, M., Knap, M., Krzysztowska, M.:</b> Jakość życia pacjentów przed i po implantacji endoprotezy stawu biodrowego<br><i>Quality of life of patients before and after implantation hip joint endoprosthesis</i> .....                                | 16 |
| <b>Zrubáková, K., Herinková, A.:</b> Zameranie edukácie pri onkogynekologickom ochorení<br><i>Focus of education on oncogynecological illness</i> .....                                                                                                                | 21 |
| <b>Krátká, A., Zbranková, M., Treterová, S.:</b> Paliativní péče v domácích podmínkách aneb spolupráce rodiny s domácí (hospicovou) péčí<br><i>Palliative Care in Household Conditions or any Family Cooperation with Home (Hospice) Care</i> .....                    | 26 |
| <b>Cichońska, M., Maciąg, D., Sznajder, L.:</b> Styl życia osób z rozpoznany m nadciśnieniem tętniczym<br><i>Life style of people diagnosed with hypertension</i> .....                                                                                                | 29 |
| <b>Ochaba, R., Račková, A.:</b> Kvalita života seniorov<br><i>Quality of life of seniors</i> .....                                                                                                                                                                     | 33 |
| <b>Novýsedláková, M., Zrubáková, K., Gombalová, E.:</b> Kvalita života ženy po totální endoprotéze kolenného klbu<br><i>Quality of life of female after total knee arthroplasty</i> .....                                                                              | 37 |
| <b>Šupínová, M., Brádňanová, J.:</b> Posudzovanie bolesti u pacientov s ulcus cruris<br><i>Pain assessment in patients with ulcer cruris</i> .....                                                                                                                     | 42 |
| <b>Borek, M., Kowalczyk, R., Cichońska, M.:</b> Wpływ opieki na częstotliwość występowania powikłań u pacjentów po znieczuleniu metodą podpajęczynówkową<br><i>Impact of nursing on the incidence of complications in patients after subarachnoid anesthesia</i> ..... | 47 |
| <b>Harvanová, I., Kober, L.:</b> Tuberkulózný zápal endometria<br><i>Tuberculous endometrial inflammation</i> .....                                                                                                                                                    | 52 |
| <b>Kolarová, M., Aštáryová, I., Kutíš, P.:</b> Osteoporóza v klimaktériu a možnosti fyzioterapie<br><i>Post climacteric osteoporosis and possibilities of physiotherapy</i> .....                                                                                      | 55 |
| <b>Kopáčiková, M., Moraučíková, E., Littva, V.:</b> Vplyv terapie a životného štýlu na život a zdravie žien v klimaktériu<br><i>The effect of therapy and lifestyle on the life and health of women in the climate</i> .....                                           | 58 |
| <b>Krocová, J., Prokešová, R.:</b> Risk Management in the Field of Prevention of Healthcare Associated Urinary Tract Infections in the Context of Nursing Care .....                                                                                                   | 64 |
| <b>Filická, J., Ondrášek, I., Tupý, J.:</b> Význam komunikácie v paliatívnom ošetrovatel'stve<br><i>The importance of communicating in palliative care</i> .....                                                                                                       | 72 |
| <b>Hrabčáková, J., Repková, A.:</b> Vaginálne pôrody a poruchy panvového dna u žien – súčasné poznatky<br><i>Vaginal Deliveries and Pelvic Floor Disturbances - Current Scientific Knowledge</i> .....                                                                 | 75 |
| <b>Repková, A., Fajnorová, D., Hrabčáková, J.:</b> Konzervatívna liečba stresovej inkontinencie<br><i>Conservation treatment of stress incontinence</i> .....                                                                                                          | 78 |



## REDAKČNÁ RADA

### Predseda redakčnej rady:

MUDr. Jaromír TUPÝ, PhD.

### Členovia:

Ing. Mgr. Imrich ANDRÁSI

doc. MUDr. Ján BIELIK, CSc.

MUDr. Anna BIELIKOVÁ, PhD.

Mgr. Ing. Eleonóra BENČÍKOVÁ, PhD., MPH, MHA

doc. PhDr. Lada CETLOVÁ, PhD.

doc. PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.

MUDr. Karol JAVORKA, PhD.

doc. PhDr. Mgr. Helena KADUČÁKOVÁ, PhD.

doc. PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.

Mgr. Anna KRÁTKA, PhD.

prof. MUDr. Anton LACKO, CSc.

prof. MUDr. Anna LESŇÁKOVÁ, PhD.

MUDr. Štefan MADARÁSZ, PhD.

PhDr. Mgr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD.

doc. MUDr. Milan MINARIK, PhD.

PhDr. Bc. Eva MORAUČÍKOVÁ, PhD.

prof. MUDr. RNDr. Rudolf PULLMANN, CSc.

prof. MUDr. Ivan ROVNÝ, PhD., MPH

doc. MUDr. Róbert RUSNÁK, PhD.

doc. Dr. Ján Antoni RUTOWSKI, PhD.

doc. PhDr. PaedDr. Viera SIMOČKOVÁ, PhD.

prof. RNDr. Juraj SLABEYCIUS, CSc.

doc. MUDr. Ivan SOLOVIČ, CSc.

Mgr. Marína KOLAROVÁ

doc. RNDr. Jaroslav TIMKO, PhD.

Ing. Lukáš ZACHAR, PhD.

PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.

prof. Mgr. Katarína ŽIAKOVÁ, PhD.

doc. MUDr. Viliam ŽILÍNEK, CSc.

Vydavateľ: VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku

IČO 37 801 279

Publikované články prešli redakčnou radou a na každý článok boli vypracované dva recenzné posudky.

Redakcia: Edičné stredisko Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Námestie Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: jan.svorad@ku.sk

tel. +421 44 430 43 17, fax: +421 44 430 43 16

Tlač: Tlačiareň a vydavateľstvo Slza, spol. s r.o., Poprad, Rovná 594/5, 058 01 Poprad, Slovensko, [www.slza.sk](http://www.slza.sk)

ISSN 1337-723X

Evidenčné číslo: EV 2963/09

Vychádza 2x ročne

© Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku  
december 2018

# Vplyv povolania na hodnotenie zdravia a prostredia žien v klimaktériu

## Resources for Health and Environmental Assessment of Women in the Climate Treatment

Mária Kopáčiková, Eva Moraučíková, Vladimír Littva

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

### Abstrakt

**Cieľ:** Zisťovali sme, či existuje štatisticky významný vzťah medzi vplyvom povolania na subjektívne vnímanie zdravia, sociálnych vzťahov a prostredia žien v klimaktériu.

**Materiál a metóda:** Sledovanie sme uskutočnili dotazníkovou metódou u 198 žien v regiónoch Slovenska, ktoré boli dva roky po poslednej menštruácii a nepresiahli vek 62 rokov. Na zber údajov sme použili štandardizovaný dotazník kvality WHOQOL – BREF doplnený o ďalšie otázky týkajúce sa sociodemografických a klinických charakteristík. Urobili sme triedenie výsledkov prvého stupňa metódou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky. Hypotézy sme testovali pomocou induktívnej štatistiky. Pre samotný výpočet a prezentáciu výsledkov bol v práci použitý štatistický program IBM SPSS Statistics 20.

**Výsledky:** Pri použití parametrického testu ONE WAY ANOVA sme zistili signifikanciu v doméne, spokojnosť so zdravím 0,000, sociálne vzťahy 0,000 a v doméne prostredie 0,000. V rámci posudzovania vzťahu medzi povolaním žien v klimaktériu sa potvrdila štatisticky významná lineárna negatívna závislosť medzi zdravím, sociálnymi vzťahmi a povolaním žien klimaktériu v doméne zdravie, sociálne vzťahy ( $P < 0,05$ ) a prostredie ( $P < 0,05$ ).

**Záver:** Výsledky indikujú potrebu vytvárania príležitostí pre utváranie a udržiavanie sociálnych kontaktov, realizáciu rôznych aktivít voľného času, zapájanie žien do rôznych aktivít.

**Kľúčové slová:** Klimaktérium. Zdravie. Sociálne vzťahy. Prostredie. Ošetrovateľská starostlivosť.

### Abstract

**Objective:** We have identified whether there is a statistically significant relationship between the impact of the profession on the subjective perception of health, social relationships and the environment of women in the menopause.

**Material and methods:** We followed the questionnaire method in 198 women in the regions of Slovakia, which were two years after the last menstruation and did not reach the age of 62 years. We used the WHOQOL - BREF standardized quality questionnaire to collect data supplemented by additional questions regarding socio-demographic and clinical characteristics. We have sorted the first-degree results by one-dimensional descriptive statistics. We have tested hypotheses using inductive statistics. For the calculation and presentation of the results, the IBM SPSS Statistics 20 statistical program was used.

**Results:** Using the ONE WAY ANOVA parameter Test, we found domain significant, Health Satisfaction of 0.000, Social Relationships of 0.000, and in the domain Environment 0.000. In the context of assessing the relationship between women's occupation in the menopause, a statistically significant linear negative relationship between health, social relations and women's occupation climacteric in the domain of health, social relations ( $P < 0.05$ ) and the environment ( $P < 0.05$ ) was confirmed.

**Conclusion:** The results indicate the need to create opportunities for creating and maintaining social contacts, implementing various leisure activities, and engaging women in different activities.

**Key words:** Climacteric. Health. Social Relations. Environment. Nursing care.

### Úvod

V posledných rokoch narastá počet žien žijúcich v strednom a staršom veku. Oproti minulosti sa ženy dožívajú vyššieho veku a tým prežijú väčšiu časť svojho života v klimaktériu a senu. Podľa Štatistického úradu Slovenskej republiky (2013) veková štruktúra žien na Slovensku je posunutá smerom k vyššiemu veku, a to približne o tri roky oproti roku 2001. Stav pohlavnej rovnováhy dosahuje slovenská populácia okolo 45-teho roku života generácií. V poproduktívnej zložke má pomer pohlaví výraznú prevahu žien (61 %). Údaje o vekovej a pohlavnej štruktúre populácie svedčia teda nielen o jej celkovom starnutí, ale vypovedajú tiež o postupujúcej feminizácii staroby na Slovensku [1]. Doba strávená v klimaktériu stúpla zásluhou predlžujúceho sa života ženy [2]. Začiatok býva u každej ženy individuálny. Je to proces, ktorý sa zameriava na ženu ako celok vrátane jej emocionálnej, fyzickej, mentálnej a duchovnej stránky [3]. Prináša so sebou zmeny v názoroch, postojoch, vo vzťahoch so spoločnosťou a okolím, zmeny v očakávaní a vnímaní [4].

Klimaktérium je etapou života ženy, kedy dochádza k prechodu z reprodukčného do postreprodukčného obdobia života

ženy. Sprewádza ho hormonálna nestabilita [5, 6, 7]. Je to ďalšia časť jej životného cyklu [8]. Definované je ako trvalé ukončenie ovulácie a menštruácie. Postupná etapa, nastupuje aj niekoľko rokov pred poslednou menštruáciou. Nie je to choroba, ide o prirodzený vývoj, pri ktorom žena prechádza z reprodukčného obdobia, kedy môže otehotnieť, do obdobia neplodnosti. Nastáva ukončenie fyziologickej aktivity ovárií a dochádza ku zníženiu hladiny estrogénov. K hlavným znakom klimaktéria patria poruchy menštruačného krvácania. Menštruácia je nepravidelná alebo úplne vymizne [9]. Podľa Phillipsovej [10] klimaktérium prichádza, keď majú ženy okolo 50 rokov. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) je klimaktérium definované ako obdobie, ktoré začína približne rok pred menopauzou a je charakterizované postupne nastupujúcimi klinickými ťažkosťami. Fyziologicky sa vyskytuje medzi 45. a 60. rokom života ženy [11].

Podstatou všetkých zmien, sprevádzajúcich obdobie klimaktéria je zníženie tvorby ženských pohlavných hormónov – estrogénu a progesterónu [8]. Ťažkosti sú veľmi rôznorodé



a môžu sa medzi sebou kombinovať. U každej ženy môžu byť rôzne silné a u niektorej sa nemusia vôbec objaviť. Veľa procesov v tele je regulovaných hormónmi, preto trvá určitý čas, kým sa telo týmto zmenám prispôsobí [9]. Rozsiahla symptomatológia klimaktéria je delená symptómy vegetatívne (poruchy vazomotorické – návaly, nočné potenie, palpitácie, psychické – nespavosť, zhoršenie pamäti, úzkosť, zmeny nálad, strata libida, strata sebavedomia, plačlivosť, popudlivosť, zhoršenie schopnosti rozhodovať a koncentrácie), organické (zmeny kožné, urogenitálne, telesnej hmotnosti) a metabolické (ovplyvnenie lipidového spektra, aterosklerózy, osteoporózy). Vegetatívne symptómy sú tiež označované ako akútne symptómy alebo ako klimakterický syndróm. Vegetatívne symptómy znižujú kvalitu života. Ako uvádza Payne [12, s. 208] Svetová zdravotnícka organizácia (WHO, 1994) definuje kvalitu života takto: „Kvalita života je to, ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte svojej kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životného štýlu a záujmom“. Organické (subakútne) a metabolické (chronické) zmeny môžu už viesť k poškodeniu zdravia – ide o estrogén-deficitný metabolický syndróm [13, 11]. Pre klimakterický syndróm (akútne, vegetatívne príznaky) sú typické psychosomatické a vegetatívne prejavy, ako sú návaly tepla, potenie, nespavosť, palpitácie, tráviace ťažkosti a iné [14]. Klinickú symptomatológiu klimakterického syndrómu zhoršuje alkohol a fajčenie [15].

Nie všetky somatické a psychické zmeny sú dôsledkom klimaktéria. Psychické zmeny často súvisia so sociálnymi zmenami žien v období klimaktéria. Faktory, ktoré u žien počas klimaktéria môžu zhoršiť tieto psychické symptómy bývajú najčastejšie problémy vo vzťahu s partnerom, prípadne rozvod, zvýšená zodpovednosť v zamestnaní, osamostatnenie dieťaťa spojené s odchodom z domu, choroba alebo dokonca úmrtie v rodine [13].

V sociálnej oblasti dochádza k výrazným zmenám rodinných pomerov. V partnerskom vzťahu sa odrážajú jednak fyziologické evolučné zmeny oboch partnerov (zníženie libida, nespokojnosť s estetickým vzhľadom). Následkom toho býva odchod mužov k mladším milenkám (poskytujúcim pocit zmiernenia starnutia organizmu, straty fertility). Okrem toho dochádza k ekonomickej kríze, nie všetky ženy v tomto období sú pracovne zaistené a so zvyšujúcim sa vekom klesá možnosť zmeny zamestnania. Intenzita prežívania všetkých týchto ťažkostí je rôzna v závislosti na spoločensko-kultúrnych okolnostiach a životnom štýle [16]. V pracovnom prostredí je ohrozená ich činnosť, nastupujú ženy viac odborne vybavené, ale aj fyzicky mladšie. Prežívajú novú životnú úlohu v podobe starých mám či svokier. Ženy prežívajú tzv. syndróm prázdneho hniezda. Reagujú na odchod svojich detí mnohokrát veľmi citlivo, čo je dané i premenou ich osobnosti, typickou pre tento vek, ktorou je zvýšenie ich opatrovateľských tendencií. Adaptácia na takúto zmenu nie je len ženským problémom. Role rodičov a dospelých detí sú teraz symetrické [17, 18]. Dospelé deti opúšťajú rodiny, osamostatňujú sa. Manželstvo musí hľadať nový zmysel života. To môže viesť k vzniku sociálnej izolácie ženy [11]. Pre pacientku je dôležité vysvetlenie zmien, ktoré sú príčinou ťažkostí a určenie hraníc medzi fyziologickými a patologickými stavmi [19]. Napriek tomu, že klimaktérium je fyziologický stav, býva sprevádzané nepríjemnými subjektívnymi ťažkosťami, ktoré nútia ženu vyhľadať lekársku pomoc. Aj keď je riešenie klimakterického syndrómu každodennou súčasťou činnosti takmer všetkých gynekologických ambulancií, predstavuje často neriešiteľný problém ako pre lekára, tak i pre pacientku. Nutný a potrebný je individuálny prístup a využívanie kombinácie rôznych liečebných možností [15].

V súčasnosti ženy zvyčajne nie sú zo strany zdravotníckych pracovníkov osobitne pripravované na obdobie klimaktéria prostredníctvom efektívnej edukácie. Informácie o tomto životnom období si ženy vyhľadávajú predovšetkým na internete alebo v populárno-náučnej literatúre. Získané informácie však často nie sú overené, vedecky podložené, a môžu skôr negatívne ovplyvňovať prežívanie klimaktéria a správanie či konanie žien pri klimakterických ťažkostiach, ako aj v prevencii alebo liečbe zdravotných problémov. Zlepšenie prípravy žien na obdobie klimaktéria je možné prostredníctvom edukácie zo strany pôrodných asistentiek alebo sestier na tých pracoviskách zdravotníckych zariadení, kde prichádzajú do kontaktu so ženami v predklimakterickom období a poskytujú im ošetrovateľskú starostlivosť [20]. Pôrodné asistentky, sestry by mali byť spoločníkom žien a poskytovať im presné a zrozumiteľné informácie, týkajúce sa zmien vychádzajúcich z obdobia klimaktéria. V prípade potreby by mali vedieť poskytnúť informácie o farmakologických a nefarmakologických možnostiach na zmiernenie príznakov [3]. Cieľom edukačných programov určených ženám v klimaktériu je ich aktívne zapojenie sa do preventívneho režimu. Pôrodná asistentka, sestra poskytuje poradenstvo v premenopauze, menopauze, postmenopauze a odporúča alternatívnu liečbu pri klimakterickom syndróme [21].

## Ciele práce

Cieľom výskumu bolo zistiť, či existuje štatisticky významný vplyv povolania na subjektívne vnímanie zdravia, sociálnych vzťahov a prostredia žien v klimaktériu, či existujú štatisticky významné rozdiely medzi povolaním a subjektívnym hodnotením zdravia, sociálnych vzťahov a prostredia žien v klimaktériu.

## Metodika výskumu

Empirickú štúdiu, ktorú sme uskutočnili u žien v klimaktériu. Výskum prebiehal v mesiacoch apríl 2016 – november 2017. Na základe stanoveného cieľa sme si zvolili empirickú metódu zberu informácií – dotazník vlastnej konštrukcie doplnený o štandardizovaný dotazník kvality života Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF skrátenú verziu. V rámci predvýskumu bol dotazník podrobený aj pilotáži. Cieľom pilotáže bolo posúdenie vhodnosti a zrozumiteľnosti jednotlivých položiek a ich poradia. Pilotáž prebiehala v súbore 20 respondentiek.

Na základe výsledkov predtestu a pilotáže nebolo potrebné modifikovať dotazník. Dotazník bol anonymný a vyplnený na základe dobrovoľnosti. Distribuovaný bol v slovenskom jazyku. Administrovaný bol osobne a sprostredkované v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti o ženu Slovenska. Rozdaných bolo 210 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov bola 97,14 % (204) a z nich 2,94 % (šesť dotazníkov) sme vyradili pre neúplnosť vyplnenia. Výskumnú vzorku tvorilo 198 žien, ktoré vyslovili informovaný súhlas so zaradením do štúdie a boli následne inštruované o jeho vyplnení.

Všetky získané dáta boli následne pomocou kódovacej knihy pretransformovali do číselnej podoby, čím boli dáta pripravené k ich štatistickému testovaniu a vyhodnoteniu. Zistené výsledky boli spracované do sumárnej tabuľky v programe MS Excel 7.0 a bolo urobené triedenie prvého stupňa metódou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky. Po triedení bola vypočítaná absolútna a relatívna početnosť a následne vytvorené tabuľky početnosti

sledovaných znakov. Výsledky nášho výskumu boli štatisticky testovali pomocou indukčnej štatistiky v programe IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Za účelom vplyvu nezávislých premenných na závislé premenné bola použitá v rámci parametrických testov jednofaktorová analýza rozptylu v podobe One-Way ANOVA testu. Na zistenie korelačného koeficientu sme použili parametrický test v podobe Bravais-Pearson testu. Nami získané výsledky dotazníkovou metódou, formou kvalitatívne-quantitatívneho výskumu demonštrujeme vo forme tabuliek.

## Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorilo 198 respondentov - žien, ktoré vyslovili informovaný súhlas so zaradením do štúdie, boli následne inštruované o vyplnení dotazníka a splnili nasledovné kritériá výberu:

- ženy dva roky po poslednej menštruácii,
- nepresiahli vek 62 rokov,
- boli schopné samostatne vyplniť dotazník,
- vyslovili súhlas so zaradením do štúdie.

## Charakteristika súboru

Výskumný súbor tvorilo 198 (100 %) žien v klimaktériu, ktoré vyjadrili svoj súhlas s účasťou na výskumnej štúdii. V rámci kategorizácie jednotlivých žien zapojených do výskumnej štúdie bol sledovaný: vek, rodinný stav, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, profesionálny stav a antropometrické údaje. Variačné rozpätie odpovedí bolo od maxima 5 až po minimum 1.

**Tab. 1** Charakteristika respondentov podľa roku narodenia, stavu, vzdelania a profesie n=198

| premenná        | m       | minimum | maximum | med     | SD    |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Rok narodenia   | 1960,72 | 1956    | 1969    | 1961,00 | 3,045 |
| Sociálny status | 1,60    | 1       | 4       | 1,00    | 1,037 |
| Vzdelanie       | 3,90    | 1       | 5       | 4,00    | 0,905 |
| Profes. stav    | 1,56    | 1       | 4       | 1,00    | 0,979 |

Priemerný vek žien bol 56,25 roka vo vekovom rozpätí 48 – 61 rokov. Najväčšie skupinu 32 (16 %) tvorili ženy narodené v roku 1957 vo veku 60 rokov.

Z celého súboru žien bolo 140 (70,7 %) vydatých, 22 (11,1 %) žien uviedlo stav vdova, slobodných bolo 20 (10,1 %). Stav rozvedená uviedlo 16 (8,1 %) žien a ani jedna žena neuviedla, že žije s manželom oddelene.

Najpočetnejšie zastúpenie vo výskumnej vzorke z hľadiska vzdelania tvorili ženy so stredoškolským vzdelaním s maturitou 94 (47,5 %), vysokoškolské vzdelanie uviedlo 52 (26,3 %) a odborné 34 (17,2 %) žien. So základným vzdelaním bolo 17 (8,6 %) žien a neúplné základné vzdelanie uviedla jedna žena (0,5 %).

Možnosť „profesionálne aktívna“ uviedlo 141 (71,2 %) žien, starobný dôchodok poberalo 21 (10,6 %) žien a invalidný dôchodok 19 (9,6 %) žien. Možnosť „nezamestnaná“ uviedlo 17 (8,6 %) žien. (tab. 1)

**Tab. 2** Charakteristika respondentov z hľadiska výšky, hmotnosti, systoly, diastoly, obvodu pása a bedier n=198

| premenná | m      | min.   | max.   | med    | SD     |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Výška    | 165,01 | 151,00 | 175,00 | 165,00 | 5,27   |
| Hmotnosť | 76,77  | 54     | 105    | 75,00  | 11,019 |
| Systola  | 130    | 90     | 180    | 130    | 12,72  |
| Diastola | 79,52  | 60     | 95     | 80     | 7,647  |
| Pás      | 89,65  | 62     | 132    | 80     | 14,060 |
| Bedrá    | 106    | 82     | 140    | 104    | 11,979 |

Priemerná výška žien sa pohybovala na úrovni 165,1 cm v rozpätí 151 až 175 cm. Najväčšia bola skupina 37 (18,7 %) žien s výškou 165 cm.

Priemerná hmotnosť žien bola na úrovni 76,77 kg v rozpätí 54 až 105 kg. Hmotnosť 69 kg sme zistili u 20 (10,1 %) žien a tiež 20 (10,1 %) žien udalo hmotnosť 78 kg. Na základe údajov o výške a hmotnosti sme vypočítali každej žene BMI. Priemerné BMI sa pohybovalo na úrovni 27,93 v rozpätí 20 až 39. Priemerné hodnoty krvného tlaku boli na úrovni systola 130 Torr v rozpätí 90 až 180 Torr, diastola 79,52 Torr v rozpätí 60 až 95 Torr. U žien v sledovanom súbore sa obvod pása pohyboval na úrovni 89,65 cm v rozpätí 62 až 132 cm a obvod bedier na úrovni 106 cm v rozpätí 82 až 140 cm. Percentuálne najvyššie zastúpenie v sledovanom súbore mali ženy s obvodom pása 80 cm 8,1 % (16) a obvodom bedier 115 cm 10,1 % (20) žien. Bližšiu charakteristiku uvádzame v tabuľke 2.

## Výsledky

Priemerný vek zistenia prvých príznakov klimaktéria u žien bol 47,77 rokov v rozpätí 0 až 58 rokov. Poslednú pravidelnú menštruáciu udávali ženy vo vekovom rozpätí 1 – 20 rokov, priemer bol 4,76 roka. Najväčšiu skupinu tvorili ženy 29,3 % (58), ktoré mali poslednú pravidelnú menštruáciu pred 2 rokmi, jedna žena (0,5 %) pred 11 rokmi a jedna žena (0,5 %) pred 20 rokmi. Najviac 40 žien udávalo prvé príznaky vo veku 50 rokov. Dĺžka príznakov sa pohybovala v intervale od 0 do 108 mesiacov. Priemerná dĺžka trvania príznakov bola 20,27 mesiaca. Dĺžku trvania príznakov 12 mesiacov udávalo najviac z celého sledovaného súboru 56 (28,3 %) žien.

**Tab. 3** Najvýraznejšie príznaky n=198

| premenná        | jeden príznak |      | dva príznaky |      | tri príznaky |      | štyri príznaky |      |
|-----------------|---------------|------|--------------|------|--------------|------|----------------|------|
|                 | n             | %    | n            | %    | n            | %    | n              | %    |
| žiadny          | 20            | 10,1 | 97           | 49   | 153          | 77,3 | 176            | 88,9 |
| návaly          | 107           | 54   | 0            | 0    | 0            | 0    | 0              | 0    |
| zmena hmotnosti | 7             | 3,5  | 2            | 1    | 0            | 0    | 0              | 0    |
| potenie         | 37            | 18,7 | 50           | 25,3 | 0            | 0    | 0              | 0    |
| nespavosť       | 3             | 1,5  | 6            | 3    | 20           | 10,1 | 0              | 0    |
| zmena nálady    | 5             | 2,5  | 11           | 5,6  | 4            | 2    | 15             | 7,6  |
| krvácenie       | 16            | 8,1  | 10           | 5,1  | 4            | 2    | 0              | 0    |
| bolesti hlavy   | 1             | 0,5  | 15           | 7,6  | 3            | 1,5  | 0              | 0    |
| závrate         | 2             | 1    | 4            | 2    | 8            | 4    | 2              | 1    |
| slabosť         | 0             | 0    | 3            | 1,5  | 6            | 3    | 5              | 2,5  |
| Σ               | 198           | 100  | 198          | 100  | 198          | 100  | 198            | 100  |

Táto položka bola otvorená, preto sme odpovede zakódovali nasledovne: 0 – žiadny príznak, 1 – návaly, 2 – hmotnosť, 3 – potenie, 4 – nespavosť, 5 – zmena nálady, 6 – krvácanie, 7 – bolesti hlavy, 8 – závrate, 9 – slabosť. V tabuľke 3 uvádzame najvýraznejšie príznaky. Návaly ako najvýraznejšie označilo najviac 106 (53,54 %) žien, potenie sa najvýraznejšie prejavilo u 86 (43,43 %) žien, 34 (17,17 %) žien zmeny nálady a nespavosť 32 (16,16 %) žien. Krvácanie bolo najvýraznejším príznakom u 31 (15,65 %) žien, bolesti hlavy 19 (9,60 %) žien a 17 (8,59 %) žien označilo ako najvýraznejšie závrate. Slabosť pociťovalo 16 (8,08 %) žien a najmenej 8 (4,04 %) žien udalo zmenu hmotnosti.

Tab. 4 Spokojnosť so zdravím

|                    |         | zdravie |
|--------------------|---------|---------|
| N                  | Valid   | 198     |
|                    | Missing | 2       |
| Mean               |         | 2,09    |
| Std. Error of Mean |         | 0,55    |
| Median             |         | 2,00    |
| Mode               |         | 2       |
| Std. Deviation     |         | ,775    |
| Variance           |         | ,601    |
| Minimum            |         | 1       |
| Maximum            |         | 5       |
| Sum                |         | 414     |
| Percentiles        | 25      | 2       |
|                    | 50      | 2       |
|                    | 75      | 3       |

So svojim zdravím je spokojných 100 (50,5 %) žien a veľmi spokojné sú 2 (1,0 %) ženy. Raz spokojných a raz nespokojných so svojim zdravím je 70 (35,4 %) žien. Nespokojnosť so svojim zdravím vyjadrilo 22 (11,1 %) žien. Veľmi nespokojné sú 4 (2,0 %) ženy. Odpovede žien sa pohybovali v rozmedzí 1 – 5, median odpovedí spokojnosti so zdravím bol 2. Bližšia charakteristika odpovedí v tabuľke 4.

Tab. 5 Doména Sociálne vzťahy n=198

| premenná       | m | minimum | maximum | meán | SD   |
|----------------|---|---------|---------|------|------|
| osobné vzťahy  | 4 | 2       | 5       | 3,87 | ,707 |
| sociálna opora | 4 | 2       | 5       | 4,14 | ,684 |

Hodnotenie v doméne Sociálne vzťahy – osobné vzťahy sa pohybovalo v rozpätí 2 (nespokojná) – 5 (veľmi spokojná) s priemerom 3,87 a priemer v doméne Sociálne vzťahy – sociálna opora bol 4,14, hodnotenie sa pohybovalo v rozpätí 2 (nespokojná) – 5 (veľmi spokojná). Bližšia charakteristika v tabuľke 5.

S osobnými vzťahmi sú nespokojné 4 (2 %) ženy, raz spokojných, raz nespokojných je 52 (26,3 %) žien, spokojných je 102 (54,5 %) žien a veľmi spokojných je 34 (17,2 %) žien.

Tab. 6 Doména Prostredie n=198

| premenná                                   | m | minimum | maximum | meán | SD   |
|--------------------------------------------|---|---------|---------|------|------|
| bezpečnosť a istota                        | 3 | 1       | 5       | 3,43 | ,685 |
| prostredie                                 | 3 | 1       | 5       | 3,36 | ,668 |
| finančná istota                            | 3 | 1       | 5       | 3,24 | ,786 |
| prístup k informáciám a novým kompetenciám | 4 | 1       | 5       | 3,73 | ,953 |
| možnosti voľnočasových aktivít             | 4 | 1       | 5       | 3,56 | ,851 |
| životné prostredie                         | 4 | 1       | 5       | 3,73 | ,783 |
| dostupnosť zdravotníckych služieb          | 4 | 3       | 5       | 3,76 | ,623 |
| mobilita                                   | 4 | 2       | 5       | 3,80 | ,747 |

Jednotlivé položky v doméne Prostredie hodnotili respondenti (ženy) v rozmedzí 1-5, priemer odpovedí sa pohyboval od 3,24 do 3,80. bližšia charakteristika v tabuľke 6.

Vo svojom každodennom živote sa vôbec necíti bezpečne 1,5 % (3) žien, možnosť „minimálne sa cíti bezpečne“ uviedlo 9 (4,5 %) žien, možnosť „mierny pocit bezpečia“ uviedlo 90 (45,5 %) žien, veľmi bezpečne sa cíti 92 (46,5 %) žien a pocit „extrémneho bezpečia“ uviedli 4 (2 %) ženy. Meán pri doméne bezpečnosť a istota = 3,43. Prostredie, v ktorom býva „nie je vôbec zdravé“ si myslia 3 (1,5 %) ženy, podľa 10 (5,1 %) je „minimálne zdravé“, ako mierne zdravé označilo prostredie 99 (50 %) žien, za veľmi zdravé považuje prostredie 80 (42,4 %) žien a za extrémne zdravé hodnotia svoje životné prostredie 2 (1 %) ženy. Meán pri doméne prostredie = 3,36. Dostatok peňazí na uspokojenie svojich potrieb hodnotili ženy nasledovne: vôbec 5 (2,5 %), minimálne 25 (12,6 %), mierne 89 (44,6 %), takmer dosť 76 (38,4 %) a úplne dosť 3 (1,5 %) ženy. Meán pri doméne finančná istota bol 3,24. Vôbec nemá prístup k informáciám 1 (0,5 %) žena, minimálny prístup má 23 (11,6 %) žien, mierny prístup má 48 (24,2 %), vo väčšine má prístup 82 (41,4 %) žien a úplne má prístup k informáciám 44 (22,2 %) žien. Meán pri doméne prístup k informáciám a novým kompetenciám = 3,73. Voľný čas tráviť ako chce vôbec nemôžu 4 (2 %) ženy, minimálne môže 12 (6,1 %) žien, mierne 74 (37,4 %), takmer dostatočne 85 (42,9 %) a úplne dosť možností má 23 (11,6 %) žien. Meán pri doméne možnosť voľnočasových aktivít = 3,56. So svojim životným prostredím je veľmi nespokojná 1 (0,5 %) žena, nespokojné sú 4 (2 %) ženy, raz spokojných, raz nespokojných je 76 (38,4 %) žien, spokojných je 83 (41,9 %) žien a veľmi spokojných je 34 (17,2 %) žien. Meán pri doméne životné prostredie = 3,73. S dostupnosťou zdravotníckych služieb a s prístupom je raz spokojných a raz nespokojných 68 (34,3 %) žien, spokojných je 110 (55,6 %) žien a veľkú spokojnosť vyjadrilo 20 (10,1 %) žien. Meán pri doméne dostupnosť zdravotníckych služieb = 3,76. So svojou mobilitou sú nespokojné 3 (1,5 %) ženy, raz spokojných a raz nespokojných je 70 (35,4 %) žien, 89 (44,9 %) je spokojných a veľmi spokojných je 36 (18,2 %) žien. Meán pri doméne mobilita = 3,80.



Tab. 7 Výsledková tabuľka testu ANOVA n=198

|                       |                | Sum of Squares | df | Mean Square | F     | Sig. |
|-----------------------|----------------|----------------|----|-------------|-------|------|
| spokojnosť so zdravím | Between Groups | 42,133         | 29 | 1,453       | 3,203 | ,000 |
| sociálne vzťahy       | Between Groups | 18,903         | 29 | ,652        | 2,484 | ,000 |
| prostredie            | Between Groups | 19,267         | 29 | ,664        | 3,402 | ,000 |

p&lt;0,05

Meán odpovedí skupín v doméne spokojnosti so zdravím bol 3,37 a SD ,775, v doméne sociálne vzťahy meán bol 0,008 a SD 0,323, v doméne prostredie bol meán 0,541 a SD 0,262. Predpokladali sme, že existujú rozdiely medzi povoláním a spokojnosťou so zdravím, sociálnymi vzťahmi a prostredím žien. Vzhľadom normálnu Gaussovu krivku, teda normálne rozdelenie pravdepodobnosti sme použili parametrický test analýzy rozptylu v podobe ONE WAY ANOVA testu. Hladinu významnosti sme zadefinovali na úrovni 0,05 pravdepodobnosti chyby prvého druhu, čo zodpovedá 5 %. Pri použití parametrického testu ONE WAY ANOVA sme zistili signifikanciu v doméne, spokojnosť so zdravím 0,000, sociálne vzťahy 0,000 a v doméne prostredie 0,000. (tab. 7)

Tab. 8 Vplyv povolania (Bravais-Pearson Correlation) n=198

|           |                     | zdravie | sociálne vzťahy | prostredie |
|-----------|---------------------|---------|-----------------|------------|
| povolanie | Pearson Correlation | -,25    | -,175           | 0,142*     |
|           | Sig. (2-tailed)     | ,000    | ,014            | ,046       |

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Predpokladali sme, že existuje vzťah medzi povoláním a spokojnosťou so zdravím, sociálnymi vzťahmi a prostredím žien. Vzhľadom normálnu Gaussovu krivku, teda normálne rozdelenie pravdepodobnosti sme použili parametrický test zameraný na zistenie korelačného koeficientu v podobe Bravais-Pearson testu. Hladinu významnosti sme zadefinovali na úrovni 0,1 pravdepodobnosti chyby prvého druhu, čo zodpovedá 1 %. Bravais-Pearsonov korelačný koeficient mal hodnotu v doméne spokojnosť so zdravím -,25, v doméne sociálne vzťahy -,175. Pri negatívnej korelácii, možno očakávať zvyšovaním jednej premennej znižovanie druhej premennej. Korelácia je signifikantná na hladine významnosti  $p < 0,05$  v doméne prostredie 0,142\* k povolaniu žien. (tab. 8)

## Diskusia

Našu štúdiu sme zisťovali aký vplyv má povolanie a na subjektívne vnímanie zdravia, sociálnych vzťahov a prostredia žien v klimaktériu. Klimaktérium je obdobie, ktoré ženám prináša rôzne typy ťažkostí a jednotlivé ťažkosti majú rôznu intenzitu. O problematike klimaktéria a jej vplyve na zdravie a kvalitu života sa diskutuje veľmi dlho. Pre mnoho žien znamená klimaktérium koniec kvalitného života, pretože sa domnievajú, že to znamená stratu ženstva a dôstojnosti. Spôsob prežívania obdobia ovplyvneného klimaktériom závisí na osobnostných charakteristikách ženy, zdravotnom stave, spektre prítomných

symptómov, ale i sociálnych faktoroch, vrátane prístupu danej kultúry ku klimaktériu ako takému. Niektorým zmenám, ktoré toto obdobie prináša, sa dá predísť už v mladom veku. Postačí, keď žena už počas fertillného obdobia venuje určitú časť dňa nejakému druhu fyzickej aktivity, vyhýba sa stresu, fajčeniu a má optimistickjší pohľad na život.

Priemerný vek zistenia prvých príznakov klimaktéria u žien bol 47,77 rokov v rozpätí 0 až 58 rokov. Ženy v niektorých rozvojových krajinách prichádzajú do obdobia klimaktéria skôr, čo môže byť spôsobené tým, že vo všeobecnosti majú viac detí [8]. Mediánny vek NPM u kaukazoidných žien v rozvinutých krajinách je v rozmedzí od 50 do 52 rokov a nástup perimenopauzy je 47,5 rokov [20]. Riziko nepriaznivých následkov sa zvyšuje s nižším vekom nástupu menopauzy. Fajčiarky v spojení so skorším nástupom menopauzy predstavujú rizikóvu skupinu pre vznik ischemickej choroby srdca. Na druhej strane, u žien s neskoršou menopauzou sa zvyšuje riziko rakoviny prsníka a endometria [16].

Ako najvýraznejšie uviedlo najviac žien návaly, potenie a zmeny nálady. Podľa Ženskej zdravotnej iniciatívy (Women's Health Initiative) až 60 % žien pociťuje návaly tepla rôznej intenzity, zatiaľ čo 23 % žien uviedlo, stredne ťažké až ťažké návaly tepla [14]. Štatistiky uvádzajú, že u Afroameričaniek je omnoho častejší výskyt návalov tepla v porovnaní s Američankami bielej pleti, ale u žien z Japonska je oveľa nižší výskyt týchto príznakov v porovnaní s Američankami [16]. Podľa Simočkovej [22] typickými príznakmi sú návaly tepla, potenie, palpitácie, apatia, úzkosť, podráždenosť atď.

Výsledok testu ANOVA v tabuľke 7 naznačuje, že existujú štatisticky významné rozdiely medzi povoláním a subjektívnym hodnotením zdravia, sociálnych vzťahov a prostredia žien v klimaktériu. Postoj ku klimaktériu je ovplyvnený charakterom práce. Dochádza k jednoznačnému poklesu výkonnosti, čo sa prejavuje znížením možnosti konkurovať mladým, hrozbou straty zamestnania a stagnujúcim finančným ohodnotením. V intelektuálnej oblasti žena dosahuje vrchol, čo sa prejavuje vyšším ohodnotením a vyšším sociálnym statusom.

Rozmanité socio-demografické premenné ako úroveň vzdelania, zamestnanosť, príjem, sociálna sieť môžu ovplyvňovať spôsob, akým sa žena adaptuje na množstvo zmien pôsobiach v klimaktériu. Získané štatistické údaje boli testované v rámci indukčnej štatistiky pomocou parametrického testu v podobe Bravais-Pearson testu s cieľom zistiť korelačný koeficient. V rámci posudzovania sa nám potvrdila existencia štatisticky významného vzťahu medzi povoláním žien a ich životným prostredím. Bravais-Pearsonov korelačný koeficient mal hodnotu v doméne spokojnosť so zdravím -,25, v doméne sociálne vzťahy -,175. potvrdila sa nám negatívna lineárna závislosť. (tab. 6) Podiel pôrodnej asistentky na edukačnom procese ženy je nesporný, lebo práve ona je prvým profesionálnym kontaktom pre ženu v oblasti primárnej starostlivosti a má najviac informácií o problémoch a ťažkostiach, ktoré žena prežíva [25]. Na základe výsledkov výskumu, štúdia literatúry a vlastných skúseností dovoľujeme si navrhnúť nasledovné opatrenia pre prax:

- zvýšiť informovanosť žien o období klimaktéria, o dostupných možnostiach zlepšovania zdravia a života prostredníctvom letákov/brožúrok, internetu, podporovať ich k jej využívaniu. Súčasťou by mal byť aj životný štýl v prevencii ťažkostí,
- motivovať ženy k vyššej aktivite a k zdravému životnému štýlu.



## Záver

Pre mnoho žien znamená klimaktérium (menopauza) koniec kvalitného života, pretože sa domnievajú, že to znamená stratu ženstva a dôstojnosti. Spôsob prežívania obdobia ovplyvneného klimaktériom závisí na osobnostných charakteristikách ženy, zdravotnom stave, spektre prítomných symptómov, ale i sociálnych faktoroch, vrátane prístupu danej kultúry ku klimaktériu ako takému. Niektorým zmenám, ktoré toto obdobie prináša, sa dá predísť už v mladom veku. Postačí, keď žena už počas fertillného obdobia venuje určitú časť dňa nejakému druhu fyzickej aktivity, vyhýba sa stresu, fajčeniu a má optimistickjší pohľad na život.

Vo výskume sa nám potvrdil vplyv povolania na hodnotenie zdravia a prostredia žien v klimaktériu. Zvyšujúcim sa vekom odchodu do dôchodku sa nám bude zvyšovať aj počet žien v klimaktériu na pracoviskách. To znamená pre zamestnávateľov vytvoriť vhodné pracovné prostredie pre túto skupinu žien. Kvôli emocionálnym ťažkostiam pociťujú i zníženú pozornosť okolia. Ich spoločenský život je ovplyvnený telesnými alebo emocionálnymi problémami. Dôležitá je podpora ženy a pochopenie zo strany partnera, rodiny a priateľov. Pohľad na klimaktérium pomáhajú výrazne zlepšiť hlavne masové komunikačné prostriedky (televízia, rozhlas, tlač), ktoré dosahujú v dnešnej dobe nevídaných rozmerov.

Klimaktérium nepredstavuje koniec doterajšieho života, je to iba zakončenie určitej životnej etapy, po ktorej nasleduje ďalšia. Záleží tiež na prístupe samotnej ženy, lebo pesimistický prístup k čomukoľvek rozhodne situáciu nerieši. Ak žena žila celý život kvalitne, vychovala deti, môže sa teraz naplno venovať svojim záľubám, vnúcatám a sebe samej.

Príspevok bol napísaný autormi v rámci práce na projekte  
KEGA č. 029KU-4/2016.

## Literatúra

1. Štatistický úrad SR. *Vývoj obyvateľstva v Slovenskej republike a krajoch v roku 2012*. Bratislava, Slovakia: ŠÚ SR; 2013.
2. Pilka R, Prochádzka M, a kol. *Gynekológia*. Olomouc, Czech: Univerzita Palackého; 2012.
3. King T, et al. *Varney's Midwifery*. 5th ed. Burlington, Jones & Bartlett Publishers; 2013.
4. Burdová M. 2007. Komentár k článku „Postmenopauzálni deprese“. *Klimakterická medicína - časopis pro menopauzu a andropauzu* 2007; 2:17-18.
5. Donát J. *Hormonální substituční terapie*. Hradec Králové, Czech: DoMeNa; 1999.
6. Donát J. *Postmenopauza – estrogenní deficit v klinické praxi*. Praha, Czech: Nakl. DoMeNa; 2003.
7. Rob L, Martan A, Cittebart K, a kol. *Gynekologie*. 2th ed. Praha, Czech: Galen; 2008.
8. Košťanová Z. Ako sa pripraviť na klimaktérium. *Lekárnik*. 2010;(15)11: 26-29.
9. Overview: Menopause. [online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK169145/#!po=93.7500>. Accessed January 17, 2017.
10. Phillipsová V. *Vaša kniha o menopauze*. Bratislava, Slovakia: Fortuna Print; 2005.
11. Fait T. *Klimakterická medicína*. 2th ed. Praha, Czech: Maxdorf; 2013.

12. Payne J, a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha, Czech: Triton; 2005.
13. Fait T. Klimakterium a hormonální substituční terapie. *Moderní babičství*. 2004; 2(3):1-12.
14. Repková A, a kol. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin, Slovakia: Osveta; 2007.
15. Koliba P, Pětroš M. Menopauza, HRT- mají vliv na vzestup hmotnosti? Komentář k článku. *Klimakterická medicína*, 2006; 11(3):15
16. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. *Best Pract Res Clin Obst and Gynaec*, 2009; Pages 23:25–32.
17. Luptáková L. Biológia reprodukčného a postreprodukčného veku žien. [online]. Bratislava, Slovakia: UK, Prírodovedecká fakulta. [http://fns.uniba.sk/fileadmin/prif/biol/kan/studium/BioReprPostrepr\\_2014.pdf](http://fns.uniba.sk/fileadmin/prif/biol/kan/studium/BioReprPostrepr_2014.pdf). Accessed February 11, 2018.
18. Langmeier J, Krejčířová D. *Vývojová psychologie*. 4th ed. Praha, Czech: Grada Publishing; 2006.
19. Vágnerová M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha, Czech: Portál; 2000.
20. Magerčíaková M. Písomné edukačné materiály ako súčasť prípravy žien na klimaktérium. *Zdravotnícke štúdie*. 2017; (9)2:65-67.
21. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.
22. Gold BE. The timing of the age at which natural menopause occurs. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011;38:425–40.
23. Sievert LL, Morrison L, Brown DE, Reza AM. Vasomotor symptoms among Japanese-American and European-American women living in Hilo, Hawaii. *Meno-pause*. 2007;14:261–9.
24. Simočková V. *Gynekologicko – pôrodnické ošetrovatel'stvo*. Martin, Slovakia: Osveta; 2011.
25. Lamková I, Boroňová J. Edukační proces u ženy procházející klimakteriem, příspěvek ve sborníku *Cesta k modernímu ošetrovatel'ství XII.*, 16.-17.9.2010 , Praha: FN Motol; 2010: 46-48.

## Kontakt:

Doc. PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva  
Katolíckaj univerzita v Ružomberku  
Námestie Andreja Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
E-mail: maria.kopacikova@ku.sk

# Skúsenosti s výučbou klimaktéria na UTV pri JLF UK v Martine

## Experience with the UTT Climate Training at the JLF UK in Martin

Eva Urbanová, Martina Bašková

Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

### Abstrakt

Univerzity tretieho veku (UTV) patria do programu celoživotného vzdelávania. Vzdelávanie pomáha seniorom uspokojovať špecifické psychické potreby a je dôležitou súčasťou trávenia voľného času. UTV pri Jesseniovej lekárskej fakulte v Martine (JLF UK) pôsobí od akademického roku 1991/92. Počas jej trvania absolvovalo štúdium 640 absolventov. Štúdium prebieha v dvoch študijných programoch: Všeobecná medicína a Starostlivosť o seniorov. Téma klimaktérium sa vyučuje v študijnom programe Všeobecná medicína. Prednášku vedie pôrodná asistentka (odborná asistentka z Ústavu pôrodnej asistencie JLF UK) so zameraním na dodržiavanie zdravého životného štýlu a základný manažment starostlivosti. Pozostáva z časti teoretickej a praktickej, kde sa precvičujú svaly panvového dna podľa pokynov vyučujúcej a na základe premietnutej ukážky. Záver prednášky je vyhradený na diskusiu poslucháčov, ktorá je zdrojom podnetných informácií o najdiskutovanejších témach v oblasti životného štýlu medzi seniormi a tiež zdrojom problémov, ktoré ženy v životnej fáze klimaktéria trápia.

**Kľúčové slová:** UTV. Klimaktérium. Výučba. Skúsenosti.

### Abstract

Third-year universities (UTT) are part of the Lifelong Learning Program. Education helps seniors to meet specific mental needs and is an important part of leisure time activities. UTT at Jessenius Medical School in Martin (JLF UK) has been operating since the 1991/92 academic year. 640 graduates attended the course. The study is conducted in two study programs: General Medicine and Senior Care. The lecture is led by a midwife (an assistant from the Institute of Midwives JLF UK) focusing on adherence to a healthy lifestyle and basic care management. It consists of a theoretical and practical part where the pelvic floor muscles are practiced according to the instructor's instructions and on the basis of a projected demonstration. The conclusion of the lecture is reserved for listeners' discussion, which is a source of insight into the most discussed issues in lifestyle among seniors, as well as the source of problems that women are experiencing in the life-stage of climacterium.

**Key words:** UTT. Climacteric. Teaching. Experiences.

### Úvod

Univerzity tretieho veku patria do programu celoživotného vzdelávania, kde vzdelávacie inštitúcie vytvárajú a inovujú obsahy vzdelávania špeciálne pre seniorov. Okrem nich existuje viacero ponúk vzdelávacích aktivít a k najznámejším patria aj akadémiie vzdelávania, kluby dôchodcov, letné univerzitné kurzy pre seniorov, profesijne orientované vzdelávacie programy „50+“, edukačné aktivity verejných knižníc, poznávaco-vzdelávacie zájazdy pre seniorov a pod. [1]. Vzdelávanie pomáha u seniorov uspokojovať špecifické psychické potreby ako *potrebu stimulácie* (súvisí s dostatočným prísunom zmysluplných aktivít a podnetov), *potrebu orientácie a učenia* (hľadanie nového životného štýlu a nových adaptačných stratégií), *potrebu aktivity* (nevyhnutnosť nájsť činnosti, ktoré senior môže vykonávať a cíti sa užitočný), *potrebu citovej istoty a bezpečia* (byť niekam zaradený v spoločnosti a ostatnými členmi spoločenstva akceptovaný), *potrebu seberealizácie* (upevňuje sociálnu pozíciu seniora) a *potrebu otvorenej budúcnosti*, ktorá súvisí s hľadaním nového zmyslu života v dôsledku straty profesijnej roly [2]. Významným faktorom v živote seniorov je trávenie voľného času, ktorý UTV pomáhajú aktívnou formou vyplňať. Pod pojmom voľný čas sa zahŕňa odpočinok, rekreácia, zábava, záujmové činnosti, vzdelávanie a dobrovoľná spoločensky prospešná činnosť. Vzdelávacie aktivity majú formu individuálneho vzdelávania (čítanie kníh, časopisov, internetu a pod.) a kolektívneho vzdelávania, kde patria aj UTV (Univerzite tretieho veku) [3]. Práve forma kolektívneho vzdelávania udržiava seniorov v spoločenskom styku širšej skupiny ľudí v približne rovnakom veku, ako aj v styku s ľuďmi aktívne pracujúcimi (vyučujúci, zamestnanci vzdelávacích inštitúcií).

Štúdium vo vyššom veku výrazne zlepšuje a udržiava kognitívne schopnosti, sebestačnosť, životný štandard a celkovú kvalitu života. Prispieva aj k zdravšiemu starnutiu a k posunu získaných informácií medzi verejnosť nielen v svojej vekovej kategórii aj mimo nej. Stáva sa tak súčasťou plnenia úloh programu „Učiac sa Slovensko“ a tiež národného programu aktívneho starnutia [4].

### Vzdelávanie na UTV pri JLF UK

Univerzita tretieho veku pri Jesseniovej lekárskej fakulte UK v Martine pôsobí už 27 rokov. Bola otvorená ako druhá na Slovensku, kedy v akademickom roku 1991/92 začala trojročné v študijnom programe Všeobecná medicína. Od akademického roku 2014/15 vzhľadom na narastajúci záujem vznikol na JLF UK ďalší, dvojročný študijný program Starostlivosť o seniorov. V študijnom programe *Všeobecná medicína* sa poskytujú praktické informácie o prvej pomoci pri niektorých chorobných stavoch a seniori postupne získavajú základné vedomosti z predmetov teoretickej medicíny. Obzvlášť užitočnými sú tréningy v Simulačnom výučbovom centre, kde si poslucháči upevňujú niektoré praktické zručnosti, ako tréning resuscitácie a pod. Študijný program *Starostlivosť o seniorov* sa darí realizovať najmä v súčinnosti s kolektívom Ústavu ošetrovateľstva JLF UK. Jeho obsahovú náplň tvoria rozsiahle informácie z teoretického ako aj praktického pohľadu na domácu starostlivosť o seniorov. Poslucháči tak hlbšie pochopia ako riešiť a zvládať nielen svoje, ale aj zdravotné problémy svojich blízkych. Uľahčenie života chorému, nezriedka životnému partnerovi, poskytovaním správnej novej zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí má

okrem dobrého osobného pocitu v tejto súvislosti priamo viazaného na „zdravšieho“ opatrovateľa - seniora, aj nemalý spoločensky prospešný benefit [4].

## Poslucháči UTV

Kritériami na prijatie uchádzačov je vek viac ako 50 rokov, pričom u invalidných dôchodcov sa veková hranica znižuje, ďalej dosiahnuté stredoškolské vzdelanie s maturitou a vyhovujúci zdravotný stav. Štúdium začína zápisom, imatrikuláciou a končí prebratím osvedčenia o absolvovaní štúdia na slávnostnej promócií. Do konca akademického roku 2016/17 UTV úspešne ukončilo 640 absolventov. Z rodového hľadiska prevažujú ženy, ale za posledných 10 rokov sa percento mužov zvýšilo z 11,6 % na 25,7 %. Poslucháči UTV sú rovnocenní so študentmi ostatných študijných odborov na JLF UK. V prvom ročníku sú spolu s nimi každoročne imatrikulovaní na slávnostnej imatrikulácii [4].

## Výučba klimaktéria

Téma klimaktérium sa vyučuje v študijnom programe Všeobecná medicína. Prednášku vedie pôrodná asistentka (odborná asistentka Ústavu pôrodnej asistencie JLF UK) so zameraním na dodržiavanie zdravého životného štýlu a základný manažment starostlivosti. Pozostáva z troch častí – teoretickej, praktickej a znova teoretickej. Vzhľadom na vek vzdelávanej skupiny je striedanie aktivít počas dvojhodinovej prednášky vítané. Súčasťou prednášky je malá hygienická prestávka. V úvode sa prednáška zameriava na definíciu, základné rozdelenie klimaktéria a faktory ovplyvňujúce nástup menopauzy. Podrobnejšie sa prechádza na charakteristiku jednotlivých syndrémov (klimakterický syndróm, estrogén deficitný syndróm organický a estrogén deficitný syndróm metabolický). Nasleduje obsiahlejšia časť, venujúca sa zmenám životného štýlu v období klimaktéria: význam psychickej aktivity, racionálna výživa a pitný režim, vhodný pravidelný pohyb a striedanie odpočinku a práce. Na túto časť plynule nadväzuje praktická časť, pričom ide precvičovanie svalov panvového dna podľa pokynov vyučujúcej a na základe premietnutej ukážky (používa sa profesionálne spracované DVD na precvičovanie svalov panvového dna špeciálne pre ženy v klimaktériu). Prednáška sa uzatvára krátkym teoretickým súhrnom o základnom manažmente starostlivosti o ženu v klimaktériu [5]. Záver prednášky je vyhradený na diskusiu poslucháčov, ktorá je zdrojom podnetných informácií o najdiskutovanejších témach v oblasti životného štýlu medzi seniormi a tiež zdrojom problémov, ktoré ženy v životnej fáze klimaktéria trápia.

## Najdiskutovanejšie témy z klimaktéria medzi poslucháčmi

Témy o ktoré majú poslucháči najväčší záujem a najviac o nich diskutujú sú zmeny v životnom štýle a základný manažment starostlivosti o ženu v klimaktériu. Z poslucháčov sa do diskusie zapájajú nielen ženy ale aj muži. Diskusia na konci prednášky je mimoriadne obľúbená, nakoľko všetky účastníčky sa aktuálne nachádzajú v rôznom období klimaktéria. Nejde vždy iba o diskusiu v pravom slova zmysle, ale aj o zdôverovanie sa s problémami. Diskutované témy a problémy sa dajú rozdeliť do nasledovných skupín: výživa v klimaktériu a senu, výživové a alternatívne doplnky stravy pre ženy v klimaktériu, pohybové aktivity v klimaktériu, základný manažment starostlivosti (na čo mám nárok?).

## Výživa v klimaktériu

Vo všeobecnosti je známe, že v období klimaktéria si mnohé ženy musia upraviť stravovacie návyky, pretože hormonálne zmeny spôsobujú výrazné zmeny v gastrointestinálnom trakte. V diskusii poslucháčov často odznievajú debaty na to, čo mohli konzumovať v minulosti a čo im teraz spôsobuje problémy. Keďže poslucháči sú vzdelaní a rozhladení ľudia, prezentujú rozmanité názory na racionálnu výživu a sťažujú sa množstvo rozdielných a často protichodných informácií v informačných zdrojoch.

## Výživové a alternatívne doplnky stravy pre ženy v klimaktériu

Je v podstate samostatná kapitola, ktorá by sa mohla prednášať osobitne. Poslucháčky majú s užívaním preparátov skúsenosti, o ktoré sa v diskusii delia. Počas prednášky sa prezentujú výsledky vedeckých štúdií na niektoré preparáty. Prekvapuje ich, že mnohé prípravky na rastlinnej báze určené pre ženy v klimaktériu nie sú preverované vo vedeckých štúdiách a z tých, ktoré preverované boli sa zistilo, že ich účinok je veľmi malý, blížiaci sa k účinku placeba [6]. Podobný výsledok užívania preparátov potvrdzujú aj diskutujúce.

## Pohybové aktivity v klimaktériu

Počas prednášky majú účastníci možnosť vidieť profesionálne cviky určené pre ženy v klimaktériu. Spoločne sa realizuje tréning svalstva panvového dna (môžu precvičovať aj muži). V diskusii veľmi oceňujú prezentované ukážky cvikov, no sťažujú sa na nedostatok cvičebných príležitostí pre ženy v ich veku. Veľmi by ocenili špeciálne cvičenia pre ženy v klimaktériu, avšak v praxi takmer vôbec neexistujú.

## Základný manažment starostlivosti (na čo mám nárok?)

Predstavuje aj najväčší súbor problémov. V prednáške sa prezentuje naozaj iba základný manažment starostlivosti o ženu v klimaktériu nasledovne [7, 6]:

- denzitometrický skríning osteoporózy (1x/1 – 2 roky),
- UZ zhodnotenie endometria,
- sledovanie životného štýlu – najmä ženy s nadváhou a obezitou, až u polovice tejto skupiny žien sa identifikuje metabolický syndróm a u pätiny sa diagnostikuje DM 2. typu (pozor na centrálnu obezitu),
- prevencia nedostatku vitamínu D v súvislosti s úbytkom počtu receptorov D vitamínu,
- HRT/HL hormonálna liečba klimakterických symptómov,
- nehormonálna liečba,
- alternatívna liečba,
- liečba pošvovej suchosti (nízкодávkové vaginálne estrogény, dlhodobá a bezpečná liečba).

Poslucháčky sa sťažujú, že mnohokrát vôbec nevedia na čo majú v liečbe nárok. Mnohé majú problém s ordinovaním denzitometrického skríningu osteoporózy. Gynekológ odporučí ženu, aby denzitometrické vyšetrenie predpísal všeobecný lekár a naopak. Takmer vôbec nedostávajú odporúčanie na užívanie vitamínu D, nikto sa nepýta na životný štýl a nedáva odporúčania na



jeho úpravu (výnimku tvoria ženy s diabetom). Viacero lekárov neodporúča hormonálnu liečbu s odvolaním na nepriaznivé vedľajšie účinky. Účastníčky prednášok sa takmer vôbec nestretli nehormonálnou liečbou klimaktéria (vitamín E, antidepresíva, antikonvulzíva, antidopaminergné látky a pod.), ktorá je určená pre ženy netolerujúce hormonálnu liečbu. Niektoré sa zdôverili, že netušili o liečbe pošvovej suchosti, nakoľko sa hanbili o tom hovoriť a žiadny zdravotník sa ich na to nepýtal.

## Záver

Výučba klimaktéria na UTV pri JLF UK v Martine je výrazne obohacujúcim zdrojom informácií nielen pre poslucháčov, ale aj pre prednášajúceho. Medzi poslucháčmi prevažujú ženy v rôznom období klimaktéria, teda prednášaná problematika sa zameriava na presnú cieľovú skupinu. K oblastiam, ktoré poslucháčov najviac zaujímajú patrí výživa v klimaktériu a rôzne prístupy k racionálnej výžive vôbec. Taktiež ich zaujímajú alternatívne spôsoby liečby a špeciálne telesné cvičenia. V diskusii poslucháčky vyjadrujú, s akými problémami sa osobne stretávajú v celkovej starostlivosti o ženy v klimakterickom veku. Sťažujú sa na nejednotné postupy a absenciu mnohých informácií o liečbe klimaktéria. Ukazuje sa, že starostlivosť o ženy v klimaktériu by sa mala väčšmi zjednotiť a okrem lekárov by na nej mali viac participovať pôrodné asistentky a sestry.

Príspevok vznikol v rámci projektu KEGA č. 025UK-4/2018  
Multimediálna podpora výučby v pôrodnej asistencii  
(virtuálny pacient).

## Literatúra

1. Širka J, Šebo M. *Zoom do vzdelávania seniorov U3V na KTIT*. Edukacija – Technika – Informatyka, 2016; 17(3):42-47. Univerzita tretieho veku (UTV) pri Jesseniovej lekárskej fakulte UK v Martine [online]. 2018. <https://www.jfmed.uniba.sk/studium/univerzita-tretieho-veku/> Accessed October 18, 2018.
2. Vágnerová M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000.
3. Dufková J, Urban L, Dubský J. *Sociologie životního stylu*. Vzd. Aleš Čeněk, 2008.
4. Buchancová J, Zanolitová M, Buchanec J, Nezdobová K. Vzdelávanie na Univerzite tretieho veku pri JLF UK v Martine – prínos k aktívnemu starnutiu. In: *Univerzita tretieho veku miesto inšpirácie a vzájomného učenia*. Medzinárodná konferencia pri príležitosti 25. výročia založenia UTV v Košiciach. Košice: TU, 2017:13–21.
5. Urbanová E. *Klimaktérium*. Prednáška pre poslucháčov UTV. *MEFANET*, portál Jesseniovej lekárskej fakulty UK v Martine [online]. 2018. <https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=260> Accessed October 28, 2018.
6. Borovský M, Ožvoldová R. Nehormonálna liečba klimakterického syndrómu. *Praktické lekárstvo*, 2017; 7(2):50-52.
7. Rešlová T. *Klimakterium*. In Rob, L., Martan, A., Citterbart, K. et al. *Gynekologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2008.

## Kontakt:

Mgr. Bc. Eva URBANOVÁ, PhD.  
Ústav pôrodnej asistencie  
Jesseniova lekárska fakulta v Martine  
Univerzita Komenského v Bratislave  
Malá Hora 5  
036 01 Martin  
Tel: 043 2633416  
E-mail: urbanova@jfmed.uniba.sk

# Kvalita života u pacientů s chronickým srdečním selháním

## The quality of life in patients with chronic heart failure

Pavla Kudlová, Kateřina Burešová

Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Ústav zdravotnických věd, Zlín, Česká republika

### Souhrn

Chronické srdeční selhání výrazně snižuje délku života a má negativní dopad na kvalitu života.

**Cíl:** Cílem výzkumu bylo zjistit míru kvality života a dodržování léčebného režimu u pacientů s chronickým srdečním selháním.

**Materiál a metodika:** Výzkumné šetření bylo realizováno na kardiologické ambulanci srdečního selhání na přelomu roku 2018. Zúčastnili se ho pacienti, kteří se léčili s chronickým srdečním selháním a docházeli do ambulance na pravidelné kontroly. K výzkumnému šetření byl použit standardizovaný „Minnesotský dotazník kvality života – Život se srdečním selháním“, zkratka MLHFQ.

**Výsledky:** Z výsledků kvantitativního výzkumu vyplynulo, že respondenti léčebný režim spíše nedodržují a že dodržování léčebných opatření nemá zásadní vliv na subjektivní hodnocení kvality života pacientů s CHSS.

**Závěr:** Přes to je třeba pacienty v léčebném režimu edukovat z důvodu zpomalení progresu tohoto onemocnění.

**Klíčová slova:** Pacient. Chronické srdeční selhání. Kvalita života. Režimové opatření. MLHFQ.

### Summary

Chronic heart failure (CHF) reduces significantly life expectancy and has an impact on the quality of life.

**Objectives:** The aim of the research was to establish the level of quality of life and the adherence to the treatment regime in patients with chronic heart failure.

**Material and method:** The investigation was carried out in the outpatient department specialized in heart failure around the turn of 2017/2018. The participants were clients of the outpatient department who regularly visit this specialized department for heart failure. The following standardized questionnaire was used: Minnesota Questionnaire of the Quality of Life (MLHFQ).

**Results:** The results of the quantitative research disclosed that the patients mostly failed to adhere to their treatment regimen, and that adherence to it had no significant influence on the subjective assessment of the quality of life of patients with CHF.

**Conclusion:** Despite this, it is necessary to educate patients undergoing medical treatment in order to inhibit the progress of the disease.

**Key words:** Patient. Chronic heart failure. Quality of life. MLHFQ.

### Úvod

Chronické srdeční selhání je syndrom postižení srdce, u kterého přes dostatečné plnění komor klesá minutový výdej a srdce není schopno krýt metabolické potřeby tkání. K projevu srdečního selhání bez poklesu srdečního výdeje může dojít při nepřiměřeném vzestupu plicního tlaku komor. Pro stanovení diagnózy chronického srdečního selhání musí být přítomny symptomy srdečního selhání + známky srdečního selhání + objektivně prokázaná porušená srdeční funkce [1].

Chronické srdeční selhání (dále jen „CHSS“) je komplexní klinický syndrom, který postihuje nemocné s různými kardiovaskulárními onemocněními, které má závažné důsledky, výrazně snižuje délku života a má negativní dopad na kvalitu života [2]. Riedel (2009, s. 407) uvádí, že je konečným stádiem téměř všech kardiovaskulárních onemocnění a je významnou příčinou morbiditu a mortality [3]. V klinickém obraze jsou v popředí dušnost, kašel, únava a nevykonnost, periferní otoky, stenokardie. V pokročilém stavu pak ještě deprese, delirantní stavy zvláště u nemocných vyššího věku, rozvoj kardiální kachexie se snížením svalové síly, poruchy kontinence, deficit sebek péče aj. Ke stanovení závažnosti nebo funkční závažnosti srdečního selhání se běžně používá klasifikace NYHA (New York Heart Association), ejekční frakce, hladina sodíku aj. [1, 4]. Kamarytová (2014, s. 12) uvádí, že v České republice je prevalence 300 000 nemocných s incidencí 40 000 nových případů srdečního selhání ročně [5]. Díky stále se zkvalitňující léčbě se významně snižuje úmrtnost na akutní kardiovaskulární příhody, přesto všechno mají přežívající klienti méně či více postižený myokard a postupně se u nich rozvíjí CHSS [6].

CHSS ovlivňuje všechny domény kvality života a má tak dopad na fyzické zdraví, zdravotní stav, prostředí pacienta, sociální vztahy, prožívání i celkovou kvalitu života. Naším úkolem bylo zjistit, zda existuje vztah mezi dodržováním léčebného režimu a mírou kvality života. K tomu jsme stanovili 2 cíle a 3 pracovní hypotézy.

### Cíle

1. Zjistit, zda pacienti dodržují základní léčebná opatření u CHSS.
2. Zjistit, jaká je kvalita života respondentů s CHSS v posledním měsíci – dle MLHFQ.

### Soubor a metodika výzkumu

Šlo o kvantitativní výzkum technikou dotazníku skládajícího se ze 3 částí: 1) zjišťující sociodemografické údaje (pohlaví, věk, výška, hmotnost, doba léčení, socioekonomické postavení a hodnocení dušnosti dle NYHA, celkem 7 položek), 2) standardizovaný Minnesotský dotazník kvality života osob se srdečním selháním (*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* – „MLHFQ“ – 21 položek), 3) zjišťující dodržování léčebných opatření (10 položek). Časová náročnost pro vyplnění – 20 minut.

Standardizovaný dotazník Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) je zaměřen na jednotlivé symptomy srdečního selhání, které ovlivňují kvalitu života pacienta (respondenta) v posledním měsíci. Každá položka se hodnotí pomocí 6 bodové Likertovy stupnice s rozsahem 0 až 5 (nula = žádné omezení, 5 = maximální omezení). MLHFQ dotazník, byl navržen v roce 1984. Jeho autory jsou Thomas S. Rector a Jay N. Cohn z Kardiovaskulárního centra Univerzity v Minesotě [7, s. 4]. Skóre dotazníku MLHFQ bylo sumarizováno na základě vyhodnocovacích kritérií z 21 otázek. Počet bodů, které mohli respondenti získat, je od 0 do 105, čím vyšší hodnota, tím větší omezení pacienta vlivem srdečního selhání. Fyzické skóre se hodnotí z položek 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13 na základě součtu bodů z jednotlivých položek. Hodnota fyzického skóre se pohybuje od 0-40 (0 žádné omezení, 40 maximální omezení). Emocionální rozměr je prezentován položkami 17, 18, 19, 20, 21. Hodnota emocionálního skóre se pohybuje od 0-25 (0 žádné omezení, 25 maximální omezení) [7]. Protože šlo zatím o malý výzkum, zajistili jsme si licenci prozatím pro studijní účely.

## Charakteristika respondentů

Dotazník mohli vyplnit: pacienti dispenzarizováni v ambulanci srdečního selhání, pacienti léčení se s CHSS minimálně 1 rok, dospělí pacienti, s NYHA I. - IV. (New York Heart Association klasifikace dušnosti u srdečního selhání), BMI bylo vypočítáno na základě aktuálního měření výšky a hmotnosti v ambulanci, respondenti ochotní vyplnit anonymní dotazník.

## Organizace a zpracování dat

Po té, co bylo zajištěno povolení zdravotnického zařízení k distribuci, byly dotazníky distribuovány osobně v ambulanci v době, kdy měli pacienti dostatečný časový prostor pro vyplnění dotazníku a nebyli ovlivněni dalšími osobami (rodinnými příslušníky). Každý pacient dostal instrukce k vyplnění. V ambulanci byli kompetentní osobou změřeni (výška, hmotnost) a bylo jim ověřeno jejich aktuální zařazení v klasifikaci NYHA.

Získaná data byla vyhodnocena pomocí deskriptivní statistiky. Aplikace inferenční statistiky má skutečný smysl pouze v případě, že bychom měli dostatečně velký reprezentativní výběr jednotek z populace, na kterou bychom chtěli výsledky zobecnit, což v našem případě tomu prozatím tak není, a také z důvodu použití metody záměrného účelového výběru vzorku přes instituce [8]. Data jsme proto vyhodnotili popisně a zaměřili jsme se na věcnou významnost u pracovních hypotéz [9]. BMI bylo vypočítáno na základě vzorce [hmotnost (kg)/výška (m<sup>2</sup>)]. Také bylo využito hodnocení srdečního selhání dle NYHA kritérií vypracovaných New York Heart Association: I. bez omezení, II. omezení jen při velké zátěži, III. omezení i při malé zátěži (námahová dušnost aj.), IV. omezení i v klidu, tj. nemocný má dušnost a další příznaky již v klidu [10].

## Výsledky

Výzkumu se zúčastnilo 96 respondentů, z toho 64 mužů (tj. 67 %) a 32 žen (tj. 33 %), průměrného věku 54 let, u žen 49 let a u mužů 56 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 22 let a nejstaršímu 80 let. BMI jsme vypočítali u žen průměrně 29,4 (nadváha), BMI u mužů průměrně 29,7 (nadváha), BMI průměrně celkem 30,1 (obezita I. stupně) – viz tabulka 1.

Tab. 1 Charakteristika souboru

|          | Muži ( $\bar{X}$ ) | Ženy ( $\bar{X}$ ) | Celkem | Minimum a maximum |
|----------|--------------------|--------------------|--------|-------------------|
| BMI      | 29,7               | 29,4               | 30,1   | 23,3-40,1         |
| Výška    | 175,5              | 166,0              | 172,3  | 153-190           |
| Hmotnost | 92,2               | 81,1               | 88,6   | 55-120            |
| Věk      | 56,1               | 49,2               | 53,8   | 22-80             |

Legenda: n – počet členů ve skupině,  $\bar{X}$  aritmetický průměr

Pouze 8 respondentů (8 %) mělo BMI v normálním rozmezí, u 45 (tj. 47 %) jsme naměřili nadváhu a u 43 (tj. 45 %) obezitu – viz tabulka 2.

Tab. 2 BMI respondentů

| BMI                          | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Normální rozmezí (18,5-24,9) | 8                 | 8 %               |
| Nadváha (25-29)              | 45                | 47 %              |
| Obezita (30-40)              | 43                | 45 %              |

Stupeň NYHA (New York Heart Association) klasifikace dušnosti) byl pro respondenty ověřen dle aktuálního stavu v ambulanci – tabulka č. 3.

Tab. 3 Hodnocení dušnosti dle NYHA u respondentů

| NYHA stupeň | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------|-------------------|-------------------|
| NYHA I      | 29                | 30 %              |
| NYHA II     | 17                | 18 %              |
| NYHA III    | 35                | 36 %              |
| NYHA IV     | 15                | 16 %              |
| Celkem      | 96                | 100 %             |

## Socioekonomické postavení respondentů

Ve skupině jsme zaznamenali 7 nezaměstnaných respondentů (tj. 7 %), 19 respondentů (tj. 20 %) je zaměstnáno, 7 respondentů (tj. 7 %) jsou invalidé I. stupně, 9 respondentů (tj. 9 %) jsou invalidé II. stupně a 10 respondentů (tj. 10 %) uvedlo, že jsou invalidní III. stupně. Nejvíce v našem výzkumu byli zastoupeni starobní důchodci - 32 respondentů (tj. 33 %). Mezi respondenty byli i osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) - 8 respondentů (tj. 8 %) a 4 studenti (tj. 4 %) - viz tabulka č. 4.

Tab. 4 Socioekonomické postavení respondentů

| Odpověď                        | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|
| Nezaměstnaný                   | 7                 | 7 %               |
| Zaměstnanec                    | 19                | 20 %              |
| Invalidní důchodce I. stupně   | 7                 | 7 %               |
| Invalidní důchodce II. stupně  | 9                 | 9 %               |
| Invalidní důchodce III. stupně | 10                | 10 %              |
| Starobní důchodce              | 32                | 33 %              |
| OSVČ, Podnikatel               | 8                 | 8 %               |
| Jiné                           | 4                 | 4 %               |
| Celkem                         | 96                | 100 %             |



### Skóre dodržování léčebného režimu respondenty

Maximální možný počet bodů byl 20, přičemž za pacienty dodržující léčebný režim považujeme respondenty s minimálním počtem 15 bodů (tj. 75 %). Základní režimová opatření u CHSS striktně dodržuje pouze 7 respondentů (tj. 7 %), částečně (na 50-70 %) dodržuje 56 respondentů (tj. 59 %) a 33 (tj. 34 %) respondentů léčebný režim dodržuje nedostatečně (skóre 0-9 bodů – tj. 45 % a méně) - viz č. tabulka 5.

**Tab. 5** Skóre dodržování léčebného režimu u respondentů

| Dodržování léčebného režimu | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| 0-9                         | 33                | 34 %              |
| 10-14                       | 56                | 59 %              |
| 15-20                       | 7                 | 7 %               |
| Celkem                      | 96                | 100 %             |

*Celková skóre (emocionální, fyzické a celkové) dle dotazníku MLHFQ*

Ze získaných odpovědí zjišťujeme, že CHSS má výrazný negativní vliv na 50 respondentů (tj. 53 %), viz - tabulka č. 6

**Tab. 6** Celkové emocionální skóre dle MLHFQ

| Emocionální skóre | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 0-10              | 46                | 47 %              |
| 11-25             | 50                | 53 %              |
| Celkem            | 96                | 100 %             |

Z výsledků vyplývá, že výraznější vliv CHSS na fyzickou stránku života pociťuje 39 respondentů (tj. 40 %), - viz tabulka č. 7

**Tab. 7** Celkové fyzické skóre dle MLHFQ

| Fyzické skóre | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 0-20          | 57                | 60 %              |
| 21-40         | 39                | 40 %              |
| Celkem        | 96                | 100 %             |

Celkem 15 respondentů (tj. 15 %) uvedlo, že v posledním měsíci má jejich život dobrou kvalitu (0-20). Jako průměrnou kvalitu života označilo svůj stav 30 respondentů (tj. 31 %), u 1 respondenta (tj. 1 %) jsme zjistili kvalitu života špatnou - viz tabulka č. 8.

**Tab. 8** Celkové skóre dle MLHFQ

| Celkové skóre | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 0-20          | 15                | 15 %              |
| 21-42         | 30                | 31 %              |
| 43-63         | 37                | 39 %              |
| 64-84         | 13                | 14 %              |
| 85-105        | 1                 | 1 %               |
| Celkem        | 96                | 100 %             |

### Diskuse

Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici Olomouc (dále FNOL), ve specializované ambulanci pro srdeční selhání. Zkoumaný vzorek tvořilo 96 respondentů, z toho bylo 32 žen (tj. 33 %) a 64 mužů (tj. 67 %), ve věku od 22 do 80 let, kteří mají diagnostikované a léčené chronické srdeční selhání. Dle statistiky získané z FNOL, bylo v roce 2016 na standardním lůžkovém oddělení arytmologie a srdečního selhání, hospitalizováno 95 pacientů s diagnózou CHSS, z toho bylo 51 mužů a 44 žen. Také byla zjištěna statistika za rok 2017, kdy bylo hospitalizováno 132 pacientů s CHSS, z toho 84 mužů a 48 žen. Z této statistiky můžeme vyvodit, že chronickým srdečním selháním se ve FNOL léčí více mužů než žen. Výskyt srdečního selhání zejména v chronické podobě je odhadován ve státech střední a západní Evropy na 1-2 % [11].

Největší skupinu dotázaných - 24 respondentů (tj. 25 %) tvořila věková kategorie 41-50 let, nejméně početná byla věková kategorie 18 - 30 let, kterou tvořili 4 respondenti (tj. 4 %). Nejvíce respondentů 32 (tj. 33 %) bylo ve starobním důchodě, 26 (tj. 27 %) respondentů uvedlo invaliditu I-III. stupně. Mezi respondenty s CHSS byli i 4 studenti (tj. 4 %). Nejpočetnější byla zastoupena doba léčení srdečního selhání 1-3 roky u 43 respondentů (tj. 45 %).

Výskyt CHSS je závislý na věku, ve vyšších věkových kategoriích prevalence stoupá [11]. Podle Framinghamské studie je ve věku do 60 let prevalence SS v populaci 0,8 %, ve věku 60-69 let 2,3 % a ve věku nad 70 let již 9,1 %. V epidemiologických průzkumech se pohybuje průměrný věk nemocných s CHSS mezi 74-76 roky. Celoživotní riziko vzniku CHSS je pro obě pohlaví bez ohledu na věk kolem 20 %, to znamená, že CHSS onemocní během života jeden člověk z pěti [11, 12].

Ve Framinghamské studii se uvádí, že celoživotní riziko vzniku SS u jedinců ve věku 40 let je kolem 21 % u mužů a 20 % u žen [13].

**Cíl 1** - Z dotazníkového šetření vyplývá, že v dodržování léčebného režimu mají respondenti značné rezervy. Celkem 59 % respondentů dodržuje léčebný režim částečně a pouze 7 % striktně. Pro efektivitu léčby jsou důležité přístupy a kontexty léčby a péče: compliance, adherence, konkordance a perzistence, které vystihují pojetí spolupráce pacienta se zdravotníkem. Nicméně u pacientů nejde pouze o správné užívání farmakoterapie, ale i o dodržování pravidel individuálně vhodného životního stylu, diety aj. [14]. A také o aktivní kontinuální práci s prostředím pacienta a s jeho vlastní osobní motivací. V pozadí všech definic stojí předpoklad, že rada zdravotníka je správná a prospěšná pro pacienta a že racionální chování v otázkách zdraví znamená přesné dodržování jeho rad. Zatím se u nás nepracuje s podporou ze strany stejně nemocných osob a s jejich osobní zkušeností.

**Cíl 2** - Úroveň kvality života v posledním měsíci jsme zjišťovali u respondentů pomocí MLHFQ. V tomto dotazníku je zjišťována a hodnocena oblast fyzická a emocionální a hodnotí se i celkové skóre, jehož zvyšující se hodnota znamená rostoucí negativní vliv srdečního selhání na život pacienta (čím je hodnota vyšší, tím je subjektivně vnímaná kvalita života pacientem horší). Celkem 82 respondentů (tj. 85 %) subjektivně hodnotí kvalitu svého života jako přijatelnou (dosahují na naší škále hodnocení menší než 63 bodů). Pouze 15 % respondentů pak hodnotí kvalitu svého života jako výrazně sníženou vlivem srdečního onemocnění. Dále jsme také zvlášť vyhodnotili fyzické a emocionální faktory, jejichž výsledek slouží k hodnocení vlivu srdečního selhání na fyzický a duševní stav pacienta.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že výraznější vliv srdečního selhání na fyzickou stránku života pociťuje 40 % respondentů. Ze získaných odpovědí zjišťujeme, že srdeční selhání má výrazný negativní emocionální vliv na 53 % respondentů. Srovnáním těchto dvou hodnocení zjišťujeme, že pacienti se srdečním selháním pociťují výraznější negativní vliv svého onemocnění na jejich emocionální pohodu, než na jejich fyzickou kondici.

Dle Vévodové, Andrlové a Vévody (2017) se zhoršenou kvalitou života u pacientů s CHSS souvisí deprese, která je diagnostikována až u 36,5 % z nich [15].

Studie autorů Fotos, Giakoumidakis, Kollia et al. (2013) udávají průměrnou kvalitu života hodnotou 62,7 bodů. Průměrná kvalita života u našich respondentů byla 44,6 bodu [16]. Nejvíce se nám přiblížil výsledek MLHFQ Šenkyříkové (2014), která vykazuje průměrnou kvalitu života 44,9 bodu [17].

## Vyhodnocení pracovních hypotéz

*H1: Domníváme se, že pacienti s třídou NYHA I až II mají kvalitu života lepší než pacienti s třídou NYHA III až IV.*

Na základě našeho dotazníkového šetření lze konstatovat, že pacienti s třídou NYHA I až II subjektivně udávají lepší kvalitu života než pacienti s třídou NYHA III až IV. Hodnocení třídy NYHA I až II má ze zkoumaného souboru respondentů diagnostikováno 46 pacientů (tj. 48 % respondentů). Tito pacienti dosahují průměrné kvality života 38,6 bodů na škále hodnocení kvality života. Pacienti s třídou NYHA III až IV, jichž je téměř stejný počet (52 %) vykazují průměrnou hodnotu kvality života 52 bodů. Pracovní hypotéza č. 1 byla podpořena a odpovídá zjištěním v jiných studiích – viz např. [1, 11].

*H2: Domníváme se, že pacienti s BMI  $\geq 25$  (nadváha až obezita) mají horší NYHA i kvalitu života.*

Na základě vyhodnocení indexu tělesné hmotnosti u respondentů s chronickým srdečním selháním jsme zjistili, že pouze 8 respondentů (tj. 8 %) vykazuje hodnotu BMI v normě. Domníváme se, že s takto nízkým počtem respondentů s BMI v normě nelze prokázat souvislost mezi hodnotou BMI a hodnotou NYHA, případně kvalitou života. Chybí nám dostatečný počet respondentů s normálním BMI, abychom mohli přesvědčivě tvrdit, že tito mají lepší kvalitu života, než respondenti s hodnotou BMI v oblasti nadváhy či obezity. Pracovní hypotéza č. 2 nebyla podpořena.

*H3: Domníváme se, že pacienti, kteří přistupují k léčebnému režimu aktivně, budou mít lepší kvalitu života, než ti, co léčebný režim nedodrží.*

Na základě odpovědí respondentů jsme zjistili, že pacienti, kteří striktně dodržují léčebný režim (tzn. dosáhli skóre 15-20 bodů v hodnocení dodržování režimových opatření) vykazují v průměru téměř stejnou hodnotu kvality života (tj. 44,4 bodu) jako pacienti, kteří dodržují léčebný režim v omezené míře, nebo jej zanedbávají. Ti udávají průměrnou hodnotu kvality života 44,6 bodů. Z našeho dotazníkového šetření vyplývá, že dodržování léčebných opatření nemá zásadní vliv na subjektivní hodnocení kvality života pacientů s chronickým srdečním selháním. Pracovní hypotéza č. 3 nebyla podpořena.

Studie od autorů Heo, Lennie, Pressler, et al. [18] se zabývala znalostí ovlivnitelných faktorů, dodržováním dietních opatření, sociální podporou v souvislosti s kvalitou života. V této studii bylo prokázáno, že intervence zaměřené k prohloubení znalostí ovlivnitelných faktorů může vést ke zlepšení kontroly nad srdečním selháním, a tudíž ke zvýšení kvality života. Náš výzkum, stejně jako výzkum autorek Haluzíkové a Hrubé tak pozitivně nedopadl (ve sledovaných oblastech dodržování léčebného režimu – pravidelné užívání léků a dodržování dietních opatření a omezení rizikového faktoru kouření). Autorky uvedly, že nemocní se více spoléhají na léky a pomoc lékařského a ošetřujícího personálu než na zapojení vlastního úsilí v podobě změny životního stylu a dodržování režimových opatření [19]. V našem výzkumu celkem 34 % respondentů nedodrží léčebný režim. Pro udržení dobré kvality života je zapotřebí mít znalosti ovlivnitelných faktorů a je vhodné alespoň částečně dodržovat režimová opatření.

## Závěr

Současná terapie CHSS je zaměřena nejen na ovlivnění symptomů, snažíme se také ovlivnit výskyt progresu srdečního selhání a snížit úmrtnost. V rámci našeho výzkumu jsme zjistili, že léčebný režim většina pacientů spíše nedodrží. Dále jsme zjistili, že vyšší klasifikace dušnosti dle třídy NYHA má negativní vliv na kvalitu života pacientů a že ne/dodržování léčebných opatření nemá zásadní vliv na subjektivní hodnocení kvality života pacientů s CHSS. Přes to je třeba ovlivnit progresi CHSS, proto jsme vytvořili edukační leták, který slouží pacientům s CHSS jako jeden z možných relevantních zdrojů informací o jejich onemocnění a doporučeném léčebném režimu. Budeme také více využívat v edukaci podporu a osobní zkušenosti stejně nemocných osob.

## Literatura

1. Špinar J, et al. Czech Society of Cardiology guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure *Cor et Vasa*. 2011; 54(2), e113-e134.
2. Málek F, Schejbalová M. Chronické srdeční selhání v praxi. *Medicina po promoci*. 2011;12(4):60-65.
3. Riedel M. *Dějiny kardiologie*. Praha: Galén; 2009.
4. Widimský J, Lefflerová K, Sedláček K. *Srdeční selhání*. Praha: Triton; 2013.
5. Kamarytová M. Studie PARADIGM - HP: a natriuretické peptidy [online]. 2014. [http://www.rochediagnostics.cz/content/dam/diagnostics\\_czech\\_republic/cs\\_CZ/documents/Labor\\_Aktuell/LA2017/LA01\\_17/StudiePARADIGM\\_Kamarytova.pdf](http://www.rochediagnostics.cz/content/dam/diagnostics_czech_republic/cs_CZ/documents/Labor_Aktuell/LA2017/LA01_17/StudiePARADIGM_Kamarytova.pdf). Accessed 2018-05-10.
6. Vojáček J, Kettner J, Bytešník J. *Klinická kardiologie*. Hradec Králové: Nucleus HK, 2009.
7. Rector TS. FDA Medical Device Development Tool (MDDT) Qualification Package for the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire MLHFQ [online]. 2017. [https://djhurij4nde4r.cloudfront.net/attachments/files/000/000/483/original/MLHFQ\\_FDA\\_Medical\\_Device\\_Development\\_Tool\\_\(MDDT\)\\_Qualification\\_Package.pdf?1516113948](https://djhurij4nde4r.cloudfront.net/attachments/files/000/000/483/original/MLHFQ_FDA_Medical_Device_Development_Tool_(MDDT)_Qualification_Package.pdf?1516113948). Accessed 2018-05-10.
8. Mioviský M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada; 2006.
9. Soukup, P., & Rabušic, L. Několik poznámek k jedné obsesi českých sociálních věd – statistické významnosti. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*. 2007;43(2):379–395.
10. Česka R a kolektiv. *Interna*. 1. vydání. Praha: Triton; 2010.
11. Málek F. Diagnostika a léčba srdečního selhání v roce 2016. *Postgraduální medicína*. 2016;18(3):16-25.
12. Hradec J, Býma S. *Chronické srdeční selhání: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP; 2011.
13. Greenberg BD, Bardard S, Narayan J, et al. *Management of heart failure*. Chichester, West Sussex: Wiley; 2010.
14. Vráblík M. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Med. pro praxi*. 2013;10:11–12.
15. Vévodová Š, Andrlová M, Vévoda J. Deprese a kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním [online]. *Profese online*. 2017;10(1). [https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201701\\_0002\\_Deprese\\_a\\_kvalita\\_zivota\\_pacientu\\_s\\_chronickym\\_srdecnim\\_selhanim.php](https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201701_0002_Deprese_a_kvalita_zivota_pacientu_s_chronickym_srdecnim_selhanim.php). Accessed 2018-05-01.
16. Fotos NV, Giakoumidakis K, Kollia Z, et al. 2013. Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A crosssectional multicentre study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013;27(3):686-94.
17. Šenkyříková M. *Hodnocení kvality života a informovanosti u pacientů se srdečním selháním - Disertační práce* [online]. Brno: LF MU; 2014. [http://is.muni.cz/th/60107/lf\\_d/DISERTACNI\\_PRACE.SENKYRIKO-VAx.pdf](http://is.muni.cz/th/60107/lf_d/DISERTACNI_PRACE.SENKYRIKO-VAx.pdf). Accessed 10.05.2018.
18. Heo S, Lennie TA, Pressler SJ, et al. Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;14:137–144.
19. Haluzíková J, Hrubá M. Kvalita života pacientů s chronickým srdečním selháním. *Cor et Vasa*. 2015;57(6):691-696.

## Kontakt:

PhDr. Mgr. Pavla KUDLOVÁ, PhD.  
Ústav zdravotnických věd  
Fakulta humanitních studií UTB  
Štefánikova 5670  
760 01 Zlín  
E-mail: kudlova@utb.cz



# Jakość życia pacjentów przed i po implantacji endoprotezy stawu biodrowego

## Quality of life of patients before and after implantation hip joint endoprosthesis

Dorota Maciąg<sup>1,2</sup>, Monika Borek<sup>1,2</sup>, Małgorzata Knap<sup>3,4</sup>, Małgorzata Krzysztynska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

<sup>2</sup>Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – Koło przy ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski

<sup>3</sup>Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego Kielce,

<sup>4</sup>Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Specjalistyczny Św. Rafała w Czerwonej Górze

### Strzeszczenie

Alloplastyka stawu biodrowego jest nowoczesną i skuteczną metodą leczenia wielu schorzeń stawu biodrowego. Najczęściej endoprotezy wszczepia się w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego, a także po jego urazach i złamaniach. Zabieg ten rozwiązuje wiele problemów związanych z codziennym funkcjonowaniem chorych. Po implantacji pacjenci nie odczuwają dotkliwego bólu, powraca możliwość swobodnego poruszania się, co wpływa na poprawę codziennej wydolności funkcjonalnej. Wszystko to w konsekwencji wpływa na odczuwanie przez pacjentów lepszej jakości życia.

**Cel:** Celem przeprowadzonego badania była ocena jakości życia pacjentów przed i po alloplastyce stawu biodrowego.

**Material i metody:** Badanie przeprowadzono wśród 101 pacjentów Oddziału Ortopedii Onkologicznej Szpitala Brzozowie. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując technikę ankietową. Jakość życia ankietowanych badano za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF.

**Wyniki:** Badaniem objęto 101 osób. Większość badanych stanowiły kobiety. Najwięcej było emerytów w wieku 60 do 69 lat i osób zamieszkujących na wsi. Najczęściej badanym wszczepiono endoprotezę bezcementową. Większość badanych przed zabiegiem skarżyła się na silny ból, który utrudniał wykonywanie codziennych czynności. Zdecydowana większość badanych przed zabiegiem uznała, że ma złą sprawność fizyczną – 52%. Przed zabiegiem zdecydowana większość badanych wskazała złą jakość spania – 78,3%, która uległa poprawie po zabiegu – 82,8%. Prawie połowa badanych uznała, że przed zabiegiem nie była w stanie chodzić po schodach, a po zabiegu chodzenie uległo poprawie. Przed zabiegiem – 94,2% respondentów wskazywała na znaczne ograniczenia w funkcjonowaniu codziennym, po zabiegu badani znacznie lepiej radzili sobie z aktywnością samoobsługową. Większość badanych źle oceniła jakość swojego życia przed zabiegiem – 77,3%, natomiast po zabiegu zdecydowana większość badanych ocenia swoje życie jako dobre – 64,4%.

**Wnioski:** Wykonanie zabiegu alloplastyki stawu biodrowego wpłynęło na znaczną poprawę jakości życia respondentów w wielu badanych aspektach, m. in.: jakość poruszania się, jakość snu, niezależność samoobsługowa.

**Słowa kluczowe:** Alloplastyka. Jakość życia. Sprawność fizyczna.

### Abstract

**Introduction:** Hip arthroplasty is a modern and effective method of healing of many hip diseases. Usually, endo-prosthesis are implanted in osteoarthritis of the hip and after injuries and breaking the bones as well. This surgery solves many problems connected with daily activities of the patients. After implantation the patients do not feel the severe pain, the possibility of easy movement returns, which improves everyday functional performance. All of this consequently affects the patients' feeling of a better quality of life.

**Purpose of research:** The aim of the thesis was to assess the quality of life of patients before and after hip replacement.

**Material and methods:** The study was conducted among 101 patients of the Orthopedic Clinic and the Department of Orthopedic Oncology of Brzozów Hospital. The research was carried out by means of a diagnostic survey, using a questionnaire technique. The quality of life of the respondents was examined using the WHOQOL-BREF questionnaire.

**Results:** The research group consisted of 101 people. The majority of the respondents were women. The largest number of respondents were retirees in aged 60 to 69 and people living in the countryside. The examined patients usually received a cementless endo-prosthesis. Most of the subjects before the surgery complained about strong pain, which hindered everyday activities. The vast majority of the respondents before the surgery admitted that they had poor physical condition - 52%. Before the surgery, the vast majority of respondents recognized the poor quality of sleep - 78.3%, which improved after the surgery - 82.8%. Almost half of the respondents stated that, before the surgery was not able to go upstairs, and after the surgery the walking has improved. Before surgery - 94.2% of the respondents indicated significant restrictions in daily functionality, after the surgery the respondents dealt with self-service activities much better. The majority of respondents misjudge the quality of their lives before surgery - 77.3%, however after the surgery the vast majority of respondents assess their lives as good - 64.4%.

**Conclusions:** Performing the hip arthroplasty has contributed to a significant improvement in the quality of life of the respondents in many examined aspects, among others: quality of movement, sleep quality, self-service independence;

**Key words:** Arthroplasty. Quality of life. Physical condition.

### Wstęp

Zabieg implantacji endoprotezy stawu biodrowego polega na wymianie chorego stawu na sztuczny. Jest to obecnie metoda coraz częściej stosowana przy schorzeniach biodra, które zmuszają chorych do ograniczenia aktywności fizycznej i często skazują na zależność od otoczenia. Schorzenia te dotyczą zazwyczaj

osób w przedziale wiekowym od 50 do 80 lat. Wskazami do radykalnego leczenia operacyjnego są: zaawansowane deformacje w obrazie radiologicznym, ból oraz problemy z poruszaniem się. Zazwyczaj endoprotezy wszczepia się w chorobie zwyrodnieniowej stawu biodrowego, a także po urazach i złamaniach. W Polsce obecnie wykonuje się około 6 do 8 tysięcy takich

zabiegów rocznie. Zabieg operacyjny to tylko jeden z etapów leczenia, następnie bardzo istotne są działania usprawniające, szczególnie pooperacyjne. Sam zabieg jest rozległy i wymaga dokładnej diagnozy lekarskiej oraz przygotowania, dlatego ważna jest ścisła współpraca chorego z zespołem leczącym oraz przyswojenie podstawowych wiadomości dotyczących leczenia przez pacjenta oraz jego rodzinę. Choroba zwyrodnieniowa stawów to niejednorodna grupa chorób stawów, cechująca się z anatomicznego punktu widzenia ogniskowym niszczeniem chrząstki stawowej, zmianami w podchrzęstnej warstwie kości jak np. mik rozłamania czy tworzenie torbieli oraz tworzeniem osteofitów co prowadzi do upośledzenia sprawności. Chorobę tę cechuje powolny, postępujący przebieg różnorodnym nasileniem objawów, takich jak ból, deformacja stawu i ograniczenie jego funkcji. [1] Zaawansowana choroba zwyrodnieniowa może doprowadzić do zniekształceń stawów. [2].

Koksartrozy można podzielić na pierwotne stanowiące 20% oraz koksartrozy wtórne stanowiące 80%. Z klinicznego punktu widzenia wyróżnia się kilka typów choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego w zależności od kształtu panewki, czyli koksartrozę z panewką zbyt płytką, koksartrozę z panewką zbyt głęboką, koksartrozę z panewką prawidłową oraz w zależności od stosunku pomiędzy procesem destrukcyjnym a procesem wytwórczym, czyli chorobę destrukcyjną uważaną za postać jałowej martwicy głowy kości udowej u dorosłych, chorobę hiperostyczną z przewagą osteofitów nad cechami destrukcji oraz postać mieszaną łączącą zmiany występujące w poprzednich typach [3]. Koksartroza należy do najcięższej i najczęstszej choroby narządu ruchu ze względu na częstość występowania, małą podatność na leczenie zachowawcze oraz ciężkie kalectwo. [4] Koksartrozy wtórne mogą mieć różne przyczyny. Wywołane mogą być przez urazy, takie jak złamania szyjki kości udowej (przerwanie naczyń krwionośnych torebkowych będące źródłem ukrwienia, uszkodzenie mechaniczne chrząstki stawowej, nieodpowiedni zrost powodujący zaburzenia osi anatomicznej) czy urazowe zwichnięcia stawu biodrowego. [5] Typowym objawem koksartrozy jest ból w bocznej lub tylnej części biodra, promieniujący do pachwiny oraz często do kolana. Stopień nasilenia tego bólu narasta w miarę rozwoju zmian w stawie. U około 85% chorych ze zmianami zwyrodnieniowymi w stawie biodrowym stwierdza się także ograniczenie przywodzenia i rotacji zewnętrznej. [6]

Alloplastyka stawu biodrowego jest zabiegiem polegającym na wymianie chorego stawu na sztuczny. Wskazania do wykonania tego zabiegu są zaawansowane deformacje w obrazie radiologicznym, ból i ograniczenie zakresu ruchów w stawie, które uniemożliwiały funkcje merytoryczne. Endoprotezy zazwyczaj wszczepia się w chorobę zwyrodnieniową stawu biodrowego, chorobach układowych tkanki łącznej jak np. reumatoidalne zapalenie stawów, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa czy toczeń rumieniowaty układowy oraz po urazach i złamaniach w obrębie nasady bliższej kości udowej. [7] Endoproteza całkowita może być cementowana lub bezcementowa. Przy operacjach rewizyjnych przy wymianie starej endoprotezy na nową stosuje się rozwiązanie hybrydowe. W zależności od przyczyn oraz rodzaju dysfunkcji, a także wskazań do operacji stawu biodrowego, które wymagają wszczepienia sztucznych elementów, wyróżnia się dwa rodzaje alloplastyki biodra: pierwotne, gdzie własny chory staw zastępuje się sztucznym oraz powtórne zwane rewizyjnymi, gdzie zużyte lub obluźnione elementy wymienia się na nowe. [8]

Według definicji przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia 1994 „jakość życia” to „postrzeganie przez jednostki ich pozycji w życiu, w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, którym żyją oraz relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [9]. Jakość życia pozostaje ścisłym związkiem ze sferą motywacji, czyli ze zdolnościami i możliwościami człowieka do zaspokajania potrzeb. Najczęściej wymienianymi potrzebami warunkującymi dobrą jakość życia są: jedzenie, picie, sen, unikanie bólu, aktywność, ciepło, bezpieczeństwo, brak lęku, stabilność, kontakt fizyczny, miłość, intymność, komunikacja, dzielenie się doświadczeniem, ciekawość, zabawa, twórczość, poczucie sensu, uznanie, szacunek, status, poczucie użyteczności wobec innych, poczucie własnej wartości, siła, profesjonalizm, wolność, niezależność oraz samo-realizacja. [10] W latach siedemdziesiątych XX wieku, pojęcie jakości życia postrzegano w kategoriach statusu ekonomicznego i dotyczyło warunków bytowych. Później do definicji jakości dołączono psychologiczne, socjologiczne oraz medyczne aspekty życia. Definiowanie jakości życia zależy także od kontekstu, w jakim występuje, dla lekarza jakością życia to stan bez choroby, dla biologa jakością utrzymanie gatunku, dla filozofa to stan szczęśliwości, zaś dla osoby chorej, jakością życia jest stan, kiedy może on realizować swoje cele. [9]

Odnosząc się do jakości życia w medycynie, wskazuje się przede wszystkim stopień, w jakim podstawowy lub oczekiwany dobrostan emocjonalny, fizyczny i społeczny pozostaje pod wpływem czynników medycznych lub leczenia. Podkreśla się, że stopień zaawansowania choroby i jej ciężar nie są zależne od stopnia zadowolenia z własnego życia. Podobnie można stwierdzić w przypadku oceny skuteczności procesu leczenia, gdzie obiektywna poprawa stanu zdrowia w następstwie procesu leczenia nie musi się przekładać na poprawę jakości życia w znaczeniu subiektywnym, co wynika z różnych potrzeb, oczekiwań i sposobu wartościowania sytuacji choroby, systemu wartości i ciężkości choroby. [11] Poczucie jakości życia w chorobie zależy także od objawów chorobowych, ich intensywności, czasu trwania choroby, jej przebiegu oraz rodzaju rokowania. W przypadku leczenia chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych bardzo ważna jest postawa, jaką przyjmuje osoba wobec swojej choroby. Poczucie jakości życia w przypadku osób z niepełnosprawnością jest złożone z tych samych czynników i relacji, które są istotne dla wszystkich ludzi. Poczucie jakości życia doświadcza, gdy osoba ma te same możliwości w realizacji celów życiowych w najważniejszych sferach życia. Ma ona wymiary zarówno subiektywne, jak i obiektywne, ale będąc percepcją indywidualną odzwierciedlającą to, jak osoba doświadcza jakość własnego życia opiera się na indywidualnych potrzebach, kontroli oraz wyborach. Pozostaje też pod wpływem czynników podmiotowych i środowiskowych takich jak relacje intymne, przyjaźń, życie rodzinne, dom, miejsce zamieszkania, wykształcenie czy standard życia. [12]

O jakości życia można mówić również z perspektywy kilku poziomów, mianowicie: osobistych wartości, satysfakcji życiowej oraz obiektywnych warunków życia. Wsparcie ze strony najbliższych osób zapewnia poczucie dobrej jakości życia. Ważne jest aby dać drugiej osobie wsparcie poprzez obdarowywanie ją potrzebnymi rzeczami, a nawet poświęconym czasem. Dlatego, aby zagwarantować dobrą jakość życia należy zagwarantować godne życie poprzez doraźną pomoc w wymiarze bio-psycho-społecznym. [13] Wraz z rozwojem cyklu życia, jednostka realizuje wszelkiego rodzaju zadania życiowe, pośród których

trzema najbardziej uniwersalnymi na wszystkich etapach życia są zadania związane z podejmowaniem aktywności życiowych, ustanawianiem relacji z innymi i definiowania swojej płciowości. Natomiast sposób, w jaki radzi sobie jednostka z tymi zadaniami jest miarą jakości rozwoju oraz najważniejszym wyznacznikiem jakości życia. [14]

## Wyniki

Badanie przeprowadzono wśród 101 pacjentów Poradni Ortopedycznej i Oddziału Ortopedii Onkologicznej Szpitala Brzozowie. Zdecydowaną większość badanych stanowiły kobiety – 60 %, pozostałe 40% to mężczyźni. Najwięcej badanych stanowiły osoby w wieku 60 do 69 lat – 45,5%, badanych w wieku 70 do 79 lat było – 25,7%, pozostali badani 19,8% to osoby w wieku 50 do 59. Niewiele ponad połowę badanych 50,5% to mieszkańcy wsi. Ponad połowę – 56,4% stanowili emeryci, pozostałe 11,9% to renciści.

Motywy podjęcia decyzji o leczeniu operacyjnym dla 50,5% badanych było odczuwanie dolegliwości bólowych. U pozostałych 49,5% decyzja wynikała z trudnościami w poruszaniu się i codziennym funkcjonowaniu. Zdecydowana większość badanych była 3 miesiące od zabiegu operacyjnego – 89,1%. Jeden miesiąc po zabiegu było 5,9%, rok po zabiegu jest 3,9% badanych. Większość badanych 83,2% miało wszczepioną endoprotezę bezcementową. Silny ból przed zabiegiem odczuwało – 68,3%, a 20,6% ból jako nie do opisanie.

Po zabiegu zdecydowana większość odczuwała ból łagodny – 64,4%. Przed zabiegiem 52,6% uskarżała się na ból przewlekły utrudniający wykonywanie codziennych czynności. Po zabiegu badani odczuwali ból sporadyczny nie utrudniający wykonywania codziennych czynności – 64,3% a 25,8% nie odczuwało żadnego bólu. Przed zabiegiem ograniczoną sprawność fizyczną miało – 52,4%, 29,9% bardzo ograniczoną. Po zabiegu 58,4% miało bardzo dobrą sprawność fizyczną, 25,8% dobrą a 15,8% przeciętną. Przed zabiegiem 77,2% badanych korzystało z rehabilitacji, zaś po zabiegu prawie tyle samo badanych już nie widziało takiej potrzeby. Przed zabiegiem 41,6% badanych korzystało z dwóch kul, z jednej – 36,6%, z balkonika 5,9%. Żadnych pomocy ortopedycznych nie potrzebowało 15,9% badanych. Po zabiegu 65,4% okresowo stosowała dwie kule, zaś 34,6% używało jednej kuli. Zmiany chorobowe stawu biodrowego oraz towarzyszące im dolegliwości bólowe utrudniają wchodzenie i schodzenie ze schodów. Przed zabiegiem 45,6% nie było w stanie samodzielnie chodzić po schodach, 32,7% korzystało z zaopatrzenia ortopedycznego, z pomocą poręczy 15,8% badanych. Po zabiegu 43,5% radziło sobie z poruszaniem się po schodach korzystając z pomocy ortopedycznych, a 32,7% korzystało z pomocy poręczy. Przed zabiegiem prawie wszyscy badani uskarżali się na pogorszenie jakości chodzenia – 88,1%. Po zabiegu 90,1% twierdziło, że ich chodzenie uległo poprawie. Utrudnione chodzenie wpływa na występowanie ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu. Większość badanych uznała, że przed zabiegiem często występował u nich problem z wykonywaniem czynności samoobsługowych i domowych – 94,2%. Po zabiegu problemy z wykonywaniem czynności domowych miało 35,6%. Przed zabiegiem 44,1% nie było w stanie ubierać się i zakładać skarpetek, a 40% miało z tym znaczne problemy. Zdecydowana większość 60,5% po zabiegu miała niewielkie problemy z zakładaniem skarpetek – 60,5%, natomiast 35,5% nie miało żadnego problemu. Przed zabiegiem 48,5% miało problemy z kąpielą, samodzielnie nie

kapą się 35,6%. Po zabiegu zdecydowana większość badanych miała niewielkie problemy z kąpielą – 58,6%. Zdecydowana większość badanych przed zabiegiem źle ocenia swoje życie w chorobie – 77,3%. Po zabiegu 64,4% oceniała swoje życie jako dobre – 64,4%, a 27,7% jako bardzo dobre. Po przeprowadzeniu oceny problemów zdrowotnych i funkcjonalnych z jakimi zmagają się pacjenci przed i po zabiegu implantacji stawu biodrowego zapytano czy jeśli zachodziła by taka potrzeba podali by się zabiegowi ponownie. Prawie wszyscy badani byli zdania, iż w celu poprawy funkcjonowania zdecydowali by się ponownie na zabieg, tylko 3,9% badanych było odmiennego zdania. Aby ocenić ogólną jakość życia w chorobie posłużono się kwestionariuszem WHOQL-BREF, wyniki poniżej. Ponad połowa 51,8% uznała, że są średnio zadowoleni ze swojego życia, 28,7% było wystarczająco zadowolonych, 15,6% całkowicie zadowolonych, trochę zadowolonych było 5,9%. Stan zdrowia jest bardzo ważnym elementem jakości życia. Najwięcej badanych było ze swojego zdrowia ani zadowolonych ani niezadowolonych – 42,6%, zadowolonych było 41,6%, bardzo zadowolonych 5,9%. Ból zakłócał jakość życia 36,7% badanych. Prawie połowa badanych 49,4% uznała, że prowadzenie normalnego życia zależne jest od zastosowanej metody leczenia, 26,8%, dla 23,8% zależność ta jest dość mocna. Odczuwanie jakości życia zależne jest postrzeganie świata i siebie, oraz usposobienia. Poproszono badanych o ocenę stopnia, w jakim cieszą się z życia i tak 42,7% trochę cieszy się życiem, kolejne 29,7% badanych cieszy się dość mocno, wcale z życia nie cieszy się tylko 1,9% badanych. Większość badanych uznała, że ich życie ma sens trochę i znaczenie – 42,7%. Dość mocne poczucie sensu życia ma 27,8%, bardzo mocno odczuwa sens życia 27,6%, a niezwykle mocno sens 1,9% badanych.

Bezpieczeństwo to podstawowa potrzeba egzystencji każdego człowieka, odgrywa podstawową rolę w życiu wpływając na jakość. Prawie połowa 48,6% odczuwa średnie bezpieczeństwo, 29,1% czuła się wystarczająco bezpiecznie, trochę 17,9% badanych, natomiast 3,9% nie odczuwało poczucia bezpieczeństwa. Energia życiowa to jeden z największych kapitałów, jaki posiada każdy człowiek. Brak energii negatywnie wpływa na codzienne życie. Najwięcej bo 37,6% stwierdziło, że posiada energię do prowadzenia normalnego życia, prawie wystarczająco energii ma 27,7%, trochę energii ma 22,9%, zaś wcale nie ma 1,9%. Posiadane wystarczającej ilości pieniędzy pozwala prowadzić godne życie i zaspokajać potrzeby, 43,6% badanych uważa, że ma średnią ilość pieniędzy na zaspokojenie swoich potrzeb, 41,6% posiada prawie wystarczające zasoby finansowe, 11,9% dysponuje całkowicie wystarczającą ilością środków finansowych.

Wolny czas pozwala na zregenerowanie sił i pozwala złapać oddech przed wyzwaniem codzienności. Najwięcej, bo 35,7% uznało, że tylko w średnim stopniu ma możliwość spędzania wolnego czasu w taki sposób, jaki by chcieli, w stopniu prawie wystarczającym 27,7%, w niewielkim stopniu 24,8%. Najmniej osób, bo 5,9% badanych osób uznała, że wcale nie ma takiej możliwości. Na jakość życia wpływa również możliwość poruszania się. Osoby mające problemy z mobilnością mogą gorzej oceniać jakość swojego życia. Ponad połowa 53,6% uznała, że ma dobre możliwości poruszania się, 24,7% uznało, że porusza się ani dobrze, ani źle, 19,8% nie miało problemów z poruszaniem się.

Zadowolenie z możliwości prowadzenia codziennego życia to kolejna kwestia o którą zapytano badanych. Większość badanych uważało, że są ani zadowoleni, ani niezadowoleni z moż-



liwości prowadzenia codziennego życia – 40,6%, 31,7% twierdziło, że są zadowoleni, bardzo zadowolonych było 19,8%. Pozostałe 7,9% badanych było niezadowolonych z możliwości prowadzenia codziennego życia.

Istotnym elementem jakości życia jest zadowolenie ze zdolności do pracy zarobkowej i niezarobkowej. Blisko połowa 47,6% jest zadowolona z możliwości wykonywania pracy zarobkowej i niezarobkowej, 32,7% było ani zadowolonych ani niezadowolonych. Niezadowolonych z możliwości pracy zarobkowej i niezarobkowej było 15,8% badanych, najmniej bo 3,9% to osoby bardzo zadowolone z możliwości zarobkowych i niezarobkowych. Żaden z badanych nie zaznaczył, że jest bardzo niezadowolony z możliwości wykonywania pracy zarobkowej i innych prac. Zadowolenie ze związków osobistych daje człowiekowi wiele radości i korzyści. Najwięcej badanych było zadowolonych ze swoich związków osobistych – 35,6%, ani zadowolonych, ani nie zadowoleni stanowili 32,7%, bardzo zadowolonych było 21,8%. Nie było osób bardzo niezadowolonych ze swojego związku. Na zadowolenie z życia, a tym samym na ocenę jakości życia wpływa posiadanie przyjaciół i związane z tym poczucie wsparcia. Zadowoleni z otrzymywanego wsparcia stanowili – 36,6%, bardzo zadowoleni – 33,7%. Badanych ani zadowolonych, ani niezadowolonych było 27,8. Pozostałe 1,9% to badani niezadowoleni z otrzymywanego wsparcia. Na zadowolenie z jakości życia wpływają także warunki mieszkalne. Badani w większości są zadowoleni z warunków w jakich mieszkają – 54,5%, 27,7% było nawet bardzo zadowolonych, ani zadowolonych ani niezadowolonych stanowili 13,9% badanych. Niezadowolonych było 3,9% badanych. Dostępność opieki zdrowotnej jest bardzo ważną kwestią w ocenie jakości życia. Najwięcej 39,7% badanych było zadowolonych z dostępności opieki medycznej, 30,7% badanych było ani zadowolonych ani niezadowolonych.

Przeżywanie nieprzyjemnych nastrojów jak smutek, chandra, lęk, przygnębienie negatywnie wpływa na jakość życia, dlatego badanych poproszono o wypowiedzenie się na ten temat. Badanie pokazało, że badani w ostatnim czasie rzadko przeżywali nieprzyjemne nastroje, jak smutek, chandra, lęk czy przygnębienie – 45,5%, 34,7% nieprzyjemne nastroje odczuwało dość często, natomiast 19,8% bardzo często. Pokazuje to, że badani mają zazwyczaj dobry nastrój.

## Dyskusja

Choroba zwyrodnieniowa stawów może dotknąć każdy staw, aczkolwiek najczęściej dotyczy stawu biodrowego i kolanowego. Choroba ta powoduje najczęściej niepełnosprawność w rezultacie ograniczenia możliwości wykonywania codziennych obowiązków domowych i zawodowych.

W badaniu własnym powodem podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym u 50,5% badanych był ból trwający dłużej niż 3-6 miesięcy, pomimo stosowania prawidłowego leczenia nieoperacyjnego a dla 49,50% trudności w poruszaniu się i codziennym funkcjonowaniu. W badaniu przeprowadzonym przez Stanek J., Juzwiszyn J. M. i wsp. powodem podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym dla – 58,3% zmiany zwyrodnieniowe w stawie, u 30% zmiany spowodowane urazem a 10% wada wrodzona. [15]

Występowanie bólu znacząco obniża odczuwanie jakości życia. W badaniu własnym silny ból stawu biodrowego przed zabiegiem odczuwało 68,3% a 19,8% bólu nie do zniesienia, natomiast po zabiegu ból łagodny odczuwało 64,4% a 25,7% nie odczuwało żadnego bólu. W badaniu Stanek J., Juzwiszyn J. M.,

i wsp. „Kompleksowa ocena powrotu do sprawności ruchowej chorych po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego” przed zabiegiem operacyjnym 47,5% badanych czuło silny ból, 25% ból umiarkowany, 19,2% bardzo silny ból a 8,3% osób nie odczuwało żadnego bólu. Natomiast po wykonaniu zabiegu 74,2% ankietowanych odczuwało ból umiarkowany, 16,7% nie odczuwało żadnego bólu, 8,3% respondentów czuło silny ból a 0,8% bardzo silny ból. [15]. W badaniu Bojarczuk K., Lewickiego M., i. wsp. „Ocena stopnia natężenia odczuwanego bólu u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego przed i po operacji” respondenci zostali poproszeni o subiektywną ocenę bólu za pomocą 10 punktowej skali VAS. Jak wynika z analizy uzyskanych wyników ból wskazywany przez osoby badane wyniósł Me=9 punktów. [16] Podobne wyniki badań uzyskała Majda i Walas oraz Borowicz, Cielicka i wsp którzy zauważyli istotny wpływ zabiegu na zminimalizowanie odczuwania bólu. [17,18]. Analizując badania innych autorów zauważa się, istotny wpływ bólu na ograniczenie ruchomości w stawie biodrowym przed operacją powodowało całkowite ograniczenie ruchów wywołane bólem u 57,5% osób. Natomiast u 35% ankietowanych ból istotnie ograniczał zakresu ruchomości, a wśród 7,5% badanych oddziaływanie to było tylko nieznaczne [16]. W badaniu własnym przed zabiegiem 94,2% badanych często miało problemy z wykonywaniem czynności domowych. Natomiast 1,9% respondentów twierdziło iż rzadko miało takie problemy a 3,9% osób deklarowało iż nigdy nie miało problemów z wykonywaniem czynności domowych. Z kolei po przeprowadzeniu zabiegu liczba osób która często miała problemy z domowymi obowiązkami spadła do 1,9%. Osoby które po operacji deklarowały iż rzadko mają takie problemy stanowiły 80,3% badanych, a 17,8% nigdy nie spotkało się z takimi problemami.

W badaniu Majdy A. zabieg w znacznym stopniu wpłynął na polepszenie jakości życia wśród respondentów, w takich aspektach jak: energia życiowa, sprawność ruchowa, ból i funkcjonowanie fizyczne [17]. Do przybliżonych konkluzji doszedł Rocławski M. i wsp., oceniając oddziaływanie alloplastyki na jakość życia zdeteterminowaną stanem zdrowia, z wykorzystaniem kwestionariusza SF- 36. [19] Z badań Łapaj Ł. i wsp. wynika, iż dla poprawy jakości życia respondentów kluczowe znaczenie miały: zmniejszenie dolegliwości bólowych i zwiększenie poziomu niezależności. [20]. W badaniu własnym zdecydowana większość badanych 77,3% źle oceniała swoje życie przed zabiegiem. Po zabiegu zdecydowana większość respondentów ocenia swoje życie jako dobre – 64,4%, a 27,7% jako bardzo dobre. W badaniu Kani J., Szyjki A. i. wsp. wskazano na brak statystycznie istotnego związku pomiędzy rehabilitacją przedoperacyjną a jakością życia u badanych przed zabiegiem endoprotezoplastyki stawu biodrowego, ponadto nie potwierdzono wpływu wykonanej operacji na poprawę jakości życia ankietowanych. [21].

## Wnioski

1. Wykonanie zabiegu alloplastyki stawu biodrowego wpływa na znacznie zmniejszenie odczuwania dolegliwości bólowych i oraz znacząca poprawia zakres wydolności funkcjonalnej badanych;
2. Zabieg alloplastyki stawu biodrowego wpłynął znacząco na poprawę jakości życia pacjentów w wielu badanych aspektach, m.in.: jakość poruszania się, jakość snu, niezależność samoobsługowa.

## Literatura

1. Paprocka M, Zawadzki M. Fizjoterapia w chorobach układu ruchu, Wyd. Medyczne Górnicki Wrocław 2007, 102.
2. Tlustochowicz W. Ból w chorobach stawów, Wyd. Medyczne Termedia, Poznań 2010.
3. Szczeklik A. Choroby wewnętrzne, Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
4. Sporadyk K. Patologia narządu ruchu, Wyd. PZWL, Warszawa 2002.
5. Sadowska-Wróblewka M. Przewlekłe choroby reumatyczne, Wyd. PZWL, Warszawa 1998.
6. Zimmerman-Górska I. Choroby reumatyczne, Wyd. PZWL Warszawa 1989.
7. Księżopolska-Pietrzak K, Pazdur-Zięcina K, Strzyżewski M, Miller H. Postępowanie z chorym po totalnej alloplastyce stawu biodrowego, Postępy Nauk Medycznych 2000;2:35-39.
8. Czajka D, Czekala B. Standardy domowej pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Wyd. Medyczne Borgis, Warszawa 2013, 85-87.
9. Radecka B. Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. *Current Gynecologic Oncology* 2015;13:173.
10. De Walden-Gałusko K, Mankowicz M. Jakość życia w chorobie nowotworowej, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1994, 14.
11. Oleś P, Steuden S, Toczowski J. W kierunku wyjaśnienia psychospołecznego funkcjonowania osób z zaburzeniami widzenia [w:] Jak świata mniej widzę: Zaburzenia widzenia a jakość życia, Wyd. TN KUL, Lublin 2002, 193.
12. Steuden-Okła W. Jakość życia w chorobie, Wyd. KUL, Lublin 2006, 7.
13. Górna K, Suwalska. Badanie jakości życia w psychiatrii [w:] Jakość życia w naukach medycznych, (red.): L. Wołowicka, Wyd. Akademii Medycznej, Poznań 2001, 160.
14. Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem, *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, Rzeszów 2006; 2:123.
15. Stanek D, Juzwizyn JM, Borek K, i. wsp. Kompleksowa ocena powrotu do sprawności ruchowej chorych po zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego. *Zdrowie Publiczne*. 2017;7(4), 271-274.
16. Bojarczuk K, Lewicki M, Michalczak M, i. wsp. Ocena stopnia napięcia odczuwanego bólu u pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego przed i po operacji *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(6): 657-658.
17. Majda A, Walas K, Gawełek A. Jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013;21, 29-37.
18. Borowicz B, Cielicka M, Nadulska A. Codzienne funkcjonowanie i jakość chodu u pacjentów po całkowitej artroplastyce stawu biodrowego. *Pielęgniarstwo. XXI wieku* 2012;1, 31-34.
19. Roślowski M, Lorczyński A, Bieniecki M. Ocena wpływu alloplastyki stawu biodrowego na jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia. *Chirurgia. Narządu* *Ruchu* 2008;73, 5-9.
20. Łapaj Ł, Kokoszka P, Jurga M, i. wsp. Jakość życia przed i po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Chirurgia Narządu Ruchu* 2007;72, 269-274.
21. Kania J, Szyjka A, Kotela A, i. wsp. Jakość życia pacjentów po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, *Ostry Dyżur*. 2016;9(4), 126.

## Kontakt:

dr n. med. Dorota MACIĄG  
Katedra Pielęgniarstwa  
Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu  
Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości  
w Ostrowcu Świętokrzyskim  
ul. Akademicka 12  
27- 400 Ostrowiec Św.  
E-mail: dorotamaciag@wp.pl

# Zameranie edukácie pri onkogynekologickom ochorení

## Focus of education on oncogynecological illness

Katarína Zrubáková<sup>1</sup>, Anna Herinková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok

<sup>2</sup>Klinika radiačnej a klinickej onkológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok-FN

### Abstrakt

**Úvod:** Onkogynekologické ochorenia majú významný vplyv na kvalitu života žien a vyžadujú si osobitný prístup zdravotníckych pracovníkov. V príspevku sme sa zamerali na základnú charakteristiku ochorení a možnosti interdisciplinárnej starostlivosti. K dôležitým intervenciám lekárov, sestier a iných členov tímu patrí edukácia. Zameranie edukácie sa líši podľa prognózy ochorenia, typu liečby, zdravotného a psychického stavu pacientky a aktuálne sa vyskytujúcich problémov. K dôležitým oblastiam edukácie v ústavnom zariadení a v ambulantnej resp. domácej starostlivosti patrí klimakterický syndróm. Iatrogénne klimaktérium vzniká vplyvom chirurgickej liečby a chemoterapie.

**Cieľ:** Zistiť ako je realizovaná edukácia u žien s onkogynekologickým ochorením a na čo je obsahovo zameraná.

**Výskumný súbor a metóda:** Výskumný súbor tvorilo 38 dokumentov (kompletné články nie abstrakty) vyhľadané v databázach ProQuest Central, Scopus, Web of Science. Výskumnou metódou bolo narrative review.

**Výsledky výskumu:** Zistili sme, že najčastejšie sa realizuje edukácia po chirurgickej liečbe a doplnujúcej chemoterapii a rádioterapii. Realizuje sa aj počas ambulantnej kontroly pacientky a počas domácej liečby. Obsah edukácie tvoria informácie o klimakterickom syndróme a nežiaducich účinkoch liečby. V domácom prostredí je to samokontrola, psychické a sexuálne problémy ženy. Edukátormi sú lekári, sestry, pôrodné asistentky a psychológ.

**Záver:** Výsledky získané pomocou narrative review a vlastnej skúsenosti z klinickej praxe potvrdili, že terapeutická komunikácia, edukácia a interdisciplinárna spolupráca členov tímu významne ovplyvňujú kvalitu života žien s gynekologickou malignitou. Primerané podávanie informácií a edukácia má význam aj v prevencii a včasnom rozpoznaní komplikácií liečby.

**Kľúčové slová:** Gynekologické malignity. Starostlivosť o ženu. Edukácia. Klimakterický syndróm.

### Abstract

**Introduction:** Oncogynecological diseases have a significant impact on the quality of life of women and require special access for healthcare workers. In the paper, we focused on the basic characteristics of oncological diseases and the possibilities of interdisciplinary care. The important interventions of doctors, nurses and other team members is to educate. The focus of education differs according to the prognosis of the disease, the type of treatment, the patient's health and psychological condition and the current problems. To the important areas of education in the constitutional institution and in the outpatient, home care includes climacteric syndrome. Iatrogenic climacteric occurs due to surgical treatment and chemotherapy.

**Objectives:** Find out how is realized education of women with oncological disease. Find out what is the content of education.

**Material and methods:** The research file consisted of 38 documents (a complete article not abstracts) found in ProQuest Central, Scopus, Web of Science databases. The research method was a narrative review.

**Conclusion:** We found out that education is the most frequent use after surgical treatment and supplementary chemotherapy and radiotherapy. It is also done during ambulatory control of the women and during home treatment. The content of education are information about the climacteric syndrome and the side effects of treatment. In the home environment it is self-control, psychological and sexual problems of women. Educators are doctors, nurses, midwives and psychologist.

**Results:** The results obtained through a narrative review and own experience from clinical practice have confirmed that therapeutic communication, education and interdisciplinary cooperation team members significantly affect the quality of life of women with gynecological malignancies. Adequate information and education are also important in the prevention and early diagnosis of complications of therapy.

**Key words:** Gynecological malignancy. Treatment of women. Education. Climacteric syndrome.

### Úvod

Každoročne je na Slovensku, okrem karcinómov prsníka, novodiagnostikovaných približne 2 700 gynekologických malignít [1]. Podľa lokality nádorov sa u mladších žien najčastejšie vyskytuje rakovina krčka maternice, u starších žien (50-60 ročných) rakovina tela maternice [2]. Ženy liečené na gynekologické malignity trpia nielen samotným onkologickým ochorením, ale sú väčšinou konfrontované aj so stratou ovariálnej funkcie a vznikom závažných foriem klimakterického syndrómu [1]. Príčinou indukovanej menopauzy je chirurgické odstránenie ovárií alebo i následná chemo- rádioterapia [3]. Symptómy takéhoto iatrogénneho klimaktéria sú zväčša výraznejšie pre rýchly nástup, nižší vek pacientok a aj pre vplyv samotnej onkologickej liečby. Ženy môžu trpieť závažnými klimakterickými syndrómami,

potenciovanými samotným ochorením, stratou sebavedomia a emocionálnou nestabilitou [1]. Úlohou zdravotníckych pracovníkov a ostatných členov interdisciplinárneho tímu je pomôcť pri ich eliminácii, čomu napomáha aj adekvátne podávanie informácií a edukácia.

**Cieľom** príspevku je priblížiť zameranie starostlivosti a špecifiká edukácie u žien pri onkogynekologickom ochorení.

### Starostlivosť o ženu po chirurgickej liečbe

Chirurgická liečba sa realizuje podľa štádia ochorenia. Pri skorom štádiu rakoviny krčka maternice sa vykonáva konizácia alebo jednoduchá hysterektómia. U vyšších štádií sa realizuje radikálna hysterektómia s odstránením parametria a hornej časti



pošvy vrátane parakolpii. Súčasťou zákroku v prípade invázie karcinómu do ciev je i intrapelvická a paraaortálna lymfadenektómia [4]. Najradikálnejšou operáciou je tzv. exenterácia panvy. Možno k nej pristúpiť u pokročilých nádorov alebo recidív s prestaním do okolitých orgánov (močový mechúr, konečník) [5].

Intervencie jednotlivých členov tímu závisia od typu a náročnosti operácie a dopĺňujúcej liečby. Bezprostredne po operácii sa zameriavame na štandardnú pooperačnú starostlivosť a pooperačné komplikácie- pooperačné krvácanie, tromboembolizmus, hnisanie rany, vznik pooperačnej fistuly, porušenie

celistvosti orgánov uropoetického traktu, steny tenkého alebo hrubého čreva.

Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná na monitorovanie a zmierňovanie bolesti, mobilizáciu pacientky, starostlivosť o výživu, hydratáciu, vylučovanie ako aj uspokojovanie psychických, sociálnych a spirituálnych potrieb.

Dôležitou súčasťou je aj sledovanie symptómov iatrogénneho klimakteria, pri ktorom môžeme použiť Kuppermanov index - Tab.1. Symptómy sa môžu prejaviť jeden- dva týždne po chirurgickom odstránení matrice.

Tab. 1 Kuppermanov index [6]

| Symptóm             | Index | Miera ťažkostí                                                  |
|---------------------|-------|-----------------------------------------------------------------|
| Návaly tepla        | 4     | Silné 3                                                         |
| Zvýšené potenie     | 2     | Stredné 2                                                       |
| Poruchy spánku      | 2     | Ľahké 1                                                         |
| Podráždenosť        | 2     | Žiadne 0                                                        |
| Depresia            | 1     | Výsledok je súčet násobkov:<br>Index symptómov x miera ťažkostí |
| Poruchy sústredenia | 1     |                                                                 |
| Závrate             | 1     | Hodnotenie                                                      |
| Bolesti hlavy       | 1     | <35 Ťažký klimakterický syndróm                                 |
| Bolesti kĺbov       | 1     | 20-35 Stredný klimakterický syndróm                             |
| Búšenie srdca       | 1     | 15-20 Ľahký klimakterický syndróm                               |

Okrem uvedených sa zameriavame aj na ďalšie problémy ako: zmeny na pošvovej sliznici, ktoré sa prejavujú pocitom suchosti a pálenia, zmeny v dolnej časti močových ciest, s ktorými súvisia opakované infekcie, prípadne neschopnosť udržať moč-inkontinencia. Hodnotíme aj iné psychické symptómy- fluktuáciu nálady, plačlivosť, úzkosť, vnútorné napätie, unaviteľnosť [7].

### Starostlivosť o ženu pri chemo a rádioterapii

**Rádioterapia** je liečebnou modalitou, ktorá využíva ionizujúce žiarenie k liečbe onkologických ochorení. V liečbe gynecologických malignít sa využíva interná (brachyterapia) a externá rádioterapia. Rádioterapia je indikovaná pri liečbe nádorov vulvy, pošvy, krčka matrice, tela matrice a ovárií [8]. Starostlivosť o pacientku je zameraná hlavne na elimináciu a liečbu nežiaducich účinkov rádioterapie. Nežiaduce účinky môžu byť akútne a neskoré. Akútna poradiačná morbidita sa prejavuje na koži (erytém, diskvamácia, ulcerácie, nekrózy), slizniciach (mukositída, bolesť, ulcerácia, krvácanie), v gastrointestinálnom trakte (strata hmotnosti, hnačka, dyspeptické ťažkosti), močovo-pohlavnom systéme (dysúria, nocturia, bolesť, cystitída), v krvnom obraze. Pri ožarovaní väčšieho objemu sa vyskytujú systémové radiačné reakcie. Prejavujú sa ako postradiačný syndróm únavou, nechutenstvom, nevoľnosťou, vracaním, rozladenosťou [9].

**Chemoterapia** sa najčastejšie realizuje v kombinácii s rádioterapiou alebo ako následná liečba- adjuvantná chemoterapia po operácii alebo rádioterapii. Služi k zničeniu zvyšku predpokladaných nádorových buniek v tele, k zabráneniu relapsu ochorenia a vytvorenia metastáz- napríklad pri karcinóme ovária [10]. Rovnako aj pri chemoterapii sa vyskytujú nežiaduce účinky- zmeny v krvnom obraze, zánik ochlpenia, alopecia, dys-

peptické ťažkosti, hnačky, gynecologické zápaly. Po aplikácii chemoterapie dochádza k poruchám menštruačného cyklu alebo k ukončeniu cyklu.

Starostlivosť je teda zameraná na prípravu ženy na príslušnú liečbu, kontrolu počas priebehu, aplikácie liečby a včasnú identifikáciu nežiaducich prejavov a ich zmierňovanie.

### Edukácia pacientok pri onkogynekologickom ochorení

Edukácia má v starostlivosti o onkologicky chorých nezapustiteľnú úlohu. Jej cieľom je poskytnúť žene potrebné informácie, ktoré sa týkajú aktuálnych i potencionálnych problémov. Edukáciou môžeme eliminovať strach, neistotu, ktoré vyplývajú z nedostatku vedomostí, prispieť k psychickej pohode ženy, zlepšiť spoluprácu medzi ženou a ošetrovateľským personálom, zabrániť vzniku komplikácií, prípadne skrátiť dobu rekonvalescencie [11].

Edukácia by mala byť započatá ešte pred zahájením liečby a pokračuje počas celej doby hospitalizácie, ako aj v následnej starostlivosti - kontroly v ambulancii alebo v domácej starostlivosti.

Pred medikáciou je dôležité vysvetliť podstatu ochorenia, liečebný postup a upozorniť na možné vedľajšie účinky terapie. Súčasťou je terapeutická komunikácia a psychická podpora s uistením, že aj nežiaduce účinky liečby sa dajú zvládnuť [10].

### Edukácia v ústavných zariadeniach

Pri edukácii spolupracuje sestra s ošetrovateľským lekárom, prípadne pri identifikovaní špecifických problémov so psychologom, kňazom, respektíve sociálnym pracovníkom. Dôležitá je vzájomná výmena informácií medzi jednotlivými členmi tímu

a kongruencia v obsahu edukácie. Každý člen tímu prispôsobuje obsah edukácie svojim kompetenciám.

Pred začiatkom edukácie je dôležité dôkladné posúdenie zdravotného, psychického stavu ako aj sociálneho zázemia pacientky, možnosť spolupráce s blízkou osobou, príbuzným. Identifikujeme problémy, nedostatočné vedomosti, zručnosti, prípadne bariéry edukácie.

Pri realizácii edukácie si dohodneme s pacientkou dĺžku, čas a miesto realizácie. Optimálna dĺžka edukácie by mala byť do 30 minút [12], ale v prípade telesných problémov sa môže i skrátiť. Forma edukácie je najčastejšie individuálna, pri zapojení partnera, aj skupinová. Základnými metódami edukácie je rozhovor a vysvetľovanie. Na lepšie zapamätanie informácii využívame aj písomné edukačné materiály. Ideálne, ak sú vyrobené priamo sestrou alebo pôrodnou asistentkou a zrozumiteľné pre danú skupinu edukantov [13]. Edukácia môže byť základná, pokračujúca- rozvíjajúca a pri dlhodobej starostlivosti komplexná. Obsah edukácie tvoria informácie, ktoré súvisia s ochorením, liečbou, nežiaducimi prejavmi liečby, medzi ktoré patrí aj klimakterický syndróm a následnou starostlivosťou.

## Obsah edukácie po chirurgickej liečbe - hysterektómii

Žena musí byť informovaná o nástupe klimakterického syndrómu a ďalších možných komplikáciách a starostlivosti o seba v domácej liečbe.

Pri skorom štádiu ochorenia je žena edukovaná o priebehu liečby a starostlivosti na oddelení, alternatívnej prípadne hormonálnej liečbe, ktorá eliminuje prejavy klimaktéria, o obmedzeniach pri starostlivosti o domácnosť a v partnerskom živote (pohlavný styk najskôr 6 týždňov po operácii). Počas edukácie je dôležité prediskutovať problémy, ktoré súvisia s odstránením maternice a možnosti konzultácie so psychológom alebo gynekológom, sexuológom (po operácii môže nastať sexuálna dysfunkcia a dyspareunia) [14,15].

## Obsah edukácie- alternatívna liečba klimaktéria

Využitie prípravkov z prírodných zdrojov ako:

- fytoestrogény - Ďatelina lúčna, Sója fazuľová, Ľan siaty, Šalvia lekárska, ktoré eliminujú následky klimaktéria,
- výživové suplementy.

Využívanie akupunktúry, chiropractickej a masážnej terapie, relaxácie [16].

## Obsah edukácie o starostlivosti v domácom prostredí

- vhodná úprava, konzistencia a teplota jedla, nápojov,
- pravidelné cvičenie miernej intenzity, Kegelove cviky,
- zanechanie fajčenia, pitia väčšieho množstva kávy, čierneho čaju,
- kvalitný spánok, relaxácia,
- používanie vaginálnych lubrikačných gélov- pri suchosti sliznice,
- dodržiavanie termínov kontrol [17].

## Zameranie edukácie vo vedeckých databázach

V predchádzajúcom texte sme prezentovali zameranie starostlivosti a edukácie u žien s onkogynekologickou malignitou. Pri edukácii sme vychádzali z vlastných skúseností z klinickej praxe, ktoré sme doplnili o údaje z literatúry. Pre komparáciu údajov sme realizovali výskum prostredníctvom narrative review.

## Cieľ výskumu

Zistiť ako je realizovaná edukácia u žien s onkogynekologickým ochorením a na čo je obsahovo zameraná.

## Súbor a metóda výskumu

Metódou výskumu bolo narrative review. V databázach ProQuest Central, Scopus, Web of Science sme vyhľadávali oblasti zamerania edukácie.

Výskumný súbor tvorili dokumenty (kompletné články nie abstrakty) vyhladané v uvedených databázach. Kritériom pre výber bolo: 1. články obsahovali údaje o edukácii pri onkogynekologických ochoreniach alebo edukácii po hysterektómii v ústavnom zdravotníckom zariadení alebo v komunitnej a ambulantnej starostlivosti, 2. boli publikované v období 2013-2018.

## Výsledky výskumu

Po analýze získaných údajov sme spracovali informácie z 38 odborných a vedeckých článkov (19 ProQuest, 12 Scopus, 7 Web of Science). Získané výsledky ponúkame v tabuľkách 2-4.

Tab. 2 Zameranie edukácie - narrative review- ProQuest

| Obdobie realizovania edukácie                                      | Realizovanie edukácie | Dĺžka edukácie v minútach | Zameranie edukácie                                                                                        | Edukátor                         |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| V ústavnem zariadení - pred liečbou                                | nie                   | neuvedené                 | neuvedené                                                                                                 | -                                |
| V ústavnem zariadení - po chirurgickej liečbe, chemo, rádioterapii | áno                   | 30                        | Prejavy klimakterického syndrómu, Zdravotné a psychické komplikácie. Uspokojenie psychosociálnych potrieb | Lekár, sestra pôrodná asistentka |
| Domáca a následná starostlivosť                                    | áno                   | neuvedené                 | Pretrvávajúce problémy, self monitoring, sexuálna dysfunkcia, manželský život, psychické problémy         | Lekár, sestra, psychológ         |

Z tabuľky vyplýva, že v článkoch vyhladaných v uvedenej databáze bola realizovaná edukácia u žien po chirurgickej liečbe a počas chemoterapie, rádioterapie a v následnej starostlivosti. Dĺžka realizácie bola uvedená len v ústavnom zariadení - 30 minút. Realizátormi edukácie boli lekár, sestra, pôrodná asistentka

a v následnej starostlivosti i psychológ. Obsahom edukácie boli predovšetkým prejavy klimakterického syndrómu, nežiaduce účinky liečby, zdravotné a psychosociálne problémy, ktoré pretrvávajú v domácej liečbe.

Tab. 3 Zameranie edukácie - narrative review- Scopus

| Obdobie realizovania edukácie                                     | Realizovanie edukácie | Dĺžka edukácie v minútach | Zameranie edukácie                                                                                                        | Edukátor                 |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| V ústavnom zariadení - pred liečbou                               | nie                   | neuvedené                 | neuvedené                                                                                                                 | -                        |
| V ústavnom zariadení - po chirurgickej liečbe, chemo.rádioterapii | áno                   | neuvedené                 | Prejavy klimakterického syndrómu, Zdravotné a psychické komplikácie. Kvalita života. Fyzické zotavovanie.                 | Lekár sestra             |
| Domáca a následná starostlivosť                                   | áno                   | neuvedené                 | Sociálna podpora, socio-ekonomická pozícia, sexuálna dysfunkcia, Negatívne emócie. Prevencia lymfedému DK. Rehabilitácia. | Lekár, sestra, psychológ |

Po vyhodnotení údajov získaných z databázy Scopus môžeme konštatovať, že edukácia bola realizovaná predovšetkým u žien hospitalizovaných na gynekologických alebo onkologických oddeleniach a v domácej a ambulantnej starostlivosti. Dĺžka trvania edukácie nebola uvedená. Edukátormi boli lekár, sestra,

psychológ. Edukácia bola zameraná na poskytnutie informácií o klimakterickom syndróme po chirurgickej liečbe a chemoterapii, zdravotných a psychických komplikáciách a v domácom prostredí predovšetkým na podpornú starostlivosť, prevenciu komplikácií a rehabilitáciu.

Tab. 4 Zameranie edukácie - narrative review- Web of Science

| Obdobie realizovania edukácie                                      | Realizovanie edukácie | Dĺžka edukácie v minútach | Zameranie edukácie                                                                                                         | Edukátor                 |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| V ústavnom zariadení - pred liečbou                                | áno                   | 45                        | Význam daného spôsobu liečby. Priebeh liečby.                                                                              | Lekár                    |
| V ústavnom zariadení - po chirurgickej liečbe, chemo. rádioterapii | áno                   | neuvedené                 | Prejavy klimakterického syndrómu. Psychická podpora po hysterektómii psychické komplikácie. Interdisciplinárna spolupráca. | Lekár sestra             |
| Domáca a následná starostlivosť                                    | áno                   | neuvedené                 | Duševná stresová reakcia, sexuálna dysfunkcia, psychické problémy. Rehabilitácia, sebakontrola                             | Lekár, sestra, psychológ |

V poslednej tabuľke, ktorá je prehľadom analyzovaných dokumentov v databáze Web of Science vidíme, že na rozdiel od predchádzajúcich databáz bola edukácia realizovaná ešte pred začatím liečby. Bola uvedená aj dĺžka trvania - 45 minút. Obsah edukácie bol rovnako zameraný na nežiaduce účinky liečby, klimakterický syndróm, self monitoring, ale aj na psychické problémy a možnosti odbornej pomoci pri špecifických problémoch pacientky.

## Diskusia

Gynekologické malignity predovšetkým karcinóm krčka maternice a zhubné nádory vaječníkov postihujú ženy vo fertilnom veku a výrazne ovplyvňujú ich kvalitu života [18]. Poslaním zdravotníckych pracovníkov je preto individuálnou starostlivosťou a primeraným podávaním informácií pomáhať pri eliminovaní problémov a uspokojovaním potrieb [10]. Práve

podávanie informácií a edukácia - základná, pokračujúca a komplexná má veľký význam u hospitalizovaných žien, ale aj u žien a ich rodinných príslušníkov v domácom prostredí.

Zameraním výskumu bolo získať prehľad o realizovaní edukácie u žien s onkogynekologickým ochorením. Analyzovaním článkov, ktoré splnili definované kritéria sme zisťovali, ako edukácia prebieha v ústavnom zariadení a v domácej respektíve ambulantnej starostlivosti. V troch tabuľkách sme spracovali získané údaje z databáz. Zamerali sme sa na obdobie realizovania edukácie, dĺžku trvania edukácie, obsah edukácie a edukátorov. Vychádzali sme z faktu, že pre ženu je dôležité mať informácie od kompetentného člena interdisciplinárneho tímu ešte pred začatím liečby a hneď po eliminovaní bariér edukácie (bolesť, psychický stav, nežiaduce účinky liečby...) [11]. Dĺžka edukácie musí byť rovnako prispôbená aktuálnym problémom pacientky, pri ideálnych podmienkach je to 30-45 minút. Edukátormi by mali byť predovšetkým lekár, pôrodná asistentka, sestra, psy-



chológ, prípadne sociálny pracovník, fyzioterapeut [13]. Obsah edukácie tvoria informácie o priebehu liečby, komplikáciách a nežiaducich účinkoch liečby a zameraní starostlivosti v domácom prostredí [10]. Z našich výsledkov vyplýva, že absenciu primeraného podávania informácií ešte pred začatím terapie len v jednom článku bola popísaná edukácia u pacientky pred chirurgickou liečbou. Edukácia je však realizovaná počas ústavnej liečby a pokračuje i v domácej liečbe. Edukácia je najčastejšie zameraná na prejavy klimakterického syndrómu, psychickú podporu, sebakontrolu, možnosti zapojenia jednotlivých členov tímu a zmierňovanie prejavov sexuálnej dysfunkcie.

## Záver

Liečba gynekologických malignít je náročná, sprevádza ju veľa problémov, ktoré ovplyvňujú kvalitu života žien a obmedzujú ju vo vykonávaní aktivít bežného života. Obzvlášť závažnou komplikáciou je vznik klimakterického syndrómu u žien vo fertilnom veku. Ženy sa tak musia vyrovnávať s následkami liečby, nežiaducimi účinkami ako aj so stratou možnosti otehotnieť, ukončenia menštruačného cyklu. Jedným z prostriedkov ako pomôcť žene vyrovnávať sa s týmito zmenami je terapeutická komunikácia, primerané podávanie informácií a edukácia. Preto je veľmi dôležité, aby sestry a ostatní členovia tímu venovali dostatočnú pozornosť týmto činnostiam a pomohli žene prekonať problémy a pripravili ju na návrat do domáceho prostredia.

## Literatúra

1. Redechová S, Hammerová L, Borovský M. Hormonálna substitučná liečba pacientok po onkogynekologickom ochorení. *Onkológia*. 2013; 8(6):355-357.
2. Palková L, Dimunová L. Kvalita života žien s karcinómom maternice. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2012; 3(1):348-352.
3. Rešlová T. Menopauza- liečba potíží. *Med. praxi*. 2012; 9(11):445-450.
4. Major I, McConville C. Vaginal drug delivery for the localised treatment of cervical cancer (Review). *Drug Delivery and Translational Research*. 2017; 7(6): 817-828.
5. Kliment J, Plank L, Kavcová E. *Základy klinickej onkológie*. Martin: Osveta; 2016.
6. Masák L. Miesto operačnej liečby v liečbe gynekologických nádorov a stav na Slovensku. *Onkologie*. 2006; 1(1): 39-41.
7. Kubíková D. Menopauzálni symptomy a hormonálna substituční terapie. *Prakt.lékáren*. 2014; 10(2): 68-73.
8. Forgáčová L. Depresie u žien: depresia v perimenopauze a v menopauze. *Psychiatr. prax*. 2009;10(3):110-114.
9. Felsing M, Weinberger V, Minář L. Komplikace radioterapie u gynekologických malignit. *Actual Gyn*. 2018;10:23-28.
10. Zrubáková K, Herinková A. Úloha sestry pri eliminácii nežiaducich účinkov liečby rakoviny krčka maternice. *Zdravotnícke štúdie*. 2017;9(2):25-29.
11. Gulášová I, Hruška J, Justhová N, et al. Náročnosť komunikácie s pacientkou po abdominálnej hysterektómii. [online] In *Onkologie v gynekologii a mammologii*. 2014. <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologických-konferencnich-abstrakt/>

kologických-konferencnich-abstrakt/ narocnost-komunikacie-s-pacientkou-po-abdominalnej-hysterektomii/ Accessed October 18, 2018.

12. Hendriksen M. Patient satisfaction in treatment for cervical pathology. *Oncology letters*.2011;2(3): 439-443.
13. Magerčiaková M. Písomné edukačné materiály ako súčasť prípravy žien na klimakterium. *Zdravotnícke štúdie*. 2017;9 (2):65-67.
14. Vrzackova P., Weiss P, Cibula D. Sexual morbidity following radical hysterectomy for cervical cancer. *Expert Review of Anticancer Therapy* 2010; 10(7):1037-1042.
15. Wang X. et al. The morbidity of sexual dysfunction of 125 Chinese women following different types of radical hysterectomy for gynaecological malignancies. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2018; 7(2): 459-466.
16. Fialová S. Fytoestrogény a ich využitie v menopauze. *Prakt. lekárn*. 2012; 2 (4): 50-53.
17. Borovský M, Ožvoldová R. Nehormonálna liečba klimakterického syndrómu. *Prakt. lekárn*. 2017; 7 (2): 50-52.
18. Vorlíček J, Abrahámová J, Vorlíčková H a kol. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada; 2012.

## Kontakt:

PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva  
Katolícka univerzita v Ružomberku  
Námestie Andreja Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
E-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

# Paliativní péče v domácích podmínkách aneb spolupráce rodiny s domácí (hospicovou) péčí

## Palliative Care in Household Conditions or any Family Cooperation with Home (Hospic) Care

Anna Krátká<sup>1</sup>, Marie Zbranková<sup>1,2</sup>, Silvie Treterová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Česká republika

<sup>2</sup>Agentura Zdislava - domácí zdravotní péče, s.r.o. se sídlem ve Vsetíně, Česká republika

### Abstrakt

**Úvod:** Ve sdělení se zaměřujeme na význam rodiny v paliativní péči o nemocného v domácích podmínkách a využití služeb domácí (hospicové) péče.

**Cíl:** Cílem bylo zmapovat péči rodinných příslušníků o nevléčitelně nemocného a jejich využití služeb agentur domácí (hospicové) péče.

**Metody:** Byla zvolena kvantitativní metoda, technika nestandardizovaného dotazníku. Respondenti byli osoby podílející se na péči o nevléčitelně nemocného, kteří současně využívali služby domácí (hospicové) péče.

**Výsledky:** Výsledky výzkumu ukazují, že pečující osoby se nejčastěji nemocnému věnují 4 - 8 hodin denně, z domácí péče využívají především ošetrovatelskou péči, tedy péči sestry.

**Závěry:** Domácí (hospicová) péče pomáhá rodinným příslušníkům zvládnout náročnou péči o nevléčitelně nemocné, kteří díky tomu mohou prožít zbytek života v jejich přirozeném prostředí.

**Klíčová slova:** Rodina. Nemocný. Paliativní péče. Pomoc. Kvalita života.

### Abstract

**Introduction:** In the paper, we focus on the importance of the family in palliative care for the patient in domestic conditions and the use of domestic (hospice) care services.

**Objective:** The aim was to map the care of family members about the incurable patient and their use of the services of domestic (hospice) care agencies.

**Methods:** A quantitative method, a non-standardized questionnaire technique was chosen. Respondents were persons involved in the care of incurable patients who used domestic (hospice) care services at the same time.

**Results:** The results of our research show that caregivers most often spend with the patient 4-8 hours a day, they use home care especially a nursing care.

**Conclusion:** Domestic (hospice) care helps family members to handle demanding care for incurably ill, who can thus live the rest of their lives in their natural environment.

**Key words:** Family. Ill. Palliative Care. Help. Quality of Life.

### Úvod

V současné době se stále častěji mluví o stárnutí populace, s čímž souvisí také polymorbidita. I přes velký rozvoj ve zdravotnictví se setkáváme u seniorů (nejen) s nemocí, které moderní medicína nedokáže vyléčit, ale dokáže zmírnit projevy těchto chorob, ulevit od bolesti a zachovat přiměřenou kvalitu života. Mluvíme pak o paliativní péči, kterou Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala v roce 1990 jako: „aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“ [1]. V roce 2002 potom WHO tuto definici upravila a do popředí v ní staví zlepšení kvality života. Cílem péče není vyléčení nebo prodloužení života nemocného, ale důraz je kladen především na prevenci a účinné mírnění bolesti, tělesných i duševních problémů, zachování úcty a důstojnosti. Součástí paliativní péče je i podpora blízkých nemocného. Paliativní péče se již nesoustředí pouze na onkologicky nemocné a na nemocné v terminálním stadiu nemoci [2]. Pokud je pacient, který je indikován k paliativní péči hospitalizovaný, dochází k vytržení nemocného z jeho vlastního prostředí a k odloučení od partnera a rodiny, což může být velmi bolestné nejen pro něj, ale i pro

ostatní rodinné příslušníky. Dříve nebo později stojí rodina před rozhodnutím, zda nechá svého blízkého v institucionální péči nebo mu umožní prožít zbytek života doma, ve svém pokoji, ve své posteli, mezi těmi, které má rád. Péče o nevléčitelně nemocného v domácím prostředí je velmi náročná nejen fyzicky, ale především psychicky. Ten, kdo si tuto situaci sám neprožil, si jen velmi obtížně dokáže představit, jak je tato péče vyčerpávající a jak je potřebná podpora a pomoc celé rodině [3]. Vyrovnat se s tím, že je člověk méně a méně soběstačný, často závislý na péči okolí, je asi tou nejtěžší zkouškou, která nás může v životě potkat. Tato zkouška se netýká jen nemocného, ale také celé rodiny. Pečující rodinní příslušníci často nevědí, jak se v takové situaci chovat, jak komunikovat, jak pomoci, aby neublížili a co je třeba zařídit. Mohou se potýkat s pochybnostmi, zda udělali pro svého blízkého maximum. V neposlední řadě se ukáže soudržnost rodiny, v nejhorším případě může dojít i k jejímu rozpadu. Podle Kopecké je „Rodina základní stavební jednotka každé společnosti. Je primární a malou sociální skupinou, která zajišťuje vývoj člena nové společenské generace. Rodina uspokojuje důležité potřeby všech svých členů. Kromě základních životních potřeb uspokojuje potřeby sociálního styku a komunikace, lásky a jistoty, vzájemné pomoci“ [4]. Velkou roli hraje ta zmíněná „vzájemná pomoc rodiny“ - zda se péče o nemocné rozdělí na více jejích členů nebo zůstává jen na jedinci. Domácí péče je pro pečující

osoby vyčerpávající, nemocní i pečující si sáhnou až na okraj svých sil. V rámci poskytování paliativní péče jsou důležitým prvkem, s velkým potenciálem pomoci, různé typy zdravotních a sociálních služeb, především domácí (hospicové) péče. Tento potenciál je potřeba maximálně využít. Zajímalo nás, jak vnímají pomoc domácí péče rodinní příslušníci, kteří pečují o své blízké v domácím prostředí.

## Cíl práce

Cílem práce bylo zmapovat využití agentur domácí péče rodinnými příslušníky pečujícími o nemocné v paliativní péči. Ve sdělení se zaměřujeme na tyto dílčí cíle: zjistit, v jakém rozsahu se podílejí rodinní příslušníci na péči o své blízké; zjistit, jak často využívají pečující osoby služby domácí péče a zjistit, o jaký typ služeb se nejčastěji jedná.

## Soubor, metodika

Soubor respondentů tvořili pečující osoby podílející se na péči o nevyléčitelně nemocného v domácím prostředí. Kritériem pro zařazení do výzkumu bylo využívání služeb domácí péče a ochota vyplnit dotazník. Nemocní, o které respondenti pečovali, pocházeli z oblasti Vsetínska, Valašských Klobouk a Hornolidečska, ve všech případech byli pečující osoby první příbuzní a 76 (91,57 %) z nich bydlí ve společné domácnosti s nemocnou osobou. Do paliativní péče nespádají jen onkologická onemocnění, ale i některé další choroby v pokročilém stádiu, s přihlédnutím k mentálnímu věku a přidruženým chorobám. Výskyt onemocnění u nemocných, o které pečují respondenti je následující: největší zastoupení mají neurologická onemocnění, dále pak diabetes mellitus, srdeční onemocnění, demence, nádorová onemocnění, plicní onemocnění, onemocnění ledvin a jater. Respondenti uvedli také stav po amputaci dolních končetin, obrnu, degenerativní genetické onemocnění, ochrnutí způsobené úrazem a bércové vředy. Ve většině případů se u nemocných vyskytovalo více onemocnění (polymorbidita). Jednalo se o kvantitativní výzkum, zvolena byla technika nestandardizovaného, originálně konstruovaného dotazníku, který obsahoval 28 položek. Výzkumu předcházela sonda, kterou jsme ověřili srozumitelnost jednotlivých položek. Během dubna 2018 bylo distribuováno 100 dotazníků, vrátilo se 88, ale 5 z nich muselo být vyřazeno kvůli neúplnému vyplnění. Finálně bylo zpracováno 83 dotazníků. Ke zpracování dat byla použita základní popisná statistika.

## Výsledky, interpretace a diskuse

V této části se věnujeme výsledkům a jejich analýze. Text je strukturován do tří oblastí dle dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, v jakém rozsahu se podílejí rodinní příslušníci na péči o své blízké. Z výsledků vyplývá, že o 34 nemocných (40,96 %) se stará pouze jedna pečující osoba, o 33 (39,76 %) nemocných pečují 2 osoby, u 14 (16,87 %) nemocných se střídají 3 osoby a ve 2 (2,41 %) případech se podílejí 4 osoby. Ve výzkumu Perníčkové [5], zabývajícím se paliativní péčí z pohledu pečujících, se na domácí paliativní péči nejčastěji podílejí 2 rodinní příslušníci. Celkem 35 (42,17 %) pečujících osob se nemocnému věnuje 4 - 8 hodin denně, 29 (34,94 %) respondentů 1 - 3 hodiny a více jak 8 hodin denně se věnuje nemocným 19 (22,89 %) respondentů. Pro srovnání také Perníčková [4], ve svém výzkumu zjistila, že nejčastěji pečující věnují nemocným více než 6 hodin svého času, a to 26 (52 %). Pečující osoby se nejčastěji podílejí na péči o domácnost 66 (79,52 %), na přípravě jídla a zajištění výživy

65 (78,31 %), přípravě a podávání léků 65 (78,31 %), následuje péče o osobní hygienu 55 (66,27 %), doprovod k lékaři, na úřady 49 (59,04 %) a pomoc při vyprazdňování 42 (50,60 %). Z 83 respondentů celkem 28 z nich (33,73 %) opustilo kvůli péči o svého blízkého zaměstnání. V souvislosti s tím, nás zajímalo, zda rodiny využívají některou z forem odlehčovací péče, jako je denní stacionář, Léčebna dlouhodobě nemocných ... . Zjistili jsme, že tyto služby užívá jen 24 (28,91 %) dotázaných. Druhý dílčí cíl zjišťuje, jak často využívají pečující osoby služby domácí péče a celkové okolnosti těchto služeb. Celkem 32 (38,56 %) respondentů využívá služeb domácí péče méně než jeden rok, 25 (30,12 %) respondentů 1 - 2 roky, 2 - 4 roky uvedlo 7 (8,43 %) dotázaných a zbývajících 19 (22,89 %) více jak 4 roky. Z odpovědí respondentů vyplývá, že frekvence návštěv je různorodá a liší se mimo jiné tím, zda je využívána zdravotní / ošetrovatelská péče (poskytovaná všeobecnými sestrami) nebo sociální péče / pečovatelská služba (poskytovaná pečovatelkami). Sestry chodí nejčastěji třikrát týdně a pečovatelky denně v rozmezí jedné až tří návštěv. Respondenti se v převážné většině vyjádřili, že jim smlouvený rozsah péče vyhovuje. Naše výsledky se shodují s výzkumem Charvátové [6], která se zabývala přínosem domácí hospicové péče pečujícím rodinám terminálně nemocných a došla k závěru, že většina respondentů, 79 (98,75 %), považuje čas strávený u nemocného pracovníky domácího hospice za dostatečný. Podrobný přehled uvádíme v tabulce č. 1.

Tab. 1 Frekvence návštěv sester a pečovatelek domácí péče

| Frekvence návštěv | Sestra |       | Pečovatelka |       |
|-------------------|--------|-------|-------------|-------|
|                   | n      | %     | n           | %     |
| 1 x denně         | 18     | 25,00 | 8           | 21,62 |
| 2 x denně         | 2      | 2,77  | 6           | 16,22 |
| 3 x denně         | 0      | 0,00  | 5           | 13,51 |
| 1 x týdně         | 0      | 0,00  | 2           | 5,41  |
| 2 x týdně         | 11     | 15,28 | 4           | 10,81 |
| 3 x týdně         | 37     | 51,40 | 6           | 16,22 |
| 4 x týdně         | 1      | 1,39  | 1           | 2,70  |
| 5 x týdně         | 1      | 1,39  | 4           | 10,81 |
| 6 x týdně         | 0      | 0,00  | 1           | 2,70  |
| 1 x měsíčně       | 2      | 2,77  | 0           | 0,00  |
| Celkem            | 72     | 100   | 37          | 100   |

Na otázku, zdali je stanovený čas návštěvy sestry a pečovatelky v rodině, respondenti volili odpověď u pečovatelek „vždy“ zvolilo 22 (59,46 %), „velmi často“ 14 (37,84 %) a „často“ 1 (2,70 %), co se týká sester, převládají opět odpovědi „vždy“, kterou zvolilo 29 (40,28 %) respondentek, „velmi často“ 14 (19,44 %), „často“ 18 (25,00 %), ale objevují se i odpovědi „nikdy“, a to 3 (4,17 %) a „občas“ odpovídá 8 (11,11 %) respondentů. Dále nás zajímalo, zda se někdy stalo, že pracovníci domácí péče nepřišli, přestože byla návštěva dohodnuta a jak byla situace řešena. Zjistili jsme, že tato situace nastala u sester 5x a u pečovatelek 3x. Pracovník se vždy omluvil a dojednal si s klientem náhradní termín. Ve všech případech bylo důvodem nedodržení dohodnutého termínu nepříznivé počasí. Třetím dílčím cílem bylo zjistit, o jaký typ služeb se nejčastěji jedná, tedy kdo z agentur domácí péče do rodiny dochází. Celkem 46 (55,42 %) respondentů uvedlo, že návštěvy vykonávaly sestry, takže se jednalo o ošetrovatelskou službu, pečovatelská služba probíhala u 11 (13,25 %) nemocných a 26 (31,33 %) respondentů uvedlo, že k nim docházely sestry i pečovatelky, takže se jednalo o ošetrovatelskou i pečovatelskou



službu. Z celkového počtu 83 respondentů využilo 13 (10,65 %) z nich i možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek. Sestry u nemocných nejčastěji prováděly převazy, a to ve 35 (34,65 %) případech a ošetrovatelskou rehabilitaci ve stejném počtu, u 35 (34,65 %) klientů, dále aplikovaly injekce a inzulin, ošetrovaly stomie, prováděly výměnu permanentního močového katétru apod. Mezi pečovatelskými službami byla nejvíce zastoupena pomoc při osobní hygieně, celkem ve 31 (52,54 %) případech, 19 (32,20 %) respondentů uvedlo, že se jednalo o poskytování stravy a zajištění nákupů, vedení domácnosti a úklid. Pečovatelky také prováděly s klienty trénink paměti nebo doprovázely nemocné na procházky. Tématem využití agentur domácí péče v paliativní péči se zabývala ve své diplomové práci Sedláková [7] s tím rozdílem, že dotazníkové šetření bylo určeno jen sestrám - naše šetření pečujícími osobám. Z jejích výsledků vyplynulo, že sestry nejčastěji docházejí k aplikaci léků a injekcí, u 25 (13,36 %) klientů a k převazům ran také u 25 (13,36 %) klientů, podobně jako ve výsledcích našeho výzkumu. Naopak ošetrovatelská rehabilitace byla zastoupena pouze u 9 (4,81 %) klientů, kdežto v našich výsledcích byla ošetrovatelská rehabilitace poskytnuta 35 (34,65 %) klientům. Nutno zmínit, že rodinní příslušníci / respondenti spatřují v domácí péči velkou pomoc a výhodu nejen pro samotné nemocné, ale také pro pečující osoby. Výhody spatřují především v domácím prostředí (dožít život doma, neomezené návštěvy rodiny a přátel, pohodlí domova), v kvalitní individuální péči, bez starostí s přepravou a úspora času, ulehčení starostí, možnost konzultací, možnost docházet do zaměstnání, finanční úspora a eliminace nebezpečí nákazy jinou chorobou (chřipky). Všechny tyto důvody jsou v podstatě principem a cílem domácí paliativní péče.

## Doporučení pro praxi

Dobrá spolupráce mezi pečujícími osobami a sestrami nebo pečovatelskými domácí péče je prvním předpokladem a důležitým aspektem pro poskytování kvalitní a efektivní péče. Na základě výsledků našeho výzkumu navrhuje doporučení pro sestry a pro pečující členy rodiny.

### Doporučení pro všeobecné sestry:

- Poskytovat pečujícím členům rodiny potřebné a dostatečné množství srozumitelných informací.
- Edukovat nejen nemocné, ale i pečující osoby.
- Aktivně vyhledávat a naplňovat potřeby nemocných.
- Umožnit rodinným příslušníkům aktivně se zapojovat v péči o nemocného a podporovat je.
- Sledovat komplexně nemocného i jeho rodinu (nejen zdravotní, ale i sociální problémy a pomáhat tyto problémy řešit).
- Nepodceňovat problémy rodiny, zajímat se o potřeby rodiny (v kontextu s potřebami nemocných), případně odkázat na psychosociální pomoc.
- Poskytovat informace o možnosti dávek sociální pomoci.
- Nabízet pomoc a využití odlehčovací služby.
- Úzce spolupracovat nejen s rodinou, ale i ostatními pečujícími osobami (pečovatelskými, dobrovolníky...).
- Vzdělávat se nejen v oblasti ošetrovatelské péče, ale i v oblasti sociální.

### Doporučení pro pečující:

- Důvěřovat zdravotníkům.
- Aktivně spolupracovat se zdravotníky (compliance).

- Podporovat se v rodině navzájem, nenechávat péči jen na jednom členovi rodiny.
- Nebát se požádat o pomoc při péči.
- Využívat možnosti odlehčovací péče a dalších sociálních služeb.
- Stanovit si reálné cíle.
- Věnovat čas odpočinku, relaxaci a koníčkům.

## Závěr

Pokud je rodina postižena onemocněním jejího člena, hovoříme někdy až o „nemocné rodině“. Vždy záleží na tom, kdo z rodiny onemocní (matka, otec, dítě, prarodič) a jakou roli v rodině zastával. V současnosti zažíváme snahu vrátit péči o paliativně nemocné do domácího prostředí. Při péči v domácím prostředí lze využívat sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je umožnit nemocným důstojný život v prostředí, které důvěrně znají, ale také poskytnout účinnou pomoc a podporu pečujícím osobám. Jedině tak naplníme cíl paliativní péče, kterým je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.

## Literatura:

1. Buzgova R. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha, Czech Republic: Grada, 2015.
2. Vorlíček J, Slama O. Paliativní medicína: historie a současnost. *SANQUIS*, 2005(41): 34 [online]. [cit. 2008-02-23]. <https://www.sanquis.cz/index1.php/linkID=art345>.
3. Zbranková M. *Využití agentur domácí péče v paliativní péči*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií [online]. Bakalářská práce, 2018 [cit. 2018-08-20]. <https://stag.utb.cz/portal/studium/prohlizeni.html>.
4. Kopecká I. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha, Czech Republic: Grada, 2015.
5. Perníková T. *Domácí paliativní péče očima rodinných příslušníků*. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií [online]. Bakalářská práce, 2017 [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html>.
6. Charvatová A. *Přínos domácí hospicové péče pečujícím rodinám terminálně nemocných*. Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta [online]. Diplomová práce, 2014 [cit. 2018-04-07]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/upidy/>.
7. Sedláková M. *Využití domácích agentur v paliativní péči*. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií [online]. Diplomová práce, 2011 [cit. 2018-04-07]. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://portal.upce.cz/portal/studium/prohlizeni.html>.

## Kontakt:

PhDr. Anna KRÁTKÁ, Ph.D.  
Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd  
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Štefánikova 5670  
760 01 Zlín  
Česká republika  
tel.: +420 725 508 554  
E-mail: [kratka@utb.cz](mailto:kratka@utb.cz)

# Styl życia osób z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym

## Life style of people diagnosed with hypertension

Małgorzata Cichońska<sup>1,2,3</sup>, Dorota Maciąg<sup>1,2</sup>, Lucyna Sznajder<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

<sup>2</sup> Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Koło przy ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski

<sup>3</sup> Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim

### Streszczenie

Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą układu krążenia, a jego występowanie jest w dużej mierze zależne od stylu życia i zachowań zdrowotnych.

**Celem pracy** była ocena stylu życia chorych na nadciśnienie tętnicze.

**Metody** zastosowane w pracy to ankieta oceniająca styl życia chorych na nadciśnienie tętnicze. Badanie zrealizowano w grupie 102 chorych na nadciśnienie tętnicze, pacjentów poradni kardiologicznej w rejonie podkarpackim. Wśród respondentów dominowały osoby w wieku 51-60 lat (38,2%), płci żeńskiej (90%), zamężne lub żonate (88,2%), zamieszkujące na wsi (57,8%), ze średnim wykształceniem (43,1%), pracujące zawodowo (57,8%) od ponad 30 lat (46,1%), z nadwagą (47,1%), mieszkające w odległości mniejszej niż 5 km od swojego miejsca pracy (31,4%), chorujące na nadciśnienie od ponad 10 lat (37,4%), z chorobą nadciśnieniową o niepowikłanym przebiegu (83,3%).

**Wnioski:** Większość chorych dokonuje w ramach samoopieki regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi. Chorzy na nadciśnienie tętnicze po rozpoznaniu choroby rzadko zwiększają swoją aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy. Większość osób modyfikuje swój styl odżywiania po zdiagnozowaniu choroby, ale zbyt mała grupa ogranicza spożycie soli i tłuszczów. Po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego większość chorych ogranicza używki i dąży do redukcji masy ciała. W ramach samopielęgnacji pacjenci z nadciśnieniem tętniczym regularnie przyjmują leki hipotensyjne. Na zmianę stylu życia chorych na nadciśnienie tętnicze wpływa ich wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania.

**Słowa kluczowe:** Nadciśnienie tętnicze. Zdrowy styl życia. Samoopieka. Samokontrola.

### Abstrakt

Hypertension is the most widespread cardiovascular disease, and its occurrence is largely dependent on lifestyle and health behavior.

**The aim** of the study was to assess the life style of patients with hypertension.

**The methods** used in the work are questionnaire assessing the life style of patients with hypertension. The study was conducted in a group of 102 patients with hypertension, patients of the cardiology clinic in the Podkarpackie region. The respondents were dominated by people aged 51-60 (38.2%), female (90%), married (88.2%), living in the countryside (57.8%), with secondary education (43.1%), working professionally (57.8%) aged over 30 (46.1%), overweight (47.1%). Those people were living less than 5 km from their workplace (31.4%), suffering from hypertension for over 10 years (37.4%), with uncomplicated hypertensive disease (83.3%).

**Conclusions:** Most patients perform regular blood pressure measurements as part of self-care. Patients with hypertension after the diagnosis of the disease rarely increase their physical activity during their leisure time. The majority of people modify their eating habits after diagnosing the disease, but too few people limit the intake of salt and fat. After diagnosing the hypertension the majority of patients reduce the stimulants and strive for weight reduction. As part of self-care, the patients with hypertension regularly take antihypertensive drugs. The age, education and place of residence influence the change in the lifestyle of patients with hypertension.

**Key words:** Hypertension. Health lifestyle. Self-care. Self-control.

### Wstęp

Nadciśnienie tętnicze jest bardzo złożonym procesem chorobowym, występującym najczęściej wśród osób w średnim wieku, w społeczeństwach cywilizacji zachodniej, a także na całym świecie. W ciągu ostatnich dziesięcioleci dokonał się ogromny, dynamiczny postęp w diagnostyce nadciśnienia tętniczego i jego terapii. Jednak większość działań jest opartych na samokontroli, samoopiece i edukacji chorych, którzy powinni angażować się w zmianę modyfikowalnych czynników ryzyka sprzyjających pojawieniu się choroby i ważnych dla jej przebiegu i skutków działań, w tym m. in. palenia tytoniu, spożywania alkoholu, spożywania dużej ilości soli, utrzymania należytej masy ciała poprzez unikanie otyłości i nadwagi, wykazywania aktywności fizycznej i redukowania stresu oraz radzenia sobie z nim.

Modyfikowanie zachowań i postaw zdrowotnych osób zdrowych spowoduje zmiany w stylu życia i zapobiegnie chorobom, a u chorych pozwoli uniknąć jej skutków, dlatego warto prowadzić badania, które będą stanowić bazę do oceny zapotrzebowania na skuteczną i ustawiczną edukację w tym zakresie.

### Cel badań

Celem pracy była ocena stylu życia chorych na nadciśnienie tętnicze.

### Materiał i metody

Badanie zrealizowano w grupie 102 pacjentów poradni kardiologicznej w rejonie podkarpackim, chorych na nadciśnienie tętnicze. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego wykorzystując autorską ankietę oceniającą styl życia chorych na nadciśnienie tętnicze.

### Wyniki

W badanej grupie najliczniej reprezentowane były osoby w wieku 51-60 lat (38,2%), 41-50 lat (23,5%) i powyżej 60 lat (22,5%). Pozostali to chorzy w wieku 31-40 lat (12,7%) oraz 21-30 lat (2,9%). Zdecydowana większość ankietowanych (88,2%) to osoby zamężne lub żonate. Pozostali respondenci to osoby stanu wolnego: panny i kawalerowie (4,9%), wdowy i wdowcy

(4,9%) oraz osoby rozwiedzione (2,0%). Ponad połowa ankietowanych pacjentów (57,8%) to mieszkańcy wsi, natomiast pozostałe 42,2% badanych mieszka w mieście.

W badanej grupie najliczniej reprezentowane były osoby z wykształceniem średnim (43,1%), zawodowym (32,4%), wyższym (18,6%), zaś pozostałe 5,9% podstawowym. Ponad połowę respondentów (57,8%) stanowiły osoby pracujące zawodowo, 28,4% to emeryci, 5,9% renciści, 3,9% to studenci, a pozostałe 3,9% to osoby bezrobotne. Większość ankietowanych respondentów (62,7%) potwierdza występowanie nadciśnienia tętniczego w swojej najbliższej rodzinie, natomiast kolejne 20,6% badanych raczej potwierdza ten fakt, choć nie posiada stuprocentowej pewności. 10,8% respondentów przyznaje się do braku wiedzy na temat obciążenia genetycznego nadciśnieniem tętniczym w rodzinie, zaś u pozostałych 5,9% nie było osób cierpiących na tę chorobę. 37,3% badanych miało rozpoznane nadciśnienie tętnicze ponad 10 lat temu, zaś kolejne 30,4% w okresie od roku do 5 lat temu, 24,5% cierpi na tę chorobę od 6-10 lat, a pozostałe 7,8% krócej niż rok. 39,2% respondentów mierzy sobie ciśnienie odkąd dowiedziało się o swojej chorobie, a 60,8% mierzy ciśnienie nieregularnie niestosując się do zaleceń samokontroli. Przeprowadzona analiza statystyczna nie udowodniła, że odsetek pacjentów cierpiących na nadciśnienie tętnicze regularnie kontrolujących jego wartość jest istotnie statystycznie większy ( $p=1,000$ ) od odsetka pacjentów mierzących ciśnienie jedynie od czasu do czasu. Większość ankietowanych (71,6%) uważa, że bardzo dobrze zna prawidłowe techniki pomiaru ciśnienia tętniczego i stara się go zawsze wykonywać poprawnie. Zdecydowana większość respondentów (88,2%) regularnie przyjmuje leki na nadciśnienie tętnicze od chwili jego rozpoznania, 5,9% zażywa je sporadycznie bez względu na swoje samopoczucie, a kolejne 5,9% tylko wtedy, kiedy odczuwa dolegliwości. Większość badanych (58,8%) uważa, że farmakoterapia jest najlepszą formą leczenia nadciśnienia tętniczego krwi, ale 13,7% nie zna innej skuteczniejszej metody leczenia. Nieco ponad połowa chorych (51,0%) twierdzi, iż prawidłowo przyjmuje leki obniżające ciśnienie tętnicze i skrupulatnie przestrzega godzin ich przyjmowania. Kolejne 49% nie stosuje się do podstawowych zasad farmakoterapii zalecanych w leczeniu nadciśnienia tętniczego.

Przeprowadzone badanie wykazało, że odsetek pacjentów regularnie przyjmujących leki hipotensyjne jest istotnie statystycznie większy ( $p<0,001$ ) od odsetka pacjentów przyjmujących je sporadycznie lub nie zażywających ich wcale. W toku pomiarów stwierdzono, że 47,1% badanych osób ma nadwagę, kolejne 33,3% jest otyłe, masę ciała w normie ma 13,7%, natomiast pozostałe 5,9% posiada niedowagę.

Niemal połowa ankietowanych pacjentów (49,0%) od czasu, kiedy dowiedziała się o nadciśnieniu tętniczym dąży do normalizacji swojej masy ciała. 21,6% badanych nie zwraca uwagi na swoją wagę, gdyż uważa, że jest dobra, natomiast kolejne 18,6% dążyło do zmniejszenia masy ciała, lecz zaprzestało tego, gdyż nie uzyskało żadnych efektów. Pozostałe 10,8% respondentów twierdzi, że ich waga ciała zawsze była w normie.

Analiza wykazała również, że odsetek pacjentów dążących do normalizacji swojej masy ciała jest istotnie statystycznie większy ( $p<0,001$ ) od odsetka pacjentów nie zwracających uwagi na swoją wagę lub posiadających właściwą masę ciała. Większość badanych pacjentów (57,8%) uważa, że sposób odżywiania ma bardzo duży wpływ na wartość ich ciśnienia tętniczego, zaś 15,7%, że w ich przypadku wpływ ten jest niewielki. Pomimo dowodów 14,7% respondentów niewiele zmieniło

w sposobie swojego odżywiania, a 11,8% istotnie zmieniło styl żywienia. Wskazując najczęściej popełniane błędy żywieniowe 40,2% ankietowanych pacjentów przyznało, że nieregularnie spożywa posiłki, a 29,4%, iż nie zwraca zbytniej uwagi na ich kaloryczność. Kolejne 19,6% badanych zjada posiłki w pośpiechu, zaś pozostałe 10,8% niewłaściwie zestawia spożywane produkty odżywcze. Ponad połowa (59,8%) przyznaje, że zna skutki niewłaściwego odżywiania, lecz nie zawsze przestrzega właściwej diety i czasami je to, na co ma ochotę. Co czwarta badana osoba (26,5%) zawsze stara się odżywiać prawidłowo, zaś pozostałe 13,7% respondentów nie posiada dostatecznej wiedzy na temat skutków niewłaściwego odżywiania i dlatego nie przestrzega żadnej diety. Po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego niemal połowa respondentów (49,0%) zmieniła w istotny sposób swoje nawyki żywieniowe, lecz od czasu do czasu powraca do starych przyzwyczajeń. Kolejne 23,5% badanych nie zmieniło swoich nawyków, mimo iż ma świadomość, że powinno to uczynić, 16,8% chorych drastycznie zmieniło swoje przyzwyczajenia żywieniowe, zaś pozostałe 10,8% nie dokonało jak dotąd żadnych korekt w tym zakresie i nie dostrzega takiej potrzeby. Po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego 42,2% badanych pacjentów zdecydowanie ograniczyła używanie soli, natomiast co trzecia ankietowana osoba (33,3%) wciąż sugeruje się jedynie smakiem potraw, więc względy zdrowotne nie mają dla niej w tym zakresie znaczenia. Ponadto 13,7% respondentów używa obecnie mniej soli i takie posiłki przygotowuje również dla pozostałych domowników. Pozostałe 10,8% badanych nadal ogranicza stosowanie soli, lecz tuż po zdiagnozowaniu choroby czyniło to znacznie uważniej.

Przeprowadzone badanie wykazało, że w odsetek pacjentów, którzy modyfikują swój styl odżywiania po zdiagnozowaniu nadciśnienia tętniczego jest istotnie statystycznie większy ( $p<0,001$ ) od odsetka chorych nie dokonujących w tym zakresie żadnych zmian. Większość ankietowanych pacjentów (58,8%) po zdiagnozowaniu nadciśnienia tętniczego w znacznym stopniu ograniczyło stosowanie używek, zaś kolejne 20,6% badanych zupełnie je wyeliminowało. Ponadto 15,7% respondentów stara się ograniczać używki, lecz nie zawsze o tym pamięta, natomiast pozostałe 4,9% pomimo rozpoznanej choroby niczego w tym zakresie nie ogranicza. 60,8% respondentów nigdy nie paliło papierosów. Po zdiagnozowaniu nadciśnienia tętniczego 21,6% badanych rzuciło palenie, a 10,8% znacznie ograniczyło liczbę wypalanych papierosów. Pozostałe 6,9% respondentów pali nadal pomimo rozpoznania choroby nadciśnieniowej. Nieco ponad połowa ankietowanych osób (51,0%) przyznaje się do spożywania alkoholu, 48% deklaruje całkowitą abstynencję (48,0%), a 1,0% nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Wśród respondentów przyznających się do picia alkoholu najliczniej reprezentowane są grupy pacjentów twierdzących, że robią to raz w tygodniu (32,7%) oraz okazjnie (32,7%). Badani najczęściej spożywają wino (46,2%) i wódkę (40,4%), a najrzadziej piwo (25,0%). Przeprowadzona analiza statystyczna potwierdziła, że odsetek pacjentów ograniczających po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego stosowanie używek jest istotnie statystycznie większy ( $p<0,001$ ) od odsetka pacjentów nie podejmujących takich kroków. W obszarze stresu stwierdzono, że co trzecia ankietowana osoba (33,3%) uważa, że jej praca jest w dużym stopniu stresogenna. Pozostali respondenci stopień stresogenności wykonywanej pracy oceniają jako: znikomy (30,4%), bardzo duży (19,6%) lub żaden (16,7%). Zdecydowana większość badanych pacjentów (82,4%) uważa, że stres w bardzo dużym stopniu wpływa



na ich samopoczucie, 15,7% zawsze kiedy znajduje się w sytuacji stresowej zaczyna odczuwać bóle głowy, a grupy po 1,0% chorych to osoby, które w związku ze stresem nie mogą skupić się na swojej pracy lub stres nie wywiera na nich żadnego wpływu. Znajomość technik relaksacyjnych w odczuciu badanych to głównie nauka (83,3%), biofeedback (9,8%), trening autogenny (3,9%) oraz stopniowe rozluźnianie mięśni wg Jacobsena (2,9%). Badania potwierdziły, że badani w dominującej części (83,3%) znają tylko bardzo podstawowe działania. Specjalistyczne techniki i seanse terapeutyczne zalecane jako najbardziej skuteczne zna tylko niewielka grupa chorych (16,7%).

W zakresie oceny zachowań zdrowotnych dokonano także oceny aktywności fizycznej i stwierdzono, że 47,1% respondentów przyznało, iż ich aktywność jest zbyt mała, gdyż nie uprawiają żadnego sportu; kolejne 34,3% ogranicza się tylko do spaceru; 14,7% gimnastkuje się rzadko, 2,9% uprawia sport wyczynowo, choć ma świadomość, iż w ich przypadku jest to niewskazane, zaś pozostałe 1,0% w ogóle nie odpowiedziało na to pytanie. Niemal połowa badanych chorych (47,1%) swój wolny czas spędza zazwyczaj odpoczywając przed telewizorem lub komputerem. Grupy respondentów liczące po 17,6% to chorzy, którzy w ramach wykazywania aktywności idą na spacer lub jeżdżą na rowerze, a 17,6% spędzają swój wolny czas na działce lub w ogóle nie dysponują wolnym czasem. Przeprowadzona analiza statystyczna nie potwierdziła, że odsetek pacjentów cierpiących na nadciśnienie tętnicze wykazujących aktywność fizyczną poza pracą zawodową jest istotnie statystycznie większy ( $p=0,241$ ) od odsetka pacjentów nie uprawiających żadnej dodatkowej aktywności fizycznej. Większość badanych chorych na nadciśnienie tętnicze (63,7%) przyznaje, że pomimo wprowadzenia już bardzo dużych zmian w swoim trybie życia, chciałaby dokonać dalszych jego modyfikacji. Kolejne 24,5% badanych nie do końca jest przekonanych o konieczności ich wprowadzenia, gdyż dotychczasowe nie są skuteczne w takim stopniu, w jakim by chcieli; 8,8% deklaruje, że nie zmieni swoich przyzwyczajeń, bo jest im z nimi dobrze, zaś pozostałe 2,9% nie jest przekonanych do konieczności dokonania jakichkolwiek zmian.

Przeprowadzona analiza statystyczna potwierdziła, że przekonanie o konieczności zmiany swojego dotychczasowego stylu życia po zdiagnozowaniu nadciśnienia tętniczego zależy w sposób statystycznie istotny ( $p=0,020$ ) od wieku pacjentów. Im pacjenci są młodszy, tym odsetek osób przekonanych o potrzebie dokonania zmiany jest większy. Analiza statystyczna nie potwierdziła natomiast wpływu wykształcenia pacjentów na przekonanie o konieczności zmiany swojego dotychczasowego stylu życia po zdiagnozowaniu nadciśnienia tętniczego ( $p=0,363$ ).

## Dyskusja

Podejście do problemu nadciśnienia tętniczego i jego terapii w ostatnich latach uwzględnia bardzo szerokie zainteresowanie przejawiające się w przeprowadzanych badaniach, które oceniały min. zachowania zdrowotne osób chorych na nadciśnienie tętnicze [1] stwarzając obszerną bazę danych na temat rodzaju działań, jakie trzeba podejmować, aby prowadzona terapia była najbardziej skuteczna. Liczne prace i badania z tego obszaru dotyczą min. przygotowania pacjentów z nadciśnieniem tętniczym do samokontroli i samoopieki wykazując niedostateczny przygotowanie chorych i zwracając uwagę na zbyt małe zaangażowanie się pielęgniarek w edukację pacjentów na temat ich choroby

[2], czy potwierdzają niskie zachowania zwłaszcza w obszarze nawyków żywieniowych [3]. Badacze poszukują potwierdzenia, że rozpoznane nadciśnienie tętnicze wymusza na osobie, której to schorzenie dotyczy zmiany stylu życia i jej dotychczasowych zachowań zdrowotnych (zdrowe odżywianie, unikanie używek, ograniczenie spożycia soli, redukcja masy ciała, aktywność fizyczna, unikanie stresu), a także stosowanie się do medycznych zaleceń [4].

Korzystne postawy respondentów chorych na nadciśnienie tętnicze dotyczące zachowań profilaktycznych odnotowano w kolejnych badaniach realizowanych przez zespół pod kierunkiem Kropornickiej. W tej grupie badanych najniższe wyniki respondenci uzyskali w kategorii prawidłowe nawyki żywieniowe. Płeć, miejsce stałego pobytu, wykształcenie nie miały istotnego wpływu na styl życia badanych. Natomiast źródło dochodów i wiek wpływały na styl życia respondentów [5]. Następne badania wykazały, że większość badanych nie przestrzega zasad prawidłowego pomiaru ciśnienia, cierpi na nadwagę bądź otyłość, ich dieta zawiera dużo tłuszczów, węglowodanów, a małą ilość owoców i warzyw, 96% badanych lubi słone potrawy, aktywność fizyczna ogranicza się jedynie do spacerów [6]. W terapii i funkcjonowaniu chorych z nadciśnieniem tętniczym istotna jest zmiana nawyków żywieniowych, odpowiednia ilość snu, aktywność fizyczna, dobre, spokojne relacje społeczne i dostateczna wiedza na temat swojej choroby, co zwiększa szansę uniknięcia i opóźnienia ryzyka powikłań co potwierdzają kolejne badania z tego obszaru [7]. Podsumowując można stwierdzić, że posiadanie rzetelnej wiedzy i nabycie umiejętności właściwych zachowań zdrowotnych w znacznym stopniu pomogą w pozytywnych zmianach dotychczasowych nawyków zdrowotnych, wpłyną na polepszenie jakości życia i zmniejszenie liczby powikłań w populacji osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze.

## Wnioski

1. Większość chorych dokonuje w ramach samoopieki regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi.
2. Chorzy na nadciśnienie tętnicze po rozpoznaniu choroby rzadko zwiększają swoją aktywność fizyczną w czasie wolnym od pracy.
3. Większość osób modyfikuje swój styl odżywiania po zdiagnozowaniu choroby, ale zbyt mała grupa ogranicza spożycie soli i tłuszczów.
4. Po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego większość chorych ogranicza używki i dąży do redukcji masy ciała.
5. W ramach samopielęgnowacji pacjenci z nadciśnieniem tętniczym regularnie przyjmują leki hipotensyjne.
6. Na zmianę stylu życia chorych na nadciśnienie tętnicze wpływa ich wiek, a nie wpływa wykształcenie i inne cechy demograficzne badanej populacji.

## Piśmiennictwo

1. Kurowska K., Ratajczyk M. Wpływ zachowań zdrowotnych na jakość życia osób z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze*. 2012; 6(16):345-352.
2. Krymska B. Przygotowanie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym do samokontroli i samoopieki. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2007; 2-3 (15): 139-146.
3. Kosek K., Łukasik R., Bieniek J. Zachowania zdrowotne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23(4):471-476.
4. Zygmuntowicz M., Olszanecka-Glinianowicz M., Chudek J. Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. *Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii*. 2011;3(7):179-185.
5. Kropornicka B, Baczewska B, Szalast E, Krzyżanowska E, Łuczyk R., Nowicka E, Olszak C, Muraczyńska B, Lorencowicz R. Styl życia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(12):338-352.
6. Wojciechowska M., Izdebska E. Profilaktyka nadciśnienia tętniczego, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2014;20(4):370–373.
7. Chudek J. Wpływ indywidualnej edukacji chorych z nadciśnieniem tętniczym na poprawę kontroli ciśnienia tętniczego, redukcję masy ciała i zaprzestanie palenia papierosów. *Problemy Medycyny Rodzinnej*. 2009;1(11): 63-69.

## Kontakt:

Dr. Małgorzata CICHONSKA  
Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu  
Świętokrzyskim  
ul. Akademicka 12  
27-400 Ostrowiec Świętokrzyski  
Tel.: 507 127 921  
E-mail: malgosia1307@op.pl

## Kvalita života seniorov

### Quality of life of seniors

Róbert Ochaba<sup>1,2</sup>, Adriána Račková<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky

<sup>2</sup>IFBLR, Univerzita sv. Cyrila a Metoda, Trnava

#### Súhrn

Kvalitu života môžeme chápať ako mieru sebarealizácie a duševnej harmónie, ako mieru životnej spokojnosti a nespokojnosti, vyjadrenie pocitu životného šťastia. Svetová zdravotnícka organizácia poníma kvalitu života ako „vyjadrenie toho, ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom“. Na kvalitu života vplyva rada faktorov: životný štýl, sociálne prostredie, materiálne zabezpečenie, pracovná aktivita, zdravotná starostlivosť, sociálne služby, ubytovanie, vzdelanie, uplatňovanie sa v spoločnosti, odchod do dôchodku, spokojnosť so sebou, voľnočasové aktivity. Veľmi dôležitým faktorom, ktorý kvalitu života seniorov ovplyvňuje významne, je zdravie.

V príspevku poukazujeme na dimenzie kvality života, základné prístupy seniora k životu, popisujeme metódy a nástroje na meranie kvality života, zameriavame sa na determinanty ovplyvňujúce kvalitu života seniora. Bližšie popisujeme dôležitosť a benefity pohybovej aktivity ako najprirodzenejšieho a najlepšieho základu na zachovanie zdravia seniorov, ktorí sú vo veľkej miere ohrození civilizačnými chorobami, chorobami pohybového aparátu, degeneratívnymi ochoreniami.

Úspešné starnutie a kvalitu života v starobe môžeme do značnej miery ovplyvniť. K základným opatreniam patrí prevencia, v telesnej oblasti hlavne udržiavanie fyzickej aktivity, zdatnosti. Zlepšujúcu sa kvalitu života seniorov ovplyvňuje lepšia úroveň zdravotnej starostlivosti, vyššia úroveň zdravotného uvedomenia a životného štýlu.

**Keľúčové slová:** Kvalita života. Zdravotné uvedomenie. Zdravie. Prevencia. Seniori.

#### Abstract

Quality of life can be understood as a level of self-realization and mental harmony, as a level of life satisfaction and dissatisfaction, expression of the feeling of life happiness. World Health Organization defines the quality of life as „individuals' perception of their position in life in the context of culture in which they live and in relation to their goals, expectations, life style and interests“. There are several factors influencing quality of life: life style, social environment, material support, working activity, health care, social services, accommodation, education, self-realization in society, retirement, self-satisfaction, leisure-time activities. Very important factor which significantly influences quality of life of seniors is health.

In our contribution we point to dimensions of quality of life, basic attitudes of a senior to life, we describe methods and tools for measurement of quality of life, we focus on determinants influencing quality of life of a senior. We describe more closely importance and benefits of physical activity as the most natural and the best base to maintain health of seniors who are to big extent endangered by civilisation diseases, diseases of motion apparatus, degenerative diseases.

We can influence to significant extent successful ageing and quality of life in old age. Basic measures are prevention and as for physical condition mainly maintaining physical activity, fitness. Better health care, higher level of health awareness and life style influence improvement of quality of life of seniors.

**Key words:** Quality of life. Health awareness. Health. Prevention. Seniors.

#### Úvod

Vo vedných odboroch je pojem „kvalita života“ veľmi diskutovanou témou. Samotný pojem „kvalita“ je odvodený z latinského slova „qualis“. Vyjadruje to, čím sa daný predmet odlišuje od iného predmetu. V spojitosti so životom vyjadruje život jedince v porovnaní so životom iných, a to z pohľadu historického alebo prítomného okamihu [1].

Výmedzenie pojmu „kvalita života“ nie je jednoduché. Môžeme ju definovať z rôznych uhlov. Jedná sa o multidimenzionálny fenomén, ktorý má rozmer biologický, neurofyziológický, psychologický, sociálny, ekonomický, kultúrny, etický a estetický [2].

Z psychologického hľadiska je kvalita života spojená s pojmom osobná pohoda („well-being“). Osobná pohoda má byť chápaná a meraná prostredníctvom komponentov *kognitívnych* (životná spokojnosť, morálka v zmysle mravných zásad) a *emočných* (pozitívne emócie, negatívne emócie) a vyznačuje sa konzistenciou v rôznych situáciách a stabilitou v čase. Zo sociologického hľadiska je kvalita života označovaná ako kvalitný parameter ľudského života, životného štýlu a životných podmienok [3].

Svetová zdravotnícka organizácia poníma kvalitu života ako „vyjadrenie toho, ako človek vníma svoje postavenie v živote v kontexte kultúry, v ktorej žije, a vo vzťahu k svojim cieľom, očakávaniam, životnému štýlu a záujmom“.

Thoracic Society vníma kvalitu života ako najvšeobecnejší pojem, ktorý zahŕňa všetky oblasti života ovplyvňujúce jeho rozmanitosť. Je treba zdôrazniť, že spokojnosť so životom má dve zložky, a to akú dôležitosť jedinec danej oblasti prikladá a ako je s danou oblasťou spokojný. Pokiaľ je s určitou oblasťou svojho života, ktorú považuje za dôležitú, spokojný, bude jeho kvalita života vyššia.

Pojem „kvalita života“ sa začal používať v 2. polovici 20. storočia v rôznych vedách. Za prvého autora, ktorý tento pojem „kvalita života“ v roku 1958 použil, sa považuje americký ekonóm a sociológ J. K. Galbraith [4].

Medicínske prístupy ku kvalite života sa objavili v 30. rokoch XX. storočia v súvislosti s chronickými pacientmi. Čoskoro bol problém kvality života spájaný s prudkým narastaním populácie starších [5].



Sociologický slovník (1996) kvalitu života definuje ako pojem, ktorý označuje kvalitatívne parametre ľudského života, životného štýlu a životných podmienok spoločnosti. Uvádza, že na úrovni života jednotlivca býva idea kvality života stanovená proti tzv. konzumnému životnému štýlu a jeho preferenciou vlastníctva spotrebných predmetov, ktoré samo o sebe nemôže človeka plne uspokojiť a nahradiť mu uspokojovanie iných potrieb, hlavne duchovného charakteru.

Kvalitu života môžeme chápať ako mieru sebarealizácie a duševnej harmónie, ako mieru životnej spokojnosti a nespokojnosti, vyjadrenie pocitu životného šťastia. Kvalita života závisí od fyzického zdravia, miery nezávislosti, psychického fungovania v poznávaní, adaptácií, od prevládajúceho emocionálneho prežívania, poskytovanej psychickej opory, ako i od spirituality. Okrem veku, zdravotného stavu, fyzickej a psychickej výkonnosti sa do posudzovania kvality života premietajú i iné faktory: pohlavie, rodinná situácia, životná úroveň, vzdelanostná úroveň [6].

## Dimenzie kvality života

Kvalitu života vnímame z dvoch uhlov, a to zo subjektívneho a objektívneho. V poslednej dobe sa však uprednostňuje subjektívny pohľad, ktorý lepšie určuje zmapovanie kvality života daného jedinca.

Objektívna dimenzia zahŕňa materiálne zabezpečenie, sociálne podmienky života, sociálny status a fyzické zdravie. Sú to ekonomické, sociálne, zdravotné a environmentálne podmienky, ktoré ovplyvňujú život človeka.

Subjektívna dimenzia vychádza z vnímania jedinca, ako hodnotí svoje postavenie v spoločnosti, v súvislosti s kultúrou, v ktorej žije a jeho hodnotovým systémom. Životná spokojnosť je potom závislá na jeho osobných cieľoch, očakávaniach a záujmoch [2]. Pokiaľ je životná spokojnosť napĺňaná, môže jedinec zmierniť pocity neúspechu, utrpenia, znižovať závislosť na okolí a je schopný udržať sociálne vzťahy so svojim okolím [7].

## Základné prístupy ku kvalite života seniora

Prístupy ku kvalite života môžu byť rôzne, záleží na odbore, ktorý sa kvalitou života oberá a tiež na účeloch jej merania.

Psychologický prístup – z hľadiska psychológie sú predmetom pozornosti prežívanie, myslenie, potreby, prania, sebahodnotenie, sebarealizácia. Sú to však i negatívne javy: životná trauma, kríza, depresia, poruchy nálad. Ďalšími zložkami sú autonómia (možnosť rozhodovať), autenticita (jedinec je sám sebou) a komplexnosť človeka (jeho porozumie k svetu a možnosť ovplyvňovania). Psychologický prístup pracuje so subjektívne prežívanou životnou pohodou seniora, so spokojnosťou seniora s vlastným životom, vnútornou pohodou.

Sociologický prístup sa pri hodnotení kvality života zaoberá životnou úrovňou, spôsobom života a životným štýlom. Prístup sa týka atribútov sociálnej úspešnosti seniora, jeho sociálneho zabezpečenia, majetkových pomerov, sociálneho statusu, úrovne vzdelania, rodinného stavu, subjektívneho pocitu vo vzťahu i iným ľuďom.

Fyziologický (medicínsky) prístup, v ktorom sa objavujú hlavné pojmy: „kvalita života“ a „zdravie“. Ďalším pojmom je „Health-Related Quality of Life“ - kvalita života týkajúca sa zdravia, ktorá porovnáva skutočné prežívanie jedinca so stavom, ktorý považuje za ideálny. Účelom merania je ukázať, ako sú

prejavy choroby a samotná liečba jedincom prežívaná. V Medicínskom prístupe má na kvalitu života ťažiskový vplyv zdravie seniora, prístupnosť a kvalita zdravotníckej starostlivosti, zdravotného poistenia a možnosti jeho využitia [2].

Z hľadiska medicínskeho - výskumný prístup ku kvalite života najkomplexnejšie reprezentuje projekt WHOQOL (World-Health Organization Quality of Life Assessment), ktorý predpokladá, že na kvalite života sa podieľa 6 oblastí s rôznym počtom indikátorov:

1. Telesné zdravie (energia a únava; bolesť a diskomfort; sexuálna aktivita; spánok a odpočinok; funkcie zmyslov)
2. Psychické zdravie (pozitívne emócie; učenie, myslenie, pamäť a pozornosť; sebahodnotenie; imidž vlastného tela a zjav; negatívne emócie)
3. Úroveň nezávislosti (mobilita; aktivity každodenného života; závislosti od liekov a zdravotných pomôcok; závislosť na alkohole, tabaku a drogách; komunikačná a pracovná kapacita)
4. Sociálne vzťahy (osobné vzťahy; sociálna podpora a opora)
5. Prostredie (sloboda a fyzická bezpečnosť; prostredie domova, spokojnosť s prácou; finančné zdroje; zdravie a sociálna starostlivosť; dostupnosť a kvalita; možnosti získať nové informácie a zručnosti; možnosti účasti na rekreačných a voľno-časových aktivitách; fyzikálne prostredie; znečisťujúce látky, hluk, premávka, klíma, doprava)
6. Spiritualita (náboženstvo, viera, duchovno-osobné presvedčenie)

Jednotlivé indikátory, ako súčasť kvality života starších ľudí, majú svoje špecifiká a rozdielnosť v závislosti od charakteristiky osoby, podmienok života, stavu spoločnosti a zdravotného stavu [8].

## Metódy a nástroje na meranie kvality života

V súčasnosti u seniorov narastá význam subjektívneho hodnotenia zdravia. Kvalita života sa dokonca považuje za vhodnejší indikátor zdravia ako morbidita a mortalita.

Metódy, ktorými môžeme kvalitu života merať, môžeme rozdeliť do troch skupín:

- Metódy merania kvality života, kde kvalitu hodnotí druhá osoba
- Metódy merania kvality života, kde hodnotiteľom je sama daná osoba
- Metódy zmiešané, ktoré vznikajú kombináciou oboch typov

Prostriedkami objektívneho merania kvality života sú ukazovatele – indikátory, ktoré sa v praxi získavajú prostredníctvom výpovede respondentov. Ide o subjektívne vyjadrovanie, o postoje, pocity, sudy a hodnotenia [1, 9].

Nástroje pre meranie kvality života sú rozdelené do dvoch skupín:

- 1) Obecné nástroje pre meranie kvality života zahŕňajú merania schopností v jednotlivých oblastiach a profily zdravia, ktoré sú spracované ako dotazníky zisťujúce najdôležitejšie aspekty kvality života jedinca. Sú mul-

tidimenzionálneho charakteru, pokrývajú množstvo oblastí a môžu byť aplikované na osoby s rôznym zdravotným stavom alebo ochorením. Využívajú sa pri programoch zdravotnej starostlivosti, prieskumov zdravotného stavu a pri porovnávaní jednotlivých ochorení.

- 2) Špecifické nástroje merania kvality života sa sústreďujú na aspekty, ktoré sú považované za kľúčové pre danú oblasť merania. Môžu byť špecifické pre určité ochorenie, populáciu, schopnosť alebo [2].

## Determinanty kvality života seniorov

Kvalita života seniorov je veľmi subjektívna a veľmi individuálna. Na kvalitu života vplyva rad faktorov: životný štýl, sociálne prostredie, materiálne zabezpečenie, pracovná aktivita, zdravotná starostlivosť, sociálne služby, ubytovanie, vzdelanie, etické princípy, uplatňovanie sa v spoločnosti, odchod do dôchodku, spokojnosť so sebou, voľnočasové aktivity: kultúrne, rekreačné, relaxačné, manuálne, sociálne, cestovateľské, vzdelávacie [6]. Veľmi dôležitým faktorom, ktorý kvalitu života seniorov ovplyvňuje významne, je zdravie. Svetová zdravotnícka organizácia zdravie definuje ako „stav úplného telesného, duševného a sociálneho blaha a nielen neprítomnosť choroby“. Zdravotný stav seniora je jeden najzákladnejší faktor, ktorý má vplyv na aktivity seniora a kvalitu jeho života.

Seniori sú vo veľkej miere ohrození civilizačnými chorobami, chorobami pohybového aparátu, degeneratívnymi ochoreniami. Najtypickejšou a najrozšírenejšou črtou je prítomnosť viacerých chorôb – multimorbidita. Predpokladom multimorbidity sú morfológické a funkčné zmeny v starom organizme v dôsledku fyziologických a patologických zmien [10]. Ochorenia prichádzajú individuálne, v rôznej intenzite. Po 65. roku sú to ochorenia spojené s vekom (zhoršenie zraku, sluchu, hmatu) alebo sú následkom pádov a úrazov, tiež duševné činnosti sa spomaľujú. Úspešné starnutie a kvalitu života v starobe môžeme do značnej miery ovplyvniť. K základným opatreniam patrí prevencia, v telesnej oblasti hlavne udržiavanie fyzickej aktivity, zdatnosti.

## Pohybová aktivita ako jeden z determinantov ovplyvňujúci kvalitu života

Pohybová aktivita predstavuje súhrn všetkých pohybov uplatnených a zameraných na dosahovanie vymedzeného cieľa a sprevádzaných zvýšeným energetickým výdajom pri participácii vnútorných a vonkajších determinantov. Za pohybovú aktivitu považujeme každú činnosť, ktorá v dostatočnej miere zvyšuje požiadavky na funkčnosť organizmu a vyžaduje energetický výdaj nad úroveň výdaja v pokoji.

Pohybová aktivita je základným a tiež najlacnejším prostriedkom prevencie civilizačných ochorení. Podľa prieskumu Zdravotného uvedomenia a správania sa obyvateľstva Slovenskej republiky, sa potvrdila veľmi nízka pohybová aktivita u obyvateľov Slovenskej republiky. Počet hodín fyzickej aktivity s vekom rapídne klesá. U mladších vekových skupín prevažuje rekreačný šport, staršie vekové skupiny sa prevažne v 47,7 % venujú prechádzkam, 42,1 % seniorov nešportuje vôbec. Pritom podľa odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie už 30 minút pohybu 5-krát týždenne významne znižuje riziko výskytu civilizačných ochorení.

Pravidelná pohybová aktivita je súčasťou a základným predpokladom úspešnej primárnej aj sekundárnej prevencie chorôb.

Redukuje zdravotné riziká, ktoré sú spojené s obezitou, diabetom, hypertenziou, ischemickou chorobou srdca, s poruchami metabolizmu tukov a lipoproteínov, s onemocnením ciev a cievnou mozgovou príhodou, samozrejme s poruchami chrbtice i celkového pohybového aparátu. Pohybovo aktívny človek ľahšie zdoláva fyzickú námahu, lepšie odoláva rôznym vonkajším stresom [11]. Človek, ktorého mozog je vplyvom aktívneho pohybu dostatočne zaplavený kyslíkom, má lepšiu vnímavosť, je emočne stabilnejší, optimistický. Látka vylučujúca sa v mozgu pri pohybe – serotonin – účinkuje ako antidepresívum. Preto dostatok pohybu znižuje strach, potláča hnev. Lepším prekrvením mozgu sa zlepšuje koncentrácia, schopnosť učiť sa a kreatívne myslieť.

## Benefity pohybovej aktivity u seniorov

Pohybová aktivita výrazne ovplyvňuje zdravotný stav seniora, je jedným z najdôležitejších faktorov, ktoré môžu pozitívne ovplyvniť kvalitu života seniorov. Pravidelný pohyb zvyšuje hladinu vysoko denzitných lipoproteínov a tie pôsobia antiaterogénne. Taktiež zlepšuje citlivosť inzulínových receptov, pôsobí antiarytmicky, pozitívne ovplyvňuje fibrinolýzu a priaznivý účinok má pri úzkostiach a depresiách. Pravidelná pohybová aktivita má preventívny účinok pri vzniku osteoporózy a vzniku nádorových ochorení. Riziko vzniku nároku je u seniorov, ktorí sa nevenujú žiadnej pohybovej aktivite, až 3-5 krát vyššie, ako u tých, ktorí sa pohybovej aktivite venujú [12]. Telesná aktivita zameraná na posilnenie svalstva významne znižuje riziko pádov a zlomení. Pravidelná pohybová aktivita znižuje potrebu dlhodobej ústavnej starostlivosti, udržiava seniora s diagnostikovaným ochorením v stabilizovanom funkčnom stave, zvyšuje alebo aspoň pomáha udržiavať zdatnosť, umožňuje tak udržiavať nezávislý život seniora a teda pozitívne ovplyvňovať kvalitu života seniora [13].

Telesná aktivita seniorov má veľmi dôležité miesto v prevencii a v ovplyvnení rizikových faktorov. Primeraná úroveň telesnej zdatnosti u seniora má veľký význam z viacerých dôvodov: senior zvláda každodennú záťaž bez únavy, vytvára sa energetická rezerva pre občasné náročnejšie aktivity, skracuje sa dĺžka rekonvalescencie po ochoreniach, znižuje sa riziko vzniku nových ochorení, telesná zdatnosť má pozitívny vplyv na sociálnu situáciu a psychickú rovnováhu seniora [14].

Každá pohybová aktivita musí byť primeraná aktuálnemu zdravotnému stavu organizmu seniora. Najprirodzenejšou a vhodnou pohybovou aktivitou pre seniora je chôdza. Je ekonomicky výhodná, bezpečná, veľmi dobre ju možno zaradiť medzi každodenné činnosti, a to najmä chôdzu 2 km počas 30 min. Plávanie zapája do činnosti všetky hlavné svalové skupiny, pri plávaní sa vztlakom vody znižuje tlak na kĺby a kosti. Ako stredná fyzická záťaž sa odporúča plávať 20 minút denne. Bicyklovanie je výhodné pre tých, ktorí majú problémy s kĺbmi. Bicyklovanie rýchlosťou 10 km/h je z aeróbného hľadiska veľmi účinné, dobrý efekt na zdravie má aj bicyklovanie 30 minút denne 5 km/h. Koordináciu pohybov zlepšuje cvičenie Tai-chi, ktoré znižuje riziko pádov [10, 15].

## Záver

Dostatočná pohybová aktivita je najprirodzenejším a najlepším základom na zachovanie zdravia, schopnosť pohybu je dôležitým všeobecným fenoménom pri posudzovaní duševného a telesného, resp. chorobného zdravia. Hoci starnutie predstavuje

prirodzenú súčasť životného cyklu človeka, v rámci spoločnosti je potrebné riešiť priamy dosah očakávaných demografických zmien. Obdobie života v seniorskom veku sa postupne predlžuje, v Slovenskej republike je 13,95 % obyvateľov vo veku nad 65 rokov, stredná dĺžka života pri narodení dosiahla u mužov 73,19 rokov, u žien 80,00 rokov [16]. Nárast počtu starších ľudí v populácii bude predstavovať prínos, pokiaľ bude spojený nielen s kvalitnou zdravotnou starostlivosťou, ale aj so zlepšením alebo aspoň udrzaním očakávanej kvality života seniorov súvisiacej tiež s akceptovaním pohybovej aktivity.

## Literatúra

1. Křivohlavý J. Kvalita života. In: Hnilicová H.ed. *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy. Institut zdravotnej politiky a ekonomiky; 2004.
2. Vaďurová H, Mühlpachr P. *Kvalita života – teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita; 2005.
3. Šolcová I. Kvalita života v psychológii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: Hnilicová H.ed. *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy. Institut zdravotnej politiky a ekonomiky; 2004.
4. Strieženeš Š. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD;1996.
5. Kamajová I. *Kvalita života seniorov v DD a DSS*. Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku;2007.
6. Mühlpachr P. Měření kvality života jako metodologická kategorie. In: Tokárová A. Kredátus J. Frk V.ed. *Kvalita života a rovnost příležitostí z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce*. Filozofická fakulta Prešovskej univerzity; 2005.
7. Hnilicová H, Bencko V. Kvalita života – vymedzení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*. 2005;85(11):656-660.
8. Uher I. *Determinanty kvality života seniorov*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach; 2014.
9. Kováč D. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. In.: *Československá psychologie*. 2001;45(1):33-34
10. Hegyi L, Rovný I, Ochaba R. *Podpora zdravia seniorov*. Úrad verejného zdravotníctva SR; 2016.
11. Hegyi L, Krajčík Š. *Geriatría*. Bratislava: Herba;2010.
12. Weber P. et al. *Minimum z klinické gerontologie pre lekáre a sestru v ambulancii*. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví v Brně; 2000.
13. Kalvach Z. a kol. 2004. *Geriatría a gerontologie*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, a.s.;2004.
14. Máček, M. Stárnutí a tělesná aktivita. In: Kalvach Z. et al. *Geriatría a gerontologie*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing,a.s., 2004.
15. Malovič P. *Mlado až do staroby*. Banská Bystrica: IKAR; 2003.
16. Národné centrum zdravotníckych informácií. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky*. Bratislava; 2016.

## Kontakt:

doc. PhDr. Mgr. Róbert OCHABA, PhD., MPH  
 Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky  
 Trnavská cesta 52  
 826 45 Bratislava  
 Slovenská republika  
 Tel. +421 249 284 240  
 E-mail: robert.ochaba@uvzs.sk



# Kvalita života ženy po totálnej endoprotéze kolenného kĺbu

## Quality of life of female after total knee arthroplasty

Mária Novysedláková, Katarína Zrubáková, Eva Gombalová

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

### Abstrakt

Zavedenie implantácie endoprotéz pri liečení degeneratívnych zmien otvorilo nové možnosti k rýchlej eliminácii ťažkostí pacienta.

**Cieľ:** Cieľom príspevku je poukázať na zmenu kvality života u žien po aloplastike kolenného kĺbu. v príspevku prezentujeme výsledky prieskumu SF-36 dotazníka o kvalite života po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu.

**Materiál a metódika:** V prieskume sme použili štandardný dotazník SF-36, s verziou 4-týždňov. Dotazník bol vyvinutý pre hodnotenie zdravotného stavu a s ním súvisiacu kvalitu života. Výstupom z dotazníka je hodnotenie celkového fyzického zdravia, celkového mentálneho zdravia a index celkovej kvality života. Výsledky dotazníka sme porovnali s hodnotami Oxford Healthy Life Survey (Európska norma výsledkov HRQoL v metóde SF-36) zdravých jedincov, čo je Európsky štandard. Súbor respondentov tvorili pacientky rok po implantácii TEP kolenného kĺbu. Spolu všetkých respondentov bolo 59. Priemerný vek žien bol 64,2 rokov.

**Výsledky:** Prieskum sme zistili, že respondentky hodnotili kvalitu života v oblastiach celkového psychického zdravia lepšie ako v dimenziách celkového fyzického zdravia. Respondentky hodnotia celkové fyzické zdravie hodnotou 54,0 a výsledná hodnota celkového psychického zdravia bola 72,5 čo môžeme označiť za nadpriemernú hodnotu. Index celkovej kvality života v prieskumnom súbore žien bol 63,2.

**Záver:** Z výsledkov vyplýva, že kvalita života našich respondentiek dosahuje priemernú úroveň. Respondentky sú menej spokojné so svojim zdravotným stavom a spoločenský život je po implantácii TEP výrazne v úzadí.

**Kľúčové slová:** Dotazník SF-36. Európska norma výsledkov HRQoL v metóde SF-36. Kvalita života žien. Endoprotéza kolenného kĺbu.

### Abstract

The introduction of the endoprosthesis implant in the treatment of degenerative changes opened up new possibilities for rapid elimination of the patient's difficulties.

**Objective:** The aim of the paper is to point out a change in the quality of life of women after total knee arthroplasty.

**Material and Methods:** We used the standard SF-36 questionnaire in this survey, with a 4-week version. The questionnaire was developed to assess the health status and the quality of life associated with it. An assessment of the overall physical and mental health, and the overall quality of life index is output from the questionnaire. We compared the results of the questionnaire with the Oxford Healthy Life Survey, the European Standard, of HRQoL in the SF-36 Method. A group of respondents were female one year after implantation of the TEP of the knee joint. The total number of respondents was 59. The average age of the female was 64.2 years.

**Results:** The survey found that respondents rated the quality of life in areas of overall mental health better than in the overall physical health dimension. Respondents rated total physical health at 54.0 and the resulting total psychological health was 72.5, which we could label as overweight. The overall quality of life index in the survey was 63.2.

**Conclusion:** The results have shown that the quality of life of our respondents is average. Respondents are less satisfied with their health status, and social life is significantly reduced after implantation of TEP.

**Key words:** Questionnaire SF-36. European standard of the results HRQoL in method SF-36. Quality of life of female. The knee arthroplasty.

## Úvod

Náhrada kolenného kĺbu je po náhrade bedrového kĺbu druhou najčastejšou používanou endoprotézou. Pre mnohých ľudí možnosť náhrady poškodeného kĺbu znamená často jedinou možnosť prinávratia sa do normálneho plnohodnotného života bez bolesti a výrazného pohybového obmedzenia. Implantáty, ktoré sa v súčasnosti používajú predstavujú adekvátnu náhradu kĺbných povrchov a pripomínajú koleno svojim tvarom a aj funkciou [1].

Najčastejším postihnutím kĺbu býva artróza, ktorá výrazne mení štruktúru a tým aj funkciu. Nevyberá si, či je kĺb malý alebo veľký, ani to, kde sa nachádza. Kĺb postihnutý týmto závažným ochorením sa postupne stáva najslabším článkom v pohybovom komplexe. Pacient to môžeme pociťovať bolesťou, neistotou v pohyboch alebo dokonca neschopnosťou vykonať pohyb, ktorý nám predtým nerobil problém. Artrotický dej si vyberá najviac zaťažovaný kĺb, ktorý je pravidelne vystavený námahe a značnému stupňu opotrebenia. Jedným z najvyťaženejších kĺbov v ľudskom tele je kĺb kolena, vďaka ktorému je človek schop-

ný chodiť, preto ak je napadnutý artrózou, pacient je výrazne obmedzený v pohybe, dokonca v niektorých prípadoch nie je schopný prirodzenej chôdze [2].

Z etiologického hľadiska sa pri vzniku artrózy uplatňujú rôzne faktory. Niektoré z nich nemôžeme ovplyvniť a sú nám predurčené, no niektoré rizikové faktory súvisia s našim životným štýlom a môžeme ich redukovať, zabrániť im alebo oddialiť ich vznik a progresiu. Rizikové faktory teda rozdelujeme na ovplyvniteľné a neovplyvniteľné.

Pri neovplyvniteľných rizikových faktoroch sa dajú správnou prevenciou a skorou liečbou iba oddialiť ich následky.

**Vek a pohlavie.** Artróza sa rozvíja po 45. roku života a s pribúdajúcim vekom problémy pribúdajú. Väčšina osôb starších ako 65 rokov trpí artrózou, môžeme konštatovať, že artróza postihuje prevažne starších ľudí. Najčastejšie artrózou trpia ženy a riziko sa zvyšuje v období klimakteria, kedy ženský organizmus prechádza výraznými zmenami, ktoré výrazne ovplyvňujú aj zdravotný stav.

**Genetické faktory.** Medzi gény, ktoré ovplyvňujú a podieľajú sa na vzniku artrózy, patrí gén receptoru pre vitamín D, gény pre rastové faktory, gény pre chrupavkové, oligomerné bielkoviny. Vzácná forma artrózy je spojená s génmi, ktoré ovplyvňujú bielkoviny kolagénu, základnú stavebnú súčasť chrupavky.

**Zápaly.** Zápalový proces kolenného kĺbu je spojený s opuchom a výronom. Ak sa zápal opakuje častejšie, postupne dochádza k artróze.

**Postavenie dolných končatín.** Vrodené zakrivenie dolných končatín do X alebo do O zaťažujú vonkajšiu alebo vnútornú stranu kolenného kĺbu a niektoré časti kĺbu sa skôr opotrebovávajú [3,4].

Ovplyvniteľné rizikové faktory súvisia s našim životným štýlom. Dajú sa ovplyvňovať a tým zabrániť alebo oddialiť vznik artrózy alebo zmierniť jej symptómy:

**Zranenia a úrazy.** Pri zlomeninách hlavice kĺbu sa môžu v kĺbe tvoriť nerovnosti, ktoré bránia k hladkému pohybu kĺbových plôch. Aby sa zabránilo predčasnej artróze, mala by nasledovať rekonštrukcia kĺbovej plochy. Ak vznikajú úrazové pretrhnutia krížových väzov, pretrvávajú nestabilita kĺbu, kĺbové plochy sa rýchlejšie otierajú a vzniká predčasná artróza.

**Nadváha.** U osôb s obezitou je zvýšený výskyt artrózy v dôsledku zvýšeného tlaku na kĺby pri vysokej telesnej hmotnosti. Ľudia s obezitou tiež majú slabé svaly, majú slabšiu kondíciu a častejšie u nich dochádza k úrazom.

**Výživa.** Nadmerné a dlhodobé užívanie látok, ako je cukor, alkohol, kofeín, čokoláda, a naopak nedostatok živín ako je vápnik, zinok, nenasýtené mastné kyseliny, kyselina listová, vitamíny skupiny B, môžu vyvolávať zápalové reakcie vo výstelke kĺbu a zabraňovať tkanivám liečiť sa a regenerovať. „Vitamíny skupiny B sú citlivé na svetlo, vzdušný kyslík a teploty cez 50 °C.“

**Nedostatočný pohyb.** Nedostatok pohybu má za následok súčasný životný štýl. Nedostatočný pohyb skracuje šľachy, svaly, väzy a narušuje sa pohyb kĺbu. Menej pohybu znamená nižšiu produkciu kĺbového mazu a tým sa predčasne opotrebovávajú kĺby.

**Preťaženie pri športe.** Určité druhy športu majú za následok sústavné jednostranné a nadmerné preťažovanie kĺbových plôch. Zaťažujú kĺby a tým prispievajú k rýchlejšiemu rozvoju artrózy [3,4].

Hartl a Hartlová (2000) tvrdia, že kvalitu života môžeme chápať ako mieru seberealizácie a duševnej harmónie, čiže mieru životnej spokojnosti, nespokojnosti. K jej základným znakom patrí sebaistoť pri pohybe a obsluhu vlastnej osoby. Subjektívna pohoda je jedným z aspektov mentálneho zdravia [5]. Podľa Gurkovej (2011) koncept kvality života zahŕňa širokú stupnicu rôznych oblastí skúseností človeka – od fyzických funkcií až po oblasti spojené s dosahovaním životných cieľov a prežívaním životného šťastia. Niekoľko vedných odborov (medicína, ošetrovateľstvo, filozofia, psychológia, andragogika ai.) skúmajú problematiku samotnej kvality života [6].

Hodnotenie kvality života má nezastupiteľné miesto v klinickej praxi pri pacientoch s chronickými a nevyliciteľnými chorobami. Kvalita života u pacientov s chronickým ochorením je multifaktoriálne podmienená. Vo všeobecnosti môžeme povedať, že kvalita života predstavuje proces hodnotenia individuálnych životných podmienok, na objektívnych aspektoch zdravotného stavu je relatívne nezávislá, je dynamická a multidimenzionálna, je subjektívna, hodnotovo orientovaná a kultúrne a spoločensky podmienená. Zameriava sa na negatívne ale aj pozitívne aspekty dopadu ochorenia [6].

## Cieľ

Cieľom príspevku je prezentovať zmenu kvality života u žien po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu prostredníctvom dotazníka SF-36.

## Prieskumný nástroj

V našom prieskum, ktorý môžeme považovať za pilotnú štúdiu, sme použili štandardný dotazník SF-36, s verziou 4-týždňov. Autorské právo na SF-36 je vlastníctvom neziskovej organizácie Medical Outcomes Study Trust (MOT). MOT a Quality Metric Incorporated spojili svoje licencie a užívateľské registrované programy pre zjednodušenie udeľovania licencií a uspokojovanie potrieb mnohých akademických a odborných užívateľov (<http://www.outcomes-trust.org/instruments.htm#SF-36>). Pôvodná verzia dotazníku SF-36 bola v rámci projektu The International Quality of Life Assessment preložená, validizovaná a štandardizovaná, (SF-36 Health Survey Standard, Slovakia). Dotazník SF36 je generický dotazník s 36 otázkami. Bol vyvinutý pre hodnotenie zdravotného stavu a s ním súvisiacu kvalitu života. Zahŕňa fyzickú, sociálnu a mentálnu zložku nielen pozitívnych, ale aj negatívnych aspektov. Pozostáva z 2 domén a každá doména z dimenzií: doménu celkové fyzické zdravie (PCS – Physical Component Summary) tvoria dimenzie ovplyvňujúce fyzické zdravie: Fyzická aktivita (PF); Obmedzenie fyzickej aktivity (RP); Bolesť (BP); Všeobecné hodnotenia zdravia (GH). Doména celkové psychické zdravie (MCS – Mental Component Summary) obsahuje dimenzie ovplyvňujúce psychické zdravie: Vitalita (VT); Spoločenská aktivita (SF); Obmedzenie emočnými problémami (RE); Mentálne zdravie (MH).

Všetky otázky dotazníka sú ohodnotené od 0 do 100, pričom čím vyššia hodnota tým lepšia funkcia. Číselné hodnoty jednotlivých odpovedí sú uvedené v dotazníku. Z výsledného skóre otázok, ktoré spolu súvisia a vytvárajú jednu z 8 dimenzií je následne pre každú dimenziu vypočítaný aritmetický priemer, ktorý reprezentuje jej finálne skóre. Otázka číslo 2 nepatrí k žiadnej z dimenzií či k žiadnemu výslednému skóre. Predstavuje samostatnú časť, kde zisťuje ako sám pacient vníma zmenu svojho zdravia za posledný rok (HT- Reported Health Transition). Výstupom z dotazníka je celkové fyzické zdravie (PCS), celkové mentálne zdravie (MCS) a index celkovej kvality života (SF-36) [7].

## Prieskumný súbor

Prieskumný súbor tvorilo 59 žien - respondentiek. Respondentky boli priemerne 12 mesiacov po operácii kĺbu. Kritériom pre výber respondentov bola dobrovoľná účasť, schopnosť vyplniť dotazník a dĺžka od operácie po implantácii TEP kolenného kĺbu minimálne 1 rok. Dotazník bol anonymný a úplne dobrovoľný. Inštrukcie k vyplneniu dotazníka boli uvedené na jeho začiatku. Pacientov – respondentov sme oslovili v dvoch ortopedických ambulanciách. Návratnosť dotazníka bola 98%. Distribúcia a použitie dotazníka v tomto zariadení bola schválená vedením organizácie.

## Metodika prieskumu

Výsledky sme spracovali v tabuľkách. V tabuľkách sú uvádzané číselné hodnoty ako aritmetický priemer, smerodajná odchýlka a median. K štatistickému spracovaniu dát a tvorbe

grafov bol použitý program Statistika StatSoft verzia 10 a program Microsoft Office Excel a Word 2007. Výsledky boli posudzované ako štatisticky významné na hladine pravdepodobnosti  $p < 0,05$ . Výsledky nášho prieskumu sú porovnávané s hodnotami Oxford Healthy Life Survey (Európska norma výsledkov HRQoL v metóde SF-36) zdravých jedincov – Európsky štandard [8,9].

## Výsledky prieskumu

Súbor respondentov tvorili pacientky po implantácii TEP kolenného kĺbu. Spolu všetkých respondentov bolo 59. Priemerný vek žien bol 64,2 rokov [10].

Tab.1 Porovnanie zdravia po 1 roku

| Súbor | Porovnanie zdravia po 1 roku od TEP |                     |        | P          |
|-------|-------------------------------------|---------------------|--------|------------|
|       | Aritmetický priemer                 | Smerodajná odchýlka | Median |            |
| Ženy  | 85                                  | 15                  | 85     | $p < 0,05$ |

Ženy hodnotili svoj zdravotný stav priemerne na hodnotu 85 čo znamená veľmi dobre. Bodová hodnota sa pohybuje od 0 do 100, pričom najnižšia hodnota znamená zlé hodnotenie zdravia a najvyššia hodnota znamená výborné hodnotenie zdravia v porovnaní so stavom pred operáciou.

Tab. 2 Dimenzie kvality života SF-36 dotazníka

| Súbor        | PF   | RP   | BP   | GH   | VT   | SF   | RE   | MH   | P          |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
| Ženy priemer | 58,3 | 54,2 | 65,8 | 37,8 | 62,5 | 63,8 | 88,9 | 74,7 |            |
| HRQoL        | 81,1 | 79   | 78,1 | 71,3 | 60,6 | 86,2 | 85,3 | 75,1 |            |
| SD           | 13,4 | 7,2  | 4,2  | 12,3 | 1,4  | 1,3  | 7,9  | 13,3 | $p < 0,05$ |

**Legenda:** PF - Fyzická aktivita; RP - Obmedzenie fyzickej aktivity; BP – Bolesť; GH - Všeobecné hodnotenie zdravia; VT – Vitalita; SF - Spoločenská aktivita; RE – Obmedzenie emočnými problémami; MH – Mentálne zdravie; SD – smerodajná odchýlka; p – hladina významnosti; HRQoL – Kvalita života ovplyvnená zdravím (Európska norma výsledkov HRQoL v metóde SF-36).

Tab. 3 Celkové fyzické zdravie

| Súbor | PCS - Celkové fyzické zdravie |                     |        | P          |
|-------|-------------------------------|---------------------|--------|------------|
|       | Aritmetický priemer           | Smerodajná odchýlka | Median |            |
| Ženy  | 54,0                          | 10,2                | 56,3   | $p < 0,05$ |

Celkové fyzické zdravie - PCS zahrňuje dimenzie fyzická aktivita, obmedzenie fyzickej aktivity, bolesť a všeobecné hodnotenie zdravia, hodnota sa pohybuje od 0 do 100, pričom najnižšia hodnota znamená zle a vyššia hodnota znamená lepšie celkové fyzické zdravie. Ženy hodnotia celkové fyzické zdravie hodnotou 54,0. Hodnota 50 je priemer medzi hodnotami 0 a 100.

Tab. 4 Celkové psychické zdravie

| Súbor | MCS - Celkové psychické zdravie |                     |        | P          |
|-------|---------------------------------|---------------------|--------|------------|
|       | Aritmetický priemer             | Smerodajná odchýlka | Median |            |
| Ženy  | 72,5                            | 10,6                | 69,2   | $p < 0,05$ |

Celkové psychické zdravie je hodnotené ako aritmetický priemer dimenzií vitalita, spoločenská aktivita, obmedzenie emočnými problémami a mentálne zdravie. Hodnota celkového psychického zdravia sa pohybuje od hodnoty 0 do 100, pričom vyššia hodnota znamená lepšie. Hodnota 50 je priemer medzi hodnotami 0 a 100. Výsledná hodnota v súbore ženy je 72,5 čo môžeme označiť za nadpriemernú hodnotu.

Tab. 5 Index celkovej kvality života

| Súbor | SF-36 - Index celkovej kvality života |                     |        | P          |
|-------|---------------------------------------|---------------------|--------|------------|
|       | Aritmetický priemer                   | Smerodajná odchýlka | Median |            |
| Ženy  | 63,2                                  | 13,9                | 63,1   | $p < 0,05$ |



Zistením výsledkov všetkých dimenzií, sme mohli pristúpiť k vyhodnoteniu Indexu celkovej kvality života SF-36, ktorý sme získali ako aritmetický priemer hodnoty PCS a hodnoty MCS. Index celkovej kvality života sa hodnota pohybuje od 0 do 100, pričom najnižšia hodnota znamená zle a vyššia hodnota znamená lepšiu kvalitu života. V prieskumnom súbore žien je hodnota 63,2. Hodnota 50 je priemer medzi hodnotami 0 a 100. Z výsledkov, ktoré sme získali, je zrejmé, že kvalita života našich respondentov dosahuje nad priemernú úroveň kvality života.

## Diskusia

Súbor respondentov tvorili pacientky po implantácii TEP kolenného kĺbu. Spolu všetkých respondentov 59 žien. Dĺžka obdobia po implantácii TEP kolenného kĺbu sa v priemere pohybuje 12 mesiacov. Priemerný vek bol 64,2 rokov, čo podľa WHO je obdobie vyššieho veku, rannej staroby, presenia.

Artróza sa rozvíja po 45. roku života a s pribúdajúcim vekom problémy pribúdajú. Väčšina osôb starších ako 65 rokov trpí artrózou, môžeme konštatovať, že artróza postihuje prevažne starších ľudí.

V literatúre sa uvádza výskyt ochorenia u ľudí v rozmedzí od 55. roku života do 64. roku života s podielom niečo viac ako 60%, s percentuálnym podielom až 90 % sa toto ochorenie vyskytuje u ľudí vo vekovej skupine medzi 75. a 84. rokom života [11,12]. Najčastejšie artrózou trpia ženy a riziko sa zvyšuje v období klimaktéria, kedy ženský organizmus prechádza zmenami, ktoré výrazne ovplyvňujú aj zdravotný stav. Postihnutie žien pri osteoartróze váhonosných kĺbov je častejšie ako u mužov, literárne údaje prinášajú pomer pacientov oboch pohlaví 1 : 1,2 až 1 : 4 [12].

Výskyt ochorenia má vzostupnú tendenciu celosvetovo v rámci krajín s tzv. vyspelou ekonomikou, čo súvisí s populačnou explóziou po 2. svetovej vojne a aktuálnymi prejavmi starnutia populácie v týchto krajinách. Osteoartróza sa vyskytuje predovšetkým u pacientov vo vyššom veku. Postihuje viac ako polovicu obyvateľov USA nad 65 rokov a viac ako 80 % populácie nad 75 rokov [13].

V jednotlivých štádiách ochorenia musí liečba zahŕňať postupy nefarmakologické, farmakologické aj chirurgické. Vo väčšine prípadov má epizodický priebeh a pomalú, ale jednoznačnú progresiu. Indikáciou k implantácii endoprotézy sú intenzívne bolesti, hlavne pokojové a nočné. Pacienti často udávajú rannú stuhnutosť, výrazné štartovacie ťažkosti, redukcii hybnosti, výrazné obmedzenie bežných denných aktivít, stratu nezávislosti, zhoršenie kvality života. Implantácia totálnej endoprotézy je indikovaná po vyčerpaní všetkých možností konzervatívnej liečby. V súčasnosti sa na Slovensku vykoná viac ako 5000 implantácií endoprotéz kolena ročne [14]. Tento rekonštrukčný výkon sa nekončí samotným operačným výkonom. Finálnym cieľom je bezbolestná funkcia kĺbu, minimalizácia handicapu a nová kvalita života pacienta.

V medicíne je termín kvalita života používaný od 70. rokov a najčastejšie sa operuje s pojmom „health related quality of life“ - HRQL, teda kvalita života ovplyvnená zdravím. Tento pojem možno špecifikovať ako „subjektívny pocit životnej pohody, ktorý je asociovaný s chorobou či úrazom, liečbou a jej vedľajšími účinkami“ [15]. Kvalita života ortopedicky chorého pacienta sa nemusí zásadne líšiť od kvality života zdravého človeka, pokiaľ on sám dodržiava liečebný režim, životosprávu, má pozitívny pohľad na život a aktívne bude zodpovedný za svoj zdravotný stav.

Dimenzia hodnotenie zdravia v štandardnom dotazníku kvality života SF - 36 zoskupuje položky týkajúce sa vnímania svojho zdravia, porovnania svojho zdravia so zdravím pred rokom. Respondentky hodnotili svoj zdravotný stav priemerne na hodnotu 85 čo znamená veľmi dobre. Bodová hodnota sa pohybuje od 0 do 100, pričom najnižšia hodnota znamená zlé hodnotenie zdravia a najvyššia hodnota znamená výborné hodnotenie zdravia v porovnaní so stavom pred operáciou.

Zo získaných výsledkov dimenzií fyzická aktivita, obmedzenie fyzickej aktivity, bolesť a všeobecné hodnotenie zdravia sme dospeli k vyhodnoteniu celkového fyzického zdravia. Fyzická aktivita je zameraná na činnosti, ktoré vykonávame počas svojho typického dňa napr. zdvíhanie ťažkých predmetov, nosenie nákupu, vysávanie, chôdza po schodoch, chôdza po ulici, kúpanie. Ženy v prieskume dosiahli hodnotu 58,3, hodnota Oxford Healthy Life Survey je pre ženy 81,1. Z výsledku vyplýva, že respondentky nášho prieskumu v porovnaní so zdravou populáciou dosahujú horšie výsledky, mierne nad priemer.

Obmedzenie fyzickej aktivity vychádza z problémov pri práci a bežnej dennej činnosti pre zdravotné ťažkosti. Súbor žien dosiahol hodnotu 54,2. V porovnaní s európskou normou je hodnota Oxford Healthy Life Survey pre ženy je 79,0. Ženy mali podstatne vyššie obmedzenie fyzických činností. Úroveň obmedzenia fyzickej aktivity u pacientov po TEP je v porovnaní so zdravou populáciou pod úroveň zdravých jedincov.

Bolesť agreguje položky ako intenzitu a prítomnosť bolesti a obmedzenie v práci v dôsledku bolesti za posledné 4 týždne. Súbor žien dosiahol hodnotu 65,8, hodnota Oxford Healthy Life Survey je pre ženy 78,1. Prítomnosť, intenzita a obmedzovanie v práci pre bolesť v našej prieskumnej vzorke je stále prítomná. Viacere štúdie dokumentovali vyšší výskyt chronickej pooperačnej bolesti u žien, ako u mužov. Ženské pohlavie je rizikovým faktorom pre chronickú pooperačnú bolesť, prah bolesti je nižší u žien [16,17].

Dimenzia všeobecné zdravie hodnotí zdravie na stupnici výborne až postupne veľmi zlé, zahrňuje aj porovnanie s osobami v okolí a hodnotenie, či je jedinec náchylnejší k ochoreniu ako ostatní. Súbor žien dosiahol hodnotu 37,8. Výsledky zdravej európskej populácie podľa Oxford Healthy Life Survey dosahujú hodnotu pre ženy 73,52. Výsledky v dimenzii všeobecné zdravie sú výrazne negatívne v porovnaní s výsledkami bežnej zdravej populácie. Predpokladali by sme, že hodnoty žien sa nebudú nachádzať pod priemerom. Tento veľký rozdiel hovorí skôr o negatívnom hodnotení svojho zdravia. Došlo tu k nesúladu v subjektívnom hodnotení všeobecného zdravia v doméne dotazníka s doménou porovnanie zdravia po 1 roku od TEP, kde ženy hodnotili svoj zdravotný stav na hodnotu 85 čo znamená veľmi dobre. Konečná hodnota celkového fyzického zdravia u žien dosiahla 54,0. Bodová hodnota sa pohybuje od 0 do 100, pričom najnižšia hodnota znamená zlé hodnotenie zdravia a najvyššia hodnota znamená výborné hodnotenie zdravia v porovnaní so stavom pred operáciou. Ženy hodnotia kvalitu života z fyzickej stránky života po implantácii TEP ako priemernú. Z tohto výsledku sa možno domnievať, že progres fyzického zlepšenia prebieha pomalšie.

Celkové psychické zdravie je hodnotené ako aritmetický priemer dimenzií vitalita, spoločenská aktivita, obmedzenie emocionálnymi problémami a mentálne zdravie. Psychické zdravie skúmaného súboru odhaľuje osobnosť, spoločenský život a vnútorné presvedčenia respondentov. Hodnota celkového psychického zdravia sa pohybuje od hodnoty 0 do 100, pričom vyššia hodnota znamená lepšie.

Vitalita združuje položky zamerané na jedinca ako často sa cítil v posledných 4 týždňoch plný elánu, energie, prípadne sa cítil vyčerpaný a unavený. Súbor žien vykazoval hodnotu 62,5, hodnota Oxford Healthy Life Survey pre ženy je 60,6. V tejto dimenzii prieskumný súbor mierne prevyšuje hodnotu Oxfordu Healthy Life Survey. Život našich respondentov po implantácii TEP je plný energie a elánu, necítia sa vyčerpaní a unavení.

Spoločenská aktivita sa zameriava na otázky týkajúce sa spoločenskej aktivity respondentov v posledných 4 týždňoch a v poslednom týždni. V súbore ženy dosiahla hodnotu 63,8. Hodnota Oxford Healthy Life Survey pre ženy je 86,2. Z daného vyplýva, že respondentky nášho prieskumu majú obmedzenia v spoločenských aktivitách v dôsledku TEP.

Obmedzenie emočnými problémami je vyhodnocované z položiek dotazníka, ktoré sa pýtajú na prítomnosť emocionálnych ťažkostí pri práci alebo bežnej činnosti. Ženy dosiahli hodnotu 88,0, hodnota Oxford Healthy Life Survey pre ženy je 85,3. Z daného vyplýva, že pri bežných činnostiach a práci respondentky z našej prieskumnej vzorky nepociťujú obmedzenie v dôsledku emocionálnych problémov.

Mentálne zdravie obsahuje položky, ktoré sa týkajú pocitov (nervozita, depresia, pohoda, pesimizmus, smútok a šťastie) respondentov, v posledných 4 týždňoch. Súbor žien dosiahol hodnotu 74,7, hodnota Oxford Healthy Life Survey pre ženy je 75,1. Zistili sme nepatrný rozdiel medzi európskou normou Oxford Healthy Life Survey zdravých jedincov a našimi respondentkami. Z výsledkov môžeme usúdiť, že respondentky pociťujú pohodu a šťastie. Čo potvrdzuje aj pozitívny výsledok v dimenzii obmedzenia emočnými problémami.

Výsledná hodnota celkového psychického zdravia v súbore ženy je 72,5. Z daného vyplýva, respondentky vo všetkých dimenziách MCS vykazujú lepšie hodnoty v porovnaní s doménou PCS.

Zistením výsledkov zo všetkých dimenzií, môžeme pristúpiť k vyhodnoteniu Indexu celkovej kvality života SF-36, ktorý sme získali ako aritmetický priemer hodnoty PCS a hodnoty MCS. V prieskumnom súbore žien je hodnota 63,2. Z výsledkov, ktoré sme získali, je zrejmé, že kvalita života našich respondentiek dosahuje priemernú úroveň. Výrazne zhoršenie hodnôt sme zistili v dimenziách Všeobecné hodnotenie zdravia a Spoločenská aktivita v porovnaní s Oxford Healthy Life Survey, ktorá predstavuje reprezentatívne údaje pre európsku populáciu. Respondentky sú menej spokojné so svojim zdravotným stavom a spoločenský život je po implantácii TEP výrazne v úzadí. Môžeme konštatovať, že respondentky v našom prieskume o kvalite života majú podstatne lepší stav v oblasti psychickej pohody a optimizmu ako v oblasti fyzického zdravia.

Prospektívna štúdia realizovaná v troch nemocniciach v Sydney vo verejných a súkromných nemocniciach kde respondentmi boli pacienti s osteoartrózou podstupujúci primárnu implantáciu bedrového (n=59) a kolenného (n=92) kĺbu. Bol použitý dotazník SF-36 pred zákrokom a 12 mesiacov po implantácii v porovnaní s populačnou normou. Výsledky preukázali, že pacienti v každej vekovej skupine ukázali výrazné zlepšenie kvality života a to najmä v dimenzii fyzická aktivita, obmedzenie fyzickej aktivity a bolesti. Skóre SF-36 u 52 pacientov po TEP kolenného kĺbu vo veku 55 až 74 rokov sa zlepšilo, ale skóre pre dimenzie fyzická aktivita a bolesť zostalo horšie v porovnaní s populačnou normou. Záverečné zhodnotenie tejto štúdie dospelo k zlepšeniu zdravotného stavu a kvality života po 12 mesiacoch po operácii [18].

Za nedostatok v našej štúdii považujeme relatívne malý počet zahrnutých respondentiek v sledovanom súbore a krátku dobu sledovania.

## Záver

Výsledky poukázali na priemerné pozitívne zmeny v kvalite života u pacientiek po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu. O kvalite života v závislosti na zdravotnom stave rozhodujú predovšetkým faktory ovplyvňované zdravotníckymi intervenciami. Hodnotenie kvality života prebieha na základe objektívnych a subjektívnych prístupov, pričom najpodstatnejšie je subjektívne hodnotenie pacienta, to ako sám vníma svoju zdravotnú situáciu vrátane schopnosti vlastného uplatnenia v pracovnom, rodinnom a sociálnom prostredí. Implantácia totálnej endoprotézy je veľmi efektívny zákrok. Pri správnej príprave pacienta, implantácii a doliečení navracia kĺbová náhrada pacientovi takmer plné zdravie pohybového aparátu a umožňuje plnohodnotný život.

## Literatúra

1. Vojtašák J. *Ortopédia*. 2.vyd. Bratislava : Slovak Academic Press, 2000.
2. Čoupková H. , Slezáková, L. *Ošetrovatelství v chirurgii*. Praha:Grada, 2010.
3. Javůrek J. *Život s osteoporózou*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998.
4. Jessel CH. *Úspěšně proti osteoporóze*. Praha: Beta-Dobrovský, 2006.
5. Hartl P, Hartlová H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010.
6. Gurková E. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011
7. Ware J E. SF-36 Health Survey Update. In : *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Assessment*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates [online]. 2004, vol. 3 [2018-09-12]. [http://www.sf36.org/announcements/Updated\\_SF36\\_bookChapter\\_Sept04.pdf](http://www.sf36.org/announcements/Updated_SF36_bookChapter_Sept04.pdf).
8. Bowling A. et al. Short Form (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *Journal of Public Health Medicine*. 1999;21(3):54-58.
9. Burholt V, Nash P. Short Form 36 (SF-36) Health Survey Questionnaire: normative data for Wales. *Journal of Public Health*. 2011;33(4): 28-29.
10. Gombalová E, Novysedláková M. *Kvalita života po implantácii totálnej endoprotézy kolenného kĺbu*. Ružomberok: Katolícka univerzita, FZ, 2014.
11. Koudela K. *Ortopédie*. vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004.
12. Gallo J. *Osteoartróza*. Praha: Maxdorf, 2014.
13. American geriatrics society panel on chronic pain in older persons. 1998. The management of chronic pain in older persons. In *J Am Geriatric Soc* 1998;46: 635-651
14. Nečas L., Katina S., Uhlárová J. Slovakian Arthroplasty Register, Survival analysis of total hip and knee replacement in Slovakia 2003-2011. *Acta Chir. otop. Traum. čech*. 2013, 80, Suppl.
15. Payne J. *Kvalita života a zdraví*. Triton. 2005.
16. Katz J, Poleshuk EL, Andrus CI, Hogan LA, Juung BF, Kulick DI, Dworkin RH. Risk factors for acute pain and its persistence following breast surgery. *Pain*. 2005;119:16-25.
17. Schnabel A, Pogatzki-Zahn E. Predictors of chronic pain following surgery. What do we know? *Schmerz*. 2010;24:517-531.
18. March ML. et al. Outcomes after hip or knee replacement surgery for osteoarthritis. In *The Medical Journal of Australia*. 1999;171(5): 128-132.

## Kontakt:

PhDr. Mária NOVYSEDLÁKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva, KU v Ružomberku  
Námestie A. Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
E-mail: maria.novysedlakova@ku.sk

## Posudzovanie bolesti u pacientov s ulcus cruris

### Pain assessment in patients with ulcus cruris

Mária Šupínová<sup>1</sup>, Jana Brádňanová<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

#### Abstrakt

**Úvod:** Ulcus cruris je nepríjemné a dlhotrvajúce ochorenie, ktoré naruša sociálne kontakty a zhoršuje kvalitu života. Pacienti trpia bolesťou, ktorá je niekedy až neznesiteľná.

**Ciele:** Posúdiť intenzitu prežíanej bolesti u pacientov s ulcus cruris a zistiť aký je vplyv liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti na úroveň bolesti pacienta.

**Súbor a metódy:** Do výskumu bolo zaradených 100 respondentov, pacientov s diagnózou ulcus cruris v ich domácom prostredí bez ohľadu na vek, pohlavie a sociálny status. Bola použitá metóda štandardizovaného dotazníka hodnotenia bolesti podľa inštitútu Gustava Roussy, doplneného o demografické údaje a údaje o dodržiavaní liečebného režimu.

**Výsledky:** Z výsledkov vyplýva, že intenzita pociťovania bolesti nezávisí od pohlavia ( $p = 0,3313 > 0,05$ ). Bolo dokázané, že po ošetrení rany sa intenzita bolesti zmierni ( $r = 0,996028$ ). Priebeh liečby ulcus cruris významne ovplyvňuje dodržiavanie liečebného režimu pacientom ( $p = 0,012 < 0,05$ ). Po troch mesiacoch liečby sa intenzita bolesti u pacientov štatisticky významne zmierni ( $p = 0,0035 < 0,05$ ).

**Záver:** Respondenti, pacienti s ulcus cruris hodnotili intenzitu prežíanej bolesti ako miernu, ktorá neznižuje kvalitu ich spánku. Jej prežívanie a hodnotenie nie je ovplyvnené pohlavím respondentov. Bolesť je ovplyvnená dodržiavaním liečebného režimu a pozitívny vplyv má významne dokázaná liečebná a ošetrovateľská starostlivosť.

**Kľúčové slová:** Ulcus cruris. Bolesť. Ošetrovateľská starostlivosť. Inštitút Gustava Roussy.

#### Abstract

**Introduction:** Ulcus cruris is an unpleasant and long lasting disease, which negatively affects social contacts and the quality of life. In some patients can be experienced unbearable pain.

**Aims:** To assess the intensity of the pain experienced in patients with ulcus cruris and to define the effects of treatment and nursing care on the level of patients' pain.

**File and Methods:** The research included 100 respondents, patients with ulcus cruris diagnosis, placed in their home environment regardless of their age, sex and social status. As a tool was used standardized questionnaire for pain assessment designed by Gustav Roussy's Institute extended by demographic data, data defining the length of the disease and data covering treatment regime.

**Results:** The results clearly indicate that the intensity of experienced pain is not gender dependent ( $p = 0,3313 > 0,05$ ). The course of ulcus cruris treatment is significantly influenced by the patient's adherence to the treatment regime ( $p = 0,012 < 0,05$ ). After three months of treatment was the pain intensity in patients statistically significantly milder ( $p = 0,0035 < 0,05$ ).

**Conclusion:** Respondents, patients with ulcus cruris, assessed the intensity of experienced pain as mild, not affecting the quality of their sleep. Experiencing and assessing the pain is not gender dependent. The pain is affected by the adherence to the treatment regime as well as, treatment and nursing care whose influence was proven with statistical significance.

**Key words:** Ulcus cruris. Pain. Nursing care. Gustav Russy's Institute.

#### Úvod

Ulcus cruris je ochorenie komplexného charakteru, postihujúce najmä ľudí vyššieho veku, medzi ktorými prevládajú ženy. Predstavuje významnú civilizačnú záťaž populácie, prevažne vyspelých ekonomických krajín [1]. Medzi rizikové faktory vzniku ulcus cruris patrí vyšší vek a civilizačné choroby ako sú obezita, cukrovka, sedavý spôsob života. Hlavnou príčinou ochorenia je obehové zlyhanie [2]. Najčastejšou príčinou ulcus cruris je chronická žilová nedostatočnosť a to až v 70 – 80 % prípadov [3]. Ulcus cruris postihuje 3,5 % populácie. Najčastejšie sa vyskytuje vied etiologie venóznej 70 %, arteriálnej 10 % a zmiešané arteriálno – venové 20 % [4]. Vredy venovej etiologie postihujú asi 0,15 – 2 % populácie, viac ženy než muži, častejšie vyššej vekovej skupiny s maximom okolo 70. roku života. Vo vekovej skupine do 40 rokov je prevalencia vied predkolenia venóznej etiologie u oboch pohlaví rovnaká [5].

Prítomnosť ulcus cruris znižuje kvalitu života pacientov. Pacienti udávajú viacero problémov a obmedzení ako sú časté prevazy, bolesť, ranová infekcia, vyčerpanie, nedostatok spánku, problém s pohybom až imobilitu, nesebestačnosť v aktivitách

denného života, depresívnu náladu, úzkosť, frustráciu a sociálnu izoláciu [6]. Bolesť je jedným z hlavných faktorov, ktoré znižujú kvalitu života pacientov s ulcus cruris [7]. Chronická bolesť má negatívny dopad na každodenný život jedinca. Zasaňuje do oblasti fyzickej, psychickej a sociálnej. Ak bolesť zostáva nekontrolovaná, stáva sa zmyslom pacientovho života [8]. Podľa Slonkovej a Vašků (2014), vedie chronická bolesť často aj k poruchám spánku, ktoré bývajú udávané až u 2/3 pacientov s ulcus cruris. Preto by pravidelné sledovanie bolesti malo byť súčasťou každého ošetrenia pacienta. Chronická bolesť však môže byť sprevádzaná aj atakmi akútnej bolesti, objavujúcej sa pri prevázoch rany [8]. Bolesť môže viesť aj k zníženiu chuti do jedla. Ulcus cruris vedie často k obmedzeniu denných činností, najmä záujmových aktivít a domácich prác, čo je spôsobené hlavne bolesťou a zníženou mobilitou pacienta.

Liečba ulcus cruris si podľa Pospíšilovej [9], vyžaduje komplexnú starostlivosť o pacienta. Zameriava sa na zistenie príčiny ochorenia, liečbu pridružených ochorení, starostlivosť o celkový stav pacienta (najmä stav výživy), liečbu bolesti a elimináciu



identifikovaných lokálnych a systémových faktorov. Miertová a Ďurkechová [6], zdôrazňujú ako dôležitú súčasť liečby edukáciu pacienta, členov rodiny a ich spoluprácu na liečebnom programe.

Súčasťou života všetkých pacientov po zhojení ulcus cruris venosum by malo byť aktívne cvičenie. Problémom je, že aj napriek preukázaným pozitívnym terapeutickým i profylaktickým vplyvom telesného cvičenia na mnohé rizikové faktory ktoré sú významné pre rozvoj ulcusu, stále len veľmi málo ľudí aktívne cvičí [10].

## Cieľ výskumu

Posúdiť intenzitu prežíanej bolesti u pacientov s ulcus cruris a zistiť aký je vplyv liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti na úroveň bolesti pacienta.

## Čiastkové ciele výskumu

1. Zistiť či intenzita pociťovania bolesti nehojacej sa rany súvisí s pohlavím pacientov.
2. Overiť do akej miery ovplyvňuje bolesť spánok pacienta.
3. Zistiť či sa intenzita bolesti zmierni bezprostredne po ošetrení rany ulcus cruris.
4. Zmapovať aká je intenzita pociťovanej bolesti u respondentov dodržiavajúcich liečebný režim.
5. Overiť či sa intenzita pociťovania bolesti po troch mesiacoch liečby zníži.

## Výskumný súbor a metóda

Výber respondentov bol zámerný a cielený. Do výskumného súboru boli zaradení pacienti s nehojacou sa ranou – ulcus cruris. Ich výber bol bez ohľadu na vek, pohlavie, zdravotný stav a sociálny status. Jediným kritériom pre zaradenie do výskumného

súboru bola prítomnosť nehojacej sa rany ulcus cruris. Celkovo bolo do súboru zaradených 100 respondentov v starostlivosti 4 agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Banskobystrickom kraji. Výskum bol realizovaný v dvoch etapách, 1. etapa v mesiacoch júl a august 2015. Druhá etapa u tých istých pacientov po uplynutí troch mesiacov liečby, v mesiacoch október a november 2015.

Na dosiahnutie stanovených cieľov bola použitá metóda štandardizovaného dotazníka - hodnotenie bolesti podľa inštitútu Gustava Roussy [11], ktorý sme doplnili o demografické údaje a údaje o dodržiavaní liečebného režimu. Do liečebného režimu sme zaradili dodržiavanie pohybového režimu, prechádzky, masáže nôh studenou vodou, starostlivosť o kožu a výživnú stravu bohatú na vitamíny a dostatočnú hydratáciu. Použitie výskumného nástroja nie je obmedzené ani ovplyvnené prostredím v ktorom respondent žije, ani spôsobom liečby nehojacej sa rany. Odpovede sú výlučne založené na osobnom vnímaní bolesti a prežívaní iných skúmaných sprievodných príznakov ochorenia respondentom.

Dotazník vyplňovali sestry ADOS na základe odpovedí pacienta pri osobných stretnutiach. Zapojenie sa do štúdie bolo dobrovoľné.

Pri analýze a interpretácii údajov bola dodržaná anonymita pacientov. Dotazník bol respondentom predložený sestrami ADOS po schválení garantmi agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

## Výsledky

Výberový súbor tvorilo 35 % (35) mužov a 65 % (65) žien. Priemerný vek respondentov bol 74,66 roka. Ženy boli v priemere o 3,26 roka staršie.

V sledovanom súbore 48 respondentov uviedlo, že liečebný režim dodržiavajú, naopak 52 respondentov uviedlo, že liečebný režim nedodržiava.

Tab. 1 Prehľad pociťovania bolesti za posledných 48 hodín podľa pohlavia

| Bolesť za posledných 48 hodín | Na začiatku výskumu |        |      |        | Po troch mesiacoch liečby |        |      |        |
|-------------------------------|---------------------|--------|------|--------|---------------------------|--------|------|--------|
|                               | Muži                |        | Ženy |        | Muži                      |        | Ženy |        |
|                               | n                   | %      | n    | %      | n                         | %      | n    | %      |
| žiadne                        | 1                   | 2,86   | 3    | 4,62   | 3                         | 8,57   | 11   | 16,92  |
| mierne                        | 18                  | 51,43  | 35   | 53,85  | 22                        | 62,86  | 41   | 63,08  |
| stredné                       | 9                   | 25,71  | 19   | 29,23  | 8                         | 22,86  | 10   | 15,38  |
| silné                         | 7                   | 20,00  | 8    | 12,31  | 2                         | 5,71   | 3    | 4,62   |
| Spolu                         | 35                  | 100,00 | 65   | 100,00 | 35                        | 100,00 | 65   | 100,00 |

V tabuľke 1 je prehľad hodnotenia intenzity pociťovanej bolesti respondentov za posledných 48 hodín a následne po troch mesiacoch liečby celého súboru so zameraním na pohlavie respondentov.

Po troch mesiacoch liečby došlo k 10 % - nému poklesu počtu respondentov so strednými a silnými bolesťami. Naopak, počet respondentov ktorí už nemajú bolesti, resp majú iba mierne bolesti narástol rovnako o 10 %. Je to výsledok účinnosti liečby.

Výrazné rozdiely vo vnímaní bolesti medzi jednotlivými pohlaviami neboli zaznamenané. Vo všetkých kategóriách boli zaznamenané len minimálne rozdiely.

Rozdiel intenzity pociťovania bolesti v závislosti od pohlavia, sme overili Chí – kvadrát testom na hladine významnosti  $\alpha = 0,05$

Tab. 2 Testovanie intenzity pociťovanej bolesti v závislosti od pohlavia

| Obdobie          | $\alpha$ | df | $\chi^2$ | $\chi^2(\alpha;df)$ | p      |
|------------------|----------|----|----------|---------------------|--------|
| začiatok výskumu | 0,05     | 3  | 0,9438   | 7,8147              | 0,3313 |
| po 3 mesiacoch   | 0,05     | 1  | 1,9972   | 3,8410              | 0,1576 |

Legenda.  $\alpha$ -hladina významnosti; df-stupne voľnosti;  $\chi^2$  testovacia štatistika;  $\chi^2(\alpha;df)$ - kritická hodnota; p-signifikancia

Intenzita pociťovania bolesti respondentov nášho výberového súboru nie je závislá od ich pohlavia ani v jednom sledovaní.

Tab. 3 Dĺžka spánku u všetkých respondentov

| Dĺžka spánku (hod) | priemer | modus | medián |
|--------------------|---------|-------|--------|
| začiatok výskumu   | 7,97    | 8     | 8      |
| po 3 mesiacoch     | 8,21    | 8     | 8      |

Dĺžka spánku nebola u respondentov obmedzovaná bolesťou ani pri prvom hodnotení. Bola v priemere 8 hodín, čo je vyhovujúce. Vplyvom liečby sa zvýšila len minimálne o 24 minút (tab. 3).

Tab. 4 Zníženie intenzity bolesti bezprostredne po ošetrení celkom

| Zníženie bolesti | začiatok výskumu | po troch mesiacoch |
|------------------|------------------|--------------------|
|                  | n (%)            | n (%)              |
| Nevyjadřili sa   | 4                | 11                 |
| Áno              | 89               | 83                 |
| Nie              | 7                | 6                  |
| Spolu            | 100              | 100                |

Vysoké percento respondentov sa na začiatku liečby i po 3 mesiacoch vyjadrili, že cítili zmiernenie bolesti po ošetrení (89 % a 83 %). Výrazné rozdiely v pociťovaní bolesti po ošetrení po troch mesiacoch liečby neboli zaznamenané (tab. 4)

Tab. 5 Hodnota, o ktorú sa bolesti po ošetrení znížili celkovo

| Zlepšenie           | priemer | modus | medián | min | Max |
|---------------------|---------|-------|--------|-----|-----|
| na začiatku výskumu | 4,81    | 5     | 5      | 0   | 9   |
| po 3 mesiacoch      | 6,22    | 8     | 7      | 0   | 10  |

Respondenti na začiatku liečby uviedli priemerné zlepšenie (od 0 do 10) o hodnotu 5,17 a po troch mesiacoch liečby o 6,67 (tab.5) Štatisticky sme overovali, či sa intenzita bolesti bezprostredne po ošetrení ulcus cruris zmierni. Štatistickú významnosť tohto zistenia v oboch meraniach sme overili koeficientom korelácie. Bola potvrdená vysoká závislosť skúmaného vzťahu  $r = 0,996028$ . U respondentov dôjde po ošetrení rany k výraznému zníženiu intenzity bolesti.

Skúmali sme či dodržiavanie liečebného režimu pacientom ovplyvňuje pociťovanie bolesti. V tabuľke 6 uvádzame prehľad hodnotenia pociťovanej bolesti respondentmi ktorí dodržiavajú a nedodržiavajú liečebný režim na začiatku liečby a po troch mesiacoch.

Tab. 6 Úroveň bolesti od dodržiavania liečebného režimu

| Intenzita bolesti<br>počet respondentov (%) | Dodržiavanie liečebného režimu |    |                |                     |                |
|---------------------------------------------|--------------------------------|----|----------------|---------------------|----------------|
|                                             | áno                            |    |                | Nie                 |                |
|                                             | začiatok výskumu               |    | po 3 mesiacoch | začiatok výskumu    | po 3 mesiacoch |
| žiadne                                      | 4,17                           |    | 16,98          | 3,85                | 10,64          |
| mierne                                      | 45,83                          |    | 60,38          | 59,62               | 65,96          |
| stredné                                     | 29,17                          |    | 16,98          | 26,91               | 19,15          |
| silné                                       | 20,83                          |    | 5,66           | 9,62                | 4,25           |
| Spolu                                       | 100,00                         |    | 100,00         | 100,00              | 100,00         |
| Dodržiavanie režimu                         | $\alpha$                       | df | $\chi^2$       | $\chi^2(\alpha;df)$ | p              |
| Áno                                         | 0,05                           | 3  | 10,9419        | 7,8147              | 0,012          |
| Nie                                         | 0,05                           | 3  | 3,4146         | 7,8147              | 0,332          |

Legenda.  $\alpha$ -hladina významnosti; df-stupne voľnosti;  $\chi^2$  testovacia štatistika;  $\chi^2(\alpha;df)$ - kritická hodnota; p-signifikancia

Percento respondentov v jednotlivých kategóriách sa po troch mesiacoch zmenilo v obidvoch skupinách, avšak zmeny u respondentov ktorí dodržiavajú liečebný režim sú výraznejšie. Chi – kvadrát testom sme zistili, že dodržiavanie liečebného režimu, respondentami nášho výberového súboru, štatisticky významne ovplyvňuje intenzitu ich bolesti. Cramerov V koeficient  $V = 0,3291$  hovorí o miernej až stredne silnej závislosti (tab.6).

Tab. 7 Bolest' v hodinách počas jedného dňa

| Bolest' v hodinách počas dňa | priemer | modus | medián |
|------------------------------|---------|-------|--------|
| Začiatok výskumu             | 4,85    | 3     | 4      |
| Po 3 mesiacoch               | 2,94    | 2     | 2      |
| Úbytok                       | 1,91    | 2     | 2      |

Trvanie bolesti za 24 hod. sa u respondentov vplyvom liečby výrazne znížila. Pociťovanie bolesti počas celého dňa v hodinách, sa u celého súboru po troch mesiacoch liečby znížil v priemere o 1,91 hodiny.

Tab. 8 Hodnotenie intenzity bolesti respondentmi

| Intenzita bolesti |    | začiatok výskumu | po 3 mesiacoch      | Spolu  |
|-------------------|----|------------------|---------------------|--------|
|                   |    | n                | n                   | n      |
| žiadne            |    | 4                | 14                  | 18     |
| mierne            |    | 53               | 63                  | 116    |
| stredné           |    | 28               | 18                  | 46     |
| silné             |    | 15               | 5                   | 20     |
| Spolu             |    | 100              | 100                 |        |
| $\alpha$          | df | $\chi^2$         | $\chi^2(\alpha;df)$ | p      |
| 0,05              | 3  | 13,5915          | 7,8147              | 0,0035 |

Legenda.  $\alpha$ -hladina významnosti; df-stupne voľnosti;  $\chi^2$  testovacia štatistika;  $\chi^2(\alpha;df)$ - kritická hodnota; p-signifikancia

Došlo k nárastu počtu respondentov, ktorí už vôbec nemajú bolesti, aj tých čo majú mierne bolesti. Naopak, poklesol počet respondentov ktorých bolesti sú stredné alebo silné.

Intenzita bolesti je po troch mesiacoch liečby štatisticky významne nižšia. Rozdiel v klasifikácii intenzity bolesti respondentami, na začiatku liečby a po troch mesiacoch jej trvania, teda považujeme za dôsledok účinnosti liečby.

## Diskusia

Hlavným cieľom realizovaného výskumu bolo na súbore 100 respondentov s ulcus cruris v domácom prostredí zistiť ako hodnotia úroveň pociťovanej bolesti a aký je vplyv liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti na intenzitu bolesti pacienta.

Podľa vedeckých výskumov ženy vnímajú bolesť oveľa citlivejšie, intenzívnejšie a nepríjemnejšie než muži. Ženy majú nižší prah bolesti než muži [12]. Toto tvrdenie sa podľa výsledkov v našom súbore nepotvrdilo. Zistili sme že intenzita pociťovanej bolesti nezávisí od pohlavia (tab. 1,2). K rovnakým záverom dospela aj Cibulková [13], rovnako Miertová, Ďurkechová [6], podľa ktorých intenzita prežívannej bolesti nie je ovplyvňovaná ani pohlavím, ani vekom pacienta.

Dĺžka spánku respondentov v sledovanom súbore nebola obmedzovaná prítomnosťou ulcus cruris a teda ani výraznou bolesťou a to ani pri prvom ani pri opakovanom hodnotení. Bola v priemere 8 hodín, čo je vyhovujúce. Vplyvom liečby sa zvýšila len minimálne o 24 minút (tab. 3).

Z dosiahnutých výsledkov vyplýva, že intenzita bolesti sa po ošetrovaní rany zmierni u väčšiny respondentov (83 %) (tab.4,5). Tento výsledok je aj štatisticky signifikantný.

Zvýšenie intenzity bolesti počas ošetrovania rany uvádzajú na súbore 100 respondentov Miertová, Ďurkechová ( $p = 0,000$ ) [6]. Pred prevázom a počas prevazu 75 % respondentov pociťovalo strednú a silnú bolesť. Autori Hofman, Ryan, Arnold et al. [14], uvádzajú strednú a silnú bolesť pred prevázom u 64 % respondentov. Cibulková [13], uvádza, že pri násilnom strhnutí krytia z rany, kedy sú obvazy prilepené k rane, môže vzniknúť u pacienta bolesť rôznej intenzity, ktorú môže pacient popisovať

až ako neznesiteľnú. Tá pretrváva ešte nejaký čas po ošetrovaní. Pri správnej kompresívnej liečbe bolesti spravidla ustúpia. Chronická bolesť však môže byť sprevádzaná aj atakmi akútnej bolesti, objavujúcej sa pri prevázoch rany [8]. Dôležité je pravidelné sledovanie bolesti a malo by byť súčasťou každého ošetrovania pacienta [7].

Jedným z faktorov ktorý podľa odborníkov významne ovplyvňuje liečbu nehojajúcich sa rán a tým súvisiacu bolesť, je dodržiavanie liečebného režimu pacientom. V nami sledovanom súbore podľa odpovedí, väčšina respondentov liečebný režim nedodržiava. Zistili sme, že dodržiavanie liečebného režimu ovplyvňuje intenzitu pociťovanej bolesti (tab 6). Výsledky štatistického testovania potvrdzujú významnosť ovplyvnenia intenzity bolesti respondentov, dodržiavaním liečebného režimu ( $p = 0,012$ ).

Rovnaký názor má v súvislosti s liečbou nehojajúcich sa rán Otrubová [1], ktorá uvádza, že je nesprávne, ak nie sú dodržané všetky liečebné zásady. Aj podľa Cibulkovej [13], hrozí riziko narušenia procesu hojenia v prípade nedodržiavania liečebného režimu. Rovnako Sokol [15], tvrdí, že je veľmi dôležité klásť dôraz pri terapii a ošetrovaní pacienta s chronickými ranami na zdanlivo banálne veci, ako je dodržiavanie osobnej hygieny, suché a čisté prostredie, polohovanie v rámci individuálnych možností (aspoň tri razy denne), dostatočná hydratácia [15].

Overili sme, aký je rozdiel v posudzovaní intenzity bolesti našimi respondentmi s odstupom troch mesiacov a či je signifikantný (tab. 7,8). Zistili sme, že došlo k nárastu počtu respondentov, ktorí už vôbec nemajú bolesti, aj tých čo majú mierne bolesti. Naopak, poklesol počet respondentov ktorých bolesti sú stredné alebo silné.

Intenzita bolesti počas celého dňa v hodinách, sa u celého súboru po troch mesiacoch liečby znížila (v priemere o 1,91 hodiny) (tab.7). Narástol počet respondentov, ktorí nemajú žiadne a mierne bolesti a klesol počet respondentov so strednými a silnými bolesťami. Rozdiel v klasifikácii intenzity bolesti respondentami, na začiatku liečby a po troch mesiacoch jej trvania, podľa štatistických výpočtov teda nemohol vzniknúť náhodou, ale ako dôsledok účinnosti liečby.



Bodové hodnotenie bolesti považuje pre liečbu rany za veľmi dôležitý znak, aj Karlová, Čížková [16], podľa ktorých zhoršovanie bolesti môže svedčiť o problémoch s hojením rany.

Odborné výskumy už v 60-tych rokoch minulého storočia dokázali, že rany sa hoja až dvojnásobnou rýchlosťou vo vlhkom prostredí. Preváz rany ako opakované ošetrenie rany je veľmi dôležitý a ničím nenahraditeľný výkon z pohľadu hojenia rany [17]. Z výsledkov realizovaného výskumu vyplýva, že pociťovanie bolesti u pacientov s ulcus cruris nie je závislé od pohlavia pacientov ale ovplyvňuje ho dodržiavanie liečebného režimu. Intenzita bolesti sa po ošetrení rany u väčšiny pacientov zmierni rovnako po troch mesiacoch liečby.

## Záver

Ulcus cruris je zdĺhavé ochorenie, ktoré ovplyvňuje kvalitu života pacienta. Faktor ktorý výrazne znižuje kvalitu života pacienta je sprevádzajúca bolesť. Metódou štandardizovaného dotazníka sme zisťovali aká je úroveň prežíanej bolesti u pacientov s ulcus cruris.

Úvodné zistenia sme komparovali s opakovanými meraniami po troch mesiacoch liečby. Bola hodnotená intenzita bolesti za posledných 48 hod, bolesť v každej hodine v priebehu dňa, dĺžka spánku, intenzitu bolesti po ošetrení a dodržiavanie liečebného režimu. Zistili sme, že väčšina respondentov hodnotila pociťovanú bolesť pri úvodnom hodnotení i po troch mesiacoch liečby ako miernu. Úroveň bolesti bola rovnako prežívaná obidvoma pohlaviami. Dĺžka spánku nebola bolesťou ovplyvňovaná. Priebeh a vývoj liečby ulcus cruris bol u respondentov ovplyvňovaný dodržiavaním liečebného režimu.

Výsledky realizovaného výskumu nemôžeme zovšeobecňovať. Hodnotenie intenzity a druhu bolesti, odhaľovať pocit jej vnímania a spôsob prežívania, hodnotiť kvalitu úspešnosti liečebných postupov a v neposlednom rade aj zmiernovať utrpenie, je preto dôležitou úlohou sestry pri starostlivosti o pacienta s bolesťou. Pri realizácii týchto náročných úloh by sestra mala okrem odborných vedomostí a praktických zručností disponovať aj veľkou mierou empatie.

Na základe získaných výsledkov odporúčame:

- Vysvetliť pacientom spôsob hodnotenia intenzity bolesti, význam kontinuálneho posudzovania a hodnotenia bolesti pre posudzovanie efektívnosti hojenia rany a podporovať ich aby vyjadrili svoju bolesť.
- Zaznamenávať intenzitu bolesti individuálne u každého pacienta pred aj po ošetrení ulcus cruris. Viest' pacientov k tomu, aby si viedli denník bolesti
- Edukovať pacientov o potrebe dodržiavania liečebného režimu. Pozornosť zamerať na pohybový režim, hygienu, masáž dolných končín, starostlivosť o kožu a zdravú výživu.
- Rešpektovať individualitu každého pacienta.
- Viest' pacientov, aby aj po vyliečení ulcus cruris dodržiavali opatrenia na zabránenie recidívy ochorenia.

## Literatúra

1. Otrubová J. Ulcus cruris-možnosti využitia vlhkej terapie. In *Revue medicíny v praxi*. 2013; 11(1):21-22.
2. Fekete L. et al. The value of radial shock wave therapy in the management of extended crural ulceration. Case report.[online]. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25362642>>. Accessed October 25, 2018.

3. Stucker M. a kol. Pathogenesis of therapy refractory ulcus cruris. [online]. 2015; <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12942189>>. Accessed October 25, 2018.
4. Stehlík D, Kalinová L, Molitor M. Chirurgicko-plastická liečba bércových vředů a ran. In *Dermatologie pro praxi*. [online]. 2012; roč. 6, č. 1 <<http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2012/01/03.pdf>>.
5. Herman J. Ulcus cruris. In *Dermatologie pro praxi*. [online]. 2010;4:4 <<http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2010/04/02.pdf>>. Accessed October 25, 2018.
6. Miertová M, Ďurkechová D. Niektoré z problémov pacienta s ulcus cruris venosum. In *Ošetrovateľstvo*. [online]. 2012; 2(3) <[http://www.ošetrovatelstvo.eu/\\_files/2012/3/niektore-z-problemov-pacienta-s-ulcus-cruris-venosum-2012-2-3.pdf](http://www.ošetrovatelstvo.eu/_files/2012/3/niektore-z-problemov-pacienta-s-ulcus-cruris-venosum-2012-2-3.pdf)>. Accessed October 25, 2018.
7. Slonková V, Vašku V. Kvalita života, sociálně-ekonomické aspekty bércových vředů a nové možnosti celkové terapie. In *Dermatologie pro praxi*. [online]. 2014; 8:3 <<http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2014/03/02.pdf>>. Accessed October 25, 2018.
8. Ondřiová I, Hudáková A. Vybrané aspekty kvality života chorých s chronickou ranou. In *Zdravotnictví a medicína*. [online]. 2015, <[http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vybrane-aspekty-kvality-zivota-chorych-s-chronickou-478604](http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/vybrane-aspekty-kvality-zivota-chorych-s-chronickou-ranou-478604)>.
9. Pospíšilová A. Bércový vřed. In *Dermatologie pro praxi*. [online]. 2008;2(2) <<http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/02/08.pdf>>. Accessed October 25, 2018.
10. Dissemmond J, Korber A, Schneider L. Physical exercise in the treatment of ulcus cruris venosum. [online]. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16402710>>. Accessed October 25, 2018.
11. *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve*. [online]. UK BRATISLAVA – JLF MARTIN. 2003. 1. vyd. Martin, 2003. [http://eng.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user\\_upload/editors/Oset\\_Files/skripta\\_vnl.pdf](http://eng.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/skripta_vnl.pdf)
12. Tomagová M, Bóriková I. a kol. *Potreby v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008.
13. Cibulková M. Ošetrovanie pacienta s ulcus cruris v domácnosti-praktické skúsenosti. In *Revue medicíny*. 2013; 11(3):25–26.
14. Hofman D, Ryan TJ, Arnold F. et al. Pain in venous leg ulcers. *J WoundCare*. 1997;6:5.
15. Sokol R. Súčasný aspekt liečby chronických rán. In *Ambulantná terapia*. [online]. 2008;6:3 <<http://www.solen.sk/pdf/3ac765c84d07fed0caedebed0b6ff25d.pdf>>. Accessed October 24, 2018.
16. Karlová J, Čížková B. Moderní hojení ran v 21. století. *Postgraduální medicína*. [online]. <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/moderni-hojeni-ran-v-21-stoleti-455170>>. Accessed October 25, 2018.
17. Kollárová L. Manažment starostlivosti o chronickú ranu s využitím vlhkej terapie. *Revue medicíny v praxi*. 2012; 10(2): 17-18.

## Kontakt:

doc. PhDr. Mária ŠUPÍNOVÁ PhD.  
FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici  
Sládkovičova 21  
97405 Banská Bystrica  
E-mail: maria.supinova@szu.sk

# Wpływ opieki na częstość występowania powikłań u pacjentów po znieczuleniu metodą podpajęczynówkową

## Impact of nursing on the incidence of complications in patients after subarachnoid anesthesia

Monika Borek<sup>1,2</sup>, Renata Kowalczyk<sup>1</sup>, Małgorzata Cichońska<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

<sup>2</sup>Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Koło PTP przy ZOZ Ostrowiec Świętokrzyski

### Streszczenie

**Wprowadzenie:** Znieczulenie podpajęczynówkowe może wiązać się z ryzykiem powikłań, którymi najczęściej są: spadek ciśnienia, ból głowy, ból kręgosłupa, nudności, wymioty lub zatrzymanie moczu. Są to powikłania, które stanowią problem terapeutyczny, dlatego uzasadnione jest prowadzenie badań w zakresie zapobiegania i ich eliminowania u pacjentów.

**Cel badań:** Celem niniejszej pracy jest określenie charakteru powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym, ustalenie czynników, od których zależy ich występowanie i wykazanie wpływu działań pielęgniarstwa na ich występowanie.

**Materiał i metody:** W przeprowadzonych badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, w której główną techniką była ankieta. W badaniu udział wzięło 103 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Powiatowym w województwie łódzkim.

**Wyniki:** Wśród badanych dominowały kobiety, osoby w wieku 40-50 lat (28%), z nadwagą (47%), bez chorób współistniejących (67%). U 33% pacjentów wystąpiły skutki uboczne znieczulenia wśród których dominowały nudności i wymioty (11%). Pielęgniarki były osobami najbardziej pomocnymi w trakcie znieczulenia (77%), a ich opieka zapobiegła powikłaniom w opinii 90% badanych.

**Wnioski:** 1. Powikłania występujące u osób po znieczuleniu podpajęczynówkowym, to najczęściej nudności i wymioty oraz ból kręgosłupa. Ich występowanie zależy od płci, wieku oraz wiedzy pacjentów, a na zapobieganie ich występowaniu ma wpływ opieka pielęgniarstwa. 2. Wiek respondentów oraz rodzaj zabiegu operacyjnego nie miał wpływu na wystąpienie powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym. 3. Nie istnieje zależność pomiędzy wskaźnikiem BMI pacjentów, a wystąpieniem powikłań.

**Słowa kluczowe:** Znieczulenie podpajęczynówkowe. Powikłania. Operacja. Pacjent. Zapobieganie.

### Abstract

**Introduction:** A subarachnoid anesthesia may be associated with the risk of complications, which most often include: pressure drop, headache, back pain, nausea, vomiting or urinary retention. These are complications that constitute a therapeutic problem, therefore it is reasonable to conduct research in the field of prevention and elimination in patients.

**Aim:** The aim of this study is to determine the nature of complications after subarachnoid anesthesia, to determine the factors that influence their occurrence and to demonstrate the impact of nursing activities on their occurrence.

**Material and methods:** In the conducted research, the diagnostic survey method was used, in which the main technique was a survey. The study involved 103 patients hospitalized in the District Hospital in Lodz region.

**Results:** The subjects were dominated by women, aged 40-50 (28%), overweight (47%), without co-morbidities (67%). In 33% of patients there were side effects of anesthesia, among which nausea and vomiting prevailed (11%). Nurses were the most helpful people during anesthesia (77%), and their care prevented complications in the opinion of 90% of respondents.

**Conclusions:** 1. Complications occurring in people after subarachnoid anesthesia, most often are nausea, vomiting and back pain. Their occurrence depends on the sex, age and knowledge of patients, and the prevention of their occurrence is influenced by nursing care. 2. Respondents and the type of surgery had no effect on the occurrence of complications after spinal anesthesia. 3. There is no relationship between the BMI of patients and the occurrence of complications.

**Key words:** Spinal anesthesia. Complications. Surgery. Patient. Prevention.

### Wstęp

Przez ostatnie lata obserwowany jest rozwój i doskonalenie przewodowych technik uśmierzania bólu w trakcie zabiegów operacyjnych, a także w okresie pooperacyjnym. Jednym z rodzajów jest znieczulenie podpajęczynówkowe. Znieczulenie to oprócz umożliwienia wykonania operacji stanowi metodę skutecznego leczenia bólu pooperacyjnego. Dodanie opioidów do leków miejscowo znieczulających zapewnia długotrwały efekt przeciwbólowy bez utrzymania blokady ruchowej i współczulnej po ustąpieniu działania leków miejscowo znieczulających. Właśnie dzięki temu możliwe jest wczesne uruchamianie chorego i szybkie wypisanie go do domu [1].

Każde czynności medyczne, nawet przeprowadzone przez wykwalifikowaną osobę i z zachowaniem obowiązujących

zasad niesie zawsze ze sobą ryzyko powikłań. Tak też jest ze znieczuleniem podpajęczynówkowym. Zadaniem pielęgniarki anestezjologicznej jest takie postępowanie, aby zapobiec powikłaniom, które niekiedy są przewidywalne. Ciągły nadzór nad pacjentem przed, w trakcie i po znieczuleniu pozwala na natychmiastowe spostrzeżenie jakichkolwiek nieprawidłowości i podjęcie działań w celu ich eliminacji.

Znieczulenie podpajęczynówkowe jest rodzajem blokady, w której lek znieczulenia miejscowego podawany jest bezpośrednim sąsiedztwie rdzenia kręgowego, czyli do worka oponowego, bezpośrednio do płynu mózgowo-rdzeniowego [2, 3].

Wstrzyknięcie wywołuje odwracalną blokadę współczulną, czuciową i ruchową przez co umożliwia przeprowadzenie wie-

lu operacji w obrębie kończyn dolnych, podbrzusza, miednicy i krocza, a także zabiegów położniczych oraz cięcia cesarskiego [3, 4, 5].

Środek znieczulający po wstrzyknięciu do przestrzeni jest wychwytywany przez tkankę nerwową. Stężenie anestetyków płynie mózgowo-rdzeniowym obniża się tak szybko, że po 20-30 minutach w miejscu wstrzyknięcia pozostaje tylko niewielka ilość [3].

Podczas rozprzestrzeniania się środka znieczulającego miejscowo blokada pojawia się stopniowo, a w czasie ustępowania znieczulenia najszybciej powracają czynności ruchowe, następnie czucie, a na końcu funkcje autonomiczne.

Wskazania do wykonania tego rodzaju znieczulenia są uwarunkowane wieloma czynnikami, należą do nich [6]:

- stan ogólny pacjenta,
- rodzaj i czas trwania planowanej operacji,
- sprawność operatora,
- możliwość nadzoru pooperacyjnego.

Znieczulenie, które sięga do Th10 umożliwia wykonanie wielu operacji brzusznych i operacji ginekologicznych w zakresie miednicy oraz operacji pęcherza moczowego, moczowodów i nerek. Znieczulenie sięgające do kręgu szyjnego ósmego/kręgu piersiowego pierwszego pozwala przeprowadzić operacje w nadbrzuszu np. usunięcie żołądka, pęcherzyka żółciowego. Zasięg tego znieczulenia wzmacnia ryzyko spadku ciśnienia tętniczego krwi oraz zagrożenie drożności dróg oddechowych mechaniki oddychania, dlatego też większość operacji w nadbrzuszu wykonuje się w znieczuleniu ogólnym, dotchawiczym [3, 7]. Czas trwania - wskazaniem do znieczulenia podpajęczynówkowego jest czas operacji powyżej 10 min., ale nie dłuższy niż 3-4 godziny. Zwiótczenie mięśni szkieletowych - operacje podczas, których jest konieczne zwiótczenie mięśni, a w których środki zwiótczające stosowane nie są korzystne, np. miastemia, stanowią wskazanie do wykonania znieczulenia podpajęczynówkowego.

Stan kliniczny pacjenta - u pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego znieczulenie podpajęczynówkowe do pewnych zabiegów jest korzystniejsze i pewniejsze w porównaniu do znieczulenia ogólnego z intubacją [3]

Choroby wątroby i nerek stanowią również wskazanie do znieczulenia przewodowego.

Znieczulenie to ma następujące zalety [6]:

- prosta technika,
- szybki początek działania,
- dobre analgezja obejmująca również segmenty krzyżowe,
- brak toksycznego działania anestetyków lokalnych.

Również ten typ znieczulenia jest obciążony ryzykiem wystąpienia powikłań. Powikłania występujące po znieczuleniu podpajęczynówkowym można podzielić na:

Powikłania wczesne [8] tj.:

- spadek ciśnienia tętniczego krwi,
- całkowite znieczulenie podpajęczynówkowe,
- bradykardia i zatrzymanie akcji serca,
- nudności i wymioty,
- spadek temperatury ciała,
- alergia na środki znieczulające miejscowo,

Powikłania późne pojawiające się kilka godzin, a nawet kilka dni po znieczuleniu to [9, 10, 11, 12]

- zatrzymanie moczu,
- po punkcyjne bóle głowy,
- bóle pleców,
- powikłania neurologiczne,
- krwiaki rdzeniowe,
- zespół „ogona końskiego”,
- uszkodzenie nerwów.
- duszności,
- znaczny spadek ciśnienia tętniczego,
- rozszerzenie źrenic,
- utrata przytomności.

Ze względu na ryzyko wystąpienia powikłań bardzo istotna jest rola pielęgniarki w zapobieganiu powikłaniom po znieczuleniu podpajęczynówkowym.

Jednym z elementów opieki pielęgniarskiej nad pacjentem ze znieczuleniem podpajęczynówkowym jest minimalizowanie lęku, który jest traktowany jako podstawowy problem emocjonalny pacjentów oczekujących na zabieg [9]. Reakcje są tak silne, że wpływają na przebieg zabiegu, a nawet dochodzi do rezygnacji z zabiegu. Minimalizowanie lęku u pacjentów polega na dostarczeniu im informacji na temat przebiegu operacji, wykonywanego znieczulenia oraz czynności, które w trakcie pobytu na bloku operacyjnym będą przy nich wykonywane.

Odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego jest ważnym elementem postępowania anestezjologicznego. Przed planowanym zabiegiem powinna odbyć się wizyta anestezjologiczna, której celem jest uzyskanie możliwego w danej sytuacji chorobowej maksymalnie dobrego stanu zdrowotnego, oraz zachowanie bezpieczeństwa podczas znieczulenia.

Biorąc pod uwagę, w jakim trybie odbywa się zabieg ocenia się wydolność poszczególnych narządów i układów. W stanach nagłych przede wszystkim układów ważnych dla życia, czyli krążenia, oddychania i układu nerwowego. W operacjach planowych diagnostyka musi być pełniejsza [10]. Monitorowana opieka anestezjologiczna pacjenta w trakcie znieczulenia podpajęczynówkowego ma na celu stały nadzór anestezjologiczny nad pacjentem, który na skutek znieczulenia i zabiegu jest świadomie wprowadzony w stan zagrożenia życia. Natychmiastowe zauważenie zaburzeń w układzie oddechowym i krążeniowym pozwala na szybkie podjęcie interwencji. Monitorowanie i stała ocena kliniczna pacjenta przez personel anestezjologiczny służy przede wszystkim bezpieczeństwu chorego [1, 6]. Stopień nadzoru w trakcie znieczulenia powinien być dostosowany do stanu klinicznego pacjenta oraz rodzaju operacji [13, 14]

**Celem niniejszej pracy** jest określenie wpływu opieki personelu pielęgniarskiego na występujące powikłania po znieczuleniu podpajęczynówkowym u hospitalizowanych pacjentów. Ponadto określenie najczęściej występujących powikłań i ich związku z wybranymi czynnikami: płeć, wiek, wykształcenie.

## Material i metoda

W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego i technikę ankietowania. Badania zrealizowano przy użyciu narzędzia, którym jest samodzielnie opracowany kwestionariusz anonimowej ankiety. Ankieta zawiera 17 pytań dotyczących tematu pracy i 10 pytań socjo-demograficznych. Badania przeprowadzono w okresie od 26.07.2016 roku



do 15.09.2016 roku w Szpitalu Powiatowym w województwie łódzkim. Respondentami były osoby poddane zabiegowi operacyjnemu (chirurgiczny, ortopedyczny, ginekologiczny) z zastosowaniem znieczulenia metodą podpajęczynówkową. Badaniem objęto 103 chorych, którzy byli poddani zabiegom operacyjnym i byli w okresie od pierwszej do dziesiątej doby od zabiegu. Większość ankietowanych, to kobiety (66%), mężczyźni było o połowę mniej i stanowili 34% badanych. Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku 40-50 lat (28%), a najmniejszą w wieku 51 lat i więcej (19%). Wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (39%), a najmniejszą z wykształceniem podstawowym (2%). Mieszkańcy miasta stanowili 51% respondentów, a mieszkańcy wsi 49%. Parametrem ocenianym dla potrzeb pracy było BMI ankietowanych pacjentów. Badając wskaźnik BMI populacji przyjęto 18,5-24,99 jako wartość prawidłową, 25-29,99 jako nadwagę, 30-34,99 jako otyłość I stopnia, a 35-39,99 jako otyłość II stopnia. Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby z nadwagą (47%), a najmniejszą z II stopniem otyłości (4%). Badanie wykazało również, że 60% respondentów miało już zabieg operacyjny, dla 40% był to pierwszy zabieg.

W toku badań zgromadzono m.in. dane na temat rodzaju przebytych zabiegów. Badania potwierdziły, że 60% zabiegów u kobiet stanowiło cięcie carskie, a wśród mężczyzn 37% zespolenie kończyny dolnej. Zabieg z powodu żylaków kończyn dolnych przeszło 13% osób, przepukliny pachwinowej 11%, przepukliny pępkowej 8%, żylaków odbytu 7%, a czyszczenie stopy cukrzycowej 3%. W toku analizy wyliczono średni czas po którym wszystkie badane osoby mogły wykonywać następujące czynności: podnieść głowę po około 5,94h, po około 7h obracać się na boki, po około 11,97h mogli usiąść, najpóźniej mogli wstać i chodzić, po około 17,13h. Z badania wynikało, że 68% respondentów nie odczuwało i nie podawało dolegliwości po znieczuleniu podpajęczynówkowym, natomiast u pozostałych 32% one wystąpiły. Były to przede wszystkim: 11% nudności i ból głowy, w 9% tylko ból głowy, po 3% ból kręgosłupa, zatrzymanie moczu czy tylko nudności i wymioty.

Analiza wyników wykazała również, że 44% respondentów przed znieczuleniem liczyło na wsparcie lekarza, a 20% oczekiwało wsparcia od rodziny i znajomych. Najbardziej pomocna w trakcie znieczulenia była dla respondentów pielęgniarka (77%). Lekarz był pomocny dla 22% badanych, a śladowy udział mieli w pomocy studenci (1%). Uwzględniając fakt bezpieczeństwa w trakcie znieczulenia wg płci stwierdzono w 100%, że wszystkie badane osoby czuły się bezpiecznie w obecności personelu medycznego. Dwadzieścia procent respondentów z sali wybudzeń przewieziono na salę w oddziale po 30 min., a po 90 min. trafiło tam 3% respondentów. Natomiast 32% respondentów po 1h z sali wybudzeń przewieziono na salę w oddziale, 15% respondentów trafiło tam po 2h, a 2% respondentów trafiło tam po 3h. Po operacjach ginekologicznych od razu na salę w oddziale trafiło 3% respondentek. Pozostałe 25% respondentów przewieziono bezpośrednio na salę w oddziale.

Miejsce pobytu i bezpośredni nadzór nad pacjentem po tym typie znieczulenia ma duże znaczenie dla dalszego przebiegu okresu pooperacyjnego. Potwierdziły to również wyniki badań: w opinii 90% badanych opieka ta miała wpływ na zapobieganie powikłaniom po zastosowanym znieczuleniu, natomiast 10% ankietowanych miała odmienne zdanie. Przełożyło się to również na zadowolenie ankietowanych z zastosowanego rodzaju znieczulenia: 82% respondentów była zadowolona z zastosowanego znieczulenia, natomiast innego zdania jest 18% respondentów; 50% ankietowanych zdecydowałaby się przy kolejnym zabiegu na znieczulenie podpajęczynówkowe. 47% nie wie czy podjęłoby ponownie taką decyzję.

W pracy badano zakres wiedzy na temat znieczulenia podpajęczynówkowego. Analiza wykazała, że wśród ankietowanych najliczniejszą grupę stanowiły osoby z dostateczną wiedzą (47%), 28% oceniło swoją wiedzę jako dobrą, 11% zadeklarowało niedostateczną wiedzę, a 9% deklarowało brak wiedzy. Natomiast tylko 5% respondentów oceniło swoją wiedzę na bardzo dobrą. Na poziom wiedzy nie miał wpływ poziom wykształcenia, co potwierdziła analiza statystyczna - wykazała ona słabą (ujemną) siłę związku pomiędzy poziomem wykształcenia, a oceną wiedzy na temat znieczulenia podpajęczynówkowego pacjentów ( $p > 0,05$ , tj.  $p = 0,102$ ).

W prezentowanej pracy założono, że wiek badanych ma wpływ na częstość występowania powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym. Zależność tą starano się potwierdzić w analizie statystycznej, która wykazała słabą siłę związku pomiędzy wiekiem pacjentów, a wystąpieniem powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym ( $p > 0,05$ , tj.  $p = 0,245$ ). Wiek pacjentów nie miał wpływu na wystąpienie powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym.

Zanotowano pozytywną ocenę pomiędzy badanymi osobami, a stosunkiem do zaleceń personelu medycznego po znieczuleniu podpajęczynówkowym i wykazano, że 92% ankietowanych przestrzegało zaleceń personelu medycznego. Jednak analiza statystyczna nie potwierdziła statystycznej zależności i wykazała słabą siłę związku pomiędzy przestrzeganiem zaleceń personelu medycznego, a wystąpieniem powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym ( $p > 0,05$ , tj.  $p = 0,857$ ).

Słusznym wydaje się stwierdzenie, że rodzaj przeprowadzonego zabiegu operacyjnego może mieć wpływ na wystąpienie powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym. Również ta hipoteza została poddana weryfikacji na podstawie prowadzonych badań. Analiza statystyczna nie potwierdziła statystycznej zależności i wykazała słabą siłę związku pomiędzy wykonanym zabiegiem operacyjnym, a wystąpieniem powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym ( $p > 0,05$ , tj.  $p = 0,855$ ).

Kolejna obserwacja pracy dotyczyła wpływu BMI na występowanie powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym. Zakładała ona, że powikłania po znieczuleniu są zależne od BMI. Niestety, analiza statystyczna nie potwierdziła tej zależności. Stan odżywienia pacjentów nie miał wpływu na wystąpienie powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym ( $p > 0,05$ , tj.  $p = 0,216$ ).

W pracy oceniano również wpływ płci na satysfakcję pacjentów z wykonanego znieczulenia podpajęczynówkowego. Analiza statystyczna nie potwierdziła statystycznej zależności i wykazała słabą siłę związku pomiędzy płcią pacjenta, a jego zadowoleniem z zastosowanego znieczulenia podpajęczynówkowego ( $p > 0,05$ , tj.  $p = 0,410$ ).

## Dyskusja

Znieczulenie podpajęczynówkowe to najczęściej wykonywane znieczulenie, nazywane także rdzeniowym lub podogonowym, a przez pacjentów potocznie nazywane „znieczuleniem w kręgosłup”.

Znieczulenie podpajęczynówkowe, charakteryzuje się szybkim początkiem działania, dobrym zwiotczeniem mięśniowym,

małą ilością stosowanych środków i prostotą wykonania. Dlatego wskazania do jego zastosowania obejmują wszystkie zabiegi w obrębie kończyn dolnych, krocza, miednicy i podbrzusza [8].

Zebrane dane w badaniu własnym potwierdziły te publikacje i wykazały, że 41% kobiet w badanej grupie miało zastosowaną blokadę podpajęczynówkową w wyniku cięcia carskiego, 17% ogółu badanych w wyniku omawianego znieczulenia miało zabieg na kończynie dolnej, a 13% operację żyłaków kończyn dolnych. Ankietowani przeszli również operacje przepukliny pachwinowej (11%) i przepukliny pępkowej (8%) w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Nieco mniej zanotowano operacji w obrębie miednicy (7%). Podczas porównania wyników badań własnych z doniesieniami literatury zwraca uwagę fakt, że metoda znieczulenia podpajęczynówkowego może być stosowana także u osób mocno zbudowanych i otyłych [15]. Potwierdzeniem jest fakt, że w badanej grupie 47% ankietowanych miało nadwagę, 12% otyłość I stopnia, a 4% otyłość II stopnia. Wykazano w badaniach własnych, że otyłość i nadwaga nie stanowią przeciwwskazań do zastosowania znieczulenia podpajęczynówkowego, nie wpływają również statystycznie na występowanie powikłań po znieczuleniu. Aczkolwiek dane literaturowe podają, że ten typ znieczulenia u osób ze znaczną otyłością wymagają modyfikacji zasad znieczulenia.

Badania kliniczne przeprowadzone w latach 1986-1995 wśród pacjentów w wieku od 20 lat do 80 lat, po znieczuleniu podpajęczynówkowym wykazały, że dokuczliwym powikłaniem po tego rodzaju znieczuleniu jest uporczywy ból głowy. U 3,53% pacjentów wystąpił ból głowy z towarzyszącymi nudnościami oraz wymiotami. Ból dotyczył 1,92% (37) kobiet i 1,6% (31) mężczyzn. Autorzy badania wykazali, że ból głowy częściej występował u kobiet niż u mężczyzn [8].

W odpowiadającej wiekowo badanej grupie osób (18-51 i więcej) 3% deklaroowało wystąpienie bólu głowy po zastosowanej metodzie znieczulenia podpajęczynówkowego. Potwierdzenie znajduje również fakt, że w badaniu własnym u 3% badanych pacjentów, znieczulenie podpajęczynówkowe spowodowało ból głowy z nudnościami i wymiotami. Badania własne nie potwierdziły doniesień dotyczących częstości występowania bólu głowy w podziale na płeć badanych i wykazały, że w analizowanej grupie pacjentów ból głowy równo dotyczył 2% kobiet i 2% mężczyzn.

W tym samym badaniu autorzy wykazali, że w grupie wiekowej od 20 lat do 40 lat ból głowy po znieczuleniu podpajęczynówkowym wystąpił u 8,3% pacjentów, a w kategorii wieku 60-80 lat odsetek powikłań związanych z bólem głowy wyniósł tylko 2,02%. Uzyskane wyniki nie potwierdziły, tych doniesień i wykazały, że w przedziale wieku od 18 lat do 40 lat ból głowy po znieczuleniu podpajęczynówkowym wystąpił u 3% pacjentów, natomiast potwierdziły się wyniki dotyczące przedziału wieku od 50 i więcej lat, gdzie ból głowy po omawianym znieczuleniu wystąpił u 2% pacjentów.

Aby zapobiegać występowaniu uporczywych bólów głowy zaleca się, aby chory pozostał po zastosowaniu u niego znieczulenia podpajęczynówkowego w łóżku w leżącej pozycji przez 24 godziny, co wykazano w badaniu przeprowadzonym w latach 1986-1995. Jest to zazwyczaj powszechnie praktykowane, chociaż badania przeprowadzone przez Carbaata i Crevela wykazały, że na występowanie bólu głowy u pacjentów po znieczuleniu podpajęczynówkowym nie ma wpływu czy pacjent po zabiegu leżał czy nie [16].

Wyniki badań własnych potwierdziły doniesienia Carbaata oraz Crevela i wykazały, że w badanej grupie pacjentów (3%) ból głowy wystąpił po 8h leżenia płasko na plecach, a także po 12h przebywania pacjenta w pozycji siedzącej (3%). Nie potwierdziły się natomiast wyniki z badań z lat 1986-1995. Po ustąpieniu znieczulenia ból głowy leczony jest lekami przeciwbólowymi.

## Wnioski

Na podstawie otrzymanych wyników, sformułowano następujące wnioski:

1. Po analizie zgromadzonego materiału badawczego wykazano, że powikłania występujące u osób po znieczuleniu podpajęczynówkowym, to najczęściej nudności i wymioty oraz ból kręgosłupa. Ich występowanie zależy od płci, wieku oraz wiedzy pacjentów, a na zapobieganie ich występowaniu ma wpływ opieka pielęgniarska.
2. Nie istnieje zależność pomiędzy wykształceniem pacjentów, a wiedzą na temat znieczulenia podpajęczynówkowego. Wykształcenie respondentów nie miało wpływu na poziom ich wiedzy.
3. Nie istnieje zależność pomiędzy wiekiem pacjentów, a wystąpieniem powikłań. Wiek respondentów nie miał wpływu na wystąpienie powikłań po znieczuleniu podpajęczynówkowym.

## Bibliografia:

1. Nestorowicz A: *Anestezjologia i Intensywna Terapia. Czasopismo Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii*. Warszawa 2011;1: 43.
2. Kubler A: *Sedacja, analgezja i monitorowana opieka anestezjologiczna w zabiegowym leczeniu krótkoterminowym* W: Maciejewski. D Znieczulenie w chirurgii jednego dnia. A Medica Press Bielsko Biała 2013: 145- 157.
3. Larsen R: *Ocena przedoperacyjna, ryzyko związane ze znieczuleniem* W: *Anestezjologia Tom I* Larsen R., Kubler a. (red.wyd.pol.) Elsevier& Partner Wrocław 2008: 313-328s.
4. Domagalska M, Kowalski G: *Blokady centralne u dzieci (czy warto!/?)* W: *Anestezjologia i Ratownictwo* 2016,10:203 -218..
5. Gaszyński W, Machała W, Gaszyński T: *Znieczulenie przewodowe* W: Wołowicka. L, Dyk. D: *Anestezjologia i Intensywna Opieka*. PZWL Warszawa 2014: 64-71.
6. Kruszyński Z: *Anestezjologia i intensywna terapia położnicza*. PZWL. Warszawa 2013.
7. Grabowska - Gawel A: *Przydatność znieczulenia dokanałowego w postępowaniu wśród i okołoperacyjnym u chorych poddanych zabiegom urologicznym* W: *Przegląd urologiczny* 2008;4(50): 34-40.
8. Brock-Utne J: *Anestezjologia*. PZWL. Warszawa 2014: 21-23.
9. Garstka J: *Znieczulenie przewodowe* W: Kamiński B, Kubler A: *Anestezjologia i Intensywna Terapia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2014; 125-148.
10. Rozalska - Walaszek I, Aftyka A, Mróz A: *Zadania pielęgniarki chirurgicznej w opiece nad pacjentem pod-*

dawanym blokadom centralnym. *Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne* 2013;2:39-43.

11. Tomaszewski D, Bałkota M, Truszczyński A, Machowicz A: Morfina podana do płynu mózgowo - rdzeniowego zwiększa częstość zatrzymana moczu u pacjentów znieczulanych podpajęczynówkowo do operacji ortopedycznych . *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2014; 41(1):29-33
12. Weinert M: *Anestezjologia*. Elsever & Urban & Partner. Wrocław 2016; 41-53.
13. Maciejewski D: Zasady organizacji systemu i znieczulenie pacjentów w warunkach skróconego okresu okołoperacyjnego ( znieczulenie ambulatoryjne, znieczulenie w chirurgii jednego dnia ) *Anestezjologia i Intensywna Terapia* 2013; 45(4): 2005-2015.
14. Michalik E: Przedoperacyjna ocena i postępowanie okołoperacyjne u chorych w wieku podeszłym *Borgis - Postępy Nauk Medycznych* 2008; 11:712-721.
15. Gaszyński T, Gaszyński W: Postępowanie anestezyjologiczne u pacjentów z otyłością znacznego stopnia. *Anestezjologia Intensywna Terapia* 2002; 4:291-296.
16. Brzeziński T: *Historia medycyny*, PZWL Warszawa 2014: 318- 324.

#### Kontakt:

dr n. med. Monika BOREK  
Katedra Pielęgniarstwa  
Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu  
Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim  
ul. Akademicka 12  
27- 400 Ostrowiec Św.  
E-mail: monibor@op.pl



## Tuberkulózný zápal endometria

### Tuberculous endometrial inflammation

Ivana Harvanová<sup>1</sup>, Lukáš Kober<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy, Vysoké Tatry

<sup>2</sup> Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

#### Abstrakt

Tuberkulóza patrí k jedným z najväznejším a najrozšírenejším infekčných ochoreniam vo svete. Okrem pľúc môže postihnúť ktorýkoľvek orgán a systém organizmu. Mimopľúcna tuberkulóza za ňou nezaostáva, najmä z dôvodu vážnych dôsledkov, ktoré so sebou prináša, pokiaľ je neliečená. K mimopľúcnej forme tuberkulózy patrí aj gynekologická tuberkulóza, ktorá sa vyskytuje v 1% prípadov tuberkulózy všeobecne. V článku sa venujeme popisu a charakteristike tejto formy tuberkulózy, pričom sa zameriame na prípady žien v menopauze, napriek tomu, že postihuje obvykle pacientky v mladšom veku života. Liečba tohto ochorenia je najmä konzervatívna, no vyžaduje aj hospitalizáciu pacientky na lôžkovom oddelení špecializovaného ústavu pre liečbu a diagnostiku tuberkulózy. Tu je dôležitá ošetrovateľská starostlivosť a odbornosť sestry, ktorá pacientku nie len edukuje o priebehu liečby a režime počas hospitalizácie, ale empaticky pozdvihuje sebavedomie a motiváciu pacientky k dlhodobej starostlivosti o svoje zdravie.

**Kľúčové slová:** Gynekologická tuberkulóza. Antituberkulotiká. Postmenopauzálne krvácanie.

#### Abstract

Tuberculosis belongs to one of the most serious and most widespread infectious diseases in the world. Besides the lungs, it can affect any organ and system of the organism. Non-lung tuberculosis is not behind it, especially because of the serious consequences it brings if it is untreated. Tuberculosis also includes gynecological tuberculosis, which occurs in 1% of cases of tuberculosis in general. The article describes the characteristics and characteristics of this form of tuberculosis, focusing on cases of menopausal women, although it usually affects younger-age patients. The treatment of this disease is mainly conservative, but it also requires the hospitalization of a patient in the bed department of a specialized institute for the treatment and diagnosis of tuberculosis. Nursing care and nurse expertise are important here, which not only educates the patient about the course of treatment and treatment during hospitalization, but empathically enhances the patient's self-confidence and motivation to long-term health care.

**Key words:** Gynecological tuberculosis. Antituberculosis drugs. Postmenopausal bleeding.

#### Úvod

Tuberkulóza (TBC) je špecifické infekčné ochorenie, ktorého pôvodcom je *Mycobacterium tuberculosis* (Kochov bacil – BK). TBC je primárnou infekciou (pľúcna TBC), alebo metastazuje z primárneho ložiska do okolitých orgánov a systémov lymfogénnou, prípadne hematogénnou cestou, čo býva najčastejšou príčinou mimopľúcnej TBC [1].

TBC zostáva globálnym zdravotným problémom, najmä v rozvojových krajinách s nedostatočnými zdravotnými službami, kde sa vo veľkej miere vyskytuje práve extrapulmonárna TBC [2]. Svetová zdravotnícka organizácia však uviedla, že tuberkulóza bola na začiatku deväťdesiatych rokov celosvetovým problémom kvôli zvýšenému počtu pacientov infikovaných HIV, zvýšenému počtu prisťahovalcov do industrializovaných krajín z rozvojových krajín a sociálnym problémom (chudoba a bezdomovstvo). Pandémia HIV predstavuje hlavné problémy pre program kontroly TBC. Imunosupresia súvisiaca s HIV je jediným najsilnejším rizikovým faktorom pre progresiu z latentnej infekcie TBC po aktívnu TBC. Z týchto dôvodov sa incidencia TBC v krajinách s vysokou prevenciou infekcie HIV sa zvýšila až päťnásobne [3].

Slovensko je príkladom úspešného boja s TBC. V roku 2017 bolo do Národného registra TBC (NRT) nahlásených 249 prípadov, čo je o 47 prípadov menej ako v roku 2016. Pľúcne formy TBC tvorili 206 prípadov a mimopľúcne 43 prípadov. Obdobne ako v predchádzajúcich rokoch bola najvyššia chorobnosť zaznamenaná na východnom Slovensku. V roku 2016 bolo v rámci sledovania mimopľúcnej TBC hlásených do NRT 43 prípadov

ako hlavné miesto postihnutia a z toho 1 prípad sa týkal gynekologickej TBC, 53 prípadov ako vedľajšie miesto postihnutia. V roku 2017 to bolo 43 prípadov ako hlavné miesto postihnutia a z toho 1 prípad sa týkal gynekologickej TBC a 49 prípadov ako vedľajšie miesto postihnutia [4]. Celosvetovo je TBC vážnym infekčným ochorením, ktorému sa venuje vysoká pozornosť. Európsky región predstavoval v roku 2017 iba 3% všetkých prípadov hlásenej TBC [5].

#### Gynekologická tuberkulóza

Tuberkulózný bacil bol v roku 1882 objavený Robertom Kochom a v polovici 18. storočia bol Morgani prvý, kto opísal genitálnu TBC. TBC pohlavných orgánov je takmer vždy sekundárna, pričom u 5-13% pacientov s pľúcnou TBC dochádza aj ku vzniku genitálnej infekcii. Pacientky s genitálnou TBC sú zvyčajne mladé ženy, ktorým bolo toto ochorenie diagnostikované počas liečby neplodnosti. Po menopauze je TBC endometria zriedkavá, pravdepodobne kvôli zníženej vaskularite tkanív. V rozvinutých krajinách je gynekologická TBC zriedkavá, ale je častou príčinou chronických zápalových ochorení panvy a neplodnosti v iných častiach sveta. Táto choroba je zodpovedná za 5% všetkých infekcií panvového dna a vyskytuje sa v 10% prípadov pľúcnej TBC. Hoci väčšina postihnutých patrí do skupiny reprodukčného veku, táto choroba bola hlásená aj u žien po menopauze. Genitálna TBC je u postmenopauzálnych žien zriedkavá a je zodpovedná iba za približne 1% postmenopauzálného krvácania. Endometrium je postihnuté v 60-70%. Nízku

incidenciu tohto ochorenia u postmenopauzálnej vekovej skupiny je ťažké vysvetliť [2]. Podľa väčšiny autorov je príčinou chudobné prostredie pre rast mykobaktérií v atrofickom endometriu. V západnej štúdii s 475 prípadmi krvácania po menopauze nebol hlásený žiadny prípad TBC, zatiaľ čo indické štúdie uvádzajú u žien s postmenopauzálnym krvácaním 1% -1,6% genitálnu TBC [6].

Gynekologická tuberkulóza vzniká najmä hematogénnou disemináciou mykobaktérií, pričom môže postihnúť ženský genitál od vaječníkov a maternice po vonkajšie rodidlá. Príčina ochorenia nie je známa. Môže ísť o recidivujúci proces po prekonanej pľúcnej TBC napr. v detstve, o ktorej pacientka nemusela vedieť, alebo o infikovanie napr. krvnou cestou. V nižšom veku pacientok sa najčastejšie vyskytuje ako synchronná včasná genitálna TBC, pri súčasnej aktívnej pľúcnej TBC. Jej vzostup je u týchto pacientok pozorovaný v období aktívneho sexuálneho života, kde hrajú významnú rolu hormonálne vplyvy fertillného obdobia. Občas môže vzniknúť TBC ženského genitálu prechodom zápalu z okolitých orgánov. Taktiež boli popísané aj príčiny vzniku nákazy pri priamom styku medzi sexuálnymi partnermi. Najčastejšie sa TBC vyskytuje v tube, menej ovarium, endometrium a prsná žľaza.

Morfologicky sa objavuje tuberkulózný zápal (exsudatívny aj proliferatívny), výskyt tuberkulov s centrálnou kazeóznou nekrózou, ktoré deštruujú parenchým orgánov, čo vedie k vzniku zrastov. Zrasty sú príčinou sterility, infertility a chronických bolestí podbruška (frozen pelvis). Klinicky sa gynekologická TBC prejavuje chronickou a často recidivujúcou adnexitídou, endometritídou, ktoré sa prejavujú bolesťami podbruška a kŕčov, ktoré však nereagujú na nešpecifickú antibiotickú a antiflogistickú liečbu. Špecifická endometritída sa zvyčajne prejavuje amenoreou, abnormálnym krvácaním, pyometriou a obrazom „pelvic pain“ [1]. Genitálna TBC má tendenciu byť indolentnou infekciou, choroba sa nemusí prejavovať roky po počiatkoch očkovaní. Celosvetovo sú najčastejšie hlásené symptómy neplodnosť (44%), panvová bolesť (25%), vaginálne krvácanie (18%), amenorea (5%), vaginálny výtok (4%) a krvácanie po menopauze (2%). Menej časté prejavy zahŕňali ascites či tubaovariálny absces. Tuberkulózná endometritída je takmer vždy spojená s tuberkulóznou salpingitídou [2].

Napriek moderným vyšetrovacím metódam určeným pre diagnostiku ženskej genitálnej tbc je stanovenie diagnózy problematické z dôvodu nešpecifickosti klinických príznakov, anatomických pomerov vnútorných genitálií, ako aj paubacility a nízkeho výskytu tejto choroby. Dôležitosť správnej diagnostiky a následnej liečby nemusíme ani zdôrazňovať, pretože táto forma tbc môže negatívne ovplyvniť reprodukčnú funkciu ženy celoživotnou stigmatizáciou. Pre diagnostiku tbc je nutná hospitalizácia, keďže tento proces je zdĺhavejší a vyžaduje mnohé postupy. Diagnostika gynekologickej TB ťažká, no vo všeobecnosti je zameraná na dôkaz mykobaktérií (*Mycobacterium tuberculosis* – Kochov bacil - BK). Okrem základných krvných testov (FW, ELFO, CRP, CIK) sa vykonáva tuberkulínový kožný test podľa Mantouxovej, keď sa aplikuje 0,1 ml čisteného tuberkulínu do podkožia na predlakti, ako aj pravej a ľavej strane podbruška. Test sa odčítava po 24, 48 a 72 hodinách, pričom môžeme sledovať reakciu na tuberkulín vo forme začervenania, opuchu miesta vpichu, jeho svrbenia či pálenia [1]. Test Mantoux (tuberkulínový kožný test) preukázal senzitivitu 55% so špecifitou 80% u TBC u ženských pohlavných orgánov. Občasne sa vyskytujú aj abnormálne výsledky testov ako zvýšená sedimentácia

krvi, falošne zvýšená hladina CA-125 a hrudný röntgenový film s léziami naznačujúcimi TBC, lézie podobné myómom (23,6%), adnexálna citlivosť (4,2%), nepravideľnej maternice (1,4% prolaps, 1,4% cervikálny polyp) [2]. Prítomnosť mykobaktérií (BK) sa zisťuje mikroskopickým a kultivačným vyšetrením odobratého moču, spúta, menštruačnej krvi (prípadne vaginálnej krvi pri abnormálnom krvácaní po menopauze), cervikálneho hlienu či vaginálneho flóru [1]. Ultrazvukové vyšetrenie panvy môže preukázať prítomnosť adnexálnej hmoty, či tekutiny v panvovej dutine, zhrubnutie omentu, adhézie. Typickými léziami genitálnej TBC sú granulómy epitelioidných buniek s možným zväčšením Langerhansových buniek [2]. Invazívne vyšetrenia zahŕňajú hysterosalpingografiu, hysteroskopiu, diagnostickú laparoskopiu, biopsiu endometriálneho tkaniva [1].

Liečba tohto ochorenia je najmä konzervatívna. V iniciálnej fáze ochorenia je podávaná štvor-kombinácia antituberkulotík (Izoniazid, Rifampicín, Etambutol a Pyrazinamid), pričom po dvoch mesiacoch sa prechádza na troj-kombináciu s vylúčením Pyrazinamidu. K chirurgickej liečbe sa pristupuje v prípade pretrvávania vaginálneho krvácania a recidivujúcich bolestí, kedy sa vykoná abdominálna hysterektómia a bilaterálna salpingo-ooporektómia. Vzhľadom na antimikrobiálny účinok antituberkulóznou liečby, ktoré tak znižujú riziká pooperačných komplikácií, je vhodné vykonať chirurgické zásahy minimálne 6 týždňov po začatí konzervatívnej liečby antituberkulotikami [2].

## Postmenopauzálna tuberkulóza endometria

Kolektív autorov Güngördük, Ulker, Sahbaz, Ark a Tekirdag vo svojej práci o postmenopauzálny tuberkulóze endometria predstavili kazuistiku 55-ročnej pacientky po menopauze, ktorej bola diagnostikovaná tuberkulóza endometria s postmenopauzálnym vaginálnym krvácaním. Pacientka mala päť pôrodov a aktuálne tri roky v menopauze. Problémy sa za posledný mesiac prejavovali nepravideľným vaginálnym krvácaním, pričom neboli prítomné bolesti brucha, nepríjemné zápachy, horúčka, strata na hmotnosti, ani strata chuti do jedla. Diagnostika okrem iného spočívala v transvaginálnom ultrazvuku, kde sa preukázalo abnormálne zhrubnutie endometria, ktoré bolo heterogénne, s nepravideľným povrchom. Nasledovala biopsia endometria, kde sa preukázala prítomnosť lézií, ktoré boli po PCR (Polymerázová reťazová reakcia - vyšetrenie molekulárnej biológie, odhaľujúce aj Kochov bacil vo vzorke) diagnostike pozitívne na *Mycobacterium tuberculosis* v endometriu. Histopatologicky boli preukázané klasický tuberkulózný granulóm tvorený epitelioidnými makrofágmi. Pozitívny bol aj Mantoux test, röntgenový snímok hrudníka nepreukázal dôkaz pľúcnej TB. Pacientke bola nasadená štvor-kombinácia antituberkulotík (Izoniazid, Rifampicín, Etambutol a Pyrazinamid), ktoré užívala po dobu šiest mesiacov. Vo štvrtom týždni tejto konzervatívnej antituberkulóznou liečby vaginálne krvácanie ustúpilo a pacientka naďalej pokračovala v štandardnej antituberkulóznou liečbe bez krvácania a recidívy [2].

## Hospitalizácia pacientky

Pre dôkladné a presné stanovenie diagnózy je často nutná hospitalizácia pacientky podozrivej na ženskú genitálnu TBC, ktorá je v špecializovanom zariadení pre liečbu a diagnostiku TBC. Samotná podstata fungovania ženy v rodine a spoločnosti je špecifická a preto každé ochorenie - najmä však dlhodobé

a nevyliciteľné - či vyradenie z domáceho a pracovného života pôsobí na ženu ako stresový faktor, ktorý dopadá na každú oblasť jej života. V konečnom dôsledku sa podpisuje aj na fungovaní rodiny a jej jednotlivých členov. Toto sú dôvody pre profesionálnu a empatickú prácu zdravotníkov s pacientkou počas hospitalizácie, ktorá zväčša trvá týždeň pre diagnostiku a po potvrdení diagnózy približne mesiac z dôvodu nastavenia liečby, sledovania jej účinkov a kontrolných vyšetrení počas liečby [7]. Aj po prepustení do domáceho prostredia pacientka naďalej užíva lieky, dodržiava zásady životosprávy a podstupuje pravidelné kontroly u svojho gynekológa, ako aj špecialistu v ambulancii tuberkulózy a respiračných ochorení. Dôkladná informovanosť pacientky, jej edukácia a nastavenie vhodnej liečby napomáha stabilizovanie situácie aj v oblasti psychiky a emocionality pacientky.

Užívanie antituberkulotík prináša rad nežiaducich účinkov o ktorých je nutné pacientku dôkladne informovať. Lieky pôsobia na celý organizmus, všetky orgány a systémy, sú agresívne. K najzávažnejším patrí možnosť porúch sluchu alebo poškodenie zraku, z čoho vyplýva nutnosť pravidelných kontrol špecialistom ORL a oftalmológom. Sestra poučí pacientku o užívaní liekov a odporučí, aby si ich rozdelila na niekoľko dávok počas dňa a užíla s časovým odstupom, keďže spôsobujú žalúdočné problémy, nauzeu, bolesti žalúdka alebo vracanie. Môžu vyvolať svrbenie pokožky celého tela, potenie, nevoľnosť, pocit malátnosti ako pri chrípke, zvýšenie telesnej teploty, sfarbenie telesných tekutín (moč, pot, slzy, sliny, stolica) na oranžovo [8].

## Záver

Napriek tomu, že mimoplúcna TBC nie je taká rozšírená ako pľúcna forma, je neustále prítomná a ani u nás nie neprítomná. Celosvetovo je viac ako 650 miliónov žien infikovaných tuberkulózou. V dôsledku nedostatku skriningových diagnostických testov sa choroba zistí v neskorších štádiách s ireverzibilnými anatomickými zmenami. Výskyt genitálnej tuberkulózy u žien je 3,2 - 3,5 na 100 000 obyvateľov. Napriek tomu, že gynekologická TBC nepresahuje 1% populácie a je na 7 mieste v rámci mimoplúcnej TBC, nesie so sebou okrem fyzickej indispozície aj sociálne a psychologické dôsledky, čo si zaslúži pozornosť špecialistov, ktorí by najmä v prípade pozitivity Mantoux testu a menštruačných abnormalít mali myslieť na prítomnosť TBC a čo najrýchlejšie zahájiť antituberkulóznou liečbu pacientky, čím eliminujú nepriaznivé dôsledky. Je dôležité si však uvedomiť, že táto choroba je liečiteľná, no vyžaduje si trpezlivý a dlhodobý precízny liečebný režim.

## Literatúra

1. Solovič I. et al. *Tuberkulóza – vybrané kapitoly*. 1. vyd. Poprad : SLZA, 2008.
2. Güngördük K, Ulker V, Sahbaz C. et al. *Postmenopausal Tuberculosis Endometritis*. [online]. Infectious diseases in obstetrics and gynecology. 2007. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1874669/>
3. Horsburgh CR. *Priorities for the treatment of latent tuberculosis infection in the United States*. [online]. The New England journal of medicine. 2004. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15141044>
4. Solovič I, Švecová J, Ondrejková E. *Analýza údajov hlásených do NRT v roku 2017*. [online]. NÚT-PCHaHCH Vyšné Hágy. 2018. <http://int.vhagy.sk/hagy/?q=analiza-situacie-tbc-na-slovensku>
5. ECDC. *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2018*. [online]. ECDC. 2018. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/ecdc-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2018-rev1.pdf>
6. Sabadell J, Castellví J, Baró F. Tuberculous endometritis presenting as postmenopausal bleeding. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007; 96:3.
7. Zacharová E, Hermanová M, Šrámková J. *Zdravotnícká psychologie – teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007.
8. Harvanová I. *Gynekologická tuberkulóza*. Sestra. Bratislava: Ecopress, 2013,12,(7-8):36-37.

## Kontakt:

Mgr. Ivana HARVANOVÁ, PhD.  
Vyšné Hágy 26,  
059 84 Vysoké Tatry  
E-mail: ivana.harvanova@gmail.com



# Osteoporóza v klimaktériu a možnosti fyzioterapie

## Post climacteric osteoporosis and possibilities of physiotherapy

Marina Kolarová, Ivana Aštáryová, Peter Kutíš

Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

### Súhrn

V príspevku rozoberáme osteoporózu v klimaktériu a možnosti ovplyvnenia jej príznakov prostriedkami fyzioterapie. Gro fyzioterapeutickej liečby, ktorú sme v príspevku predstavili, tvorí liečba pohybom. V príspevku popisujeme prvky liečebnej telesnej výchovy (polohovanie, pasívne, aktívne, aktívne asistované cvičenie a cvičenie s odporom), dýchaciu a cievnu gymnastiku a školu chrbta. Jednotlivé prvky pohybovej liečby sme rozdelili na pohybovú liečbu v akútnom štádiu osteoporózy a pohybovú liečbu v chronickom štádiu osteoporózy. Časť príspevku je venovaná odporúčaným a neodporúčaným pohybovým aktivitám. V závere príspevku sme uviedli prostriedky fyzikálnej terapie, ktoré je vhodné aplikovať u pacientiek s osteoporózou a ktorých účinky sa využívajú najmä v terapii bolesti spôsobenej osteoporózou.

**Kľúčové slová:** Klimaktérium. Postmenopauzálna osteoporóza. Fyzioterapia. Pohybová liečba.

### Abstract

The article is dealing with osteoporosis in the menopause and with the possibilities of physiotherapy. The main physiotherapy treatment which we described in the paper is movement therapy. We gave the most attention to healthy exercises and movement. In the article we describe elements of healing physical education (positioning, passive and active movement, movement with resistance), breathing and vascular gymnastics and school of backbone. We have divided movement therapy into two categories: movement therapy in the acute stage of osteoporosis and movement therapy in the chronic stage of osteoporosis. Part of the article is dedicated to recommended and uncommon physical activities. At the end of the paper, we presented the means of physical therapy that is suitable for patients with osteoporosis and whose effects are mainly used in the treatment of pain in osteoporosis.

**Key words:** Climacterium. Postmenopausal osteoporosis. Physiotherapy. Movement therapy.

### Úvod

Postmenopauzálna osteoporóza je systémové ochorenie skeletu, ktoré je spôsobené znížením kostnej denzity, zvýšeným odbúraním kosti spôsobeným nedostatkom estrogénov a vekovo podmienenou stratou kostnej hmoty [1]. V priemyselne vyspelých európskych štátoch postihuje osteoporóza 5 – 6 % obyvateľstva [2]. Výskyt ochorenia na Slovensku sa odhaduje na 8 % tj. 400 000 obyvateľov je postihnuté touto diagnózou a je predpoklad jej nárastu [3]. Osteoporóza sa zaraďuje medzi civilizačné ochorenia a je spojená s bolesťami a s rizikom zlomenín. Osteoporotické zlomeniny sa týkajú najmä stavcov chrbtice, krčka stehennej kosti a zápästia [4]. Riziko zlomenín, predovšetkým fraktúry stavcov, krčka stehennej kosti a predlaktia sa pohybuje od 30 – 40% [5]. Asi 50% zlomenín stavcov sú zistené náhodne, vznikajú akútne bez väčšieho úrazu [6]. Významným terapeutickým prostriedkom na ovplyvnenie postmenopauzálny osteoporózy a jej príznakov je fyzioterapia.

### Pohybová liečba osteoporózy

Z množstva fyzioterapeutických metodík a techník, ktoré sa v liečbe postmenopauzálny osteoporózy dajú využiť, najvýznamnejšiu úlohu má pohybová liečba. Pohybová liečba má rozhodujúci význam pri liečbe osteoporózy [2]. Opakovane bolo dokázané, že telesná záťaž je najvhodnejším podnetom k podpore činnosti buniek ktoré tvoria kosť tj. osteoklastov [4]. Pohyb zároveň spomaľuje odbúranie vápnika z kosti [7]. V závislosti od štádia osteoporózy, pohybová liečba sa delí na liečbu v akútnom a v chronickom štádiu.

Akútnu fázu osteoporózy charakterizujú akútne bolesti pohybového aparátu a prítomnosť akútnych osteoporotických komplikácií (napr. zlomenín). V akútnej fáze osteoporózy sa pacient-

kam indikuje kľudový režim, preventívne polohovanie, dychová gymnastika (cielené brušné a neskôr i hrudné dýchanie), cievna gymnastika, izometrické cvičenie a pasívne cvičenie končatín [2].

*Polohovanie* je systematická, presnými pravidlami sa riadiaca zmena polohy pacienta na posteli, v kresle, alebo na vozíku, ktorá sa vykonáva v presných časových intervaloch [8]. Umožňuje odbremenenie určitých častí tela (napr. ramena, lopatky, krížovej a gluteálnej oblasti, päty) a zabraňuje vzniku sekundárnych komplikácií ochorenia [9]. Cieľom polohovania je preventívne alebo terapeuticky zlepšiť stav pacienta. Polohovanie sa používa nielen na predchádzanie sekundárnych zmien dlhotrvajúcich ochorení, ale i na ovplyvnenie bolesti. Preto má polohovanie opodstatnený význam v akútnej fáze osteoporózy.

*Dychová gymnastika* predstavuje významnú súčasť akútnej fázy osteoporózy, najmä pri zlomeninách stavcov a stehennej kosti. Jej cieľom je spomaliť znižovanie vitálnej kapacity pľúc, predchádzať zápalom pľúc, poruchám rytmu a frekvencie dýchania a využíva sa tiež aj na prevenciu vzniku pooperačných atelektáz [8, 10]. Dychová gymnastika sa využíva aj na odstránenie nahromadeného hlienu z dýchacích ciest [9]. Táto technika sa začína nácvikom kľudového dýchania tzv. statické dýchanie. Ide o nácvik prehĺbeného nádychu a výdychu a nácvik zmeny rýchlosti dýchania (nádech rýchly a následne pomalý a hlboký výdych, alebo naopak) [11]. Následne sa prechádza na lokalizované a dynamické dýchanie. Pri lokalizovanom dýchaní fyzioterapeut prikladá ruky na jednotlivé časti hrudníka a brušnej steny (horná časť hrudníka, brucho, dolné rebrá,) a tak sa u pacienta predýcha určitá časť pľúc, ktorá môže byť v dôsledku choroby či operácie menej pohyblivá [12]. Ako poslednú fyzioterapeut nacvičuje s pacientom dynamickú dychovú gymnastiku, pri ktorej

kombinuje dýchanie s pohybmi horných a dolných končatín, či s pohybmi trupu [13]. Cieľom dynamickej dychovej gymnastiky je nacvičiť správny stereotyp dýchania pri pohybe. Jedna fáza pohybu má byť spojená s nádychom, druhá s výdychom [11]. Táto dynamická dychová gymnastika sa zaraďuje aj k samotnému cvičeniu.

*Cievna gymnastika* predstavuje systém cvičení zameraných na podporu prekrvenia končatín. Jej cieľom je aktivovať svalovú pumpu a podporiť odtok krvi z končatín [10]. Využíva sa na predchádzanie vzniku tromboflebitídy či flebotrombózy a na vstrebávanie opuchov. Princípom cievnej gymnastiky je aktivácia svalovej pumpy. Svalová pumpa sa aktivuje svalovou kontrakciou – pohybom. Začína sa precvičovaním členkových kĺbov všetkými smermi – plantárna a dorzálna flexia, krúženie, everzia a inverzia [14], pokračuje aktívnym pohybom kolenných a členkových kĺbov. Jej efekt sa znásobí keď pacient elevuje dolnú končatinu a následne ju spustí cez okraj postele. Takto efekt prekrvenia končatín znásobuje gravitácia.

*Izometrické cvičenie* svalov je taký typ cvičenia, pri ktorom sa mení svalové napätie cvičiaceho svalu bez zmeny jeho dĺžky a slúži na posilňovanie [13]. Ide o druh aktívneho pohybu, vyžadujúci si spoluprácu pacienta [11]. Princíp izometrie spočíva v maximálnom stiahnutí svalu, výdrže v trvaní 6 – 8 sekúnd a následnej v rovnako dlhej relaxácii. Vykonáva sa v doprovode s dýchaním. Izometrické cvičenie sa využíva na precvičenie najmä gluteálneho, stehenného svalstva, svalstva panvového dna a chrbtového svalstva [14].

*Pasívne cvičenie* vzniká pôsobením vonkajšej sily napr. rukami fyzioterapeuta [15]. Začína sa precvičovaním malých kĺbov (členok, zápästie) z ktorých sa postupne prechádza na pohyby veľkých kĺbov (bedro, rameno). V každom kĺbe sa snažíme dosiahnuť maximálny možný rozsah pohybu, avšak nikdy sa neprekračuje hranica bolesti pacientky. Pri pasívnom cvičení, fyzioterapeut vykonáva pohyb v každom kĺbe všetkými smermi. Sval je pritom uvoľnený a fyzioterapeut ho mierne ťahá do dĺžky. To spôsobuje natiahnutie svalu a zvýšenie pohyblivosti v kĺbe [11]. Kĺbom pohybujeme ľahko, pomaly, rytmicky a to všetkými smermi. Vyhýbame sa rýchlym a trhavým pohybom, ktoré spôsobujú bolesť [16]. Cieľom pasívneho cvičenia je zachovať plnú pohyblivosť v kĺboch a tiež aj zamedziť vzniku kontraktúr [2]. Každý pohyb vykonáva fyzioterapeut v jednom smere najmenej 5 -7x, pri korektúrach 10 – 15x. Ideálne je opakovať pasívne cvičenie 2 až 3x denne [11].

*Chronická fáza* osteoporózy sa vyznačuje ústupom akútnych bolesti a redukciiu akútnych príznakov. Cieľom pohybovej liečby je v tejto fáze je: zlepšiť držanie tela, udržať pevný svalový korzet, uvoľniť skrátené svaly a zahájiť školu chrbta [2, 4]. Z cvičenia sa môže u pacientiek s postmenopauzálnou osteoporózou aplikovať: aktívne cvičenie, izokinetické cvičenie a aktívne cvičenie s odporom.

*Aktívne cvičenie* je typ cvičenia, pri ktorom pacientka cvičí sama pod vedením a podľa inštrukcie fyzioterapeuta. Fyzioterapeut dávkuje množstvo terapie podľa novej záťaži a volí spôsob záťaže podľa funkčného cieľa. Pod funkčným cieľom rozumieme zlepšenie rozsahu pohybu, zvýšenie svalovej sily, ovplyvnenie rovnovážnych funkcií, kondície a pod. [2]. Pri cvičení fyzioterapeut kombinuje koncentrické a excentrické aktívne cvičenie. Precvičí každý kĺb horných a dolných končatín a precvičuje aj trup a chrbtové svalstvo. Do aktívneho cvičenia

patria rôzne metodiky ako sú napríklad: postizometrická a anti-gravitačná relaxácia, techniky na ťaženie skrútených svalov a posilňovanie oslabených svalových skupín, metodika podľa Kaltenborna, Pilatesova metodika, dynamická neuromuskulárna stabilizácia, SM systém a iné. Konkrétnu metodiku si fyzioterapeut volí na základe svojej odbornej spôsobilosti a oprávnenia k vykonávaniu špeciálnych metodík ktoré získava absolvovaním certifikovaných kurzoch.

*Izotónické cvičenie* je druh aktívneho cvičenia. Na rozdiel od izometrického cvičenia, kde sa mení len napätie svalu, izotónické cvičenie predstavuje činnosť svalu kde sa mení aj jeho dĺžka a aj jeho napätie [11]. Môže byť koncentrické, kedy sa odstup a úpon svalu približi, alebo excentrické, kedy sa odstup a úpon svalu predĺži.

*Aktívne cvičenie s odporom* sa využíva pri svalovej sile stupňa 4 a 5 svalového testu. Pri tomto cvičení sa kladie ručný alebo prístrojový odpor pohybovanému segmentu a tým sa prispieva k zvyšovaniu svalovej sily precvičovaného svalu. Odpor sa nikdy nekladie cez dva kĺby a počas cvičenia sa nemení – je rovnakej intenzity [17]. V praxi sa na odporové cvičenie využívajú napr. činky, gumové expandre, závažia a pod. Cieľom tohto cvičenia je spevniť svalový korzet. Pevný svalový korzet a dostatočne pohyblivý muskuloskeletárny systém je odolnejší na pády a zároveň dobrá stabilita a rovnováha získaná pri cvičení znižuje riziko pádov.

## Odporúčané a neodporúčané pohybové aktivity pri osteoporóze

*Odporúčané aktivity* ktoré je vhodné zaradiť do životosprávy pacientiek s osteoporózou v období klimaktéria sú: chôdza po rovine alebo turistika v nenáročnom teréne, plávanie, bicyklovanie po rovine, beh na lyžiach po rovine, nenamáhavé práce v záhradke a pod. Pri osteoporóze **sa neodporúčajú**: švihové cvičenia, flečné cvičenia chrbtice, cvičenia provokujúce bolesť, rýchla chôdza a beh, ťažká práca a dvíhanie bremien, prudké pohyby stláčajúce chrbticu v predozdnom smere (skoky z výšky schodov, z autobusu, zo stoličky), rýchle a prudké predklony, športy s nebezpečenstvom pádu (lyžovanie, korčuľovanie, hokej, volejbal, futbal sa pod.), doskoky, preskoky a pod. [2, 4].

## Škola chrbta

*Škola chrbta* je komplexná metóda zameraná na prevenciu a liečbu bolesti chrbta. Jej súčasťou je cieľové cvičenie a edukácia o ergonomickom vykonávaní bežných denných aktivít. Pri cvičení a edukácii vychádza z poznatkov o zaťažení medzistavcových platničiek a držaní tela [18]. Jej cieľom je ovplyvniť pohybové správanie a držania tela a odstrániť nesprávne pohybové návyky bežného života, ktoré preťažujú platničky [9]. Z cieľového cvičenia sa v rámci školy chrbta u pacientiek s osteoporózou môžu aplikovať rôzne formy aktívneho cvičenia, či cvičenie s odporom ktoré sme popísali v texte. Edukačná časť školy chrbta sa zameriava na nácvik správneho sedu, vstávania z postele, líhania do postele, vstávania zo stoličky. Ďalej obsahuje edukáciu o dvíhaní a nosení bremien, edukáciu ako správne vykonávať práce v záhrade, v domácnosti, aký sed uplatniť pri šoférovaní a pod. Fyzioterapeut v rámci školy chrbta edukuje pacientku ako má aplikovať tieto prostriedky školy chrbta pri bežných denných činnostiach v domácnosti.

## Fyzikálna terapia

Z fyzikálnej terapie sa na ovplyvnenie bolesti spôsobenej osteoporózou využívajú: TENS prúdy, solux, šetrná masáž, perličkové kúpele [2].

*TENS prúdy* sú prúdy s výrazným analgetickým účinkom. Aplikácia TENS prúdov sa označuje ako elektroanalgézia a je jedna z najrozšírenejších metód terapie bolestivých stavov. TENS prúdy patria do nízkofrekvenčných prúdov a využívajú sa na liečbu vertebrogénneho algického syndrómu, migrén, posttraumatickej bolesti, pooperačnej bolesti a pod. [19]. Preto sa často indikujú ako liečebný prostriedok pri osteoporóze.

*Solux* je prístroj ktorého žiarenie sa zaraďuje do fototerapie. Na svoje liečebné účinky využíva infračervené svetlo. Základnou indikáciou pre aplikáciu tejto formy fototerapie sú bolestivé stavy postihujúce muskuloskeletárny systém, predovšetkým jeho mäkké časti, ako sú väzy, svalové puzdrá a vlastný svalový substrát. Ide o doplnkovú rehabilitačnú procedúru, ktorou sa dopĺňajú programy pri vertebrogénnych bolestivých syndrómoch [19]. Kolář a kol. [2] pri osteoporóze odporúča aplikovať solux pred masážou. Dĺžku ožarovania uvádza v rozmedzí 20 – 30 minút.

*Masáž* sa pri osteoporóze využíva na uvoľnenie svalového hypertonu. Odporúča sa, ale šetrná masáž [2], nakoľko silný tlak pri masáži môže spôsobiť fraktúru osteoporotickej kosti [4].

*Perličkový kúpeľ* je súčasťou hydroterapie. Pri ňom sa využíva masáž tlakom vody, ktorá ovplyvňuje kožu, podkožie a hlbšie štruktúry [9]. Pôsobí relaxačne, uvoľňuje napätie svalov a tým aj priaznivo ovplyvňuje bolesť.

Fyzikálne procedúry predstavujú doplnkovú liečbu pohybovej terapie. Ak sú aplikované samostatne ich analgetický účinok je dočasný. Pre dlhodobý účinok ich odporúčame absolvovať v kombinácii s pohybovou liečbou.

## Záver

V príspevku sme predstavili možnosti fyzioterapie pri postmenopauzálnnej osteoporóze, ktorých hlavným cieľom je zmierniť príznaky osteoporózy žien v klimaktériu a zlepšiť ich kvalitu života. Liečba osteoporózy je však oveľa komplexnejšia a vyžaduje si prístup a spoluprácu viacerých odborníkov z lekárskeho a nelekárskych odborov. Nie v poslednom rade si vyžaduje aj aktívny prístup pacientky, ktorá môže ovplyvniť takmer 50% liečby svojim aktívnym prístupom. Aj profesor Kolář [2] uvádza, že úspešná pohybová liečba musí byť pravidelná, systematická a má trvať po celý život [6]. Len takýmto aktívnym prístupom si môže pacientka s osteoporózou utužiť zdravie a udržať kvalitu života aj v klimaktériu. V tomto smere by ju mal podporovať, edukovať a viesť každý zdravotnícky pracovník, ktorý sa v súčasnosti podieľa na liečbe postmenopauzálnnej osteoporózy.

Článok bol spracovaný v rámci projektu KEGA č. 029KU-4/2016 s názvom Empirická štúdia vplyvu klimaktéria na zdravie žien.

## Literatúra:

1. Cupaník V, Petrovičová Z, Marcišová D. Súčasný pohľad na menopauzu, odporúčania na liečbu. *Gynekológia pre prax* ; 2016 14(3): 141-146.
2. Kolář P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha : Galén; 2009.
3. Ďurišová E. *Ženské bolesti chrbtice (sterilita, inkontinencia, osteoporóza)*. Hlohovec : AKU-HOME0; 2008.
4. Ďurišová E. *Ženské bolesti chrbtice (sterilita, inkontinencia, osteoporóza)*. Košice : TypoPress; 2004.
5. Simočková V. Starostlivosť o ženu v klimaktériu a postmenopauze. *Sestra* ;2012; 11 (9-10): 43-44.
6. Kolář P. a kol. *Základy klinické rehabilitace*. Praha : Galen; 2015.
7. Urbanová, E. a kol. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Martin : Osveta; 2010.
8. Hudáková Z. *Polohovanie pacientov pomocou pohybu*. Ružomberok : Verbum; 2011.
9. Gúth A. a kol. *Liečebné metodiky pre fyzioterapeutov*. Bratislava : Liečreh; 2005.
10. Hromádková J. *Fyzioterapie*. Jinočany : H&H; 2002
11. Haladová E. *Léčebná tělesná výchova*. Cvičení. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotní odborů; 2010.
12. Véle F. *Kineziologie*. Praha: Triton; 2006.
13. Osacká, P. *Techniky a postupy v ošetrovateľstve*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav Ošetrovateľstva; 2007.
14. Kolarová M., Hudáková Z. Včasný liečebno – rehabilitačný program u pacientov po operácii chrbtice. *Zdravotnícke štúdie* 2017; 9(1): 59 – 65.
15. Kóciová K. a kol. *Základy fyzioterapie*. Martin : Osveta; 2013.
16. Kozierová B, Erbová G, Olivierová R. *Ošetrovateľstvo I, II*. Martin : Osveta; 2004.
17. Janda V. *Funkční svalový test*. Praha : Grada Publishing; 2004.
18. Pavlů D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. 2. vyd. Brno : Akademické nakladatelství CERM; 2003.
19. Šajter V. a kol. *Elektro a fototerapia*. Martin: Osveta; 2009.

## Kontakt:

Mgr. Marina KOLAROVÁ – doktorand  
Katedra fyzioterapie  
Fakulta zdravotníctva  
Katolícka univerzita v Ružomberku  
Nám. A. Hlinku 60  
034 01, Ružomberok  
E-mail: kolarovam@gmail.com



# Vplyv terapie a životného štýlu na život a zdravie žien v klimaktériu

## The effect of therapy and lifestyle on the life and health of women in the climate

Mária Kopáčiková, Eva Moraučíková, Vladimír Littva

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

### Abstrakt

**Cieľ:** Zistovali sme, či existuje štatisticky významný vzťah medzi terapiou, životným štýlom na život a zdravie žien v klimaktériu.

**Materiál a metodika:** Sledovanie sme uskutočnili dotazníkovou metódou u 198 žien v regiónoch Slovenska, ktoré boli dva roky po poslednej menštruácii a nepresiahli vek 62 rokov. Na zber údajov sme použili štandardizovaný dotazník kvality WHOQOL – BREF doplnený o ďalšie otázky týkajúce sa sociodemografických a klinických charakteristík. Urobili sme triedenie výsledkov prvého stupňa metódou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky. Hypotézy sme testovali pomocou induktívnej štatistiky. Pre samotný výpočet a prezentáciu výsledkov bol v práci použitý štatistický program IBM SPSS Statistics 20.

**Výsledky:** Pri posudzovaní vplyvu klimaktéria na subjektívne vnímanie vlastného života a zdravia žien sa nám potvrdila lineárna závislosť. Štatisticky významne vplyva na subjektívne vnímanie vlastného života a zdravia životný štýl. Zistili sme, že PearsonCorrelation  $-0,222^{**}$  pri spokojnosti so životom a so zdravím PearsonCorrelation  $-0,231^{**}$ . Korelácie sú signifikantné na hladine významnosti  $p < 0,01$ .

**Záver:** Výsledky indikujú potrebu vytvárania príležitostí pre utváranie a udržiavanie sociálnych kontaktov, realizáciu rôznych aktivít voľného času, zapájanie žien do rôznych aktivít.

**Kľúčové slová:** Klimaktérium. Zdravie. Kvalita života. Hormonálna a nehormonálna liečba. Životný štýl. Ošetrovateľská starostlivosť.

### Abstract

**Objective:** We have identified whether there is a statistically significant relationship between the impact of the profession on the subjective perception of health, social relationships and the environment of women in the menopause.

**Material and methods:** We followed the questionnaire method in 198 women in the regions of Slovakia, which were two years after the last menstruation and did not reach the age of 62 years. We used the WHOQOL - BREF standardized quality questionnaire to collect data supplemented by additional questions regarding socio-demographic and clinical characteristics. We have sorted the first-degree results by one-dimensional descriptive statistics. We have tested hypotheses using inductive statistics. For the calculation and presentation of the results, the IBM SPSS Statistics 20 statistical program was used.

**Results:** Using the ONE WAY ANOVA parameter Test, we found domains significant, Health Satisfaction of 0.000, Social Relationships of 0.000, and in the domain Environment 0.000. In the context of assessing the relationship between women's occupation in the menopause, a statistically significant linear negative relationship between health, social relations and women's occupation climacteric in the domain of health, social relations ( $P < 0.05$ ) and the environment ( $P < 0.05$ ) was confirmed.

**Conclusion:** The results indicate the need to create opportunities for creating and maintaining social contacts, implementing various leisure activities, and engaging women in different activities.

**Key words:** Climacteric. Health. Quality of life. Hormonal and nonhormonal treatment. Life style. Nursing care.

### Úvod

Ženy predstavujú 55 % svetovej populácie a toto percento v budúcich troch desaťročiach ešte narastie. V Európskej únii predstavujú ženy v každej krajine viac než 50 % obyvateľstva. Európa má tiež vo svete najvyššie zastúpenie starých žien. Na 2 mužov vo veku 65 až 79 rokov pripadajú 3 ženy a vo veku nad 80 rokov je počet žien dvojnásobný.

Klimaktérium je obdobie, ktoré ženám prináša rôzne typy ťažkostí a jednotlivé ťažkosti majú rôznu intenzitu. O problematike klimaktéria a jej vplyve na zdravie a kvalitu života sa diskutuje veľmi dlho. Menopauza (klimaktérium) je životnou zmenou, ktorá sa dotýka stále väčšej populácie žien a je potrebné predchádzať problémom s ňou spojenými preventívnymi opatreniami, edukáciou žien a komplexnou zdravotnou starostlivosťou o menopauzálné ženy. Menopauza je niekedy označovaná ako synonymum klimaktéria (terminológia je i v odborných článkoch nejednoznačná) [1]. Výskyt symptómov je 74% v Európe, 36-50% v Severnej Amerike, 45-69% v Latinskej Amerike, 22-63% v Ázii [2].

Na kvalitu života možno nazerať z mnohých pohľadov. V psychológii je kvalita života definovaná ako subjektívna ko-

relácia zdravia určená všeobecnou životnou satisfakciou a pohodou subjektívnych pocitov dobrého zdravia. Zároveň je charakterizovaná väčšou dominanciou pocitov kladných emócií a relatívnu absenciou negatívnych emócií. Psychologická pohoda je determinovaná životnými cieľmi a ich naplnením. Zo sociologického hľadiska je kvalita života chápaná ako produkt vnútorného vzťahu kondície sociálnej, zdravotnej, ekonomickej a kondície prostredia ovplyvňujúcej ľudský vývoj [3, 4, 5]. Kvalita života sa javí v čase relatívne stabilná, negatívne vplyvy ju vychylujú len na prechodné obdobie a pomocou kognitívnych a adaptívnych mechanizmov je pri konštantnom pôsobení podnetov udržiavaná v určitom pre jedinca relatívnom typickom rozmedzí [6, 7]. Kvalita života sa na jednej strane skladá z definovaných komponentov a na strane druhej z ťažko objektivizovateľných subjektívnych kritérií. Kvalita života je potom výsledkom ich vzájomného prelínania [8]. Osobitný význam pojem kvalita života nadobudol vo sfére poskytovania zdravotnej, najmä ošetrovateľskej starostlivosti. Odráža v sebe pocit pohody, ktorý vychádza z telesného, sociálneho a duševného stavu jedinca [9]. Kvalita života sa stáva jedným z cieľov ošetrovateľských

intervencií. Predmetom hodnotenia kvality života je život, ako najčastejší objekt hodnotenia, ktorý zahŕňa určité činnosti a javy charakteristické pre živý organizmus v kontexte s paradigmatom spoločnosti – ľudský jednotlivec. Sestra a pôrodná asistentka sú významnými subjektmi výchovy obyvateľstva k zdraviu. Edukačnou činnosťou, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť ich pracovnej náplne, môžu výrazným spôsobom prispieť k zvyšovaniu zdravotného uvedomenia, a tým aj k zlepšeniu kvality života žien [10, 11].

Moderná žena plní viac rolí a úloh života. Jej zdravie a dobré fungovanie je dôležité nielen pre uspokojovanie individuálnych potrieb, ale aj zo spoločenského hľadiska. Dnes je najzaujímavejšia definícia zdravia, ktorú charakterizovala WHO už v roku 1948: „Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody (well – being) a nie iba neprítomnosť choroby alebo slabosti.“ [12]. Táto definícia zdravia má tri základné charakteristiky pozitívnej koncepcie zdravia:

- zaujíma sa o jedinca ako celistvú osobu a nie len ako o jednoduchý súčet rôznych častí,
- kladie zdravie do interakcie s prostredím,
- dáva znak rovnosti medzi zdravím a produktívnym, tvorivým životom.

Vek nástupu menopauzy je dôležitým zdravotným indikátorom, celková mortalita je redukovaná o 2 % s každým rokom, o ktorý sa menopauza oddialila, čo môže slúžiť ako marker zdravotného stavu populácie [13, 14]. S menopauzou sú spojené mnohé zdravotné riziká, ktoré skracujú život ženy, preto je nevyhnutné oddialiť ju do čo najvyššieho veku. Podstatou všetkých zmien, sprevádzajúcich obdobie klimaktéria je zníženie tvorby ženských pohlavných hormónov – estrogénu a progesterónu [15].

Pre zhodnotenie miery ťažkostí a ich ovplyvnenia terapiou bolo vyvinutých niekoľko dotazníkov. Je nevyhnutné potrebné mať zrozumiteľný a pokiaľ možno i číselne hodnotiteľný dotazník, ktorý umožní štatistické spracovanie [16].

Existujú tri možnosti, ktoré možno považovať za liečbu nepríjemných symptómov klimaktéria: zmena životného štýlu, alternatívna medicína, lieky a chirurgia. Ženy by mali vždy začínať s najmenej rizikovým prístupom a na rizikovejšie pristúpiť iba v prípade potreby [17]. Prvou a najčastejšie využívanou liečbou je hormonálna substitučná terapia (podľa súčasných medzinárodných dohôd hormonálna terapia - HT). Ak žena odmieta hormonálnu terapiu alebo, keď nie je vhodné túto liečbu použiť, je možnosť využiť prípravky, ktoré pochádzajú z prírodných zdrojov. Látky, ktoré tieto prírodné zdroje obsahujú majú podobné účinky ako prirodzené estrogény. Zdroje týchto látok sa nachádzajú najčastejšie v rastlinnej ríši [18]. Alternatívna terapia je netradičným liečením. Životaspráva je dôležitým faktorom pri skvalitňovaní života žien v menopauze. Podstatnú zložku životasprávy tvoria: racionálna výživa, eliminácia škodlivých látok a stresu, dostatočná pohybová aktivita i relaxácia.

## Ciele práce

Cieľom výskumu bolo zistiť, či klimaktérium štatisticky významne ovplyvňuje subjektívne vnímanie vlastného života a zdravia žien a či existuje štatisticky významný vzťah medzi terapiou, životným štýlom na život a zdravie žien v klimaktériu.

## Metodika výskumu – materiál a metodika

Empirickú štúdiu, ktorá mala charakter aplikovaného výskumu, sme uskutočnili u žien v klimaktériu. Výskum prebiehal v mesiacoch apríl 2016 – november 2017. Na základe stanoveného cieľa sme si zvolili empirickú metódu zberu informácií – dotazník vlastnej konštrukcie doplnený o šandardizovaný dotazník kvality života Svetovej zdravotníckej organizácie WHOQOL – BREF skrátenú verziu. V rámci predvýskumu bol dotazník podrobený aj pilotáži. Cieľom pilotáže bolo posúdenie vhodnosti a zrozumiteľnosti jednotlivých položiek a ich poradia. Pilotáž prebiehala v súbore 20 respondentiek.

Na základe výsledkov predtestu a pilotáže nebolo potrebné modifikovať dotazník. Dotazník bol anonymný a vyplnený na základe dobrovoľnosti. Distribuovaný bol v slovenskom jazyku. Administrovaný bol osobne a sprostredkované v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti o ženu Slovenska. Rozdaných bolo 210 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov bola 97,14 % (204) a z nich 2,94 % (šesť dotazníkov) sme vyradili pre neúplnosť vyplnenia. Výskumnú vzorku tvorilo 198 žien, ktoré vyslovili informovaný súhlas so zaradením do štúdie a boli následne inštruované o jeho vyplnení.

Všetky získané dáta sme následne pomocou kódovacej knihy pretransformovali do číselnej podoby, čím sme dáta pripravili k ich štatistickému testovaniu a vyhodnoteniu. Zistené výsledky sme spracovali do sumárnej tabuľky v programe MS Excel 7.0 a urobili sme triedenie prvého stupňa metódou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky. Po triedení sme vypočítali absolútnu a relatívnu početnosť a vytvorili sme tabuľky početnosti sledovaných znakov. Výsledky nášho výskumu sme štatisticky testovali pomocou induktívnej štatistiky v programe IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Na zistenie korelačného koeficientu sme použili parametrický test v podobe Bravais-Pearson testu. Nami získané výsledky dotazníkovou metódou, formou kvalitatívne-kvantitatívneho výskumu demonštrujeme vo forme tabuliek.

## Vzorka

Výskumnú vzorku tvorilo 198 respondentov - žien, ktoré vyslovili informovaný súhlas so zaradením do štúdie, boli následne inštruované o vyplnení dotazníka a splnili nasledovné kritériá výberu:

- ženy dva roky po poslednej menštruácii,
- nepresiahli vek 62 rokov,
- boli schopné samostatne vyplniť dotazník,
- vyslovili súhlas so zaradením do štúdie.

## Charakteristika súboru

Výskumný súbor tvorilo 198 (100 %) žien v klimaktériu, ktoré vyjadrili svoj súhlas s účasťou na výskumnej štúdii. V rámci kategorizácie jednotlivých žien zapojených do našej výskumnej štúdie nás zaujímalo: vek, rodinný stav, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, profesionálny stav a antropometrické údaje. Variácie rozpätie odpovedí bolo od maxima 5 až po minimum 1. Priemerný vek žien bol 56,25 roka vo vekovom rozpätí 48 – 61 rokov. Najväčšie skupinu 32 (16 %) tvorili ženy narodené v roku 1957 vo veku 60 rokov.

Z celého súboru žien bolo 140 (70,7 %) vydatých, 22 (11,1 %) žien uviedlo stav vdova, slobodných bolo 20 (10,1 %). Stav rozvedená uviedlo 16 (8,1 %) žien a ani jedna žena neuviedla, že žije s manželom oddelene.

Podľa počtu pôrodov 37 (18,7 %) žien nerodilo, najviac žien 62 (31,3 %) rodilo 2 krát a tri ženy (1,5 %) rodili 11 krát.

Najpočetnejšie zastúpenie vo výskumnej vzorke z hľadiska vzdelania tvorili ženy so stredným vzdelaním s maturitou 94 (47,5 %), vysokoškolské vzdelanie uviedlo 52 (26,3 %) a odborné 34 (17,2 %) žien. So základným vzdelaním bolo 17 (8,6 %) žien a neúplné základné vzdelanie uviedla jedna žena (0,5 %).

Profesionálne aktívnych bolo 141 (71,2 %) žien, starobný dôchodok poberalo 21 (10,6 %) žien a invalidný dôchodok 19 (9,6 %) žien. Nezamestnaných bolo 17 (8,6 %) žien.

**Tab. 1** Antropometrické charakteristiky respondentov n=198

| premenná | m      | min.   | max.   | med    | SD     |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Výška    | 165,01 | 151,00 | 175,00 | 165,00 | 5,27   |
| Hmotnosť | 76,77  | 54     | 105    | 75,00  | 11,019 |
| Systola  | 130    | 90     | 180    | 130    | 12,72  |
| Diastola | 79,52  | 60     | 95     | 80     | 7,647  |
| Pás      | 89,65  | 62     | 132    | 80     | 14,060 |
| Bedrá    | 106    | 82     | 140    | 104    | 11,979 |

Priemerná výška žien sa pohybovala na úrovni 165,1 cm v rozpätí 151 až 175 cm. Najväčšia bola skupina 37 (18,7 %) žien s výškou 165 cm.

Priemerná hmotnosť žien bola na úrovni 76,77 kg v rozpätí 54 až 105 kg. Hmotnosť 69 kg sme zistili u 20 (10,1 %) žien a tiež 20 (10,1 %) žien udalo hmotnosť 78 kg. Na základe údajov o výške a hmotnosti sme vypočítali každej žene BMI. Priemerné BMI žien sa pohybovalo na úrovni 27,93 v rozpätí 20 až 39. Priemerné hodnoty krvného tlaku boli na úrovni systola 130 Torr v rozpätí 90 až 180 Torr, diastola 79,52 Torr v rozpätí 60 až 95 Torr. U žien v sledovanom súbore sa obvod pásu pohyboval na úrovni 89,65 cm v rozpätí 62 až 132 cm a obvod bedier na úrovni 106 cm v rozpätí 82 až 140 cm. Percentuálne najvyššie zastúpenie v sledovanom súbore mali ženy s obvodom pásu 80 cm 8,1 % (16) a obvodom bedier 115 cm 10,1 % (20) žien. Bližšiu charakteristiku uvádzame v tabuľke 1.

## Výsledky

Priemerný vek zistenia prvých príznakov klimaktéria u žien bol 47,77 rokov v rozpätí 0 až 58 rokov. Poslednú pravidelnú menštruáciu udávali ženy vo vekovom rozpätí 1 – 20 rokov, priemer bol 4,76 roka. Najväčšiu skupinu tvorili ženy 29,3 % (58), ktoré mali poslednú pravidelnú menštruáciu pred 2 rokmi,

jedna žena (0,5 %) pred 11 rokmi a jedna žena (0,5 %) pred 20 rokmi. Najviac 40 žien udávalo prvé príznaky vo veku 50 rokov. Dĺžka príznakov sa pohybovala v intervale od 0 do 108 mesiacov. Priemerná dĺžka trvania príznakov bola 20,27 mesiaca. Dĺžku trvania príznakov 12 mesiacov udávalo najviac z celého sledovaného súboru 56 (28,3 %) žien.

**Tab.2** Spokojnosť so životom a zdravím

|                |         | život | zdravie |
|----------------|---------|-------|---------|
| N              | Valid   | 198   | 198     |
|                | Missing | 2     | 2       |
| Mean           |         | 3,37  | 2,09    |
| Median         |         | 4,00  | 2,00    |
| Mode           |         | 4     | 2       |
| Std. Deviation |         | ,775  | ,775    |
| Minimum        |         | 1     | 1       |
| Maximum        |         | 5     | 5       |
| Percentiles    | 25      | 3     | 2       |
|                | 50      | 4     | 2       |
|                | 75      | 4     | 3       |

Na zistenie subjektívneho vnímania zdravia a života žien v klimaktériu sme využili dotazník WHOQOL-BREF, ktorý je stručnejší, úspornejší na čas, pričom predovšetkým prihliada na skúmané osoby. Použili sme dve samostatné otázky zamerané na hodnotenie kvality života a spokojnosti so zdravím. Ženy odpovedali v rozpätí od 1 do 5 bodov - veľmi nespokojná (1), nespokojná (2), raz spokojná raz nespokojná (3), spokojná (4), veľmi spokojná (5). Odpovede respondentov (žien) sa pohybovali v rozmedzí 1 – 5, medián odpovedí spokojnosti so svojím životom bol 4 a so zdravím 2.

Z výskumného súboru je spokojných so svojím životom 112 (56,6 %) žien a veľmi spokojných je 12 (6,1 %) žien. Raz spokojných a raz nespokojných je 53 (26,8 %) žien. Nespokojnosť so svojím životom vyjadrilo 13 (6,6 %) žien a veľmi nespokojných je 8 (4 %) žien.

So svojím zdravím je spokojných 100 (50,5 %) žien a veľmi spokojné sú 2 (1,0 %) ženy. Raz spokojných a raz nespokojných so svojím zdravím je 70 (35,4 %) žien. Nespokojnosť so svojím zdravím vyjadrilo 22 (11,1 %) žien. Veľmi nespokojné sú 4 (2,0 %) ženy. Bližšia charakteristika odpovedí v tabuľke 2.

**Tab. 3** Vplyv klimaktéria na vnímanie kvality života a zdravia n=198

| Parametrický test – H 1 |         |                 | Miera   | Život   | Miera   | Zdravie |
|-------------------------|---------|-----------------|---------|---------|---------|---------|
| Bravais-Person          | Miera   | Corelation      | 1       | -,444** |         |         |
|                         |         | Sig. (2-tailed) |         | ,000    |         |         |
|                         | Život   | Corelation      | -,444** | 1       |         |         |
|                         |         | Sig. (2-tailed) | ,000    |         |         |         |
|                         | Miera   | Corelation      |         |         | 1       | -,446** |
|                         |         | Sig. (2-tailed) |         |         |         | ,000    |
|                         | Zdravie | Corelation      |         |         | -,446** | 1       |
|                         |         | Sig. (2-tailed) |         |         | ,000    |         |

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



V hypotéze sme sa zamerali na zistenie existencie štatisticky významného vzťahu medzi intenzitou prežívania klimaktéria žien a kvalitou ich života. Vzhľadom na normálne rozdelenie pravdepodobnosti sme použili parametrický Bravais-Person test na zistenie korelačného koeficientu. Hladinu významnosti sme zadefinovali na úrovni 0,01 pravdepodobnosti prvej chyby. Zistili sme negatívnu lineárnu závislosť. Korelácia je signifikantná na hladine významnosti  $p < 0,01$ . Výsledky uvádzame v tabuľke 3.

Tab. 4 Terapie, životný štýl n=198

| položka                        | min. | max. | medián | SD    |
|--------------------------------|------|------|--------|-------|
| hormonálna substitučná terapia | 1    | 2    | 1,11   | ,315  |
| nehormonálna liečba            | 1    | 2    | 1,27   | ,444  |
| životný štýl                   | 1    | 4    | 2,67   | 1,213 |

Na základe výsledkov výskumu prezentujeme, že odpovede žien sa pohybovali v rozpätí 1 (nie, neužívala som) – 2 (áno, užívala som), medián odpovedí pri hormonálnej substitučnej liečbe bol 1,11 a pri nehormonálnej liečbe 1,27. Z celého výskumného súboru hormonálnu substitučnú liečbu neužívalo 176 (88,9 %) žien a iba 22 (11,1 %) užívalo. Nehormonálnu liečbu na zmiernenie klimakterických ťažkostí používalo 53 (26,8 %) žien a nepoužívalo 145 (73,2 %) žien.

Odpovede na otázku „Žijete aktívnym životným štýlom?“ odpovede sme zakódovali nasledovne: 1 – áno, 2 – myslím, že áno, 3 – myslím, že nie, 4 – nie. Odpovede žien sa pohybovali v rozpätí 1 (áno) – 4 (nie). Aktívnym životným štýlom žije 42 (21,2 %) žien a myslí si, že áno 62 (31,3 %) žien. Myslí si, že nežije 13 (6,6 %) žien a nežije 81 (40,9 %) žien. (tab. 4)

Tab. 5 Vplyv terapie a životného štýlu na život a zdravie (Bravais-PearsonCorrelation) n=198

|         |                    | hormonálna liečba | nehormonálna liečba | životný štýl |
|---------|--------------------|-------------------|---------------------|--------------|
| Život   | PearsonCorrelation | -,128             | -,035               | -,222**      |
|         | Sig. (2-tailed)    | ,071              | ,625                | ,002         |
| zdravie | PearsonCorrelation | -,088             | -,130               | ,231**       |
|         | Sig. (2-tailed)    | ,219              | ,068                | ,001         |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Predpokladali sme, že hormonálna a nehormonálna terapia a aktívny životný štýl štatisticky významne ovplyvňujú subjektívne vnímanie vlastného života a zdravia u žien.

Pri zisťovaní vzťahu (súvisu) sme využili Bravais-Pearsonov korelačný koeficient. Tento korelačný koeficient je mierou sily lineárnej štatistickej závislosti dvoch číselných premenných. Hladinu štatistickej významnosti sme nastavili na úrovni 0,01 pravdepodobnosti chyby a s ňou sme porovnávali dosiahnutú štatistickú významnosť. Pri posudzovaní vplyvu premenných na subjektívne vnímanie vlastného života žien v klimaktériu sa nám potvrdila lineárna závislosť. Štatisticky významne vplýva na subjektívne vnímanie vlastného života a zdravia životný štýl. Zistili sme, že PearsonCorrelation -,222\*\* pri spokojnosti so životom a so zdravím PearsonCorrelation -,231\*\*. Korelácie sú signifikantné na hladine významnosti  $p < 0,01$ . (tab. 5)

## Diskusia

Našou štúdiou sme zisťovali či klimaktérium štatisticky významne ovplyvňuje subjektívne vnímanie vlastného života a zdravia žien a či existuje štatisticky významný vzťah medzi terapiou, životným štýlom na život a zdravie žien v klimaktériu. Klimaktérium je obdobie, ktoré ženám prináša rôzne typy ťažkostí a jednotlivé ťažkosti majú rôznu intenzitu. O problematike klimaktéria a jej vplyve na zdravie a kvalitu života sa diskutuje veľmi dlho. Pre mnoho žien znamená klimaktérium koniec kvalitného života, pretože sa domnievajú, že to znamená stratu ženstva a dôstojnosti. Spôsob prežívania obdobia ovplyvneného klimaktériom závisí na osobnostných charakteristikách ženy, zdravotnom stave, spektre prítomných symptómov, ale i sociálnych faktoroch, vrátane prístupu danej kultúry ku klimaktériu ako takému. Niektorým zmenám, ktoré toto obdobie prináša, sa dá predísť už v mladom

veku. Postačí, keď žena už počas fertilného obdobia venuje určitú časť dňa nejakému druhu fyzickej aktivity, vyhýba sa stresu, fajčeniu a má optimistickjší pohľad na život.

Podľa získaných údajov ženy iba v minimálnom množstve využívajú možnosti na zmiernenie príznakov súvisiacich s klimaktériom. Hormonálnu substitučnú liečbu na zmiernenie ťažkostí neužívalo 88,9 % žien a najmenej 6 mesiacov užívalo iba 11,1 % žien. Alternatívne prípravky na prírodnej báze (sója, čaje, GS Merilin) využilo 26,8 % žien po dobu 6 až 28 mesiacov. Podľa výskumu Šašinkovej[19] hormonálnu substitučnú liečbu na zmiernenie ťažkostí využilo 45 % žien, bylinkové čaje a tabletky 30 % žien. Hormonálna terapia chráni ženské telo od chorôb spojených s klimaktériom, čo pozitívne ovplyvňuje pohodu a uľahčuje denné fungovanie. Okrem toho, hormonálna terapia môže zlepšiť náladu, zdanlivo odstrániť problém klimaktéria často považovaný za znamenie starnutia a zániku [20].

Aktívnym životným štýlom žije, cvičí najmenej 1 hodinu denne 21,2 % žien a myslí si, že áno 26,9 % žien. Nežije aktívnym životným štýlom 40,9 % žien. Pre porovnanie uvádzame výsledky Šašinkovej[19] pravidelne cvičí 12 % a nepravidelne 44 % žien, necvičí 44 % žien. Žena v prechode sa nesmie byť nečinná, má byť aktívna doma, v práci, i vo voľnom čase. V prieskume Sobotkovej[21] uviedlo 69 % žien, že im práve pohybová aktivita pomáha pri zmiernení príznakov klimaktéria. Pri posudzovaní vplyvu premenných na subjektívne vnímanie vlastného života žien v klimaktériu sa nám potvrdila lineárna závislosť. Aktívny životný štýl štatisticky významne vplýva na subjektívne vnímanie spokojnosti so životom a so zdravím. (tab. 5) Pri negatívnej korelácii možno očakávať zvyšovaním jednej premennej znížovanie druhej premennej. Fyzické cvičenie môže pozitívne ovplyvniť zmeny vyskytujúce sa u žien po menopauze.

ze[22]. Podľa Cryna[23] je prvým krokom eliminácie pri príznakoch klimaktéria zdravý životný štýl. Aktívny životný štýl je chápaný ako systém dôležitých činností a vzťahov a s nimi spojených praktík zameraných k dosiahnutiu harmonického stavu medzi fyzickou, psychickou (duševnou) a sociálnou stránkou človeka [24]. Valjent konkretizuje tento systém ako vzájomné kladné pôsobenie predovšetkým týchto faktorov: zdravej a pravidelnej výživy, pitného režimu, rizikových faktorov (fajčenie, drogy, alkohol), konzumácie médií (TV, PC) a pohybovej aktivity. Hovorí o pravidle 3 P : primeranosti v prijímu energie a živín (striedmosť), pravidelnosti pohybovej aktivity a prevencii predchádzania nezdravým životným návykom [25].

Spokojných so svojím životom a veľmi spokojných je 62,7 % žien a so svojím zdravím je spokojných a veľmi spokojných 51,5 % žien. Podľa výsledkov výskumu Mišinovej et al. [26] 86 % žien bolo spokojných až veľmi spokojných s kvalitou svojho života a so svojím zdravím bolo spokojných 66 % žien. Podľa Kolcabovej[27] komfort je uspokojenie základných ľudských potrieb, uvoľnenie, úľava, pohodlie a transcendencia v kontexte fyzickom, psychickom, spirituálnom a sociálnom, ktoré vyplývajú z konkrétnej zdravotnej situácie.

Získané štatistické údaje boli testované v rámci induktívnej štatistiky pomocou parametrického testu v podobe Bravais-Person testu s cieľom zistiť korelačný koeficient. V rámci posudzovania sa nám potvrdila existencia štatisticky významného vzťahu medzi klimaktériom a subjektívnym hodnotením zdravia a života žien (tab. 3) a vplyvom životného štýlu na život a zdravie žien. (tab. 5) Bravais-Pearsonov korelačný koeficient mal hodnotu v položke zdravie, 231\*\* a v položke život -,222\*\*. Potvrdila sa nám lineárna závislosť.

Dôležitou činnosťou pôrodnej asistentky/sestry je preventívne pôsobenie v oblasti primárnej starostlivosti o ženy v každom veku (nezameriavať pozornosť nielen na mladé, tehotné, rodičky či šestonedielky). V záveroch konferencie v AlmaAte roku 1978 bol zdôraznený význam tejto prevencie [28]. Podiel pôrodnej asistentky na edukačnom procese ženy je nesporný, lebo práve ona je prvým profesionálnym kontaktom pre ženu v oblasti primárnej starostlivosti a má najviac informácií o problémoch a ťažkostiach, ktoré žena prežíva [29]. podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva 364/2005 Z.z. pôrodná asistentka, sestra poskytuje poradenstvo v premenopauze, menopauze, postmenopauze a odporúča alternatívnu liečbu pri klimakterickom syndróme [30].

## Záver

Žena prechádza počas celého svojho života určitými fyzickými a psychickými zmenami. Od narodenia až po smrť na ženu pôsobia veľké množstvo faktorov, ktoré tieto zmeny spôsobujú. Jednou z období zmien v živote ženy je štádium klimaktéria. Pre mnoho žien znamená klimaktérium (menopauza) koniec kvalitného života, pretože sa domnievajú, že to znamená stratu ženstva a dôstojnosti. Spôsob prežívania obdobia ovplyvneného klimaktériom závisí na osobnostných charakteristikách ženy, zdravotnom stave, spektre prítomných symptómov, ale i sociálnych faktoroch, vrátane prístupu danej kultúry ku klimaktériu ako takému.

Vo výskume sa nám potvrdil vplyv klimaktéria na hodnotenie zdravia a prostredia žien v klimaktériu. Štatisticky významný vzťah je medzi životným štýlom žien a subjektívnym vnímaním vlastného života a zdravia. Dôležitá je podpora ženy a pochope-

nie zo strany partnera, rodiny a priateľov. Ešte stále existujú rezervy, čo sa týka informovanosti zo strany pôrodných asistentiek o období klimaktéria. Tu by malo byť úlohou pôrodných asistentiek zvýšiť svoj záujem o ženy v danom období a poskytnúť im dostatočné informácie o spomínanom období, či o konkrétnych krokoch na podporu zdravia, ktoré by zvýšili zdravotné povedomie žien. Pohľad na klimaktérium pomáhajú výrazne zlepšiť hlavne masové komunikačné prostriedky (televízia, rozhlas, tlač), ktoré dosahujú v dnešnej dobe nevýdaných rozmerov. Je potrebné motivovať ženy k vyššej aktivite a k zdravému životnému štýlu. Povzbudiť ženy, nech sa viac pýtajú pôrodných asistentiek na možnosti riešenia symptómov súvisiacich s danými obdobiami (ponúknuť ženám priestor na kladenie otázok, nájsť si čas na odpoveď, empatický prístup) a pomôcť im následne zlepšovať kvalitu života a zdravie. Otázka kvality života nespočíva len v tom ako človek žije, skôr je daná v odpovedi prečo tak žije, v hľadaní dôvodov a významov, v hodnotení subjektívnej aktivity v kontexte celku života a jeho zmyslu [31].

Klimaktérium nepredstavuje koniec doterajšieho života, je to iba zakončenie určitej životnej etapy, po ktorej nasleduje ďalšia. Základnými krokmi prevencie podľa Komárka a Provazníka [32] sú individuálne zhodnotenie rizika ochorenia, informácie o potencionálnom riziku a pomoci pri zmene spôsobu života. Zmena spôsobu života je väčšinou najefektívnejšia pri čiastočnom obmedzení problémov pri menopauze. Lepšia kvalita života je tiež spojená s väčšou podporou rodiny a priateľov. Záleží tiež na prístupe samotnej ženy, lebo pesimistický prístup k čomukoľvek rozhodne situáciu nerieši.

Príspevok bol napísaný autormi v rámci práce na projekte

KEGA č. 029KU-4/2016.

## Literatúra:

1. Fait T. *Klimakterická medicína*. 2. prepracované vydanie. Praha: Maxdorf, 2013.
2. Palacios N, Weisskopf, Simon K, Gao X, Schwarzschild SM, Ascherio A. Polymorphisms of caffeine metabolism and estrogen receptor genes and risk of Parkinson's disease in men and women. *Parkinsonism Related Disorders* 2010;16:370–5.
3. Mareš J. et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících* I. Brno: MSD, 2006.
4. Křivohlavý J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002.
5. Křivohlavý J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002.
6. Gullone E, Cummins RA. *The Universality of Subjective Wellbeing Indicators*. London : Kluwer Academic Publisher, 2002.
7. Hnilica K. Diagnóza a věk moderují vztah mezi zdravím, emočním životem a spokojeností se životem. *Československá psychologie*. 2006; (50)6: 484–506.
8. Kelčíková S. Kvalita života. In Nemcová, J., Hlinková, E. a kol. *Moderní edukace v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2010.
9. Šamánková M et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011.
10. Magerčíaková M. Písomné edukačné materiály ako súčasť prípravy žien na klimaktérium. *Zdravotnícke štúdie*. 2017; (9)2:65–67.

11. Magerčiaková M. *Edukácia v ošetrovatelstve 1*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva KU, 2008.
12. Nemcová J. et al. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin : Osveta, 2010.
13. Ossewaarde ME, Bots ML, Verbeek ALM. et al. Age at menopause, cause-specific mortality and total life expectancy. *Epidemiology* 2005;16:556–62.
14. Mishra GD, Cooper R, Tom SE, Kuh D. Early life circumstances and their impact on menarche and menopause. *WomensHealth* 2009; 5:175–90.
15. Košťanová Z. Ako sa pripraviť na klimakterium. *Lekárnik: odborný informačný mesačník pre lekárnikov*. Bojnice: Unipharm Prievidza, 2010; (15)11: 26-29.
16. Fait T. Možnosti objektivizácie aktuálneho klimakterického syndromu. In: *Praktická gynekologie*. 2008; 12: 230-235.
17. Hemamalini R. Alternative & integrative approaches for treatment of menopause symptoms. *Pakistan Journal of Women's Studies*. 2007; 1:1-17.
18. Žitňanová I. Alternatívna liečba príznakov klimaktéria. *Lekársky obzor*. 2009; (58)7-8: 337-343.
19. Šašinková J. *Klimakterické potíže a kvalita života ženy*. Bakalárska práca. Zlín : Univerzita Tomáše Bati, 2009.
20. Bielawska-Batorowicz E. *Psychologické aspekty rozmnožovania*. Katowice: Publishing Silesia, 2006.
21. Sobotková J. *Pohybová aktivita v klimakteriu* : diplomová práca. Brno : FSS MU, 2011.
22. Piotrowska S, Majchrzycki M. Physicalexercise of women after menopause. *Przegląd Menopauzalny*. 2013;4(3):182-187.
23. Cryne B. Exercise can help a woman get through menopause. In Dawson Creek Daily News. Dawson Creek : Infomart, a division of PostmediaNetwork Inc., ProQuestCentral, 2008.
24. Bunc V. Aktivní životní styl dětí a mládeže jako determinant jejich zdravotní a tělesného složení. *Studia Kinetropologica*. 2008;(1)9:13-17.
25. Valjent Z. Pokus o vymezení pojmu Aktivní životní styl. *Studia Kinetropologica*. 2008; 2(12):42-50.
26. Mišinová M, Slugeňová E, Červeňanová E, Jurdíková K. Vplyv hormonálnej substitučnej liečby na kvalitu života žien v klimakteriu. *Farmakoekonomika a lieková politika*. 2013;(9)2: 3-9.
27. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;19:1178-1184.
28. Ajgllová J. Péče o ženu středního a vyššího věku z pohledu porodní asistentky. *Praktický lékař*. 2010; 9:532-534.
29. Lamková I, Boroňová J. *Edukační proces u ženy procházející klimakteriem*. Cesta k modernímu ošetrovatelství XII. Praha, Czech: FN Motol; 2010
30. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.
31. Nemčeková M. Filozofické súvislosti kvality života. *Filozofia*. 2004; (59)9:665-674.
32. Komárek L, Provazník K et al. *Ochrana a podpora zdraví*. Praha: Nadace CINDI, 3. lékařská fakulta UK, 2011.

Kontakt:

Doc. PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva  
Katolíckaj univerzita v Ružomberku  
Námestie Andreja Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
E-mail: maria.kopacikova@ku.sk



# Risk Management in the Field of Prevention of Healthcare Associated Urinary Tract Infections in the Context of Nursing Care

Jitka Kroková<sup>1,2</sup>, Radka Prokešová<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of Health and Social Studies, Institute of Humanities in Helping Professions, České Budějovice, Czech Republic.

<sup>2</sup> University of West Bohemia in Pilsen, Faculty of Health Studies, Department of Nursing and Midwifery. Pilsen, Czech Republic.

## Abstract

Urinary tract infections account for about one-third of healthcare-associated infections (HAI). They most frequently occur in connection with an inserted urinary catheter. In this paper we focus on the prevention aspects of Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) from a nursing point of view.

**The aim** is also to present the results of a survey carried out through nursing care audits of a patient with an established urinary catheter.

**Material and methodology:** The survey method was data processing from audits focused on care of patient's with an inserted permanent urinary catheter. Audits were carried out in long-term care departments, 71 audits were performed in total. The research took place from March to May 2018.

**Results:** By quantitative analysis of audit data, we evaluated the fulfilment of the nursing care standard for a patient with an inserted urinary catheter at a particular healthcare provider.

**Conclusion:** the survey results revealed recommendations for a particular department concerning documentation management, a reassessment of indications for bladder catheterisation, and possibilities of change in catheter types and collection bags used. The survey has shown deficiencies in the care of collecting systems.

**Key words:** Risk. Nursing care. Infection. Urinary tract. Prevention.

## Introduction:

Health risk management focuses on all areas, it is the process of identifying and assessing security risks as well as introducing preventive or management measures and monitoring the effectiveness of the measures introduced [1]. Elimination and prevention of risk factors in the provision of health or nursing care is a global trend. These steps lead to lowering the cost of care, increasing confidence in healthcare facilities and patient satisfaction with the care provided. Risk management in a healthcare facility cannot be implemented in only one of its parts but it must be conceived in a comprehensive way throughout the facility [2]. From nurses' point of view, risk management focuses on searching for threats that may be the cause of misconduct in the nursing processes themselves [3].

Healthcare-associated infections (HAI) includes an area of basic hygiene requirements for operation, measures to reduce the risk of infection transmission and the introduction of protective measures. It also includes checking their effectiveness [2]. The most common healthcare-associated infection is Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). However, use of the correct preventive procedures can prevent 20-70% of CAUTI cases [4-7].

## CAUTI characteristics

Urinary tract infections associated with healthcare are mostly associated with bladder catheterisation [7-10], Jirouš (2012) specifies the catheterisation share on the occurrence of infections to 66-86% and adds that appropriate preventive interventions can prevent these infections [7]. Most CAUTI-causing microorganisms rank among gram negative rods, the source of microorganisms is either endogenous, from ureteral or perianal areas, or exogenous. In this case, they are mostly in the hands of a healthcare professional or aids. The entry of microorganisms into the urinary tract is either intraluminal from the collection bag or the catheter and drainage system connection. Extraluminal entry is

on the catheter's surface, typically the growth of microorganisms from the urethral orifice [4,7]. CAUTI symptoms are asymptomatic bacteriuria (uncomplicated in approximately 80% of cases), complications may be pyelonephritis, epididymitis, orchitis, or rarely also prostatitis. A serious complication with significant mortality is secondary haematogenous infection with development of the overall septic response of the organism [4].

## CAUTI epidemiology

Jindrák et al. (2014) shows CAUTI incidence in 3.1-3.7 cases per 1,000 catheterised days [4]. Subjectively unpleasant CAUTI symptoms appear to be caused by uncomplicated CAUTI, and they cannot be neglected from a nursing viewpoint. The nurse has a duty to record symptoms such as pain, burning or cutting sensation in the urethra, or changes in urine quality or quantity and report them to the physicians. Approximately 15% of secondary blood infections caused by HAI originate from the urotract, it has been mentioned that these complicated cases can threaten the patient in terms of fatal consequences [4].

## CAUTI risk factors and quality indicators

Clearly, the most risky group is patients with an inserted urinary catheter, the long-term catheterisation increases the risk. Patients undergoing diagnostic or therapeutic performance in the urinary tract are another group at risk of CAUTI. The risk for these patient groups is also supported by factors on the patient's part - diabetes, higher age, co-morbidities, immunodeficiency, ulcerative lithiasis, etc. In terms of type of health care institution, intensive care units and follow-up/long-term care departments are hazardous. When assessing the risk of CAUTI, it is necessary to identify workplaces and patient groups (e.g. post-surgery care) where catheterisation is often performed and targeted surveillance should be carried out in these cases. [4].

The main risk factors for symptomatic urinary tract infections are defined by Jindrák et al. (2014) as long-term and often unnecessary indicated catheterisation, patient immunodeficiency and female gender. The risks of the creation of a symptom-free bacteriuria include:

- the collecting drainage urinary system discharge,
- incompetent staff, impaired kidney functions,
- incontinence,
- post-surgery introduction of the urinary catheter out of surgery room tracts [4].

The final indicators in the case of CAUTI are:

- number of secondary infections in the bloodstream with a source of urinary tract per 1,000 catheterised days,
- number of CAUTI per 1,000 catheterised days,
- number of catheter days/number of treatment days (calculated in %).

Basic care practices (hand hygiene, catheterisation, nursing care for patients with a catheter, collection system care) are considered to be risky, and their non-compliance is a significant risk of infection. The risk factor may also be a lack of competence from healthcare professionals and also incorrect indications of urinary tract catheterisation. Procedural indicators include the results of hand hygiene audits in the care of a patient with a urinary catheter, the bladder catheterisation audit results (including checking a health care professional's competence for this performance) and patient care. Other indicators are the outcomes of health documentation audits [4,7].

## Overview of CAUTI's Recommended Prevention Practices

In 2009, the Centre for Disease Control and Prevention (CDC) and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) published a procedure for the prevention of urinary tract infections associated with bladder catheterisation, the last update of this document was published in February 2017 [11]. This recommended procedure updates and extends the CDC's previous 1981 version. Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections 2009 focuses mainly on prevention, it also contains clearly defined objectives, prevention actions and result indicators. Procedures are based on validated and evidence-based prevention actions of urinary tract infections associated with bladder catheterisation. Current recommendations also includes preventive procedures for long-term/chronic urinary catheterisation and an indication of alternative urinary catheterisation options (e.g. introduction of intermittent catheterisation, urinary condoms, incontinence pads, etc.) [12]. The modified HICPAC categorisation scheme contained within the Guideline evaluates individual recommendations. The recommendation contains actions required by the legislation and based on Evidence Based Practice (EBP) supported by quality evidence. However, the CDC and HICPAC recommendations are not the only procedure/directive in this area. In 2001, a HAI Prevention Guideline was issued in the UK, Phase 1 of this document contained preventive measures for CAUTI. The guideline was updated in 2007. Another recommended procedure is a document issued in 2008 by European Association of Urology (EAU) and Urological Association of Asia (UAA) titled "Control and prevention of catheter-related urinary tract infec-

tions". In 2008, the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) together with other companies, also published a summary of recommendations on preventive procedures of HAI including urinary tract infections. A year later, Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN) published recommended nursing interventions to reduce the risk of urinary tract infections associated with bladder catheterisation [13-15]. Finally, it is worth mentioning the international recommendations on the diagnosis, prevention and treatment of CAUTI by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) [14]. The reviews for CAUTI prevention recommendations were made by Barbara Trautner (2010), who finds consistent recommendation such as strict indications for catheterisation and early removal of the catheter. At the beginning of the review, the author mentions the importance of the prevention area of CAUTI, and she also points out research deficiencies in this area [12,15], and furthermore she focuses primarily on the area of CAUTI and the asymptomatic bacteriuria. The procedures and recommendations mentioned for the prevention of urinary tract infections related to healthcare in 1980-2010 are evaluated and compared by Conway (2012) in his retrospective analysis. In a period of thirty years, eight recommended preventive procedures were issued, the retrospective analysis clearly finds the same prevention recommendations, namely: adequate catheterisation indication, early catheter removal (reassessment of catheterisation indication every day), aseptic and correct catheterisation procedure, care of the urinary catheter (proper hand hygiene) and use of closed collection systems [14]. The latest version of the procedures published by IDSA and HICPAC are considered to be comprehensive, both documents provide strong evidence with a reference to literature, although HICPAC guidelines are more detailed and provide an overview of priority prevention measures and detail catheterisation itself [12,14]. American Association of Critical Care Nurses – AACN (2016) notes that, despite the introduction of the CAUTI prevention recommendation, it increased by 6% in the US between 2009 and 2013. In its recommendations, the Association sets out three basic steps of prevention: catheterisation indication evaluation (or consideration of alternative methods), observance of aseptic principles in catheterisation, including adequate catheter care, documentation of the indication for catheterisation including daily reassessment of the need for catheterisation and the early catheter removal [6]. AACN sets up six sets of evidence for their recommendations, these are very specific and relate directly to nursing care. They specify the percentages (17-69%) of possible preventable cases of CAUTI. Concurrently with other prevention recommendations, they show assessment of the indication, adherence to aseptic catheterisation technique (performance in 2 people) and in accordance with HICPAC and WOCN procedures, they recommend catheter fixation to the thigh, fixing and checking free urine flow from the bladder into a collection bag. Emphasising the correct hanging of the collection bag below bladder level [6, 7, 12-15]. Other AACN recommendations include regular audits of catheterisation procedures and catheter care (regular hygiene of the urogenital area), proper documentation management (indication, catheterisation time and catheter data), other areas include the introduction and use of standard protocols/schemes for nurses for reassessment indications of catheterisation [6]. The importance of nursing practice in the prevention of CAUTI is also summarised by McNeill (2017). He states the opinion of the Institute for Healthcare Improvement (IHI) from 2011, which

again contains basic recommendations for the prevention of infections: the correct indication for catheterisation, aseptic procedure in performance, catheter care according to recommended procedures, reassessment of the necessity for catheterisation and early catheter removal [16], he also recommends introducing the CAUTI prevention approach developed under the Guidelines. He mentions that this approach needs to be updated and performance must be checked. Recommendations include an overview of catheterisation indications: surgery, post-surgery conditions, fluid balance measurement, urinary retention, decubitus (sacral, perianal area, ...), solution of urine derivation in palliative care. He also states that 50% of urinary catheters are unnecessarily introduced, based on evidence, either due to an omission to reassess the indication or to "ease your care", i.e. a kind of comfort for nursing staff - confirming the need to consider alternatives to urine derivation. Another clinical practice and studies confirmed by the preventive step are nursing education in the issue and follow-up/audits of catheter care and catheterisation performance. Care of the urinary catheter and collection system according to McNeil (2007) begins at the moment it is introduced, it concerns consistent hand hygiene, the urogenital area and correct handling of the collection bag (ensuring smooth urine flow, maintaining the gravity gradient, regular bag emptying, during drainage the outflow must not touch the tank, toilet, floor) and the use of closed collection systems is also necessary. Again, the effectiveness of the protocol introduction for nurses to re-assess the indication is mentioned [16]. In his overview article, Tenke at. al. (2007) summarises prevention recommendations similarly to Conway (2012), he also publishes the level of evidence, the level of recommended guidelines according to the US Department of Health and Human Services, which agrees with later versions of recommendations issued by other companies. Tenke with the team (2007) completes the CAUTI risk assessment for individual types of catheterisation (single, short and long term) as well as alternative urinary derivation methods (intermittent catheterisation, suprapubic drainage, urinary condom) [13, 14]. Other preventive options of CAUTI may also include considering the choice of catheter material, but there is no conclusive evidence in the available research results for classical catheter materials (latex with silicon or Teflon layer, whole-silicone catheter), nor for catheters coated by silver, antibiotic or antiseptic layer [13].

## Nursing Care and CAUTI Prevention

High-quality nursing care is crucial in preventing possible complications of bladder catheterisation. Basic nursing care steps include:

- daily (ideally twice daily) hygiene care for the genitals and catheters, showering is optimal,
- prevention of unwanted catheter extraction (patient education, correct handling of the catheter and drainage system, e.g. during positioning, transport, examination, safety of disoriented patients);
- providing patient hydration with respect to possible restrictions,
- securing urine flow from the bladder - prevention of catheter break, drainage system hoses,
- ensuring the collection bag's appropriate position so the gravity gradient is maintained and the urine can flow smoothly (even in a situation such as patient movement, patient position change and transport),

- placing the bag under bladder level,
- hanging the collection bag so the outlet of the bag does not touch the ground, it is necessary to prevent the outlet from contacting the non-sterile tank or toilet during drainage,
- monitoring diuresis and qualitative characteristics of urine,
- monitoring the symptoms of urinary tract inflammation,
- regular emptying of the collection bag's content (filling up to 2/3 of the volume)
- regular replacement of system components (catheter, collection bag) according to standard procedures of the health service provider,
- documentation of the introduction of catheter/re-catheterisation, care (hygienic care) and possible complications,
- limiting the collecting system and catheter disconnection to the most essential cases, in case of disconnection, it is recommended to connect a new bag [17].

The steps to prevent CAUTI from a nursing care perspective are defined by Vytečková (2013) and Jindrák (2014) similarly [4,17]. From the nursing care viewpoint, it is essential that bladder catheterisation is only performed by a competent and well-trained medical practitioner. The correct indication of catheterisation is very important, leaving the catheter for the time necessary, particularly in patients with an increased risk of infection. In the post-surgery period, it is recommended to remove the catheter as soon as possible unless indications are different. Wherever possible, it is recommended to use a replacement variant of urinary derivation – incontinence pads, intermittent catheterisation, for men for example a urinary condom.

Other prevention recommendations are as follows:

- compliance with hand hygiene standards before and after catheterisation performance and before and after handling the urine collection system,
- maintaining the aseptic technique of catheterisation in acute care,
- maintaining to standard bladder catheterisation procedures and care of the patient with the urinary catheter (including the collection system),
- management checks of the compliance with standards,
- correct choice of catheter size (use as narrow as possible unless otherwise indicated) and material (100% silicone catheters for long-term catheterisation),
- catheter fixation (to the thigh),
- use of closed sterile urine collecting systems (i.e. with anti-reflective accessories and sampling port);
- disconnecting the system under aseptic conditions and connecting the new collection bag,
- keeping the collection system hose loose (without breakage) and respecting the gravity gradient of the urine,
- performing hygienic care of the genitals with water and soap or gel for this purpose, it is not recommended to use standard antiseptic solutions for hygienic care (unless indicated)
- performing bladder rinses only in the case of an indication (obstruction)
- consideration of an alternative variant of urinary derivation [4,7,17].



Jirouš (2012) mentions a significant aspect of CAUTI prevention - catheterisation should be performed on the basis of clear indication and for the time necessary. In any case, the urinary catheter should not be introduced to "eased nursing care". General indications of catheterisation include: urinary tract obstruction, diuresis measurement, post-surgery conditions, critical conditions with diuresis monitoring needed, open wound/decubitus in sacral region, incontinence treatment at patient's request, palliative care [4,7,17].

## Aim of the work

The aim of the survey was to find out how the requirements of nursing care standard are fulfilled for a patient with an inserted urinary catheter for a particular healthcare provider.

## Sample/Methodology

The research sample consisted of data obtained from 71 nursing care audits of a patient with a urinary catheter. The au-

dit was conducted in the department of long-term care and were carried out in the form of a direct structured observation of nursing care procedures for the patient with an inserted urinary catheter. The audit criteria (Figure 1) were developed on the basis of nursing care standards of the given provider and on the basis of the recommended procedure for the prevention of urinary tract infections associated with bladder catheterisation (Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections 2009) [11]. The audit criteria included a clear assessment (see Figure 1), which was already in place during the observation. The auditor was an employee of the epidemiological section of the health service provider, and had auditory/monitoring records available. The audit criteria were verified by a pilot test, audits performed at one standard surgical and one internal department. Selection of the respondents sample was plain deliberate, the audit was performed in patients with inserted urinary catheter. Statistical data processing was carried out using the MS Excel 2010 programme. Data collection was conducted from March to May 2018.

| Internal audit of patient care with a urinary catheter                                                                                                                      |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Audit number/the medical record number     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|
| Facility Name:                                                                                                                                                              |                                           | Department:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Signatures                                 |
| Date and time of the performance:                                                                                                                                           |                                           | Date of protocol creation:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |
| Chief auditor:                                                                                                                                                              |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Other auditors:                                                                                                                                                             |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Department employee:                                                                                                                                                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Checked documents: Standard – Bladder catheterisation                                                                                                                       |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Method                                                                                                                                                                      | Process assessment - evaluation criteria: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Points                                     |
| View in documentation                                                                                                                                                       | 1.                                        | Date of catheterisation re-catheterisation is provided.<br>Date of last catheterisation number of days:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 2.                                        | An overview of the days of UC introduction is maintained.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 3.                                        | The length of the catheter introduction is maintained by the manufacturer/standard/.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 4.                                        | UC information is provided (type and size).<br>Size: <input type="text"/> Type: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Single-use <input type="checkbox"/> permanent<br>Material: <input type="checkbox"/> latex <input type="checkbox"/> latex and silicone surface <input type="checkbox"/> 100 % silicone <input type="checkbox"/> other: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 5.                                        | The record contains the signature and the name tag of who introduced the UC.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 6.                                        | Indication for the UC introduction (physician) is indicated:<br><input type="checkbox"/> urine collection (single catheterisation)<br><input type="checkbox"/> pre-operative and post-operative urinary derivations - number of days after surgery: [ <input type="text"/> ]<br><input type="checkbox"/> diuretic monitoring and measurement; the patient is too sick / weak - no other way to collect urine<br><input type="checkbox"/> urinary retention<br><input type="checkbox"/> incontinence<br><input type="checkbox"/> solution of incontinence at the patient's request<br><input type="checkbox"/> a wound on the sacrum region or the perianal area<br><input type="checkbox"/> other: <input type="text"/> |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 7.                                        | Re-evaluation of catheterisation (once in 7 days - physician) is indicated.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 8.                                        | A record of any undesirable reaction or complication is provided.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 9.                                        | A record on monitoring values/amounts of urine by the physician is indicated, in case of indication.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 10.                                       | A record on the patient's instructions are recorded (reason for catheterisation, complications, catheter care).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Observation                                                                                                                                                                 | 11.                                       | The collection system is hinged below bladder level (gravity gradient), does not touch the ground, the hose is not bent.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 12.                                       | The date of replacement is entered on the collection system.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 13.                                       | The collection system is replaced as instructed by the manufacturer/standard.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 14.                                       | When discharging the collecting system, the outlet does not touch the collecting tank/toilet.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |
|                                                                                                                                                                             | 15.                                       | Patient's personal hygiene is including bed linen cleanness (washing twice daily).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |
| Rating:                                                                                                                                                                     |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Number of points achieved                  |
| completed                                                                                                                                                                   | 1                                         | Number of points achieved x 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | Total number of points number of points 15 |
| not completed                                                                                                                                                               | 0                                         | Total number of points                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Audit completed at %                       |
| not rated/not relevant                                                                                                                                                      | x                                         | The 100% result is considered to meet the requirements of internal regulations and standards.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |
| Notes: Corrective measures, if any, will be set up in full for the whole department.                                                                                        |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Additional information:                                                                                                                                                     |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Patient's age: <input type="text"/> Gender: female - male                                                                                                                   |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Number of days since the beginning of the first catheterisation:<br>(With a break of more than 7 days, this is a new introduction, counting from admission to the hospital) |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Drainage system: open - closed (urine collection port, check valve and bacteria filter) - other: <input type="text"/>                                                       |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Urine collection for microbiological examination after catheterisation/re-catheterisation: yes - no                                                                         |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Use of toilet: patient can handle it with help - cannot handle it                                                                                                           |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |
| Divider:                                                                                                                                                                    |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |

Figure 1 Control criteria for the nursing care audit of a patient with the inserted urinary catheter.

## Results

Data from nursing care audits of a patient with an inserted urinary catheter was used for statistical processing and analysis. Data were processed from 71 audits ( $n = 71$ ) performed in the department of long-term care. Chart 1 shows the distribution of patients by gender. 64.78% of respondents were women ( $n = 46$ ) and 35.21% ( $n = 25$ ) were men.

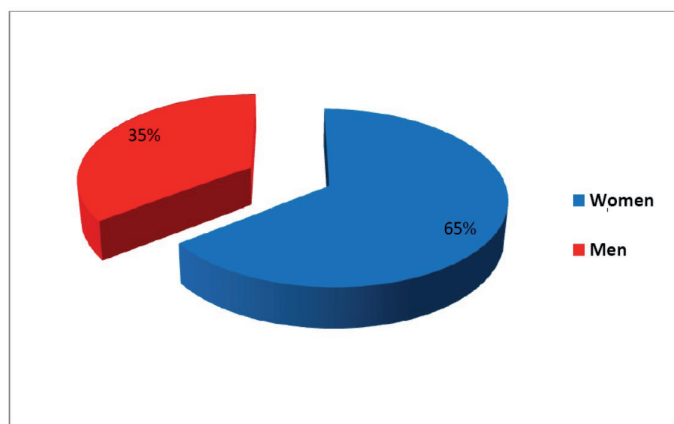


Chart 1 Patient gender

The average catheterisation time in patients was 60.61 days. An overview of the indications for catheterisation is shown in Table 1, the figures are expressed in absolute terms. The graphical summary shows that the most frequent indication of catheterisation was incontinence ( $n = 35$ ; 49.29%) and immobility in 15.5% ( $n = 11$ ), indication due to a wound in sacral region and combination of other indications were reported in seven cases, i.e. at 9.85%. Urine retention as a reason for catheterisation was reported five times (7.04%). The number of indications for "measurement of diuresis in case of incontinence" ( $n = 4$ ) and "urinal infection" ( $n = 4$ ) was the identical. Other indications are already given in lower numbers, while the indication for catheterisation of "post-surgery derivation" is worth mentioning. The patients were in both cases after locomotive apparatus surgery and more than forty days after surgery.

Table 2 Overview of the collection system replacement time

| Replacement frequency                | 1 day   | 3 days | 2-3 days | 4-5 days | 7 days  |          |
|--------------------------------------|---------|--------|----------|----------|---------|----------|
| Number of patients - absolute number | 27      | 6      | 12       | 11       | 15      | 71       |
| Number of patients - percentages     | 38.03 % | 8.45 % | 16.90 %  | 15.49 %  | 21.13 % | 100.00 % |

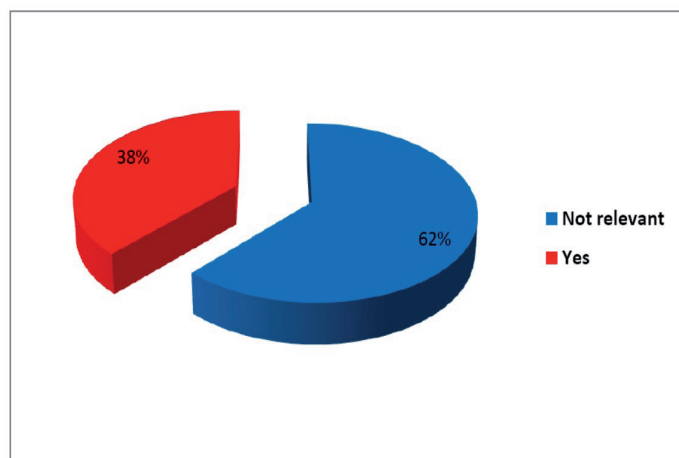
Data analysis showed that urine for microbiological examination was not collected in the case of either catheterisation or re-catheterisation. The documentation check showed that in all cases ( $n = 71$ ) the catheterisation/re-catheterisation date was recorded, the catheter replacement time was also observed in all cases according to the standard. In all patients, a 100% silicone-coated catheter was used. Other types of catheter by the material from which they were made were not used in the patients. Inaccurate reporting of the number of days of catheterisation occurred in one case, and the auditor searched this information retrospectively. This was the case of a patient who had been hospitalised in a long-term care department for more than five years. By reviewing the documentation, it was also found that in all cases the information on the urinary catheter, i.e. on the type and size, were provided. At 21.12% ( $n = 15$ ), there was a missing entry in

Table 1 Overview of indications for catheterisation

| Indications for catheterisation                                   | Number |
|-------------------------------------------------------------------|--------|
| immobility                                                        | 11.00  |
| incontinence                                                      | 35.00  |
| incontinence, vigilant coma, monitoring and measuring of diuresis | 1.00   |
| measuring of diuresis, incontinence                               | 4.00   |
| urinary retention                                                 | 5.00   |
| orthosis, hip luxation                                            | 1.00   |
| post-surgery derivation                                           | 2.00   |
| wound on sacrum region - decubitus, abscess in the hip area       | 1.00   |
| wound on sacrum region or in the perineal area                    | 5.00   |
| wound on sacrum region, high amputation                           | 1.00   |
| solution of incontinence at the wish of the patient               | 1.00   |
| urinal infection                                                  | 4.00   |
| Total                                                             | 71.00  |

The research showed that an open collection urine system was used for all 71 patients. Table 2 presents the collection system replacement time, on the department of long-term care the systems were used when the manufacturer recommends a replacement of up to 3 days. It can be seen that at 36.62% cases the recommended system replacement time has not been accepted, the system was changed within 4-7 days. At 38.03%, the collecting urinary system was changed after one day, i.e. in accordance with recommendation, but in these cases it was customary for not discharge the system at the department.

the document, i.e. the name and signature of the healthcare professional who performed the catheterisation. However, in eight cases, the catheter was introduced in another department and the transfer reports did not indicate the information. A written record of the catheterisation indication was missing in more than twenty medical records ( $n = 23$ ), i.e. in 32.39% of medical records. The auditor asked the physician and the head nurse for the reason for catheterisation in these cases. The record of reassessment of the catheterisation indication for was carried out in the form of an epicrisis record at 36.61% ( $n = 26$ ). In addition, it was found that in 38.03% the record of the reaction or complication of catheterisation was provided in the document. In 61.97% of cases there were no complications, the record of complications was determined to be „not relevant“ see Chart. 2.



**Chart 2** A record of the catheterisation reaction or complication

A record of monitoring values/quantity of urine in case of indication by a physician was conducted in nine patients, in other cases, i.e. in 62 patients, monitoring was not required/indicated. A record of patient education on the cause of catheterisation, complications and catheter care was only available to four patients, i.e. 5.63% of patients. In 94.36% of patients, education was assessed as “not relevant”. The justification for non-provided education was “immobility” at 69.51%, “vigilant coma” in one patient and 28.99% registered change in mental state (e.g. confusion). The audit found that collecting the urinary system was hinged as the requirements of the standards (keeping the gravity gradient of the urine, the bag did not touch the ground, the system hose was not bent or hung through) in 100%. Likewise, the bag emptying procedure was consistent with standard requirements in all cases. The replacement date of the collection system was not recorded in just one case. For all patients, the hygienic care carried out at least twice a day was indicated in the record.

## Discussion

The research presented in this paper was intended to determine the level of compliance with nursing care standards for a patient with a urinary catheter. The average catheterisation time in patients was 60 days, audits were performed on the department of long-term care, i.e. a specific department. The most common indication for catheterisation was “incontinence” and “immobility.” Oman (2012) and Alexantis describe as part of established measures for the prevention of urinary tract infections during the study as well as alternatives to urinary derivation [18,22] and, as an effective step of prevention, they evaluate the introduction of a regular reassessment regime for the indication of bladder catheterisation. The result of our survey found that more than one third of patients had no evidence of catheterisation, the re-evaluation of the catheterisation indication was provided in the form of epicrisis only in one third of patients. The introduction of a uniform system of documentation maintenance on catheterisation would be a clear recommendation and a regular system for the re-evaluation of indications for bladder catheterisation. One of the important points of prevention is the recommendation to use a sterile closed collection urine system [8,18], disconnection of the collecting system should only be permitted if necessary, and e.g. replacement of the collection bag, a collection port of the

closed collection system is appropriate for urine collection. Research showed that open collection systems are preferred in the operation. Jindrák (2014) states that in the case of adequate prevention it is necessary to use closed collection systems, in case of disconnection it is recommended to use aseptic techniques and to replace the collecting system with a new [4]. Replacement of drainage systems during audits, despite the manufacturer’s recommendations (1-3 days), was performed in more than one third of patients over a period longer than 3 days. In case of replacement of the system components, it is possible to admit controversy, on the one hand the manufacturer’s recommendation and the assertions of Jirouš (2012) and Kohoutová (2014) that when changing drainage bags, it is necessary to perform according to the distributor [7, 19]. On the other hand, there is a CDC recommendation from 2009 [11], which is followed by for example Hendová (2010), Vytečková (2013) and Jindrák et. al. (2014) [4, 12, 17], where routine bag replacement is not recommended, a clinical indication for replacement is preferred - obstruction or infection. However, in contrast, it is possible to point out that part of CAUTI is carried out asymptotically and Jindrák et al. al. and others [4,12] state that drainage collecting urinary systems are an indispensable source of multi-resistant bacteria. The nurse’s role is to evaluate the patient’s condition and to draw attention to the pathologies found immediately (patient’s general condition, pathology of the quantity and urine properties), but it is worth mentioning the latent (in 80%) course of infections verifiable only by microbiological examination. The research showed that in more than 38% the collection open system was changed after 24 hours. Here it has been also discovered that the bags are not usually emptied (unless filled-up), but generally changed after one day. In this case, it is worth noting that it is recommended to empty the collecting system when filling-up to two thirds [7]. When discussing the survey results, the authors report the study results [20] presented by Powers (2016). The aim of the study was to evaluate whether there was a relationship between the origin of CAUTI and the discontinuation of a closed collection system, provided that the aseptic disconnection system procedure was followed. This study tracked 53 cases of disconnection of the collection system in eight months. In 92.5% of patients with aseptic technique used to discontinue system continuity, CAUTI did not occur, but CAUTI developed in 4 patients (7.5%). For comparison, at the beginning of the study, the number of CAUTI per period in the department, i.e. 3.5 cases per 1,000 catheterised days, is shown. One year after the implementation of the measure (i.e. aseptic procedure when disconnecting the system), 47 cases of disconnection of the system were followed according to the standard, CAUTI was not recorded. Powers (2016) referred to research carried out in 1974 when 405 patients were observed and evaluated, 18% CAUTI cases occurred due to a failure in the integrity of the collection system [20]. This study was specific, and the implementation of closed collection of urine systems as part of the “packages” of the measure [21] was implemented within other researches. In the context of care for the collecting urinary system, it is worthwhile mentioning the study [18] conducted in the United States of America (the University of Colorado), the results were presented in 2012. The set of preventive measures introduced also included a training programme not only for nurses but also for other healthcare professionals or physiotherapists, transport workers, Radiologists as the education included information on CAUTI prevention, as well as the care principles for the collection system, the



maintenance of the urine's gravity gradient, the regular emptying of the bag and ensuring free flow of urine. Legislation, in particular the Methodological Instruction of the Ministry of Health of the Czech Republic [23] The Programme for the Prevention and Control of Infections in Healthcare Facilities, Providers of Acute Bed Care (2013) obliges to provide adequate training for health and non-health workers in the prevention of infections, i.e. input periodical training and training upon special events. The already mentioned study published by Oman et. al. [18] also presents the introduction of educational programmes for patients and their relatives. Unfortunately, the study results show that no evaluation of these educational programmes has been carried out and the authors themselves state this fact as a weakness of their work. Podrazilová (2016) defines steps to minimise the risks of urinary infections related to healthcare provision. The following are major preventive measures: creating teams of healthcare professionals dealing with bladder catheterisation issue, enhancing the area of medical worker education, defining standards and guidelines for a particular healthcare provider, microbial urine checks in catheter patients, reassessing used types of aids and reporting healthcare associated infections [24]. However, our research results showed that urine for microbiological examination was not recruited during catheterisation/re-catheterisation. These types of examinations are performed in the departments only in the case of demonstration of symptoms of urinary tract infections. We believe that this aspect also affects the number of CAUTI cases at the healthcare provider. The number of CAUTI was minimal in 2016 - two cases. The survey also showed that latex catheters with a 100% silicone coating are used at the provider. Many authors (Jindrák, 2014; Jirouš, 2012) and Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections 2009 recommend to use catheters made of 100% silicone, especially under long-term catheterisation. In the case of the long-term care department specifics, it would certainly be worthwhile to consider replacing the assortment type of aid [4,7,11]. The analysis of the risk areas of the bladder catheterisation process published by Podrazilová (2016) indicates a possible risk from the support of the management when selecting suitable devices for catheterisation and the risk is also the selection of even the basic types of aids and materials [24].

## Conclusion

In this paper, we evaluated the fulfilment of nursing care standards for a patient with a urinary catheter at a particular healthcare provider. Research was carried out through audits. Inadequacies have been identified, particularly in the area of care for the collecting urinary system and in the management of the catheterisation documentation. Based on the survey results, a specific recommendation could be given to change the portfolio of materials and devices used for bladder catheterisation, the adaptation of care standards for patient with the urinary catheter, the performance of bladder catheterisation and documentation maintenance. In accordance with the outcome of audits, it would be appropriate to regularly repeat care audits.

## List of bibliographic references:

1. Šupšáková P. Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi. Praha: Grada Publishing, 2017.
2. Brabcová I, Bártlová S. Management v ošetrovateľskej praxi. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015.
3. Prokešová R, Brabcová I, Bártlová S, Tóthová V. Specifics of risk management in select medical facility. Kontakt 16 (2014) e 256 - e262.
4. Jindrák V, Hedlová D, Urbášková P. Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici. Praha: Mladá fronta, 2014. Aeskulap.
5. Carter EJ, Pallin DJ, Mandel L, Sinnott C, Schuur JD. A Qualitative Study of Factors Facilitating Clinical Nurse Engagement in Emergency Department Catheter-Associated Urinary Tract Infection Prevention. JONA: The Journal of Nursing Administration [online]. 2016, 46(10), 495-500.
6. Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Adults. Critical Care Nurse. 2016, 36(4), e9-e11.
7. Jirouš J. Prevence infekce močových cest. Česká společnost nemocniční epidemiologie a hygieny. 2012.
8. Sujjantararat R, Booth RZ, Davis LL. Nosocomial Urinary Tract Infection Nursing-sensitive Quality Indicator in a Thai Hospital. Journal of nursing care quality. 2005. Vol. 20, No. 2, pp. 134-139.
9. Underwood L. The effect of implementing a comprehensive unit-based safety programme on urinary catheter use. Urologic Nursing, 2015, 35(6), 271-279.
10. Jain M, Dogra V, Mishra B, Thakur A, Loomba PS. Knowledge and attitude of doctors and nurses regarding indication for catheterisation and prevention of catheter-associated urinary tract infection in a tertiary care hospital. Indian Journal of Critical Care Medicine. 2015, 19(2), 76.
11. Andreessen, L, WILDE P, Herendeen P. Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care. J Nursing Care Quality. 2012, 27(3), 209-217.
12. The Centers for Disease Control and Prevention – CDC. Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (2009). HICPAC. Last update: February 15, 2017.
13. Hedlová D. Možnosti prevence infekcí močových cest spojených s katetrizací močového měchýře. Sestra, 2010. č. 10.
14. Tenke P et.al. European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. International Journal of Antimicrobial Agents [online]. 2008, 31, 68-78.
15. Conway LJ, Larson EL. Guidelines to prevent catheter-associated urinary tract infection: 1980 to 2010. Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care. 2012, 41(3), 271-283.
16. Trautner BW. Management of catheter-associated urinary tract infection. Current Opinion in Infectious Diseases. 2010, 23(1), 76-82.
17. McNeill L. (2017). Back to basics: How evidence-based nursing practice can prevent catheter-associated urinary tract infections. Urologic Nursing, 37(4), 204-206.

18. Vytejšková Renata. Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné II: speciální část. Praha: Grada; 2013.
19. Oman KS., Makic MBF, Fink R, Schraeder N, Hulett T, Keecht T, Wald H. Nurse-directed interventions to reduce catheter-associated urinary tract infections. *American Journal of Infection Control*. 2012, 40(6), 548-553.
20. Kohoutová J. Uroinfekce spojené se zdravotní péčí – epidemiologie, prevence. *Urol. praxi* 2014; 11(1): 30–31.
21. Powers J. Impact of an aseptic procedure for breaking the integrity of the urinary drainage system on the development of catheter-associated urinary tract infections in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* . 2016, 37, 82-85.
22. Sherine P, Sanatombi DE, Shalini GN. Effectiveness of Clinical Practice Guidelines on Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections in Selected Hospitals. *JKIMSU*, Vol. 7, No. 1, January-March 2018. 55-66.
23. Alexantis, Irene a Barbara BROOME. Implementation of a Nurse-Driven Protocol to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections. *Journal of Nursing Care Quality*. 2014, 29(3), 245-252
24. ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Metodický návod. Program prevence a kontroly infekcí v zdravotnických zařízeních poskytovatelů akutní lůžkové péče. 2013.
25. Podrazilová P. Minimalizace rizika vzniku infekcí spojených se zdravotní péčí u permanentního močového katétru pomocí rozhodovacích procesů. *Urol. praxi* 2016; 17(1): 40–44.

Contract:

Jitka KROCOVÁ  
 Západočeská univerzita v Plzni  
 Fakulta zdravotnických studií  
 Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
 Husova 11  
 301 00 Plzeň, Česká republika.  
 E:mail: krocovaj@kos.zcu.cz

## Význam komunikácie v paliatívnom ošetrovatel'stve

## The importance of communicating in palliative care

Jana, Filická<sup>1,2</sup>, Ivan Ondrášik<sup>2</sup>, Jaromír Tupý<sup>1,2</sup><sup>1</sup> Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku<sup>2</sup> Ústav klinickej hematológie a transfúziológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

## Abstrakt

Príspevok je zameraný na komunikáciu v paliatívnej starostlivosti, ktorá je nesmierne náročná z každej strany, či pre zomierajúceho pacienta, sestru, príbuzných. Zúšľachtovaním profilu sestry ako nositeľky láskavosti, ochoty a empatie môžeme vytvoriť pozitívny komunikačný kanál, ktorý môže ovplyvniť celý priebeh komunikácie počas sprevádzania zomierajúcich.

**Cieľ:** zistiť skutočnú úroveň komunikácie v paliatívnej starostlivosti.

**Metódy:** Prieskum realizovaný dotazníkovou metódou v zariadení paliatívnej starostlivosti v Hospici milosrdných sestier Trenčín a jeho výsledky sú v diskusii komparované s výsledkami podobných prieskumov.

**Výsledky a záver:** Na základe porovnání sme zistili rezervy v oblasti komunikácie v trojrozmernom vzťahu zomierajúci pacient, sestra, príbuzní zomierajúceho a tiež čo je potrebné urobiť na zlepšenie vzájomnej spolupráce.

**Kľúčové slová:** Zomierajúci pacient. Smrť. Sestra. Paliatívna starostlivosť. Emocionálne aspekty. Komunikácia. Empatia.

## Abstract

The paper focuses on communication in palliative care, which is extremely demanding on either side, or for a dying patient, sister, relatives. By refining the nurse's profile as a bearer of affection, willingness and empathy, we can create a positive communication channel that can affect the entire course of communication while accompanying the dying.

**Objective:** Identify the true level of communication in palliative care.

**Methods:** The survey was carried out by the questionnaire method in the palliative care facility in the Hospice of Merciful Sisters of Trenčín and its results are compared in the discussion with the results of similar surveys.

**Results and conclusion:** On the basis of the comparisons, we have identified the communications provision in the three dimensional relationship of the dying patient, the nurse, the relatives of the deceased, and also what needs to be done to improve mutual co-operation.

**Key words:** A dying patient. Death. Nurse. Palliative care. Emotional aspects. Communication. Empathy.

## Úvod

Rozprávať, komunikovať, pochopiť, byť schopný empatie, načúvať – to sú v podstate len niektoré výrazy, ktoré približujú skutočnosť ľudskej komunikácie. Keď sa hovorí o komunikácii, možno myslieť na jej technické spôsoby: komunikovať faxom, prostredníctvom satelitu, telefónom, či elektronickou poštou a podobne. Veľmi dobre však chápeme, že takéto typy komunikácie nie sú použiteľné pre sestry v praxi vzhľadom na intervencie, ktoré vykonávajú a už vôbec nie pri zomierajúcich pacientov a ich príbuzných. Zomieranie a smrť je právom aktualizovaná téma, o ktorej by sme mali uvažovať, a to v rovine ľudskej i profesionálnej.

## Pokus o vymedzenie fenoménu smrti

Pokúsime sa vymedziť fenomén smrti a vedomie smrteľnosti vzhľadom k existencii ľudského bytia. Systematický prehľad základných otázok, ktoré nastoľuje filozofia v priebehu svojej existencie pri skúmaní fenoménu smrti a smrteľnosti človeka v priebehu svojich dejín sa pokúša podať G. Scherer. Zaoberá sa týmito fundamentálnymi otázkami: *Čo je to smrť? Existuje pre človeka nádej za hranicou smrti? Aký postoj mám mať k smrti? Odkiaľ vieme o smrti a akým spôsobom?* [1]. Tieto otázky nielen smerujú k základnému problému a otázke o zmysle smrti, ale sú aj súčasťou najširšej problematiky zmyslu ľudského života v kontexte jeho prirodzeného sveta, ba dokonca táto otázka smeruje k problematike zmyslu bytia celej skutočnosti.

Problematika smrti, vedomia smrteľnosti a zmyslu života je predmetom systematického skúmania filozofickej antropoló-

gie. „*Ľudská existencia je vždy projektovaná a žitá na horizonte vedenia o smrti. V ľudskom živote je smrť otázkou a smrť opäť kladie otázku samotnému životu. Preto je nemožné zaoberať sa otázkami filozofickej antropológie a pritom netematizovať základné otázky vedomia smrti ako dimenzie ľudského vedomia osebe, opomínať samotnú smrť v jej rozhodujúcom význame*“ [1].

Fenomén smrti veľmi úzko koreluje s ďalšími javmi a pojmami, ktoré sa naň vzťahujú. Takým je najskôr fenomén zomierania. Zomieranie je neoddeliteľnou súčasťou života. Je to záverečný rôzne dlhý životný proces, konečným zavŕšením ktorého je smrť. Zomieranie je posledná kapitola života v užšom význame. Môžeme sa však stretnúť i so širším chápaním fenoménu zomierania - ako procesu, ktorý sa začína vlastne už narodením človeka. V tomto význame je zomieranie synonymom života, zahŕňa istú jeho stránku. V súčasnosti sa pod pojmom zomierania v biomedicínskom aspekte chápe terminálne štádium, teda obdobie zlyhávania dôležitých vitálnych funkcií (dýchanie a krvný obeh), dôsledkom čoho je zánik individuálnej existencie a napokon smrť.

## Základné predpoklady pre prácu s nevyliciteľne chorými

Motivácia je prvým predpokladom úspešnej pomoci. Nie je však jediným činiteľom. Nestačí predsa len pribehnúť k ohňu. Je potrebné aj vedieť, čo sa má robiť v situácii, keď niekde horí [2,3,4]. Od sestry sa vyžaduje neustála psychická vyrovnanosť,



sebaovládanie, trpezlivosť, tolerantnosť, láskavosť, ľudský prístup. Tieto povahové vlastnosti si musí zachovať i napriek osobným a rodinným problémom. Úcta k zomierajúcim znamená, vážiť si ho vždy a za každých okolností ako človeka [5].

## Bio – psycho – sociálne – spirituálny pohľad na potreby zomierajúcich pacientov.

„Na človeka sa pozeráme ako na mnohodimenzionálnu entitu, pretože má psychickú, duchovnú a sociálnu dimenziu“ [6]. Je evidentné, že keď prijme predstavu mnohodimenzionálneho človeka, tak potom musíme tiež prijať názor, že ak bude na človeka niečo pôsobiť, tak to bude mať odozvu vo všetkých jeho dimenziách, kde treba zdôrazniť ich vzájomnú jednotu. Z tohto vyplýva, že pri liečbe pacientov musíme okrem biologickej stránky vnímať aj psychickú, duchovnú, kultúrnu a sociálnu dimenziu.

**Biologické potreby zomierajúcich** sú často alfou a omegou pre vykonávateľov starostlivosti a rodinných príslušníkov. Pokiaľ nemá pacient špeciálne prania, má byť zachovaný biologický rytmus. Prísne sa má dodržiavať nočný kľud, ktorý nesmie byť prerušený hlasnými nočnými kontrolami. Smäd trápi väčšinu zomierajúcich a vymizne až krátko pred smrťou, chuť do jedenia výrazne klesá a podlieha neustálej zmene. Ďalšou prirodzenou potrebou je potreba vylučovania, zomierajúci sú často inkontinentní, čo veľmi zle znášajú. **Psychologické potreby zomierajúcich** majú v celej psychickej sfére pacienta výraznú odozvu. U zomierajúcich ide hlavne o strach zo smrti. Musíme mu dovoliť ventilovať vnútornú úzkosť a strach. Ďalšou potrebou je potreba rešpektovania ľudskej dôstojnosti. Čo sa týka psychických zmien je dôležité povedať, že zomierajúcemu pomáhame zvládať ťažkosti vyplývajúce z liečby, z bolesti, pomáhame mu vyrovnať sa s chorobou, zomieraním a smrťou. Duševný stav pacientov neurčuje len stupeň bolesti, ale aj dôstojnosť, s akou utrpenie znášajú. Ďalšia potreba je potreba autonómie, určite ju nemôžeme chápať ako nezávislosť, pretože aj človek, ktorý je napríklad závislý od ošetrovania od iných, môže byť autonómny. Zomierajúci chorý človek musí mať istotu, že o neho bude dobre postarané, že môže dôverovať všetkým zdravotníckym pracovníkom a svojej rodine. Zomierajúci pacienti bývajú izolovaní, spoločnosť sa k nim správa akoby smrť nebola súčasťou života. Príbuzní sa v prvej chvíli odvracajú od zomierajúceho akoby sa báli, že ich nakazí smrťou. Môžeme povedať, že skôr dochádza ku **sociálnej smrti než biologickej**. Niektorí ľudia sa mylné domnievajú, že spirituálne potreby majú iba veriaci. Nie je to pravda, pretože **spirituálnu stránku osobnosti má každý človek**. Mnohokrát sa musí vysporiadať s pocitmi viny, potrebou odpustenia a zaoberať sa otázkami o zmysluplnosti svojho života.

Tíšenie bolesti možno zaradiť do všetkých dimenzií človeka. Bolestť totiž môže byť nie len biologická, ale aj sociálna, psychologická a spirituálna. Vnímanie bolesti a reakcie na ňu sú výsledkom interakcií mnohých faktorov [6,7].

## Cieľ prieskumu

- zistiť skutočnú úroveň komunikácie v paliatívnej starostlivosti,
- zistiť požiadavky pacientov na komunikáciu sestier,
- zistiť požiadavky príbuzných na komunikáciu sestier,
- zistiť čo je potrebné urobiť na zlepšenie vzájomnej spolupráce vo vzťahu pacient, sestra, príbuzní.

## Charakteristika prieskumu

Na získanie potrebných údajov sme vybrali empirickú metódu zberu informácií formou neštandardizovaného dotazníka. **Prvý dotazník** bol určený pre paliatívne chorých pacientov, keďže sa jedná o špecifickú skupinu respondentov, dotazník bol predstavený a vysvetlený každému individuálne. V prípadoch, keď pacient nevládal sám písať, tlmočil svoju odpoveď sestre, ktorá to zaznamenala. **Druhý dotazník** bol určený sestram. **Tretí dotazník** bol určený príbuzným zomierajúcich pacientov. Prieskum bol realizovaný v zariadení, kde je poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť pacientom v terminálnom štádiu ochorenia, ktoré je zamerané na paliatívnu starostlivosť. Metódou kategoriálnej analýzy Chí kvadrát test pre tabuľku 2x2, sme u respondentov – paliatívne chorých pacientov skúmali vzťah veku ku spokojnosti komunikácie sestier s výsledkom  $\chi^2 = 1,8341$ , miera pravdepodobnosti  $p > 0,05$ . Uvedené hodnoty boli štatisticky nevýznamné. Štatisticky nevýznamné boli aj ďalšie údaje vo vzťahu k spokojnosti komunikácie sestier. Pohlavie respondentov s výsledkom  $\chi^2 = 0,0029$  kde  $p > 0,05$ . Vzdelanie respondentov s výsledkom  $\chi^2 = 0,2778$  čiže  $p > 0,05$ . Vierovyznanie respondentov s výsledkom  $\chi^2 = 1,7321$  čiže  $p > 0,05$ .

## Charakteristika prieskumnej vzorky

Prieskum sme realizovali v paliatívnom zariadení v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíne, ktorého vedenie žiadalo o anonymitu konkrétneho názvu pri zverejňovaní výsledkov. Výber respondentov bol zámerný (tvorili ho terminálne chorí pacienti, sestry v zariadení pre terminálne chorých, príbuzní terminálne chorých pacientov) z toho dôvodu, aby sme zachytili ich názory a postrehy. Prieskumnú vzorku tvorilo celkovo **112 respondentov**, z toho 60 paliatívnych pacientov, 12 sestier a 40 príbuzných pacientov. Respondenti boli oboznámení s cieľom dotazníka a boli im poskytnuté informácie pre spôsob jeho vyplnenia.

## Výsledky a diskusia

Môžeme konštatovať, že naša prieskumná sonda zistila to, že úroveň komunikácie v trojrozmernom vzťahu pacient, sestra, príbuzní má rezervy najmä v nedostatočnej pripravenosti sestier zvládať komunikáciu v záťažových situáciách.

**V otázkach, ktoré sa týkajú poskytovanej úrovne komunikácie v zariadení pre terminálne chorých pacientov sme skúmali:** či sestry vystupujú v anonymite alebo sa zomierajúcim pacientom predstavili. Zistili sme že 64 % uviedlo, že sa im sestra predstavila. Z toho vyplýva že 36% sestier vystupuje pred pacientom v anonymite. Na dnešnú dobu, je to dosť nepochopiteľné, pretože pacient má právo vedieť meno tej sestry, ktorá mu poskytuje starostlivosť, má vedieť na koho sa môže obrátiť, prípadne poďakovať či podať sťažnosť. V ďalšej otázke sme zisťovali, či sestry počas komunikácie s pacientmi používajú odbornú terminológiu. Až 42 % uviedlo, že sestry používajú odborné výrazy. Je to vysoké percento a memento pre sestry, pretože ak chceme zachovať pružnosť ošetrovateľského procesu pacient nám musí rozumieť. Tu súhlasíme s myšlienkou, že „*problémy v komunikácii spôsobujú faktory ako je uponáhľanosť personálu, používanie odborných výrazov či nedostatok času*“ [6].

**V otázkach, ktoré sa týkajú požiadaviek terminálne chorých pacientov na komunikáciu sestier sme zistili, že:** význam komunikácie s nevyliciteľne chorými a zomierajúcimi je v praxi veľmi dôležitý, pretože v nej prejavujeme záujem o pacienta.

Tu súhlasíme s názorom citovanej literatúry, že „všetci tí, ktorí prichádzajú do styku s ťažko chorými pacientmi, musia ovládať komunikačné zručnosti a musia počas komunikácie prejavovať pacientovi dôveru“ [6].

47 % opýtaných v ťažkých chvíľach pomáha rozhovor so sestrou, čo je veľká výzva do budúcnosti, aby sme sa lepšie pripravili na rozhovor so zomierajúcim. Čo nás prekvapilo je, že až 20 % uviedlo, že v ťažkých chvíľach chcú byť sami. Možno to chápať tak, že majú zlú skúsenosť s personálom v zariadení, alebo sú to zomierajúci, ktorí pociťujú zúfalosť a depresiu. Z toho vyplýva, že takýchto pacientov musia sestry častejšie sledovať. Súhlasíme s názorom, že „dotyky pri komunikácii s nevyliciteľne chorými majú svoje špecifiká“ [6].

**V otázkach, ktoré sa týkajú požiadaviek príbuzných terminálne chorých pacientov na komunikáciu sestier sme zistili, že:** 55 % opýtaných príbuzných uviedlo to, že počas návštevy blízkeho v zariadení sa im sestra pozdravila a predstavila. Dobré je to, že 70 % respondentov tvrdí, že sestra im prejavila dostatok porozumenia pri komunikácii. Nedostatok porozumenia sestry prejavili u 15 % respondentov. Problém vidíme v tom, že sestry sa nevedia vžiť do pocitu a dostatočne im prejsť empatiu. Respondenti uviedli, aj to, že ich sestra poučila o vhodnom spôsobe komunikácie s ich blízkym, tak to uviedlo 68 % respondentov. Negatívnu skúsenosť uviedlo 32 % respondentov. Možno to opäť prikladať k charakteru a ochote sestry. Plne súhlasíme s názorom, že práca s rodinou je mnohokrát náročnejšia než práca s pacientom. „Smrteľne chorému človeku nemôžeme účinne pomôcť, pokiaľ do toho nezapojíme aj jeho rodinných príbuzných“ [6,8]. Možno povedať, že príbuzní sú spokojní s komunikáciou sestier, s ich správaním a prístupom, sú radi keď ich zapájajú do ošetrovateľských aktivít pri svojom blízkom.

**V otázkach, ktoré sa týkajú vzájomnej spolupráce medzi terminálne chorým pacientom, sestrou a príbuznými terminálne chorých sme zistili, že:** respondentom sa v komunikácii so sestrou nepáči to, že počas rozhovoru nemajú dostatok súkromia, tak to uviedlo 7 % opýtaných. Je to síce nízke percento, ale odhalilo nám, že sa porušuje jedno z práv pacienta. Treba si však uvedomiť, že zomierajúci sú často imobilní a nie je možné všetkým zabezpečiť samostatnú izbu a intimitu počas rozhovoru. Čo nás veľmi prekvapilo je fakt, že až 28% respondentov uviedlo, že sa im najviac páči spoločná modlitba so sestrou. Možno tomu pripísať skutočnosť, že v Hospici pracujú aj rehoľné sestry, ale počas našej návštevy, kde sme strávili sedem hodín možno povedať, že tam vládne duchovné čaro a Božia добрôta. V ďalšej otázke sme chceli vedieť, aký majú postoj sestry k vlastnej smrti. 32 % respondentov má z nej strach [5,6]. Veľmi nás potešilo, že 98% opýtaných sestier, záleží na tom, aby pacient nezomrel v samote, čo je práve podstata hospicovej filozofie. V otázke či sestry považujú komunikáciu so zomierajúcim za dôležitú, prieskum ukázal, že 84 % si myslí, že áno. Nesmieme pripustiť, aby človek zomieral skôr sociálne ako fyzicky [6,9]. Pozitívne hodnotíme to, že sestry sledujú návštevy príbuzných u pacientov. Prieskum ukázal, že tak to uviedlo 92 % opýtaných. V otázke, čo by najviac pomohlo vylepšiť komunikáciu so zomierajúcimi a ich rodinou, najviac respondentov 41 % uviedlo, že zapájanie príbuzných do ošetrovateľských aktivít.

## Návrhy pre prax

- pri komunikácii netreba podceňovať predstavenie sa zomierajúcemu pacientovi a jeho príbuznému, majú tak pocit, že sestra s nimi jedná férovo a otvorene, lepšie jej dôverujú, sestry majú nosiť na svojich uniformách menovky,
- nepodceňovať fakt, že dôvera je výsledkom a nie predpokladom pre spoluprácu,
- vytvárať programy motivácie pre sestry pracujúce na paliatívnych oddeleniach, aby nedošlo u nich k vyhoreniu, usporadúvať kolektívne posedenia v prírode, rekondičné pobyty s rodinou, viesť psychoterapiu, chodiť do relaxačných centier,

## Záver

Týmto príspevkom chceme prispieť k tomu, aby sa v ľudoch pestovalo dobro, nádej, láska tak ako to dokázal najväčší filozof 20. storočia Ján Pavol II., ktorý vydal nádherné svedectvo života, choroby, smrteľnej slabosti, zomierania a to cez médiá. Bolo cítiť, že vo svete zavládol akýsi neuveriteľný pokoj. Takýto pokoj bolo cítiť aj v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíne, ktorý pohládzať dušu. Uvedomujeme si, že hospicov u nás nie je dosť ako by ich bolo treba, ale filozofiu hospicov môže každý z nás priniesť do zariadenia v ktorom pracuje.

## Literatúra

1. Scherer G. *Smrť ako filosofický problém*. Kostelní Vydří, Karmelitánske nakladateľstvá, 2005: 271 s.
2. Krivohlavý J. *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2010. 128 s.
3. Mathieu – Riedelová, E. *Neplačte smrť nie je smutná*. 1. vyd. Trnava : Dobrá kniha, 2002. 214 s.
4. Filická J. Komunikácia s umierajúcim pacientom a s jeho príbuznými. *Sestra*, 2003;2(7):54.
5. Hudáková P. *Paliatívna starostlivosť: dizertačná práca*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 2010; 120 s.
6. Dobříková – Porubčanová P. et. al. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*, Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2005; 280 s.
7. Blumenthal – Barby K. et al. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1998;240 s.
8. Farkašová D. et. al. *Výskum v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 2006;88 s.
9. Kubler – Rossová E. *Hovory s umierajúcimi*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis v spolupráci s agentúrou TMG, 1992;135 s.

## Kontakt:

Mgr. Jana FILICKÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva  
Katolíckaj univerzita v Ružomberku  
Námestie Andreja Hlinku 48  
034 01 Ružomberok  
E-mail: filickaj@uvn.sk

# Vaginálne pôrody a poruchy panvového dna u žien – súčasné poznatky

## Vaginal Deliveries and Pelvic Floor Disturbances - Current Scientific Knowledge

Janka Hrabčáková, Adriana Repková

Slovenská zdravotnícka univerzita, FOaZOŠ, Katedra pôrodnej asistencie, Bratislava

### Abstrakt

Na základe informácií získaných z odborných literárnych údajov, zdrojov a skúseností, môžeme konštatovať, že vaginálne pôrody majú dopad na správne fungovanie panvového dna u ženy v jej ďalšom živote. Inkontinencia moču, vetrov a stolice, prolaps panvových orgánov výrazne a komplexne znižujú kvalitu života postihnutej ženy. Môžeme konštatovať, že vaginálne pôrody majú existenčný význam pre ľudstvo, ale na druhej strane spôsobujú ženám ireverzibilné poškodenie panvového dna a nesporné zhoršenie úrovne ich života.

**Kľúčové slová:** Vaginálny pôrod. Poruchy panvového dna. Pôrodná asistentka. Prevencia.

### Abstract

Based on information obtained from professional literature, sources and experience, we can conclude that vaginal births have an impact on the proper functioning of the pelvic floor in a woman in her next life. Urinary incontinence, winds and stools, pelvic organ prolapse dramatically and comprehensively reduce the quality of life of the affected woman. We can conclude that vaginal births have an existential significance for humanity but, on the other hand, cause irreversible damage to the pelvic floor and an undeniable deterioration in their level of life.

**Key words:** Vaginal delivery. Lumbar pelvic disorders. Midwife. Prevention.

### Úvod

Poškodenie panvového dna a následná inkontinencia moču v príčinnej súvislosti s tehotenstvom a pôrodom sa teraz dostáva do popredia záujmu odbornej pôrodnickej spoločnosti. Od začiatku súčasného pôrodnictva možno zaznamenať snahu o aplikáciu preventívnych opatrení v oblasti poranení panvového dna a tým aj zníženie rizika vzniku popôrodnej inkontinencie a teda aj k neskorým následkom vaginálne vedeného pôrodu. Narastá záujem o poznanie mechanizmu traumatizácie panvového dna pri pôrode a s ním aj rozvoj diagnostických metód, ktoré môžu funkciu panvového dna sledovať a popísať. Ďalším záujmom odbornej gynekologicko-pôrodnickej spoločnosti sa stali otázky, ako viesť pôrody a následnú popôrodnú starostlivosť, aby sa maximálne eliminovalo poškodenie panvového dna a následný vznik popôrodnej inkontinencie. V posledných rokoch tiež významne narastá počet cisárskych rezov na želanie. Jedným z mnohých dôvodov prečo ženy v súčasnosti žiadajú ukončenie pôrodu cisárskym rezom je aj dôvod vzniku popôrodnej stresovej inkontinencie.

### Teoretické východiská

O prevalencii a spoločenskom dosahu porúch panvového dna (PPD) hovoria štatistické údaje. Poruchami panvového dna trpí asi 20 % žien vo veku okolo 45 rokov. Z toho len 5 % žien vyhľadá pre tento problém lekára. V súčasnosti je každá deväta žena (11,1%) operovaná na inkontinenciu moču alebo na prolaps panvových orgánov, ale približne jedna tretina vyžaduje v neskoršej dobe reoperáciu [1]. DeLancey hovorí dokonca v súvislosti s PPD o skrytej epidémii. V tejto súvislosti vzniká urgentná potreba definovať faktory, ktoré sa podieľajú na vzniku PPD a zväžiť možnosť definovania a zavedenia preventívnych opatrení. Akým spôsobom poškodzuje tehotnosť a pôrod panvové dno, nie je presne známe. Predpokladajú sa rôzne mechanizmy, zodpovedné za vznik PPD. Počas tehotnosti je to kompresia a napínanie tkanív a počas pôrodu aj nervové poškodenie, natrhnutie svalov, spojivových tkanív alebo kombi-

nácia všetkých spomenutých faktorov. Traumatické poškodenie hrádze po pôrode (spontánne, sekundárne po epiziotómii alebo v spojitosti i inštrumentálnym pôrodom sa vyskytuje približne u 85% žien po vaginálnom pôrode [2]. MRI odhalilo, že ženy, u ktorých sa zistilo poškodenie puborektálnych svalov 6 týždňov po pôrode, mali sklon k úprave stavu po 6 mesiacoch, keď sa zistil 60 % vzostup hrúbky puborektálnych svalov. Úplná úprava stavu sa nepotvrdila pri kombinovaných poškodeniach panvových svalov. Vyšetrenia odhalili, že až 20% žien malo po vaginálnych pôdoch viditeľné defekty levátorov, z ktorých väčšina sa týkala ich puboviscerálnych častí. Ide o prvý nesporný dôkaz priameho deštruktívneho vplyvu vaginálneho pôrodu na panvovú stenu [3]. Krofta [4] uvádza, že stratu ukotvenia svalov na panvovú spodinu malo po vaginálnom pôrode dokázanú 36 % žien. Z nich bolo 11 % asymptomatických a 25 % malo príznak poklesu maternice.

### Rizikové faktory traumatizácie panvového dna

Lavy a kol. [5] rozdelili rizikové faktory pre PPD do dvoch skupín: 1. genetické a environmentálne - dedičnosť, rasa, fajčenie, pokročilejší vek, obezita, nízka socioekonomická úroveň, fyzicky náročné zamestnanie – a 2. pôrodnice – parita, vaginálny pôrod, indukcia pôrodu, trvanie II. doby pôrodnej, epidurálna analgézia, naliehanie a postavenie plodu, včasné tlačenie. Niektoré faktory sú jasne preventabilné a na ne by sa mal zamerať výskum s cieľom predchádzať vzniku PPD.

1. Skupina – faktory geneticko – environmentálne: častejší je výskyt a vznik IU u Európaniek bielej rasy a Hispánok v porovnaní s černoškami. Fajčenie a nízka socioekonomická úroveň majú vplyv na zníženie tkanivovej integrity a s ňou spojené popôrodné poškodenie. Starnutie sa tiež prejavuje na tkanivovej celistvosti a elasticite. Podľa Hornemanna a kol. [6] je vek rodičky druhý najdôležitejší rizikový faktor pri závažnom poranení perinea pri vaginálnom pôrode. Rortveit 2006 uvád-



za, že vek prvoroďičky nad 25 rokov zvyšuje riziko stresovej IU. Obezita sa považuje takisto za rizikový faktor, pretože zvýšený abdominálny tlak pri fyzickom strese zvyšuje prenos tlaku na uretru.

2. Skupina – pôrodnica: pri prihladnutí na paritu nie je v literatúre jednota v názore, že vyšší počet pôrodov znamená vyššiu pravdepodobnosť PPD. DeLancey tvrdí, že vyšší počet pôrodov zvyšuje riziko PPD, naopak DeLeeuw 2001 paradoxne považuje multiparu za faktor, ktorý znižuje výskyt lacerácie hrádze III. stupňa. Pravdepodobne to platí pre ženy, u ktorých sa pri prvom pôrode nepoškodilo panvové dno.

Sultan a kol. [7] medzi prvými tvrdili, že prvý pôrod je najdeštruktívnejší pre panvové dno a to hlavne na análny sfinkter. Vysvetlením môže byť nepružnosť panvového dna. U primipár teda treba prihliadať na integritu panvového dna a je to absolútnou povinnosťou pôrodníka alebo pôrodnej asistentky, ak vedie pôrod. Na význam epiziotómie v súvislosti s PPD sú v odbornej literatúre kontroverzné názory. Jedna skupina ju považuje za rizikový faktor trhlín hrádze a preto odporúča vyhnúť sa rutinnej epiziotómii - Hornemann 2010. Iní autori vidia jej protektívny význam pre sfinkter. Ďalšia skupina autorov asociáciu medzi epiziotómiou a trhlinami nevidí. Sú aj rozdielne názory o druhu nástrihu hrádze a jeho vplyve na lacerácie hrádze. Všetci sa však pravdepodobne zhodnú v názore, že inštrumentálne pôrody v spojení s mediolaterálnou epiziotómiou sú najväčším rizikom pre integritu análneho zvierača. Výsledkom komplexnej štúdie z Argentíny – Routine vs. Selective episiotomy: a randomised controlled trial. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Lancet 342. 1993 – je názor, že rutinná epiziotómia by sa nemala robiť a nie je oprávnená frekvencia epiziotómií nad 30%. Uvádzajú, že selektívna epiziotómia prináša v porovnaní s jej rutinným vykonávaním omnoho menšie riziko pre panvové dno. Pôrodná hmotnosť plodu. Väčšina vedeckých prác potvrdzuje jej pozitívnu koreláciu s poškodením hrádze počas pôrodu. Ale v literatúre neexistuje špecifická hranica, aký veľký plod by sa nemal rodiť vaginálne z obavy pred narušením intaktnosti panvového dna – ale napr. pri plodoch matiek s gestačným diabetom je vaginálny pôrod kontraindikovaný pri odhade hmotnosti nad 4500g vzhľadom na riziko dystokie ramienok. Prihladnúť treba iste na viaceré materské a fetálne faktory, ako napr. BMI, panvové rozmery, rozloženie fetálneho tuku. Obvod fetálnej hlavičky by pritom zrejme mal byť smerodajnejší a presnejší ako samotná hmotnosť plodu. Vplyv indukcie pôrodu na poškodenie hrádze je kontroverzný. Ani na trvanie druhej doby pôrodnej nie je absolútna zhoda v názoroch. Jedni autori sa domnievajú, že čím dlhšia II. doba pôrodná, tým je vyššia prevalencia klinicky zistených trhlín hrádze III. a IV. stupňa. Ukazuje sa, že je efektívnejšia pomalšia a kontrolovaná druhá doba pôrodná znižuje silu expulzie. Nevylučuje sa však vznik skrytých poškodení panvového dna. Aktívna a pasívna časť II. DP dlhšia ako 3 hodiny a viac ako 2 hodiny u žien po SC sa považuje za indikáciu na SC pre hroziacu ruptúru maternice. PEDA / pôrodnica epidurálna analgéza / - niektorí autori ju považujú za rizikový pre PPD, ale iní nezistili zvýšené riziko traumatizácie panvového dna. V problematike rizikových faktorov pre pôrodné PPD možno nájsť v odbornej literatúre zhodu v tom, že:

1. Primiparita
2. Inštrumentálny vaginálny pôrod
3. Veľký obvod hlavičky plodu
4. Predĺžená II. doba pôrodná

Všetky štyri faktory sa nezávisle podieľajú na zvyšovaní rizika poškodení panvového dna.

## Profylaxia panvového dna

Cisársky rez – odpovedať pravdivo na otázku, či je dôvodné robiť SC iba z dôvodu prevencie alebo redukcie výskytu PPD je mimoriadne problematické. Hoci SC sa spája z nižším výskytom stresovej IU a PPD, nebola doposiaľ na túto tému žiadna randomizovaná štúdia. Krofira jasne deklaruje, že selektívny cisársky rez bez rozdielu u všetkých žien nie je riešením. Robil by sa aj u žien, u ktorých sa po pôrode nevyvinie PPD. Prieskum medzi 282 pôrodníkmi v 31 pôrodniciach Londýna odhalil liberálny prístup k SC. Až 80% žien požadujúcich SC to dôvodilo strachom z poranenia hrádze a dlhodobých dôsledkov po vaginálnom pôrode.

PRIMÁRNA PREVENCIA PPD: Prenatálne a intrapartálne sledovanie, biometrické parametre matky, veľkosť plodu, genetické predispozície – to všetko treba brať do úvahy predtým, ako ponúkame rodičke „alternatívny spôsob“ pôrodu so zámerom predísť PPD. Cieľom musí byť poskytnúť rodičke najbezpečnejší spôsob pôrodu. Stále je nezodpovedaných veľa otázok. Niet dôkazu, že niektoré postupy sú efektívne – cvičenie panvového dna, perineálna masáž, nafukovacie dilatátory hrádze. Logické sa zdá limitovať trvanie II. DP. Navyše je otázne, či máme rizikovým rodičkám / BMI nad 30 – 35, starším ako 35 rokov s rodinnou anamnézou PPD, väčším plodom ponúkať selektívnu sekciiu na ochranu integrity panvovej spodiny. Každý prípad treba hodnotiť individuálne a špecificky. Vystupuje tu aj etický problém: máme či nemáme povinnosť oznámiť pacientke tieto fakty.

SEKUNDÁRNA PREVENCIA PPD: Týka sa žien, ktoré majú po prvom pôrode určitú PPD. V tejto oblasti panuje takmer jednoznačný názor, že kým nemáme jednoznačné dôkazy, že SC chráni pred PPD, zostáva stále vaginálny pôrod preferovaným spôsobom rodenia detí. Ukazuje sa, že súčasné postupy pri vedení vaginálnych pôrodov s prihliadnutím na rizikové faktory sú správne. Lavy a kol. 2011 odporúčajú vyhnúť sa pôrodom per forcipem a rutinnej epiziotómii. Ale tento názor sa považuje za alibistický a nedá sa použiť pri akútnej hypoxii plodu. Ak budú známe a správne definované rizikové faktory PPD po vaginálnom pôrode, mali by sme zvážiť, ako ich zahrnúť do rozhovoru – poučenia so ženou pri tvorbe pôrodného plánu.

## Úloha pôrodnej asistentky

Pôrodná asistentka pracujúca v primárnej zdravotnej starostlivosti má možnosť vyhľadávať ženy s rizikovou rodinnou anamnézou, alebo aktuálnymi PPD a individuálnym selektovaním jednotlivých rizík a edukáciou, pomôcť žene zorientovať sa či už v období prenatálnej starostlivosti, v priebehu pôrodu alebo u šestonedielky po pôrode edukovať o správnej hygiene v oblasti panvového dna, vyprázdňovaní a vhodnej rekonvalescencii a rehabilitácii po pôrode. Je na mieste aj spolupráca s fyzioterapeutom. Vysvetliť tehotnej žene, aké môže mať dôsledky cvičenie s balónikom nielen tie pozitívne pri pôrode, ale aj popôrodnom období a aj období klimaktéria a menopauzy. V súčasnosti ešte nedisponujeme žiadnymi informáciami, ako sa bude chovať panvové dno v klimaktériu u tej ženy, ktorá cvičila v období tehotenstva s balónikom na prevenciu epiziotómie. V súčasnosti je moderný to trend a ženy masovo začínajú tento jav preferovať.

## Záver

Nie je jednoznačný názor na to, aby žena mala absolútne právo na voľbu spôsobu pôrodu. Obava z poruchy panvového dna, ktorú môže pôrod spôsobiť, je problém z „iného súdka“. Všetci vieme veľmi dobre, že fyziologický stav panvového dna je komfortný život ženy absolútne a všestranne potrebný. V dobe vyčerpávajúcich informovaných súhlasov je vlastne našou legislatívnu povinnosťou poskytnúť rodičke „up-to-date“ informácie. Ale my tieto informácie de facto neposkytujeme, dokonca možno zatajujeme, a keď niektorá príde s obavou o svoje zdravie po vaginálnom pôrode reagujeme podráždene. Vystáva otázka ako ďalej. A to je úloha nielen pre odbornú gynekologicko-pôrodnícku verejnosť.

## Literatúra

1. Hollý I, Papcun P. Poruchy panvového dna po vaginálnom pôrode – dôvod na zmenu pôrodnického manažmentu? *Gynekológia a pôrodníctvo*. 2012; 19: 3-4.
2. Bick DE. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study: protocol for a matched pair cluster trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2010;10:10.
3. Delancey JO, Kearney R. The appearance of elevator ani muscle abnormalities in magnetic resonance images after vaginal delivery. *Obstet. Gynecol.* 2003;101:46–53.
4. Krofta L. *Změny morfologie pánevního dna v souvislosti s vaginálně vedeným porodem*. Praha: 2011.
5. Lavy Y, Sand PK, Kaniel, Can pelvic floor injury secondary to delivery be prevented? *Int. Urogynecol. J.* 2011, DOI 10.1007/s00192-011-1530-0
6. Delancey JOL. Anatomy and biomechanics of genital prolapse. *Clin. Obstet. Gynecol* 1993;36:897–909.
7. Sultan AH, Kamm MA. Anal sphincter disruption during vaginal delivery. *New Engl. J. Med.* 1993;329: 1905–1911.

### Kontakt:

PhDr. Janka HRABČÁKOVÁ, PhD.  
Katedra pôrodnej asistencie,  
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií,  
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave  
Limbova 12  
833 03 Bratislava

## Konzervatívna liečba stresovej inkontinencie

### Conservation treatment of stress incontinence

Adriana Repková, Dominika Fajnorová, Janka Hrabčáková

Katedra pôrodnej asistencie, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií,  
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

#### Abstrakt

Príspevok sa zaoberá problematikou stresovej inkontinencie a prezentuje výsledky štúdie zameranej na konzervatívnu liečbu.

**Cieľ:** hlavným cieľom bolo zistiť efektivitu vybraných fyzioterapeutických metód.

**Materiál a metodika:** Štúdie sa zúčastnilo 150 respondentiek s dg. stresová inkontinencia 1. a 2. stupňa. Dáta sme získali dotazníkovou metódou. V štúdiu sme porovnávali tri skupiny žien, ktoré buď absolvovali liečbu cvičením so zameraním na posilnenie svalov panvového dna a metodiku Pilates, skupinu liečenou iba fyzikálnou terapiou (prístrojom TENS, program stresová inkontinencia) a skupinu, ktorá absolvovala terapiu cvičením, aj fyzikálnou terapiou. Dáta sme triedili, analyzovali a vyhodnotili štatisticky. Potvrdili sme účinnosť fyzikálnej liečby aj cvičenia.

**Výsledky:** najvyššia efektivita liečby sa potvrdila u skupiny, ktorá absolvovala kombinovanú liečbu.

**Záver:** upozorňujeme na dôležitosť primárnej a sekundárnej prevencie a dôležitosť správnej motivácie u pacientok so stresovou inkontinenciou.

**Kľúčové slová:** Stresová inkontinencia. Pilates. TENS. Fyzioterapia. Pôrodná asistencia.

#### Abstract

The paper deals with stress incontinence and presents the results of a study on conservative treatment.

**Objective:** The main objective was to determine the effectiveness of selected methods of physiotherapy.

**Material and methods:** The study was attended by 150 respondents with dg. stress incontinence of 1st and 2nd degree. We obtained the data through a questionnaire. In the study, we compared three groups of women who either underwent exercises with a focus on strengthening the pelvic floor muscles and the Pilates method, a group treated only with physical therapy (TENS, a program for stress incontinence), and a group that has undergone exercise therapy as well as physical therapy. We have sorted, analyzed, and evaluated the data statistically. We have confirmed the effectiveness of both physical therapy and exercise.

**Results:** The highest treatment efficacy was confirmed in the combination treatment group.

**Conclusion:** We highlight the importance of primary and secondary prevention and the importance of proper motivation in patients with stress incontinence.

**Key words:** Stress incontinence. Pilates. TENS. Physiotherapy. Midwifery.

#### Úvod

Stresová inkontinencia je definovaná ako nekontrolovateľný únik moču pri zvýšenom intrabdominálnom tlaku. Na Slovensku postihuje približne 300 000 žien starších ako 18 rokov [1]. Najvyššia prevalencia ochorenia je u žien v klimakteriu a postmenopauze. Najčastejšou príčinou je ochabnutie svalov panvového dna, s následnou nedostatočnou funkciou uzavieracieho mechanizmu močovej trubice [2]. Druhou možnosťou môže byť ochabnutie zvierača močovej trubice. Základnú diagnostiku inkontinencie koná praktický lekár, gynekológ alebo urológ. Ďalej špecializované vyšetrenia vykonáva urológ alebo urogynekológ. Liečba je konzervatívna a chirurgická. Ku konzervatívnej liečbe patrí úprava životného štýlu, farmakoterapia, vyživiť rôznych zdravotníckych pomôcok a rôzne fyzioterapeutické postupy – Kegelove cviky, bio-feedback (elektromyografický/manometrický), tréning pomocou vaginálnych konusov, Ostravský koncept, vaginálny pesár, fyzikálna liečba -mechanoterapia, elektroterapia, termoterapia, hydroterapia, fototerapia [3]. Jednou z metód elektroterapie je transkutánna elektrická neurostimulácia (TENS) s frekvenciami 10-140 Hz sa využíva častejšie u žien s urgentnou inkontinenciou ako pri stresovej inkontinencii. Elektródy umiestňujeme dooblasti suprapubickej, perineálnej alebo sakrálnej. Zvláštnou formou TENS je tzv. APL (akupunturelike) alebo tiež elektroakupunktúra. Je založená na rovnakom princípe ako klasická akupunktúra. Príslušné stimulačné body pre močový mechúr a uretru sú umiestnené na vonkajšom okraji chodidla, vnútornej strane lýtky a monspubis. Fyzioterapia by mala patriť k liečbe prvej voľby [4].

**Cieľ práce** bolo zistiť efektivitu vybraných metód na stresovú inkontinenciu

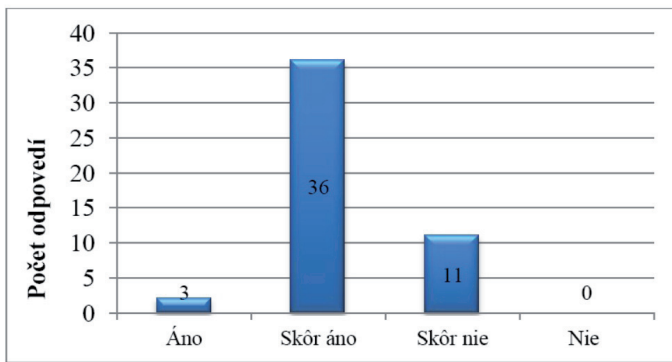
#### Súbor, metodika

Skúmanú vzorku tvorili ženy trpiace stresovou inkontinenciou moču 1. a 2. stupňa, ktoré podstúpili rehabilitačnú liečbu po dobu jeden mesiac. Sledované ženy boli rozdelené do troch skupín. Prvá skupina absolvovala iba fyzioterapeutickú formu liečby cvičením so zameraním na posilnenie svalov panvového dna v kombinácii s Pilates metódou. Druhá skupina absolvovala liečbu iba formou fyzikálnej terapie (elektrostimulácia). Tretia skupina absolvovala kombináciu fyzioterapeutického cvičenia a fyzikálnej terapie. Súbor respondentov nám tvorilo celkovo 150 respondentiek. Respondentky boli rovnomerne rozdelené do uvedených skupín. Dáta sme získavali dotazníkovou metódou. Získané výsledky sme analyzovali a vyhodnocovali štatisticky jednovýberovým Wilcoxonov test a Man Whitney test na hladine významnosti  $\alpha=0,05$ .

#### Výsledky a interpretácia

Zisťovali sme či metodika Pilates/súbor fyzioterapeutických cvičení so zameraním na posilnenie svalov PD zmiernuje príznaky inkontinencie. Respondentky cvičili s fyzioterapeutom 1 mesiac, vrátane domáceho cvičenia. Výsledky sme testovali neparametrickým jednovýberovým Wilcoxonovým testom.





**Graf 1** Zlepšenie príznakov po absolvovaní rehabilitačnej liečby cvičením metódou Pilates

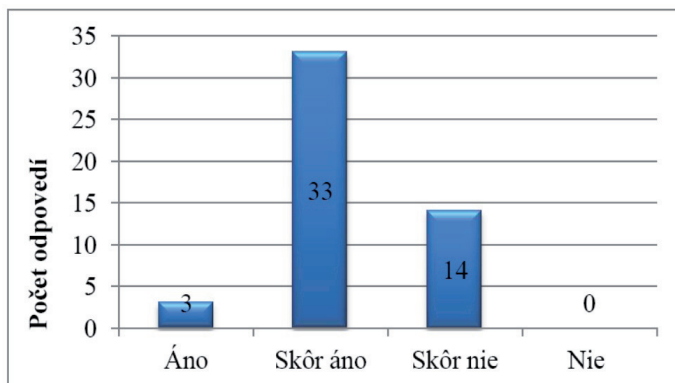
**Tab. 1** Výsledky štatistickej analýzy v programe IBM SPSS

| Test Statistics <sup>a</sup> |           |
|------------------------------|-----------|
|                              | otázka 5a |
| Z                            | -6,418    |
| Asymp. Sig.                  | ,000      |

\* ,000 ide o hodnotu menšiu ako 0,0001

Metodika Pilates/súbor fyzioterapeutických cvičení so zameraním na posilnenie svalov PD zmiernuje príznaky inkontinencie. Ďalej sme zisťovali či fyzikálna terapia pozitívne pôsobí na liečbu inkontinencie. Respondentky absolvovali fyzikálnu terapiu formou elektroliečby 4x do týždňa (TENS program Stresová inkontinencia).

Odpovede respondentiek znázorňuje graf 2.



**Graf 2** Zlepšenie príznakov po použití TENS

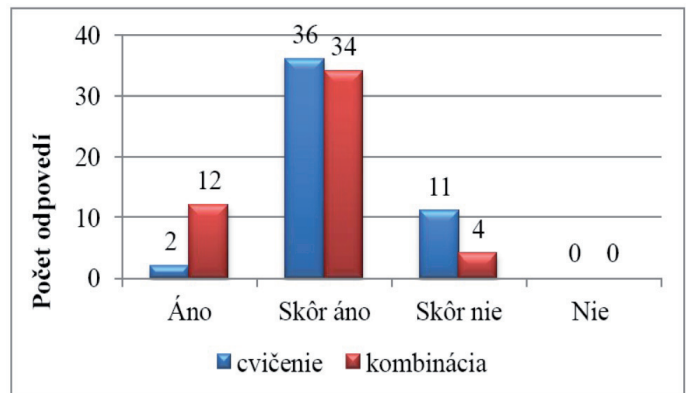
Použili sme neparametrický štatistický test jednovýberový Wilcoxonov test.

**Tab.2** Výsledky štatistickej analýzy v programe IBM SPSS

| Test Statistics <sup>a</sup> |           |
|------------------------------|-----------|
|                              | otázka 8a |
| Z                            | -6,399    |
| Asymp. Sig.                  | ,000      |

Na základe uvedeného konštatujeme, že fyzikálna terapia pôsobí na liečbu inkontinencie pozitívne. Predpokladali sme, že

najefektívnejšie je využitie fyzikálnej terapie spolu s fyzioterapeutickým cvičením. Výsledky jednotlivých skupín respondentiek sme vzájomne porovnávali (graf 3,4)



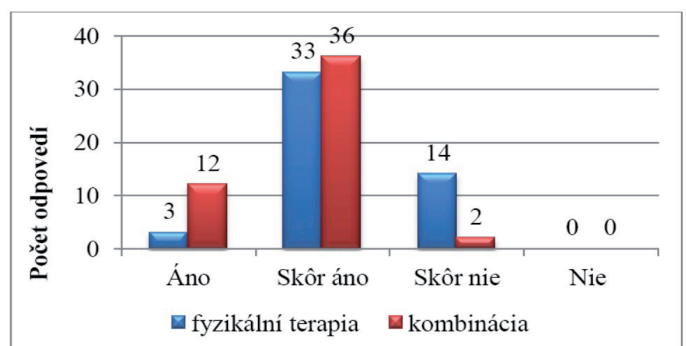
**Graf 3** Účinnosť cvičenia a kombinácie cvičenia s fyzikálnou terapiou pri zmiernovaní príznakov inkontinencie

Výsledky sme testovali neparametrickým Mann-Whitneyho testom

**Tab. 3** Výsledky štatistickej analýzy H3a v programe IBM SPSS

| Test Statistics <sup>a</sup> |           |
|------------------------------|-----------|
|                              | otázka 5a |
| Mann-Whitney U               | 866,000   |
| Z                            | -3,140    |
| Asymp. Sig. (2-tailed)       | ,002      |
| Asymp. Sig. (1-tailed)       | 0,001     |

Zistili sme, že  $p=0,005$ , čo je menšie ako hladina významnosti  $\alpha=0,05$ . Z uvedeného nám vyplýva, že kombinácia fyzikálnej terapie s cvičením je efektívnejšia ako samotné cvičenie.



**Graf 4** Účinnosť fyzikálnej terapie a kombinácie cvičenia s fyzikálnou terapiou

**Tab.4** Výsledky štatistickej analýzy v programe IBM SPSS

| Test Statistics <sup>a</sup> |           |
|------------------------------|-----------|
|                              | otázka 8a |
| Mann-Whitney U               | 806,000   |
| Wilcoxon W                   | 2081,000  |
| Z                            | -3,756    |
| Asymp. Sig. (2-tailed)       | ,000      |
| Asymp. Sig. (1-tailed)       | 0,000*    |

\*0,000-ide o hodnotu menšiu ako 0,0001

Zistili sme, že  $p < 0,0001$ , čo je menšie ako hladina významnosti  $\alpha=0,05$ . Kombinácia fyzikálnej terapie s cvičením je efektívnejšia ako samotná fyzikálna terapia.

Na základe vyššie uvedeného konštatujeme že najefektívnejšie je využitie fyzikálnej terapie spolu s fyzioterapeutickým cvičením.

## Odporúčania pre prax

Včasnými preventívnymi opatreniami sa dá predchádzať samotnému vzniku stresovej inkontinencii. Preto je dôležité pacientky edukovať o správnej primárnej prevencii - dostatočný pitný režim, diétne návyky – dostatok vlákniny, primeraná fyzická aktivita, vrátane posilňovania svalov panvového dna, vhodné hygienické a toaletné návyky (pravidelné vyprázdňovanie), včasná terapia a kompenzácia akútnych aj chronických ochorení. V rámci sekundárnej prevencie je možné zvýšiť pravdepodobnosť uzdravenia pacientky - nácvik močenia a tréning močového mechúra, fyzioterapia, obmedzenie rizikových faktorov, úprava prostredia / obytného priestoru pacientky, behaviorálne postupy, farmakoterapia. Odporúčame pacientkam takú pohybovú aktivitu, ktorá neobsahuje ťažké otrasy, dopady, skoky a dvíhanie bremien / závaží. Za vhodné považujeme Pilates, kalanetiku, zdravý chrbát, Kegelove cvičenia apod. ako aj nezanedbávať mierne kondičné cvičenia - rýchlejšia chôdza, nordicwalking, korčuľovanie apod.

## Záver

Problematika inkontinencie patrí vždy do rúk urogynékológa, ale multidisciplinárna spolupráca viacerých odborníkov prináša pacientke benefit. Je dôležité, aby pôrodné asistentky motivovali pacientky so stresovou inkontinenciou k aktívnemu prístupu v liečbe, predovšetkým v oblasti cvičenia a zmien životného štýlu, nielen v sekundárnej, ale aj primárnej prevencii u žien v klimaktériu.

## Literatúra

1. Urbanová E, Bašková M, Bubeníková M. a kol. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. Martin: Osveta, 2010.
2. Čermák A, Pacík D. *Inkontinence moči*. Praha: TRITON, 2006.
3. Gorbachinski G, Badlani H. *Stresová močová inkontinence u žen: diagnostika a léčba na základě hodnocení a guidelines*. WakeForestUniversity: Dept of Urology, 2011 [online]. (<http://www.prolekare.cz/urologicke-listy-clanek/stresova-mocova-inkontinence-u-zen-diagnostika-a-lecba-na-zaklade-hodnoceni-a-a-a-guidelines-35217>). Accessed June 18, 2018.
4. Krhut J. et al. *Fyzioterapie v léčbě inkontinence moči u žen*. FN Ostrava: Urologické oddělení, 2015, [online]. <http://www.prolekare.cz/ceska-urologie-clanek/fyzioterapie-v-lecbe-inkontinence-moci-u-zen-57546>. Accessed June 28, 2018.

### Kontakt:

doc. PhDr. Adriana REPKOVÁ, PhD., mim. prof.  
Katedra pôrodnej asistencie,  
Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií,  
Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave  
Limbova 12  
833 03 Bratislava  
E-mail: [adriana.repkova@szu.sk](mailto:adriana.repkova@szu.sk)



ISSN 1337-723X

