

ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

ROČNÍK VIII.
2015

ČÍSLO 2



VEDECKO-ODBORNÝ ČASOPIS
FAKULTY ZDRAVOTNÍCTVA
KATOLÍCKEJ UNIVERZITY V RUŽOMBERKU



OBSAH

Predhovor	
<i>Foreword</i>	2
Littva, V., Šichman, M.: Spiritual Care Competencies of Health Care Workers in Slovakia	
<i>Kompetencie zdravotníckych pracovníkov v oblasti spirituálnej starostlivosti na Slovensku</i>	5
Anasiewicz, A.: Reflection on the Last Offices Performed in Medicine	
<i>Zamyslenie sa nad udeľovaním pomazania nemocných v medicíne</i>	6
Littva, V., Andrási, I., Moraučíková, E.: Spiritual Needs at the End of Life	
<i>Spirituálne potreby na konci života</i>	7
Hudáková, P., Zajacová, K.: Vplyv práce sestry pracujúcej s terminálne chorými pacientmi na osobný a profesionálny život	
<i>The Influence of the Work of a Nurse Working with Terminally ill Patients on the Personal and Professional Life</i>	11
Dorková, Z., Kala, M., Krátká, A. : Komunikace s pozůstalými ve zdravotnickém zařízení	
<i>Communication with the Bereaved in the Health Care Facility</i>	17
Adamczyk, R.: Hledání smyslu – Ve stopách Viktora E. Frankla	
<i>Search for Meaning - In the Footsteps of Victor E. Frankl</i>	21
Hudáková, Z., Zięba, H. R.: Etické problémy v onkologickom ošetrovatel'stve	
<i>Ethical Problems in Oncological Nursing</i>	24
Kopáčíková, M. : Hodnotenie kompetencií na uspokojovanie spirituálnych potrieb z aspektu zdravotníckych pracovníkov	
<i>Assessment of Competencies to meet the Spiritual Needs of the Aspect of Health Care Workers</i>	27
Slovák, P.: Spirituálny rozmer komunikácie ako významný činiteľ zvládania bolesti a strachu	
<i>Spiritual Dimension of Communication as an Important Factor in Coping with Pain and Frea</i>	32
Novysedláková, M., Kaiserová, F.: Psychosociálne aspekty chronického ochorenia	
<i>Psychosocial Aspects of Chronic Disease</i>	36
Machyniaková, L.: Etické dilemy pomáhajúcich pracovníkov v hospicovej a paliatívnej starostlivosti	
<i>Ethical Dilemmas of Helping Workers in Hospice and Palliative Care</i>	39
Kober, L.: Uspokojovanie spirituálnych potrieb u dlhodobo hospitalizovaných pacientov v terminálnom štádiu chronického ochorenia - výsledky štúdie	
<i>Satisfying the Spiritual Needs with Long-term Hospitalized Patients with End-stage Chronic Disease - Results of a Study</i>	43
Šenkárová, Z.: Assessment and spiritual needs of dying patients	
<i>Posudzovanie a spirituálne potreby zomierajúcich pacientov</i>	47
Moraučíková, E.: Postoj zdravotníckych pracovníkov k zomieraniu a smrti	
<i>Attitude of Health Care Workers towards Death and Dying</i>	51
Kopáčíková, M. : Ako vplýva potrat na život ženy?	
<i>How Abortion Influences Woman's Life?</i>	53
Gadušová, M.: Niektoré novšie aspekty pneumónie u starých ľudí	
<i>Some New Aspects of Pneumonia in the Elderly</i>	58



REDAKČNÁ RADA

Šéfredaktor:

prof. MUDr. Anton LACKO, CSc.

Členovia:

Ing. Bc. 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.

doc. 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

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 SRPOŇOVÁ

doc. RNDr. Jaroslav TIMKO, PhD.

MUDr. Jaromír TUPÝ, 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: Vydavateľstvo M. Vaška Prešov, <http://www.vmv.sk>

ISSN 1337-723X

Evidenčné číslo: EV 2963/09

Vychádza 2x ročne

© Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku
november 2015

PREDHOVOR

Vážení čitatelia,

držíte v rukách špeciálne číslo Zdravotníckych štúdií, ktoré je venované medzinárodnej konferencii s názvom: Potreby zomierajúcich pacientov a ich spiritualita, ktorá sa konala 1. októbra 2015 v Ružomberku. Konferencia bola organizovaná v rámci projektu KEGA č. 034KU-4/2013 s názvom: „Uspokojovanie spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov z pohľadu zdravotníckych pracovníkov z hľadiska praxe“ Na konferencii sa zúčastnili akademickí pracovníci a zdravotníci z celého Slovenska, Českej republiky a Poľska: zdravotné sestry, pôrodné asistentky, zdravotnícki záchranári, kňazi, pracovníci verejného zdravia, sociológovia a sociálni pracovníci. Dvadsať aktívnych účastníkov prezentovalo ich výstupy z výskumu a skúseností z praxe. Pasívne sa na konferencii zúčastnilo viac ako 60 poslucháčov. Plodná diskusia vytvorila dobrú platformu pre získanie spektrálneho obrazu o spokojnosti so spirituálnou starostlivosťou v zdravotníctve. Vybrané príspevky sú uverejnené v tomto časopise a poslúžia tak pre odbornú verejnosť, ako aj laickú verejnosť.

Rozhodli ste sa čítať ťažkú tému, ale to je problém, ktorý sa dotýka každého človeka svojím spôsobom. Koniec koncov, všetci sme smrteľní, či sa nám to páči alebo nie. Smrť a umieranie je súčasťou života každej ľudskej bytosti. Aj keď nemusíme ešte riešiť akútnu situáciu nášho vlastného zomierania a smrti, musíme sa neraz vysporiadať so smrťou našich blízkych a priateľov. Umieranie a smrť nezanecháva žiadneho človeka chladným a často vzbudzuje enormné emócie. Preto môžeme predpokladať, že v prípade ak by tie isté prieskumy boli vykonané o niekoľko týždňov, alebo mesiacov u rovnakých respondentov by výsledky mohli dosiahnuť inú hodnotu, aj keď všeobecne by naznačovali rovnaký smer.

Prajem vám, aby čítanie týchto príspevkov bolo užitočné nielen v získavaní nových poznatkov, ale aj pri vytváraní príležitostí a postojov v situáciách súvisiacich s blízkosťou smrti a umieraním.

Vladimir Littva

FOREWORD

Dear readers,

You got into the hands a special issue of Health study, which is devoted to the international conference entitled: The needs of dying patients and their spirituality held on October 1 st 2015 in Ružomberok. The conference was organized under KEGA project Nr. 034KU-4/2013 named: “Meeting the spiritual needs of dying patients in terms of health care workers in terms of practice.” At the conference participated researchers and health care workers from around all Slovakia, Czech Republic and Poland: nurses, midwives, paramedics, priests, public health workers, sociologists and social workers. Twenty speakers presented their outcomes from research and experiences from the practice. More than 60 passive participants contributed to discussion and it created a good platform to get spectral picture about satisfaction of spiritual care in health care. Selected (not all) contributions are published in this journal for the professional public as well as for laics.

You have chosen to read a difficult subject, but it is an issue that affects everyone in some way. After all, we are all mortal, whether we like it or not. Death and dying is part of life of every human being. Although we do not yet address the acute situation of our own dying and death, but we must coop with death of our loved ones and friends.

The authors of each contribution have chosen difficult task - researching in secrecy and emotional life. Dying and death leaves not a person cold and often arouses emotions distorting reality. Therefore, we can assume that if the same surveys carried out in a few weeks, or months and again their flat attended by the same respondents, the results would show a different value although generally would indicate the same direction.

I wish you that reading this contributions is useful in new knowledge but also in creating opportunities and learning attitudes in time situations related to the proximity of death and dying.

Vladimir Littva



FACULTY OF HEALTH
The Catholic University in Ružomberok
Nám. A. Hlinku 48, 034 01 RUŽOMBEROK

INTERNATIONAL CONFERENCE

under the auspices of

Assoc. Prof. Anna Lesňáková, PhD.

The dean of the Faculty of Health, CU Ružomberok

NEEDS OF DYING PATIENTS AND THEIR SPIRITUALITY

Date: October 1st 2015
Time: 9:30 h
Place: Faculty of Health
Catholic University in Ružomberok
Nám. A. Hlinku 60
034 01 Ružomberok



FACULTY OF HEALTH **The Catholic University in Ružomberok**

Nám. A. Hlinku 48, 034 01 RUŽOMBEROK

AIM OF THE CONFERENCE

- To inform about experience and outcomes in project KEGA č. 034KU-4/2013 named: "Meeting the spiritual needs of dying patients in terms of health care workers in terms of practice."
- To exchange scientific and practical knowledge in the area of care of the dying patient and the satisfaction of his spiritual needs in health care.
- To create platform for communication and cooperation professionals in this area.

KEY INFORMATION

- Place - Faculty of Health, Catholic University in Ružomberok (main building of the Faculty).
- Deadline for registration - Attendance is necessary to confirm before **September 15th 2015** at e-mail:
vladimir.littva@ku.sk
- The official languages of conference: English and Slovak.



SCIENTIFIC AND ORGANIZING COORDINATORS :

Assoc. Professor PhDr. Vladimír LITTVÁ, PhD. MPH.
Assoc. Professor PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.
RNDr. Soňa Hlinková, PhD.
PhDr. Eva Moraučíková, PhD.
Ing. Imrich Andrási

Spiritual Care Competencies of Health Care Workers in Slovakia

Vladimír Littva, Marek Šichman

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Title: Spiritual Care Competencies of Health Care Workers in Slovakia

Authors: V. Littva¹, M. Šichman¹

¹Institution: Faculty of Health – Catholic University in Ružomberok, Slovakia

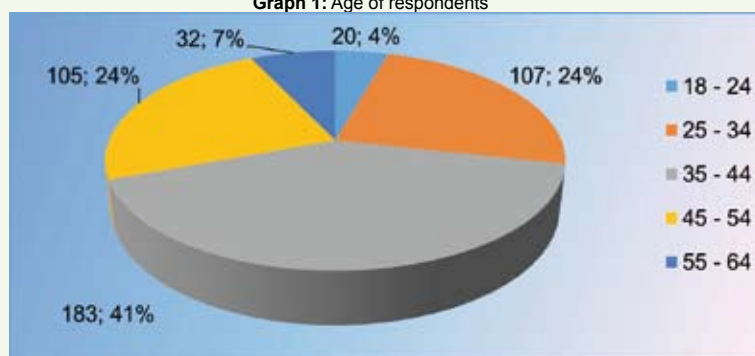
Contact: vladimir.littva@ku.sk

Background: For many people the last phase of life rouses the question concerning to spiritual life. If medical workers like to enhance the quality of life of dying patients, palliative care should encompass whole personality of human being and its needs.

Aim: I like to share some outcomes from research on spiritual care competencies of health care workers in Slovakia arising from project KEGA034KU-4/2013: "Meeting the spiritual needs of dying patients in terms of health care workers in terms of practice".

Methods: Survey - 447 Standardized Questionnaires - The Spiritual Care Competence Scale using five-level psychometric Likert scale Time: June 2014-July 2015 Place: Slovakia. Results processed by analysis of variance in its entirety as well as by individual domains.

Graph 1: Age of respondents



The sample:

- 447 health care workers
- 47 men and 400 women

Length of Practice:

Year's	n	%
0 - 5	59	13.2
6 - 9	72	16.1
10-21	143	32.0
22-31	114	25.5
>31	59	13.2

		CORRELATIONS				
		SEX	AGE	WORK POSITION	PRACTICE	FAITH
OVERALL SCORE	Pearson Correlation	,176**	,133**	-,071	,148**	-,119*
	Sig. (2-tailed)	,000	,005	,136	,002	,011
	N	447	447	447	447	447
Attitude towards patient spirituality	Pearson Correlation	,175**	,094*	-,056	,087	-,057
	Sig. (2-tailed)	,000	,046	,235	,065	,228
Communication	Pearson Correlation	,162**	,123**	-,076	,141**	-,006
	Sig. (2-tailed)	,001	,009	,107	,003	,892
Assessment and implementation of spiritual care	Pearson Correlation	,136**	,165**	-,075	,157**	-,052
	Sig. (2-tailed)	,004	,000	,115	,001	,270
Referral to professionals	Pearson Correlation	,135**	,071	-,032	,084	-,055
	Sig. (2-tailed)	,004	,134	,501	,076	,249
Personal support and patient counseling	Pearson Correlation	,205**	,094*	-,048	,111*	-,160**
	Sig. (2-tailed)	,000	,047	,307	,019	,001
Professionalization and improving the quality of spiritual care	Pearson Correlation	,052	,068	-,045	,097*	-,117*
	Sig. (2-tailed)	,277	,152	,342	,041	,014

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

*Correlations is significant at the 0.05 level (2-tailed)

Results: The overall average score for all participating health care workers is 3.72 – that means their competencies are high; Modus 4; Variance 1.31; standard deviation 1.13 and absolute deviation 0.92. Correlation with average score is significant at the $p < 0.01$ level for sex 0.000; age 0.005 and practice length 0.002. Correlation with faith is significant only at the $p < 0.05$ level with result 0.011. Statistically significant results in correlations in individual domains are to sex in five domains, to age in four domains and practice length in four domains.

Conclusion: Dying is not leaving cold those who are in the presence of dying. Health care workers should act in the best manner to achieve satisfaction of all needs, spiritual needs including. For that reason they must be well prepared and have the appropriate competencies.

Reflection on the Last Offices Performed in Medicine

Agnieszka Anasiewicz

Medical University of Lublin, Poland



REFLECTION ON THE LAST OFFICES PERFORMED IN MEDICINE

Agnieszka Anasiewicz
Medical University of Lublin, Poland

Some time ago I was preparing Szymon, a high school student studying for his maturity examination, for the confession before the neurosurgical operation.

Before the operation I gave Szymon a picture of *Christ The King of the Universe* entitled "*The Light of the World*" / W. H. Hunt, 1904 / with my promise to pray for him.



Soon I left for a medical congress in Oxford where I came across another picture of *Christ The King of the Universe* - "*The Light of the World*" / W. H. Hunt, 1854 /.

When I returned from Oxford, I gave Szymon that copy of Christ The King of Universe too.

Histopathological diagnosis confirmed Szymon's tumor was very malignant.

Several months later Szymon underwent another surgery as the tumor recurred. I accompanied Szymon during his stay in hospital, often prayed with him. He would calm down even after a short prayer. I was preparing Szymon for death, with his father present all the time.



A year later I was about to leave for the USA to train there. On the day before leaving I went to Szymon's grave. There I met his father who told me: "It was you who made our son love Christ. During his last months of fighting the disease our son wouldn't be parted from the picture of Christ so I and his mother decided to place the figure of Christ The King of the Universe - "*The Light of the World*" carved in stone on Szymon's tomb" (citation).

*I thank to Divine Providence
and Professor Tomasz Trojanowski, the Head
of The Clinic of Neurosurgery and Pediatric Neurosurgery
SPSK NR 4 in Lublin, Poland for letting me perform the
last offices for the patients, the service that allows to improve
not only sensitivity and empathy but also spiritual life.*

Spiritual Needs at the End of Life

Vladimír Littva¹, Imrich András¹, Eva Moraučíková¹

¹Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok

Súhrn

Niet pochýb o tom, že začiatok a koniec života sú obdobia, v ktorom sa človek prejavuje ako ten, ktorý potrebuje Spoločenstvo a jeho pomoc. Starnúca populácia predstavuje obrovské príležitosti pre národy, ale aj obrovskými problémami. 10% svetovej populácie je viac ako 60 rokov. Zdravie nie je už len osobná záležitosť. To sa stalo verejnou vecou týkajúcou sa každého člena spoločnosti. Zdieľanie zodpovednosti pri ochrane zdravia je zdieľanie základného tovaru z dôvodu vedomia a závislosti. Nikto by mohla byť úplne nezávislá týkajúca sa zdravotných problémov v dnešnej dobe. Bližšie sme k smrti, tým silnejšia závislosť je uvedený v našom živote. Aj v dnešnej dobe je zdravotná starostlivosť prezentovaná ako kresťanského povolania, najmä v čase stretnutia so Stvoriteľom.

Kľúčové slová: Spirituálne potreby. Zomieranie. Izolácia. Koniec života. Ošetrovanie.

Summary

There is no doubt that the beginning and the end of life are periods in which a person manifests itself as that which needs the Community and its help. The aging population presents enormous opportunities for the nations, but also enormous challenges. A 10 % of the world population is over 60 years. Health is not anymore only personal matter. It became a public thing concerning to every member of society. Sharing responsibility in protection of health is sharing of basic goods for the reason of awareness and dependency. No one could be completely independent concerning to health issues nowadays. Closer we are to death, the stronger dependency is presented in our life. Even in the present times is health care presented as Christian vocation especially at the time of the meeting with the Creator.

Key words: Spiritual Needs, Dying, Isolation, End of Life, Nursing.

Lead in

Man is experiencing in his life different periods. Once he feels strong, self-sufficient and almost indestructible, other times feels weak, lonely and still dependent on the assistance of others. There is no doubt that the beginning and the end of life are periods in which a person manifests itself as that which needs the Community and its help. Dependence on the community at large is to show humanity and faith.

Change in health status, loss of health, and ultimately dying is a reality that directly affects both individuals and the entire community. Health is not anymore only personal matter. It became a public thing concerning to every member of society. All societies are creating social organisations of health care. At one hand responsibility of society and responsibility of person are put together to reach same goal – well-being of person. At another hand well-being of individuals is base for well-being and social peace in society. Sharing responsibility in protection of health is sharing of basic goods for the reason of awareness and dependency. No one could be completely independent concerning to health issues nowadays. Health care system is depending of huge income for research, tools, medicaments and specialist. No one is in condition be ready to pay for everything. For that reason were created different policy supporting health care systems in different countries.

Health became subject of culture, but also subject of tough business. More is written and said about health, more people are in situation struggling to protect it. Even though the knowledge and consciousness about health issues is permanently increasing, some people have less and less means to keep good and healthy living conditions. The reason, why health is becoming more and more luxury because „Health is not a sensible good: feeling well or being pain free.

[...] Human well-being includes intellectual knowledge, acquired skills, moral virtues, harmonious relationships, and God's supernatural gifts – none of which pertains to health“ (Grisez, G. 1999). World Health Organization characterized

health not only as absence of the illness in the body, but rather as well-being of the human entity with its social, cultural and spiritual background.

Some people mistakenly believe that spiritual needs have believers only. This is not true, because the spiritual aspect has personality of everyone. Spiritual needs of man are associated with faith. Therefore, when exploring the spiritual heritage of health care, there is a fundamental need to become aware of the religious influences that have shaped and guided health care history. This point is crucial in contemporary society where now vast ethnic, racial and cultural diversity is. (McSherry, 2008. p. 20).

People often start with an awareness of one's life and raise questions about the meaning of dying and life only in time of sickness and approaching death. Unresolved issues can lead to agitation and also to further suffering of the patient.

One of the nursing and health care diagnoses related to the issue of spirituality is the spiritual distress. It is defined as a „state“ in which the individual actually or potentially impaired the faith, the system of values which provide the strength, hope and purpose in life.

According to O'Brien has spiritual distress following symptoms:

- Spiritual pain - problems in reconciliation with the loss of a loved one, or great suffering, too big attachment to someone or to something
- Spiritual alienation - separation from the religious community, separation from the family and loved ones
- Spiritual anguish - the doubts of opinion or value system, everything is changed, uncertainty
- Spiritual guilt - failure in faithfulness to religious rules, because of lack of strength or because of weak will
- Spiritual anger - difficulty accepting the disease or suffering, looking for reason and origin of pain and sufferings
- Spiritual loss - difficulty finding comfort in religion, loss of peace and sulk
- Spiritual despair - a feeling of lack of interest in his own person, resignation (O'Brien, 2013)

Methods: Survey

In survey, we tried to get answers to the following questions - problems:

1. What is the attitude of nurses to satisfy the spiritual needs of patients?
2. Reason and how health care workers can help to meet spiritual needs of patients?
3. If there are deficiencies in meeting the spiritual needs of the dying?

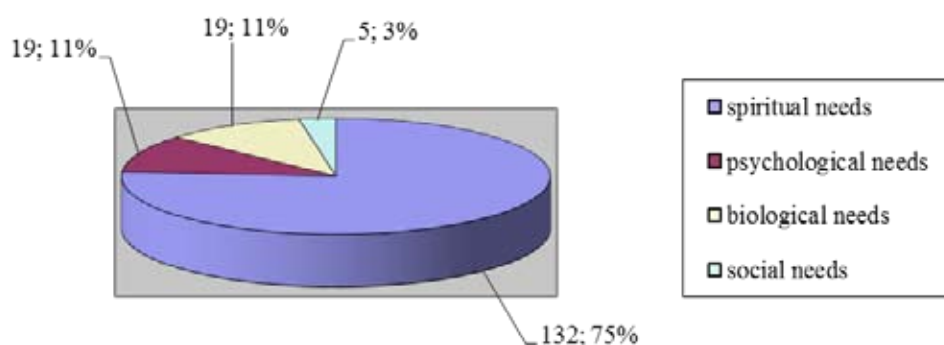
Questionnaires 180 questionnaires were distributed, 175 were returned, it represents 97% return.

Time: from January to March 2013

Place: Central Military Hospital Ružomberok – Faculty Hospital, National Institute of Tuberculosis, Pulmonary and Chest Surgery in Vyšné Hágy, Hospital in Liptovský Mikuláš and nurses who were interviewed individually by questionnaires.

Results:

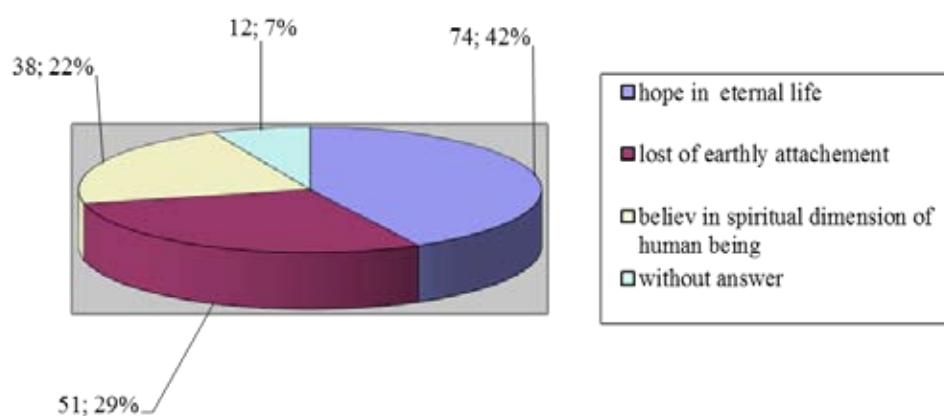
In Question nr. 1, we tried to find out what kinds of needs according to the nurses are more important in the final stages of life. 132 (75%) respondents considered the fulfilment of the spiritual needs of the end-stage of life as most important, 19 (11%) respondents considered psychological needs, 19 (11%) respondents considered the biological needs and 5 (3%) respondents gave prominence to social needs. Closer the patients are to the End – higher level of importance is related to the spiritual needs. It is regardless of age, education or status of the patients. Even people who are not religious – connected with formal religious institution in the time of dying are readdressing to the questions of self-esteem, self-reconciliation and reconciliation with others from the point of morality. Patients recognizing the approaching time of death are diminishing importance of biological needs – they know helplessness and impossibility to restore their health status. Similarly they start disconnection with family members and friends.



Graph 1 Perception of importance of the patient needs in terminal stage of life

When we investigated reason why the perception of spiritual needs for dying is more intense than during their life, 74 respondents (42%) said that a man in despair is based deeply on the hope of eternal life. When man is losing possibility to manage his earthly life, health and living condition and is becoming powerless, he is looking for someone more powerful. Because it is not possible

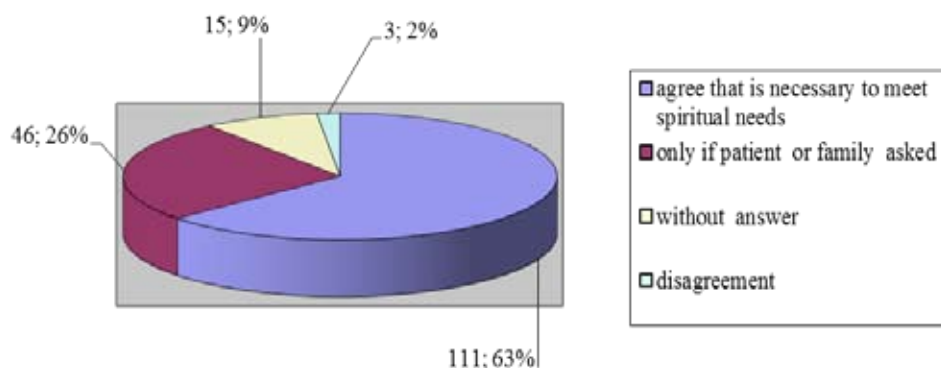
to find it between men, there is only one option – to address needs and appeal to God. 51 respondents (29%) said that the values that were important previously lost the importance – loss of earthly attachment. 38 of the respondents (22%) expressed a belief in the existence of the spiritual component of man, 12 respondents (7%) to the question did not answer.



Graph 2 Perception of spiritual needs by dying patient

Another issue we have investigated was whether it is appropriate and when to meet spiritual needs. The responses indicated that 111 (63%) respondents were in favor of satisfaction of spiritual needs and 46 (26%) respondents answered yes, but only if

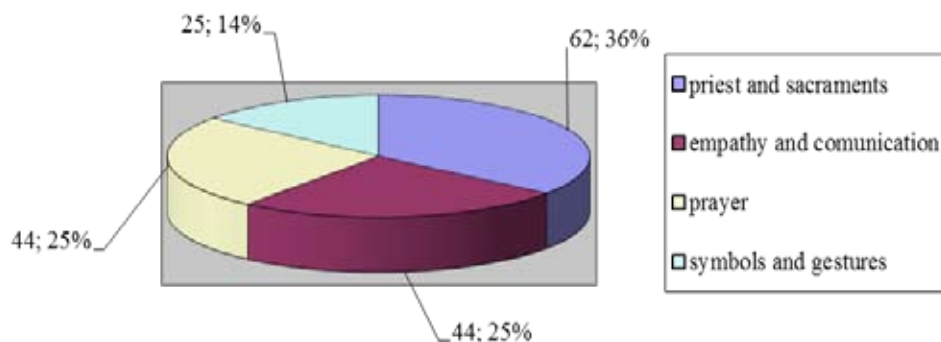
requested by the patient or his family. It is showing that majority of respondents are willing to act in the way to provide spiritual care – mediate or intervene. 15 (9%) of respondents did not answer, and 3 (2%) responded in the negative.



Graph 3 Agreement or disagreement weather and when to meet spiritual needs

Then participants were asked which methods are most often used in meeting the spiritual needs. 62 respondents (35%) answered the visit of the priest and the sacraments, 44 respondents (25%) responded that they use empathy, communication, and listening to the sick, 44 respondents (25%) a combination of prayer, and

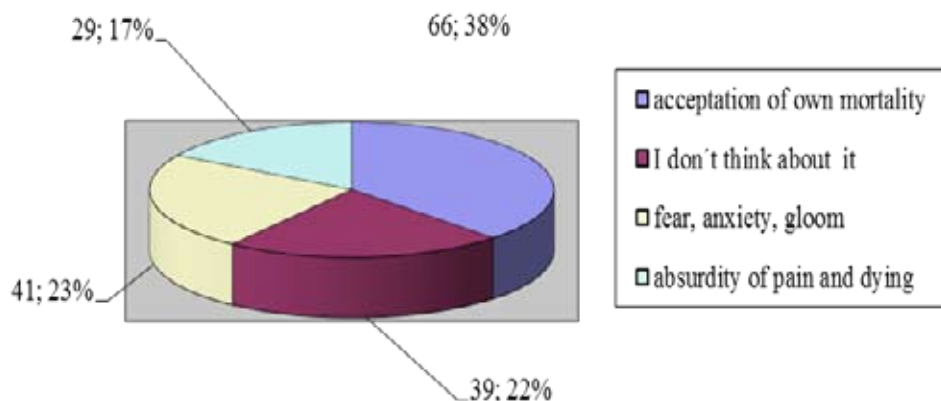
25 respondents (14%) responded that they use symbols and gestures. The health care staff is still not persuaded that in the time of dying patients is in need for multidimensional holistic care provided by multidisciplinary team even thou that majority of people belongs to some religious society – denominations.



Graph 4 The most common methods used in meeting the spiritual needs

It was interesting to watch the attitudes of nurses in the presence of a dying man. 66 respondents (38%) responded that they learn to accept their own death and prepare for it. Young people are not often thinking about mortality and death. Closer person is dying, stronger impact it has on our life. Nurses meeting the death of

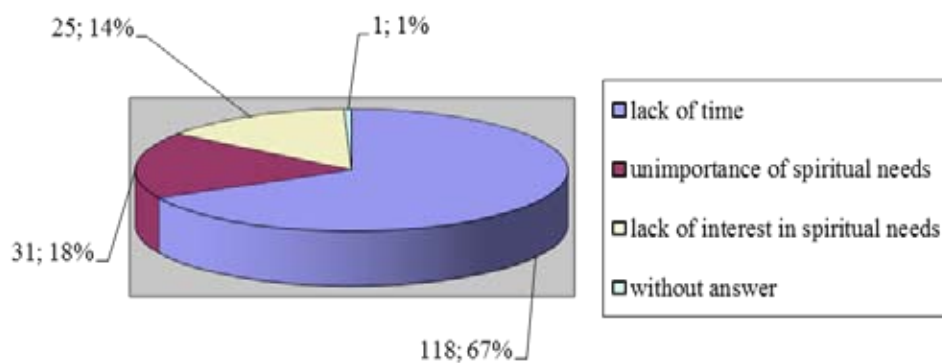
the patients must on one hand to deal with situation, but personal feelings is not possible muffle completely. 39 respondents (22%) said they do a professional job and not deal with their feelings, 41 respondents (23%) suffer from anxiety, hopelessness and fear, 29 respondents (17%) reported absurdity of pain and dying.



Graph 5 Attitudes and thought processes in the presence of a dying

In the last question we investigated the shortcomings of the nurse in meeting the spiritual needs of patients. 118 respondents (67%) reported a lack of time because of busy work, 31

respondents (18%) answered non importance of spiritual needs, 25 respondents (14%) disinterest and 1 respondent (1%) did not answer.



Graph 6 Shortcomings in meeting the spiritual needs

Conclusion

Based on the findings, we can conclude that meeting the spiritual needs of the dying patient plays an important role not only for the patient, but also affects health care providers. Priority needs in life can be changed, but the final stage of life is dominated by spiritual needs.

As each human being is original, unique and has his mission here on earth, such unique is also his dying and death. At the end we like to underline specific approach toward individual person and its needs regardless costs or problems, to understand human being as a multi-dimensional entity. It is necessary to find a sort of meta-criterion which would be a source to all the moral factors, and give them a new integration. The concept of a human person holds out much hope of meeting such requirements. Dying person is a vulnerable entity and is necessary to satisfy need to them that they can feel participation of the community. Accompany someone on the road to eternity is a manifestation of Christian love while completing vocation to follow Christ.

References

1. Grisez, G. 1999. Health Care as Part of Christian's Vocation, In: Issues for a Catholic Bioethics, The Linacre Centre, London, 1999, 381 p. ISBN 0-906561-09-4
2. Ashley, B.M., O'Rourke, K.D. 2006. Health Care Ethics, 5th edition. Washington D.C. Georgetown University Press. 2006. 352 p. ISBN 978-1589011168.
3. Frankl, V. E. Člověk hledá smysl. Úvod do logoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 88 s. ISBN 809016014X
4. Kováč, A. 2008: Pastoračná starostlivosť o chorého a zomierajúceho. 1st edition. Krivá M-Servis. 2008 Edition. 339 p. ISBN: 978-80-969978-2-4
5. Křivohlavý, J. 2002. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
6. McSherry, W. 2008. Making sense of spirituality in nursing and health care practice, 2nd edition. London, Jessica Kingsley Publishers. 2008. 216 p. ISBN 978 1 84310 365 3.
7. O'Brien, M. E.: Spirituality in Nursing, Jones & Bartlett Learning; 5th edition, 2013, 478 p. ISBN 978-1449694678
8. O'Rourke, K. - Boyle, P.: Medical Ethics: Sources of Catholic Teachings, Georgetown University Press, 1999, Washington D.C.

Kontakt:

doc. PhDr. Vladimír LITTVÁ, PhD., MPH
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: vladimir.littva@ku.sk

Vplyv práce sestry pracujúcej s terminálne chorými pacientmi na osobný a profesionálny život

Paulína Hudáková¹, Katarína Zajacová²

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok je zameraný na zistenie miery vplyvu práce na osobný a profesionálny život sester pracujúcich s terminálne chorými pacientmi na oddeleniach, ktoré nie sú špecificky zamerané na poskytovanie paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Prieskum bol realizovaný dotazníkovou metódou na lôžkových častiach oddelení a jeho výsledky sú v diskusii porovnané s výsledkami podobných prieskumov našich i zahraničných autorov. Na základe porovnania sme zistili markantný rozdiel medzi celkovým postojom sester pracujúcich na oddeleniach špecializovaných pre paliatívnu starostlivosť a tých, ktoré pracujú na štandardných oddeleniach, no tento druh starostlivosti poskytujú.

Kľúčové slová: Osobný život. Profesionálny život. Sestra. Terminálne chorý pacient.

Abstract

The aim of the study is to examine the degree of influence of work on personal and professional lives of nurses working with terminally ill patients in the departments which are not specifically focused on providing palliative nursing care. The survey was conducted by questionnaire method at the sleeping units and its results are compared in a debate with the results of similar surveys carried out by domestic and foreign authors. Based on the comparison, we discovered a striking difference between the overall attitude of nurses working in the departments specialized in palliative care and those working in the regular departments which provide this kind of care as well.

Key words: Personal life. Professional life. Nurse. Terminally ill patient.

Úvod

Ak si zvolíme povolanie sestry, potom je potrebné k tomu, aby sme sa v tejto roli cítili dobre, dôverovať vysokej hodnote tohto cieľa, v nádejnom zameraní vlastného života. Veriť, že byť dobrou sestrou je hodnota, pre ktorú stojí za to žiť (Křivohlavý, 2010).

Vplyv práce sestry na jej osobnosť

Starostlivosť o pacientov v poslednej fáze života a o ich rodiny môže byť veľmi stresujúca, avšak prináša tiež uspokojenie. Práca s pacientmi, ktorí trpia mnohými symptómami a snažia sa vyrovnať s blížiacou sa smrťou, kladie na sestru veľké psychické nároky. Sprevádzanie pacientov (a ich blízkych) v najťažšom období ich života a účasť na zmiernení ich utrpenia môžu byť však pre zdravotníka nesmierne obohacujúcou skúsenosťou. Na druhej strane neustále vystavenie utrpeniu a strate môže mať negatívny dopad na psychiku ošetrovateľov, pokiaľ si neuvedomia, že sa musia starať aj o seba. Veľká časť záťaže má svoj pôvod v osobných faktoroch, medzi ktoré patrí pracovné prostredie, konflikty medzi členmi tímu, otázky vedenia a riadenia, a konflikt rolí. Omnoho menšia záťaž pochádza priamo zo starostlivosti o umierajúceho pacienta a jeho rodinu (O'Connor, 2005).

Možné preťaženie zdravotníckeho personálu všeobecne, o to viac toho, ktorý je zaangažovaný do starostlivosti o terminálne chorých pacientov, môže mať za následok frustráciu, agresiu a napätie na pracovisku, ako aj vytratenie schopnosti empatie. Objavujú sa neraz emocionálne problémy, kolísanie nálad, egocentrizmus, nerozhodnosť, dráždivosť, nervozita, nezáujem, strata pocitu radosti až ťažká depresia. Odrazom takéhoto preťaženia môžu byť krátkodobé absencie, prípadne tieto vplyvy sa môžu odraziť na zdravotnom stave sester (Dimunová, 2008).

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti je do istej miery nevyhnutný určitý emocionálny odstup od pacienta a jeho utrpenia. Predovšetkým pri práci s umierajúcimi pacientmi je toto dištancovanie sa priam nutné (Schätz, 2009).

Komplexne je dôležité vedieť oddeliť nepodstatné veci od vecí podstatných jednak v osobnom, ale aj v profesionálnom živote. Veľmi ľahko totiž môže sestra upadnúť do životného stereotypu, preto je potrebné v pravidelných intervaloch urobiť revíziu vlastného denného režimu a životného štýlu (Dimunová, 2008).

Táto revízia môže napomôcť predísť stresovému stavu, ktorý sa prejavuje najmä týmito znakmi:

- prudké a výrazné zmeny nálady – od veľkej radosti k veľkému smútku a naopak,
- zvýšená podráždenosť, iritabilita a úzkosť,
- nadmerné trápenie sa vecami, ktoré zďaleka nie sú tak dôležité a potrebné,
- nadmerné pocity únavy,
- nadmerné starosti o vlastný zdravotný stav a fyzický zjav,
- neschopnosť prejsť emocionálnu náklonnosť a sympatiu v medziľudských vzťahoch,
- nadmerné snenie a obmedzovanie kontaktov s inými ľuďmi - stiahnutie sa z aktívneho sociálneho styku (Křivohlavý, 2010).

Už vo všeobecnosti platí, aby človek mohol zvládať záťaž v práci, nutne potrebuje mať okrem podpory členov pracovného tímu aj podporu svojich blízkych. To znamená, že doslova musí mať vytvorené pevné a chápujúce rodinné zázemie a okruh priateľov, s ktorými rád trávi voľný čas (Dobříková-Porubčanová, 2005).

Ako poukazuje nórsky prieskum spokojnosti sester s ich pracovným prostredím a v nadväznosti na to aj na jej vplyv na ďalšiu ošetrovateľskú prax a zdravie sester, povolanie sestry je vysoko stresujúce a často nedocenené. Nedostatok sester, ich vysoké pracovné vyťaženie, syndróm citového vyhorenia a

nedostatočné ocenenie práce má veľký vplyv na kvalitu ich práce – najmä na fakt, že sestry sa mnohokrát dištancujú od pacienta a svojej práce, objavujú sa u nich pocity hnevu, bezmocnosti a frustrácie, dokonca aj snaha zmeniť zamestnanie (Nemčeková, 2008).

Treba myslieť na to, že ak je sestra neustále vystavená konfrontácii so smrťou pacientov, môže sa stať, že postupne jej bude chýbať zmysel pre mieru. Môže tak získať sklon ku skleslosti a negatívosti, a to v stave stáleho smútku. Môže sa stať zatrpknutou – v jej očiach tzv. profesionálnym obeťným baránkom. Keď však identifikuje svoje straty a prejde nimi, nebude citovo stagnovať, nestane sa depresívnou, skleslou, či zatrpknutou (Padovani, 2008).

Sestra môže v osobnej rovine pociťovať i bezmocnosť a vlastnú neschopnosť, či pociť stratu, ak mala k pacientom a ich blízkym úzky vzťah. Niekedy môže mať dokonca aj pocit, že zlyhala. V jednej z austrálskych štúdií sestry v práci s terminálne chorými často uvádzali, že majú pocit profesionálneho zlyhania a bezmocnosti. Kládli na seba totiž vysoké požiadavky a nebrali vždy do úvahy organizačné a profesijné limity svojej praxe. Venovali mnoho energie na dosiahnutie harmónie v rodine a v práci a konflikty často vnímali negatívne a vyhýbali sa im, miesto toho, aby v nich videli možnosť osobného rastu a organizačnej zmeny (O'Connor, 2005).

Postoj sestry k ošetrovaniu terminálne chorých pacientov je do určitej miery ovplyvnený aj prítomnosť faktoru úzkosti, ktorý sa jej môže hlboko dotýkať, nakoľko je často konfrontovaná s bezprostrednou blízkosťou smrti. Vzťah medzi úzkosťou zo smrti a postojom sestry k starostlivosti o umierajúcich je postupne formovaný v troch dimenziách, ktoré sú vo vzájomnej interakcii. Sú to primárne skúsenosti, profesionálna príprava a profesionálna skúsenosť. Tieto skutočnosti boli overované a potvrdené v mnohých výskumných zahraničných štúdiách týkajúcich sa jednotlivých dimenzií (Roff, 2006).

Aj zármatok sa môže stať aj stálym spoločníkom sestry (O'Connor, 2005). Ak si však uvedomí zmysel svojho života, toto vedomie jej viac než čokoľvek iné pomôže prekonať vonkajšie prekážky a vnútorné ťažkosti (Hudáková, 2010).

Ak sa ale stretnutia s umierajúcimi s beznádejnou prognózou uskutočňujú kvalifikovane, ak sa získané skúsenosti spracujú, ak sa sestry navzájom kolegiálne podporujú, ak sa zodpovedajúce rámcové podmienky reflektujú a integrujú, potom sprevádzanie umierajúcich pre celý ošetrovateľský personál nie je záťažou, ale naopak obohatením života (Pompey, 2004).

Ošetrovateľská starostlivosť o umierajúcich je zároveň i veľkou výzvou. Na jednej strane ide o veľmi náročnú a stresujúcu prácu, ktorá však na druhej strane môže prinášať i tú najväčšiu odmenu – zadosťučinenie. Táto odmena prevažuje aj nad stresom, ak je však uspokojená i naša vlastná potreba podpory. Pokiaľ túto dostatočnú podporu nemáme, ovplyvní to našu prácu a stále častejšie budeme zisťovať, že je pre nás krajne ťažké plniť naše ciele (Parkes, 2007).

Psychohygiena sestry pracujúcej s terminálne chorými pacientmi

Sestra pracujúca s terminálne chorými pacientmi by nemala zabúdať aj na svoju vlastnú osobu v zmysle nezanedbávania duševnej hygieny, ktorá ju uschopňuje k správnej vyváženosti jej profesionálneho a osobného života. Stupková (2012) podobne v prieskume uvádza, že jedným z determinantov syndrómu

vyhorenia u sestier je nedostatočné určenie si hraníc medzi pracovnými povinnosťami a súkromím.

Pre psychohygienu sestry je nemenej dôležité, aby jej ľudský súcit s pacientom bol primeraný a aby nebol zážitkovo exponovaný, ide v podstate o to, aby sme neprežívali s každým pacientom jeho osud alebo jeho emocionálne výkyvy. Určitú mieru ľudského spolocenia spájame s odborným prístupom, pričom problémy z oddelenia by sa zásadne nemali prenášať do domáceho prostredia a doma znovu prežívať. Čas mimo služby totiž slúži na regeneráciu síl a duševnej energie, na odpočinok, ako aj kultúrne, záujmové a sebavzdelávacie činnosti. Tieto činnosti sú zdrojom osobnej spokojnosti, a pozitívneho duševného rozpoloženia, pri ktorom sa lepšie pracuje a práca poskytuje viac vnútornej spokojnosti. Dobré pracovné ovzdušie spolu s kladným vzťahom k práci a ochotnou spolupracou sú veľmi významné psychohygienické činitele, ktoré sa priamo odrážajú na kvalite práce s pacientom (Slaninková, 2004).

Sestry popisujú techniku „depersonalizácie“, ktorú používajú, aby boli schopné zvládať túto záťaž a chrániť svoje vlastné ja. Táto metóda je však úspešná len čiastočne a vyžaduje veľké množstvo energie (O'Connor, 2005).

Pre efektívnu psychohygienu každej sestry je potrebné pravdivo poznať svoje slabé i silné stránky a predovšetkým nájsť si čas na činnosti, či už ide o aktívne, alebo pasívne, len nech majú dostatočný relaxačný účinok, ktorý vyváži pomerne náročnú prácu sestry.

Cieľ prieskumu

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť vplyv práce sestry s terminálne chorými pacientmi na vybraných oddeleniach na osobný a profesionálny život.

Charakteristika prieskumu

Na získanie potrebných údajov sme vybrali empirickú metódu zberu informácií formou neštandardizovaného dotazníka. Prieskum bol realizovaný na rôznych oddeleniach zdravotníckeho zariadenia, kde je poskytovaná aj ošetrovateľská starostlivosť pacientom v terminálnom štádiu ochorenia, aj keď tieto oddelenia nie sú špecificky zamerané na poskytovanie paliatívnej starostlivosti.

Charakteristika prieskumnej vzorky

Prieskum sme realizovali na vybraných oddeleniach zdravotníckeho zariadenia na Slovensku, ktorého vedenie žiadalo o anonymitu konkrétneho názvu pri zverejňovaní výsledkov. Rozdali sme celkovo 85 dotazníkov. Z celkového počtu rozdáných dotazníkov bola návratnosť 79, čo predstavuje 93 %.

Zastúpenie oddelení lôžkových častí zdravotníckeho zariadenia v prieskume bolo nasledovné:

- chirurgické oddelenie – 33%,
- neurologické oddelenie – 19%,
- ORL oddelenie – 9%,
- interné oddelenie – muži – 18%,
- interné oddelenie – ženy – 10%,
- kardiologické oddelenie – 11%.

Respondenti boli oboznámení s cieľom dotazníka a boli im poskytnuté informácie pre spôsob jeho vyplnenia.

Kvantitatívna analýza prieskumu

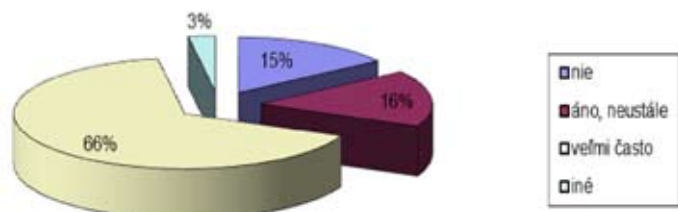
Otázka č. 1: Považujete svoju prácu za náročnú?



Graf 1 Hodnotenie náročnosti práce respondentmi

Všetci opýtaní považujú svoju prácu za náročnú. 95 % ju hodnotí ako psychicky aj fyzicky náročnú a 5 % ako psychicky náročnú.

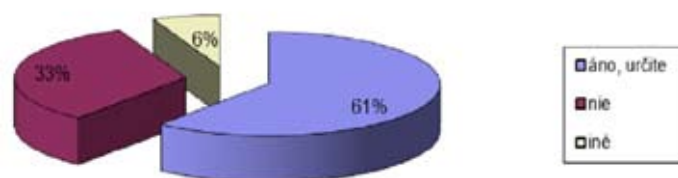
Otázka č. 2: Pociťujete pri práci s terminálne chorými pacientmi emočnú únavu?



Graf 2 Emočná únava sester pracujúcich s terminálne chorými pacientmi

Veľmi časté pociťovanie emočnej únavy pri práci s terminálne chorými pacientmi uvádza 66 % respondentov, jej neustále pociťovanie vyjadruje 16 % opýtaných, 15 % udáva, že emočnú únavu nepociťuje a 3 % respondentov v položke iné udáva, že ju pociťuje, ak je terminálne chorý mladý pacient.

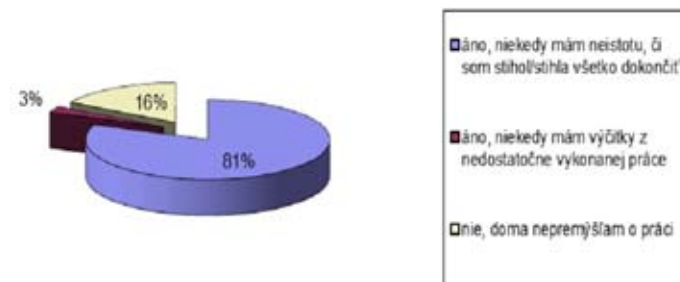
Otázka č. 3: Prijali by ste radšej možnosť pracovať na oddelení, kde je nižšia frekvencia terminálne chorých pacientov?



Graf 3 Možnosť práce na oddelení s nižšou frekvenciou terminálne chorých pacientov

61 % respondentov by určite prijalo možnosť pracovať na oddelení, kde je nižšia frekvencia terminálne chorých pacientov, 33 % by túto možnosť neprijalo a 6 % v položke iné uvádza, že sa nevie momentálne vyjadriť.

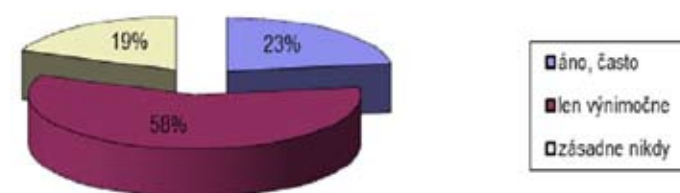
Otázka č. 4: Premýšľate aj po pracovnej dobe nad pracovnými povinnosťami?



Graf 4 Postoj k pracovným povinnostiam po pracovnej dobe

Pocit neistoty, či sú vykonané všetky pracovné povinnosti má 81 % respondentov, 16 % respondentov doma nepremýšľa o práci a 3 % respondentov majú niekedy výčitky z nedostatočne vykonanej práce.

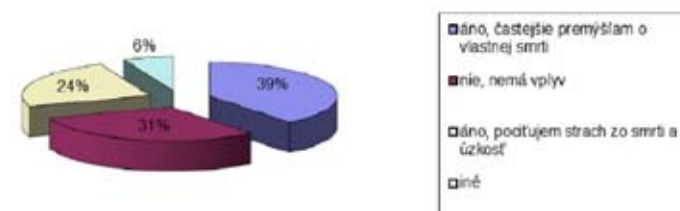
Otázka č. 5: Prenášate pracovný stres do osobného života?



Graf 5 Vplyv pracovného stresu na osobný život

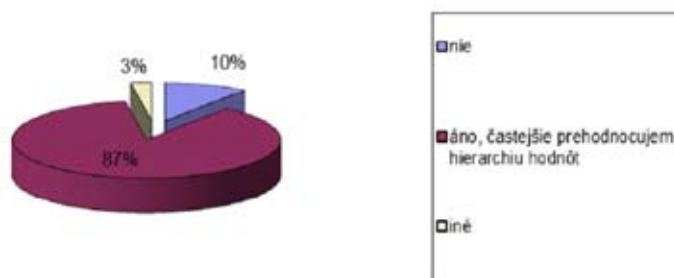
Pracovný stres len výnimočne prenáša do osobného života 58 %, často ho prenáša 23 % respondentov a zásadne nikdy ho neprenáša 19 % opýtaných.

Otázka č. 6: Má vplyv bezprostredná skúsenosť so smrťou na Váš osobný život?



Graf 6 Vplyv skúsenosti so smrťou na osobný život

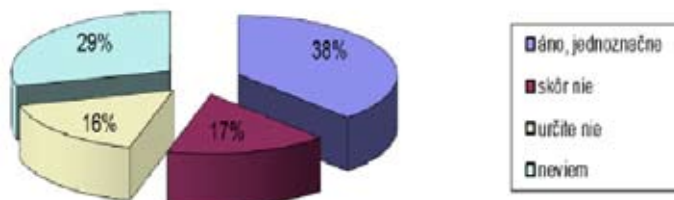
Bezprostredná skúsenosť so smrťou nemá žiaden vplyv na 31 % respondentov, 39 % respondentov častejšie premýšľa o vlastnej smrti, 24 % pociťuje strach zo smrti a úzkosť a 6 % respondentov uvádza negatívny vplyv na osobný život ak ide o smrť mladého človeka.

Otázka č. 7: Má Vaša práca vplyv na Váš hodnotový rebríček?**Graf 7** Vplyv práce na hodnotový rebríček

Hierarchiu hodnôt prehodnocuje 87 % respondentov, 10 % uvádza, že práca nemá vplyv na ich hodnotový rebríček a 3 % sa k tomu nevyjadrili.

Otázka č. 8: Mali ste niekedy problém vnútorne sa vyrovnáť so smrťou pacienta?**Graf 8** Vnútorná vyrovnanosť so smrťou pacienta

Vnútornú nevyrovnanosť so smrťou pacienta niekoľkokrát pocítilo 72 % respondentov, veľmi často pocítilo 11 % respondentov a 17 % respondentov uvádza, že s tým problém nikdy nemalo.

Otázka č. 9: Ak by ste mali možnosť výberu, rozhodli by ste sa znovu pre profesiu sestry?**Graf 9** Opätovný výber profesie respondentov

Jednoznačne by si pri opätovnej možnosti výberu zvolilo profesiu sestry 38 % respondentov, 29 % opýtaných nevie na otázku odpovedať, 17 % opýtaných uvádza, že skôr nie a 16 % uvádza, že určite by sa pre profesiu sestry opäť nerozhodlo.

Diskusia

Aby sme mieru vplyvu práce na osobný i profesionálny život sestry mohli rozpoznať, najprv sme sa chceli uistiť, či aj samotné sestry subjektívne považujú svoju prácu za náročnú. Tento predpoklad nám potvrdili všetky sestry. 95 % z nich považuje svoju prácu za fyzicky aj psychicky náročnú a 5 % za psychicky náročnú. Žiadna zo sestier teda nepovažuje svoju prácu za nenáročnú. Podobne aj výsledky prieskumu Ondriovej a Kaščákovéj (2008) poukazujú na to, že až 58 % sestier považuje psychický druh pracovnej záťaž za najvýznamnejší.

Na otázku, či sestry pociťujú pri práci s terminálne chorými pacientmi emočnú únavu, až 66 % sestier udáva, že ju pociťuje veľmi často a 16 % ju pociťuje dokonca neustále. 3 % sestier dopĺňajú, že ju pociťujú, ak je terminálne chorý mladý pacient. Z nášho prieskumu realizovaného v roku 2008, ktorý bol zameraný rovnako na sestry pracujúce s terminálne chorými pacientmi, avšak na oddeleniach paliatívnej starostlivosti a v hospicioch sme zistili, že 34 % respondentov pociťuje emočnú únavu veľmi často, 30 % niekedy a 6 % udáva, že emočnú únavu pociťuje neustále (Zajacová, 2008). Z toho vyplýva, že sestry pracujúce na oddeleniach špecializovaných pre tento druh starostlivosti nemajú menšie ťažkosti s emočnou únavou ako sestry, ktoré nie sú prioritne zamerané na starostlivosť o terminálne chorých pacientov. Je teda viditeľné, že nie je rozdiel medzi týmito dvoma skupinami sestier čo sa týka subjektívneho pociťovania emočnej únavy, nakoľko toto vnímanie je vysoko subjektívne a zamerané výsostne na osobnostnú, nie profesionálnu stránku osobnosti sestry.

Chceli sme zistiť nielen to, či sestry pociťujú emočnú únavu pri svojej práci, ale či pracovný stres ako taký prenášajú aj do osobného života, čo by mohlo vypovedať o schopnosti sestier oddeliť svoj osobný život od profesionálneho. Dospeli sme k záveru, že len 19 % našich respondentov zásadne nikdy neprenáša tento stres do osobného života. 23 % ho prenáša často a 58 % len výnimočne. Objektívne môžeme tento vplyv práce na osobný život potvrdiť aj samotnými výpoveďami respondentov, kde až 84 % sestier udáva, že doma premýšľa nad pracovnými povinnosťami. Keďže až 81 % sestier má doma pocit neistoty, či stihli dokončiť všetky pracovné povinnosti, je badateľné, že ich pracovná záťažnosť je natoľko široká, že len 16 % sestier sa pri odchode z práce dokáže preorientovať na myšlienky, ktoré by sa pracovných povinností absolútne netýkali.

Práca sestier s terminálne chorými pacientmi na vybraných oddeleniach významne vplyva aj na ich hodnotový rebríček, čo nám potvrdilo až 87 % sestier, ktoré udávajú častejšie prehodnocovanie hierarchie hodnôt. Konkrétny vplyv bezprostrednej skúsenosti so smrťou na osobný život popisuje 70 % sestier. Spadajú tu vplyvy rôzneho charakteru. 40 % respondentov častejšie premýšľa o vlastnej smrti, 24 % má strach zo smrti a úzkosť a 6 % udáva negatívny vplyv na osobný život ak ide o smrť mladého človeka. Bezprostredná skúsenosť so smrťou nemá žiaden vplyv na 30 % sestier. Môžeme teda konštatovať, že u 70 % respondentov zisťujeme vplyv smrti pacientov na osobný život. U respondentov, ktorí uvádzajú, že častejšie premýšľajú o vlastnej smrti je prípustná možnosť sebareflexie v tomto kontexte, ktorá by mohla mať neskôr pozitívny vplyv vo vlastnom procese zomierania.

Pre bližšiu špecifikáciu vnímania otázky smrti sme zistovali,

či sestry mali niekedy problém vnútorne sa vyrovnat' so smrťou pacienta, čo prisvedčilo 73 % sester uvedením možnosti, že niekoľko krát sa im to už stalo, 11 %-ám sa to stáva veľmi často a 16 % udáva, že s tým problém nemá.

Kvôli zisteniu miery vplyvu práce s terminálne chorými pacientmi na profesionálny život sme sa zamerali na zistenie možného extrémneho dopadu pracovnej záťaže, ktorým by mohol byť negatívny postoj k novej opätovnej voľbe povolania sestry. Chceli sme teda zistiť, či by sa znovu rozhodli pre profesiu sestry, ak by mali možnosť výberu. Predpokladáme totiž, že praktické skúsenosti neraz vo veľkej miere môžu ovplyvniť samotnú prvotnú motiváciu a rozhodnutie zaangažovanosti pre profesiu sestry. V náročných situáciách v praxi nie je totiž ťažké vybrať spätnú reflexiu sester v súvislosti s výberom povolania, či už bolo dobrovoľné alebo nie. Mnohé sestry si toto povolanie nemuseli vybrať dobrovoľne, no postupne v ňom mohli nájsť naplnenie. Naopak, sestry, ktoré si toto povolanie slobodne vybrali, môžu byť časom natoľko sklamané, že pri reflexii výberu povolania reagujú negatívne. Presvedčili sme sa o tom aj v našom prieskume, kde zisťujeme, že len 39 % respondentov by sa pri možnosti výberu povolania pre profesiu sestry jednoznačne opäť rozhodlo. Je zarážajúce, že väčšina sester by sa pre svoje povolanie opäť nerozhodla. Mohol by to byť zaujímavý impulz pre ďalšie skúmanie na zistenie dôvodu tohto tvrdenia sester. Nemôžeme totiž na základe našich zistení tvrdiť, že dôvodom nespokojnosti sester v profesii, ktorá sa prejavila popretím opätovnej voľby povolania sestry je to, že sú sestry na rôznych oddeleniach zaťažované starostlivosťou o terminálne chorých pacientov. Môže to byť mnoho aspektov, ktorých sumarizácia je dôvodom, prečo by sa sestry pre svoje povolanie opäť nerozhodli. Jedným z nich by mohli byť aj nespracované negatívne vplyvy práce na osobnosť sestry.

V prieskume realizovanom v hospicioch a na oddeleniach paliatívnej starostlivosti v Nemecku boli zistené pozitívnejšie závery týkajúce sa opätovného výberu povolania profesie sestry, kde v hospicioch by si svoju profesiu opätovne zvolilo 70%, a na oddeleniach paliatívnej starostlivosti absolútne všetky sestry – 100% (Ziemek, 2009), čo je v porovnaní s výsledkami nášho prieskumu značne rozdielne. Pre budúcnosť je toto zistenie určite dostatočne motivujúce k zisteniu dôvodov tohto markantného rozdielu.

Pre porovnanie výsledkov nášho prieskumu a prieskumu vyššie spomínanej nemeckej autorky Ziemek sme zisťovali, či by sestry pracujúce na štandardných oddeleniach, kde však poskytujú starostlivosť aj terminálne chorým pacientom, prijali možnosť pracovať na oddelení s nižšou frekvenciou terminálne chorých pacientov. Až 61 % sester by túto možnosť prijalo, 33 % by ju a 6 % sa nevie vyjadriť. Zdá sa teda, že viac ako polovica sester nemá kladný vzťah k poskytovaniu starostlivosti terminálne chorým pacientom. Prieskum, ktorého sa zúčastnili nemecké sestry pracujúce s terminálne chorými pacientmi bol aj v tejto otázke odlišne zhodnotený. Sestry pracujúce v hospici by si až v 62 %-ách nevedeli predstaviť, že by mali pracovať niekde inde ako v hospici, a 50% sester pracujúcich na oddelení paliatívnej starostlivosti by tiež určite nechcelo pracovať inde, 25 % by túto možnosť prijalo a zostávajúcich 25 % na otázku neodpovedalo (Ziemek, 2009).

Návrhy pre prax:

- povzbudiť sestry pre pozitívne vnímanie kontaktu s terminálne chorými s dôrazom na možný pozitívny dopad na prehodnocovanie ich vlastnej hierarchie hodnôt, ktorú samé popisujú,
- apelovať na dôležitosť vlastnej duševnej hygieny sester najmä vo voľnom čase,
- motivovať sestry k účasti na odborných seminároch a konferenciách pre vzájomnú podporu a zdieľanie skúseností a ťažkostí vyvstávajúcich v praxi.

Záver

Záleží na osobnom postoji, ktorý sestry zaujímajú k terminálne chorým pacientom, k sebe samým, i k povolaniu sestry ako takému. Vplyv práce s týmito pacientmi na život v profesionálnom i osobnom rozmere nikdy nemôžeme poprieť, no závisí aj od nás, sester, aký charakter tomuto vplyvu dávame. Na základe praktických skúseností je reálna stála možnosť profesionálneho i osobnostného rastu, ako i možnosť stagnácie, či dokonca frustrácie a nespokojnosti. V konečnom dôsledku práca s týmito pacientmi môže mať pozitívny vplyv na osobný ako aj profesionálny život sester, ak to však samé budú chcieť pripustiť.

Literatúra:

1. Dimunová, L., Raková, J. 2008. Možnosti prevencie psychickej záťaže v práci sestry. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik : odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti*. ISSN 1335-5090. 2008, roč. 14, č. 3, s. 125-127.
2. Dobříková-Porubčanová, P. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti*. Trnava : Spolok sv. Vojtecha, 2005. 275 s. ISBN 80-7162-581-7.
3. Hudáková, P. 2010. *Paliatívna starostlivosť* : dizertačná práca. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave, 2010. 126 s.
4. Schätz, M. 2009. *Pflege von Sterbenden. Eine sozialanthropologische Untersuchung in Wiener Krankenhäusern*. Diplomarbeit. 2009. [on-line]. [cit. 2015-01-24]. Dostupné na internete: <http://othes.univie.ac.at/5563/1/2009-04-26_0206474.pdf>.
5. Krivohlavý, J. 2010. *Sestra s stres*. Praha : Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
6. Nemčeková, M. a kol. 2008. *Etika v ošetrovateľstve*. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. 142 s. ISBN 978-80-8068-812-7.
7. O'Connor, M., Aradna, S. 2005. *Paliatívni péče – pro sestry všech oborů*. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
8. Ondriová, I., Kaščáková, M. 2008. Riziká psychickej a fyzickej záťaže sester pracujúcich s kriticky chorými. In *Molisa 5 : medicínsko-ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, 2008. ISBN 978-80-8068-882-0, s. 153-154.
9. Padovani, M. 2008. *Hojenie zranených vzťahov*. Nitra : Spoločnosť Božieho Slova, 2008. 191 s. ISBN 978-80-85223-81-1.
10. Parkes, C. 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a*

- pozústalé. Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 180 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
11. Pompey, H. 2004. *Zomieranie*. Trnava : Dobrá kniha, 2004. 179 s. ISBN 80-7141-462-X.
 12. Roff, L., Simon, C., et al. 2006. Levels of death anxiety: a comparison of American and Lithuanian health and social service personnel. In *Death studies*. ISSN 0748-1187. 2006, roč. 30, č. 7, s. 665-675.
 13. Slaninková, E. 2004. Osobnosť sestry. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik : odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti*. ISSN 1335-5090. 2004, roč. 10, č. 3, s.94-96.
 14. Stupková, M. 2012. Sestry o syndróme vyhorenia. In *Sestra : Odborný časopis s recenzovanou prílohou pre sestry, pôrodné asistentky, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov*. ISSN 1335-9444. 2012, roč. XI, č. 1-2, s. 46.
 15. Zajacová, K. 2008. *Paliatívna starostlivosť o pacientov s chronickým ochorením : bakalárska práca*. Košice : Katolícka univerzita v Ružomberku, 2008. 58 s.
 16. Ziemek, J. 2009. *Mitarbeiterzufriedenheit als Qualitätsmerkmal – Auswirkung der Mitarbeiterzufriedenheit auf die Qualität des Pflege - und Betreuungsalltages am Beispiel von Palliativ - Einrichtungen in Thüringen : Bachelorarbeit*. Nordhausen : Fachhochschule, 2009, s. 102.

Kontakt:

PhDr. Paulína HUDÁKOVÁ, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: paulina.hudakova@ku.sk

Komunikace s pozůstalými ve zdravotnickém zařízení

Zlatica Dorková¹, Miroslav Kala^{1,2}, Anna Krátká¹

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

²Hospic na Sv. Kopečku

Súhrn

Troufáme si říci, že každá sestra, porodní asistentka a zdravotně sociální pracovník se setkali v rámci své profese se situací, kdy museli bezprostředně po sdělení úmrtí pozůstalým s nimi komunikovat. Každá taková situace je pro pracovníka náročná a svým způsobem i specifická, neboť reakce pozůstalých mohou být různé. V rámci praxe často slyšíme od pozůstalých, že nikdy nezapomenou na moment, kdy jim byla sdělována (osobně či telefonicky) zpráva o úmrtí. Proto je důležité, aby první kontakt zdravotnického pracovníka s pozůstalými byl profesionální a bezpečný. Zdravotničtí pracovníci by měli být připraveni na setkání s lidmi, kteří prožívají ztrátu někoho blízkého, a měli by chápat, jakou roli mohou mít v jejich podpoře a péči o ně. Cílem tohoto příspěvku je poukázat na základní zásady komunikace s pozůstalými ve zdravotnickém zařízení, popsat proces truchlení a informovat zdravotnické pracovníky o možné profesionální pomoci pozůstalým prostřednictvím poradců pro pozůstalé.

Klíčové slová: Komunikace. Pozůstalí. Poradci pro pozůstalé. Truchlení. Zdravotničtí pracovníci.

Summary

We dare to say that every nurse, midwife and health care social worker have ever experienced a situation within their profession where they had to communicate with the bereaved immediately after they had notified them about the death of their loved one. Any such situation is difficult for the worker and is also a kind of specific, since the bereaved may react differently. In our practice, we often hear the bereaved saying that they would never forget the moment when they had been notified about the death (in person or by telephone). Therefore, it is important for the first contact of a health care worker with the bereaved to be professional and safe. Health care workers should be prepared to meet people who are experiencing the loss of a loved one, and they should understand the role they may have in their support and care. The objective of this paper is to point out the basic principles of communication with the bereaved in a health care facility, to describe the process of bereavement and to inform health care workers about possible professional assistance to the bereaved through counselors for the bereaved.

Key words: Communication. The Bereaved. Counselors for the Bereaved. Bereavement. Health Care Workers.

Úvod

Každý zdravotnický pracovník se dříve nebo později ve své praxi setká tváří v tvář se smrtí svých pacientů. Jistě si pamatujete i svou první zkušenost, kdy jste takovou situaci řešili v rámci své služby. Smrt se týkala jiného člověka, možná pro vás zcela neznámého, se kterým jste se ani nestihli seznámit, ale přesto vás tato situace zaskočila?, rozesmutněla?, zasáhla? vyčerpa? Aniž byste si vzniklou biologickou realitu uvědomili, ocitli jste se ve společnosti pozůstalých, kteří od vás potřebovali péči a očekávali slova útěchy. A možná právě v tuto chvíli jste si uvědomili, jaký význam má ztráta a absence člověka (bez ohledu na jeho věk) a že po něm zůstává prázdnota v prostoru a čase kdysi naplněná životem.

Jádro

Co máme vlastně pozůstalým říct? Jak máme oslovit jejich blízkého? Co vše si můžeme dovolit říct o jeho posledních týdnech/dnech/hodinách/minutách? Chtějí to vůbec slyšet? To jsou otázky, které si možná klademe při kontaktu s pozůstalými. Tento teoretický příspěvek nabízí prostor pro hledání odpovědí na výše uvedené otázky. Měl by vyvrátit mýtus, že truchlení není důležité, neboť zlomené srdce se nikdy nezahojí. Měl by pomoci zorientovat se v profesionálních službách pro pozůstalé, které se v posledních letech intenzivně rozvíjejí díky poradcům pro pozůstalé. Při psaní tohoto příspěvku čerpáme z vlastní klinické praxe a zkušeností s poskytováním podpory, péče a služeb pozůstalým. Okamžik smrti klade na zdravotnické pracovníky zátěž a velkou odpovědnost z hlediska medicínského, ošetrovatelského, právního, kulturního či spirituálního. Bezprostřední dozvuky smrti ovlivňují to, jak pozůstalí prožívají ztrátu („ztráta blízkého člověka se týká objektivní situace, kdy člověk přijde o někoho důležitého“) / zármutek („zármutek je

primárně emoční reakcí na smrt a ztrátu blízkého člověka (týká se tedy toho, co je pociťováno)“) a truchlení („představuje sociální výrazy či akty vyjadřující zármutek, které jsou utvářeny praktikami dané společnosti nebo kulturní skupiny (týká se tedy toho, co se dělá“) (Payneová, 2007, s. 463). Proto je velmi důležité, aby vše proběhlo „tak, jak má“. Když mluvíme s pozůstalými, kterým zemřel blízký ve zdravotnickém zařízení, ve svých výpovědích nejčastěji zdůrazňují dva momenty: vlastní okamžik smrti (tedy fázi in finem) a sdělení zprávy o úmrtí. Toto sdělení pozůstalých považujeme za důležité a v příspěvku proto poskytneme konceptuální rámec, který by měl nápomoci k lepšímu porozumění důležitosti péče a komunikace s pozůstalými.

Z pohledu ošetrovatelské péče i z hlediska rodiny je velmi důležité umět stanovit, kdy člověk umírá (mimo situace náhlé a nepředvídatelné smrti). Rozpoznání blížící se smrti totiž umožňuje naplánovat efektivní terminální péči, otevřeně informovat pacienta o jeho prognóze a povzbuzovat rodinné příslušníky k zapojení se do péče, je-li to oboustranně možné. „Tato filozofie vychází z předpokladu, že předpokládanou smrt je možno zasadit do „nejlepšího“ prostředí, to znamená takového, které si zvolí sám umírající“ (Komaromyová in Payneová, 2007, s. 488). Při péči o umírající je ideální, když má umírající možnost předem vyjádřit své potřeby, kterým by zdravotničtí pracovníci porozuměli a snažili se je uspokojit. Student (2006, s. 36-37) uvádí přání umírajících, která můžeme přiřadit ke čtyřem životním rozměrům: sociálnímu („Nechtěl bych zemřít osamocen“), tělesnému („Chtěl bych zemřít bez bolesti“), psychickému („Chtěl bych ještě některé věci dotáhnout do konce“) a spirituálnímu („Potřebuji někoho, kdo vydrží, když budu nyní vše zpochybňovat“). Skutečně umíme respektovat přání našich pacientů? Z výsledků agentury STEM/MARK (2011) vyplývá,

že v 34 % se populace domnívá, že přání umírajících a jejich rodin jsou v našem českém zdravotnictví částečně respektována. Tuto možnost uvedli i zdravotníci v 51 %. 25 % zdravotníků si myslí, že přání jsou respektována, populace tento názor sdílí v 11 % (Dorková, 2014, s. 88). Že je možné splnit i netradiční přání umírajícího nám demonstruje příběh z hospice s názvem „Cesta ke zvonům vede vzhůru“ (Kala, 2012). V příběhu lékař popisuje, jak plnil přání sedmdesátiletému pacientovi, který trpěl těžkým onemocněním srdce a byl hospitalizován v hospici. Po třech měsících hospitalizace napsal lékaři originální požadavek, aby mohl vykonat výstup ke zvonům baziliky (vzhledem k základní diagnóze trpěl pacient velkou dušností a silnými úzkostmi). Lékař mu přesto výstup schválil za podmínky, že půjde s ním a popisuje ho následovně: „Masivní dřevěné dveře se otevřely a jejich hlasité zabouchnutí jako by symbolizovalo výstřel z pomyslné startovní pistole. Nemocný jde první, lékař krok za ním. Krátká schodiště se střídala s labyrintem chodeb. Důležité je nespěchat. Téměř mlčky míjejí varhany na kůru. Slovy šetří. Nemocný by nemusel vystačit s dechem. Pak otevírají dveře, které umožňují přístup do věže. Blíží se poledne a zbývá zdolat nejstrmější část výstupu. Nemocný počítá schody, lékař zase frekvenci a hloubku jeho dechu. V kapse má mobil. Signál je zde dostupný, zatím vše O.K. Zvony se rozezněly přesně v poledne. Někteří z poutníků si dlaněmi zacpávají uši. Pak modlitba Anděl Páně, pár fotek na památku. Sestup z věže a cesta do hospice proběhly klidně, zmizelo napětí z obličejů nemocného, o úlevě v duši lékaře se není třeba zmiňovat...“ Uvědomujeme si, že zdravotničtí pracovníci nemohou reálně splnit všechny přání umírajících a ani to od nich nemůžeme očekávat, je však potřeba říct, že mají v rukách nástroje, kterými mohou motivovat, mobilizovat a podpořit rodinu k splnění přání jejich blízkého. Při komunikaci s doprovázejícími by zdravotničtí pracovníci měli myslet i na jejich potřeby, které Dorková (2014, s. 92) shrnuje takto:

Doprovázející potřebují:

- jistotu, že umírající zemře v důstojných podmínkách;
- ujištění, že umírající netrpí bolestmi;
- mít možnost být s umírajícím;
- nebýt o samotě;
- podporu v doprovázení;
- motivaci, odvalu a podmínky k tomu, aby splnili přání umírajícího;
- neodvracet se/nebát se umírajícího;
- věřit v klidnou smrt.

Je třeba si uvědomit, že většina lidí začne prožívat ztrátu blízkého člověka právě ve společnosti zdravotníků a v neznámém prostředí zdravotnických zařízení. Jak již bylo řečeno, výraznou „stopu“ může zanechat sdělování zprávy o úmrtí pozůstalému. Z hlediska komunikace je velmi důležitý i sociální kontext, který může ovlivnit obsah sděleného. Obecně o komunikaci již bylo napsáno mnoho. Každá příručka komunikace říká: je nemožné nekomunikovat. Ano, nelze nekomunikovat ani s pozůstalými. Sdělování zprávy o úmrtí je v kompetenci ošetřujícího lékaře a mělo by proběhnout na klidném a bezpečném místě, kde by měli pozůstalí možnost se posadit. Ačkoliv nabídnutí nápoje by mělo být samozřejmé, ne vždy tomu tak je. Po představení se (pokud je lékař v prvním kontaktu s pozůstalými) by měl lékař srozumitelně vysvětlit okolnosti smrti a vyslovit pozůstalému účast slovy, např. Je mi líto, co se stalo, apod. Ne každý pozůstalý

sice vyžaduje tělesný kontakt (pohlazení, podání ruky apod.), ale tento haptický projev může mít pozitivní vliv na prožívání náročné situace. „Pozůstalí většinou hledají ujištění, že smrt byla klidná a bezbolestná, že bylo učiněno všechno, co učiněné být mohlo“ (Kupka, 2014, s. 126).

Někteří pozůstalí mohou své nezvládnuté emoce obracet proti ošetřujícímu personálu (např. smutek, zlost a hněv, pocity viny a výčitky, úzkost a strach, bezmocnost apod.). Na případné slovní výčitky či dokonce agrese musí zdravotničtí pracovníci reagovat klidně s vědomím, že útok není primárně veden proti nim a že tento způsob chování je spíše zoufalým voláním o pomoc.

Sestry poskytují pozůstalým tzv. neformální péči, do které můžeme zahrnout kondolenci a vyřízení administrativních záležitostí, které jsou spojené s úmrtím. Jejich úkolem je dále péče o mrtvé tělo zemřelého s úctou ke skončenému životu. Jde o relativně krátký kontakt většiny pozůstalých se zdravotníky. I tento krátký kontakt však může ovlivnit proces truchlení – pozitivně či negativně. „Pozůstalí mohou zdravotníky, kteří jsou přímo či nepřímo spojeni s péčí o jejich zemřelého, pokládat za někoho, kdo rozumí kontextu ztráty, a kdo jim tedy může pomoci uchovat, co pominulo, když hledají smysl života ve změněném světě“ (Cobb In Payneová, s. 2007, s. 520). Komunikaci s pozůstalými ovlivňuje několik faktorů: zkušenosti, výcvik, přesvědčení, postoje a předpoklady zdravotníka. Je potřebné, aby zdravotničtí pracovníci si byli vědomi implicitních hranic, ve kterých podporu a péči poskytují. Znamená to, že při kontaktu s pozůstalými mají použít takové strategie a praktiky, které vyloučí nebo alespoň minimalizují možnost, že připomínka nějaké osobní ztráty bude mít dopad na péči o pozůstalé.

Níže uvádíme návrhy možných způsobů podpory lidí v době bezprostředně po smrti jejich blízkých, které mohou zdravotničtí pracovníci využít (srov. Payneová, 2007, s. 477-478):

- sdělte (telefonicky či osobně) rodinným příslušníkům, že jejich příbuzný zemřel;
- vypište úmrtní list;
- zeptejte se rodinných příslušníků, zda si přejí vidět zemřelého. Nabídněte jim, že je k němu doprovodíte buď do pokoje, zůstal-li ještě na oddělení, nebo na kterékoli jiné místo (např. v hospici do pietní místnosti);
- upozorněte je na to, jak zemřelý může vypadat, zvláště má-li viditelná poranění, obvazy apod. (mnoho lidí nikdy předtím nevidělo mrtvého člověka a mohou pociťovat strach);
- nabídněte se, že s nimi zůstanete, dokud nebudou mít pocit, že mohou s mrtvým zůstat sami. Budou-li si to přát, odejděte;
- vysvětlte jim, že se mrtvého mohou dotýkat, líbat ho a objímat, a mluvte s nimi, budou-li si to přát;
- umožněte jim, aby zůstali s mrtvým tak dlouho, jak si přejí. Nedávejte najevo, že spěcháte a chcete odejít;
- umožněte nejbližším příbuzným účast na úpravě těla zemřelého, pokud o to projeví zájem;
- umožněte rodinným příslušníkům, aby si vzali nějakou upomínku na zemřelého, např. pramen vlasů, u malých dětí si někteří rodiče přejí pořídit fotografii nebo otisk ruky nebo chodidla;
- zeptejte se, zda si přejí přivolat kněze nebo pastoračního asistenta, aby se s nimi pomodlil nebo vykonal náboženské rituály;
- umožněte rodinným příslušníkům vykonat všechny

kulturní nebo náboženské úkony, které jsou pro ně významné;

- při odchodu doprovodíte rodinu z nemocnice nebo z hospice;
- ujistíte se, že jsou schopni se v pořádku dostat domů, pomozte jim zařídit dopravu, a budou-li chtít, nabídněte jim, že zkontaktujete přátele nebo příbuzné, kteří by jim mohli být oporou;
- poskytněte jim písemné informace o věcech, které po zemřelém zbyly, o tom, jak zařídit pohřeb;
- dejte příbuzným kontaktní telefonní číslo pro případ, že by se později chtěli zeptat na to, jaké péče se jejich zemřelému dostalo před smrtí a v době smrti.

Žádná „správná“ slova, která by se dala říci bezprostředně po smrti, neexistují, ale obecně si pozůstalí cení, když jim zdravotničtí pracovníci věnují čas a vyslechnou je, o čem chtějí mluvit. Pozůstalým je třeba vytvořit bezpečný prostor (nemluvit s nimi na chodbě, na pokoji či v místnosti, kde je přítomno více lidí), ve kterém mohou otevřeně ventilovat své emoce a hovořit o svých problémech. Vyprávění může lidem pomoci přejít do stavu, kdy budou ve svém nevratně změněném světě a životě schopni najít nějaký smysl a význam. Považujeme ho za užitečný přístup k podpoře pozůstalých, který od zdravotnických pracovníků nevyžaduje žádnou zvláštní odbornost nebo školení, jen musí mít schopnost a čas naslouchat. „Rogers definuje empatické naslouchání jako vstoupení do intimního světa vnímání druhého a zdomácnění v něm. Znamená to citlivě vnímat změny významů, které se v tom druhém odehrávají, od strachu nebo vzteku přes něžnost, zmatení nebo cokoli jiného, co daný člověk prožívá. Znamená to žít dočasně (v životě) životem druhého a taktně se v něm pohybovat bez vynášení soudů. Je to způsob, jak říci „jsem s vámi, pozorně jsem naslouchal tomu, co jste říkal a snažím se jen ověřit si, zda jsem všemu správně porozuměl““ (Parkes, 2007, s. 57). Je však potřeba i akceptovat, pokud pozůstalý chce zůstat ve svém zármutku sám, v tomto případě verbální komunikaci násilně nevnučujeme. „Pozůstalí procházejí širokou škálou reakcí na tělesné, emocionální, kognitivní a behaviorální úrovni, kterým nemusí rozumět. Proto je nezbytné vysvětlit pozůstalým, co se s nimi děje a ubezpečit je, že to co prožívají, je adekvátní situaci, ve které se nacházejí“ (Špatenková, 2013, s. 21).

Zdravotničtí pracovníci se dnes snaží (zejména v hospicových zařízeních) věnovat i pozůstalým. Přesto si troufneme říci, že zde máme určitou rezervu, na které mohou mít podíl profesní hranice, mezery v kompetencích jednotlivých pracovníků a zejména krátký kontakt většiny pozůstalých se zdravotníky. Domníváme se však, že pokud lidé umírají ve zdravotnických zařízeních, mají tyto instituce odpovědnost za poskytování péče a podpory pozůstalým. Opět uvádíme pozitivní příklady z praxe, kdy zdravotnické zařízení poskytuje více než jen minimální péči a podporu a mohou sloužit jako inspirace pro další zařízení. Cobb (In Payneová, 2007, s. 522) uvádí příklad dobré praxe z úrazového oddělení nejmenové zahraniční nemocnice, která vytvořila program pro pozůstalé. Ten spočíval v tom, že pozůstalí obdrželi od zdravotníků rukou psaný projev soustrasti, jeden telefonát po týdně (k posouzení potřeb) a jeden po šesti týdnech (který mohli pozůstalí odmítnout). Nemocnice se setkala s velmi pozitivní zpětnou vazbou. Lidé oceňovali, že se o ně personál zajímá. Program také prospěl zúčastněným zaměstnancům, protože jim umožnil demonstrovat lidštější stránku zdravotní péče. Dalším praktickým způsobem, jak dosáhnout ideálu péče o pozůstalé,

je organizační uspořádání podpůrných služeb pro pozůstalé. Takovým příkladem je poradna Hořec ve Fakultní nemocnici v Olomouci, která začala jako vůbec první zdravotnické zařízení v zemi nabízet pomoc doprovázejícím a pozůstalým. Nápad otevřít poradnu vzešel od kaplanů, kteří nabízejí pastorační službu. Posláním Poradny Hořec je poskytovat psychosociální podporu a pomoc nemocným, jejich blízkým, nebo pozůstalým prostřednictvím poradenského vztahu během nemoci, umírání a smrti blízké osoby, smutečních a pohřebních rituálů, zármutku a truchlení. Pozůstalým nabízí poradenství a doprovázení na cestě truchlením tím, že poskytují:

- informace, co a jak je potřeba vyřídit při úmrtí příbuzného;
- spolupráci při přípravě pohřbu;
- pomoc v přijetí ztráty blízké osoby;
- bezpečné prostředí k vyjádření pocitů (smutku, strachu, bezmoci aj.);
- prostor a čas pro truchlení s respektem k individuálnímu prožívání;
- pomoc při hledání odpovědí na otázky po ztrátě blízkého a další;
- zajišťují jednorázové, krátkodobé, i dlouhodobé, individuální i skupinové poradenství.

Příkladem pozitivní praxe jsou i hospice, neboť filozofie hospiců od samého začátku zahrnovala vedle péče o pacienty i péči o jejich rodiny, která pokračuje i po smrti pacienta. Pozůstalí mají většinou možnost obrátit se individuálně na pracovníky hospice, kteří jim poskytnou přátelskou, psychologickou či duchovní pomoc a podporu. Některé hospice nabízejí pozůstalým setkání, kdy se slouží mše svatá za jejich blízké a následně probíhá posezení s personálem hospice. Tak např. Hospic na Sv. Kopečku pořádá takovou vzpomínkovou akci 2 x ročně. Účastníci se pozůstalí vzpomínkových obřadů, může to poukazovat na to, že se na ztrátu zdravě adaptují. „Vzpomínkové akce mají i mnohá skrytá pozitiva, neboť v týmu jako celku upevňují soudržnost, rozvíjí šlechtěného ducha a prohlubují duchovní rozměr. Obecně jsou vnímány jako hodnotná mimopracovní aktivita multidisciplinárního týmu“ (Kissane In Payneová, 2007, s. 574).

Uvedli jsme některé z obecných způsobů, jimiž ti, kdo pečují o umírající, mohou pečovat také o pozůstalé. Většina pozůstalých se po opuštění zdravotnického zařízení vyrovnává se zármutkem vlastními silami, díky své osobnosti, uplatnění různých způsobů zvládání zátěže či mobilizaci svých sociálních zdrojů - nejčastěji rodiny, přátel či sociálních sítí. Zdravotníci by tedy měli vědět, jaké zdroje podpory a péče budou mít pozůstalí k dispozici po návratu na místa, kde pokračuje jejich život. Každá nemocnice by měla mít vytvořený přehled sítě služeb (primární péče, poradců pro pozůstalé, psychologů, psychiatrů, místní církve apod.), který by pozůstalým mohla nabídnout.

Ojedinelou a zcela výjimečnou službou pomoci pozůstalým je poradenství pro pozůstalé, které se od roku 2009 v České republice intenzivně rozvíjí. „Poradce pro pozůstalé rozhodně není rádcem, jak urychleně truchlení ukončit, je průvodcem pozůstalých v jejich procesu truchlení, vytváří jim bezpečný prostor, ve kterém mohou otevřeně ventilovat své emoce, hovořit o svých problémech. Pomáhá pozůstalým vyrovnat se s širokým spektrem reakcí, jež se po ztrátě milovaného člověka objevují na nejružnějších úrovních, například na somatické, emocionální a kognitivní úrovni, ale také na úrovni chování.

Vysvětluje pozůstalým, co se s nimi děje, a ubezpečuje je, že to, co prožívají, je adekvátní situaci, ve které se nacházejí. Poskytuje jim potřebné informace a objasňuje různé aspekty jejich obtíží a problémů. Poradce musí být také schopen posoudit závažnost situace pozůstalých a v případě potřeby jim doporučit jiné formy pomoci“ (Špatenková, 2013, s. 21). V České republice je více než 50 certifikovaných poradců pro pozůstalé, kteří působí nejčastěji v hospicích, nemocnicích, v sociálních službách, ve vzdělávacích institucích či poskytují samostatně poradenství pro pozůstalé. V roce 2015 vznikla Asociace poradců pro pozůstalé, jejímž hlavním účelem je rozvoj a propagace poradenství pro pozůstalé. Sdružení usiluje o: zpracování koncepce poradenství pro pozůstalé, spolupráci s orgány veřejné správy a samosprávy, podílení se na řešení aktuálních otázek z oblasti poradenství pro pozůstalé, realizaci výzkumné činnosti v této oblasti, připomínkování legislativních norem z oblasti pohřebnictví, vzdělávání poradců pro pozůstalé a supervizi v této oblasti.

Závěr

Každodenní práce s pacienty v různých situacích vyžaduje, aby si zdravotničtí pracovníci vypěstovali dobré komunikační schopnosti. Dobrou komunikaci a schopnost citlivě naslouchat vyžaduje také jednání s pozůstalými. Sdílet smutnou zprávu a hovořit s pozůstalými může být velmi stresující záležitosti, a je tedy důležité, aby si zdravotníci v tomto ohledu osvojili odpovídající dovednosti.

Dosud jsme mluvili o tom, že zdravotníci poskytují pozůstalým podporu a pomoc blízkým pozůstalým. Je však potřeba si uvědomit, že i zdravotničtí pracovníci mohou truchlit, v tomto případě je můžeme označit za „vzdálené pozůstalé“. V takovém případě by zdravotničtí pracovníci měli mít také možnost podpory a péče, např. formou individuálního poradenství či supervize (která je však bohužel v našem zdravotnickém systému pořád ještě fikcí).

Literatura

1. Dorková, Z., Špatenková, N., Dohnalová, Z. Význam pohřebních rituálů a poradenství pro pozůstalé. s. 93-100. In Zrubáková, K., Novýsedláková, M. Rodina – zdraví – choroba. Ružomberok: Verbum, 2014. 417 s. ISBN 978-80-561-0117-9.
2. Dorková, Z. Co potřebují umírající a doprovázející v 21. století. In Špatenková, N. et al. O posledních věcech člověka. Vybrané kapitoly z thanatologie. Praha: Galén, 2014. s. 81-90. ISBN 978-80-7492-138-4.
3. Kala, M. Příběh z hospice: Cesta ke zvonům vede vzhůru. Katolický týdeník č. 37, ročník XXIII., 11.-17. září 2012.
4. Kupka, M. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 2014. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
5. Parkes, C. M., Relfová, M., Couldricková, A. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 179 s. ISBN 978-80-87029-23-7.
6. Payneová, S et. al. Principy a praxe paliativní péče. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 795 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
7. Student, J. Ch., Mühlum, A., Student, U. Sociální práce v hospici a paliativní péče. Jinočany: H & H Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
8. Špatenková, N. Poradenství pro pozůstalé. Principy, proces, metody. Praha: Grada, 2013. 223 s. ISBN 978-80-247-3736-2.

Kontakt:

Mgr. Zlatice DORKOVÁ, Ph.D.
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně,
Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd
Zlín, ČR
E-mail: dorkova@fhs.utb.cz

Hledání smyslu – Ve stopách Viktora E. Frankla

Roman Adamczyk¹

¹Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě

Súhrn

Príspevok je stručným pohľadom na význam smyslu v živote človeka s prihlédnutím ke konfrontácii ľudského jedinca s vlastnou konečnosťou. Teoretickým východiskom príspevku je Franklova logoterapie se svým důrazem na vůli ke smyslu a hledání metavýznamu lidského bytí jako důležité složky spirituálního konstituování člověka.

Kľúčové slová: Logoterapie. Smysl života. Závěr života. Zdravotní péče. Viktor E. Frankl.

Summary

The contribution is a brief look at the importance of the meaning of human life with regard to human being confronted with their own mortality. Theoretical basis of this paper is Frankl's logotherapy, with its emphasis on the will to meaning and the search meta significance of human being as an important part of the spiritual constitution of man.

Keywords: Logotherapy. Meaning of Life. The End of Life. Health Care. Viktor E. Frankl.

Úvod

V dospělosti, stáří, ale někdy i v mladém věku hledá člověk smysl života. I když vyšší, duchovní potřeby, ke kterým potřebu smyslu můžeme řadit, bývají často vytěšňovány každodenními starostmi nebo rutinou, je vůle ke smyslu, jak ji nazývá Viktor Frankl (1905-1997), zakladatel tzv. třetí vídeňské školy psychoterapie, hluboce zakořeněna v podstatě lidství. Tato vůle vyvstává zejména v náročných životních situacích, jakými jsou nemoc či ohrožení integrity jiného druhu. Pocit smyslu a naplnění ve vlastním - řečeno naratologicky - životním příběhu je též důležitým existenciálním faktorem a potřebou v závěru života.

Metoda

Předkládaný příspěvek je založen na analýze a komparaci dostupných literárních zdrojů v oblasti principů a aplikace franklovské logoterapie.

Text

Touha po smyslu jako součást spirituální utvářenosti člověka je ve Franklově pojetí protívahou Freudovy pudovosti a Adlerovy touhy po moci. Je také nadstavbou klasické psychoterapie, a to zejména v práci s klienty zakoušejícími existenční vakuum, trpícími noogenní neurózou či klienty rekapitulujícími svůj život při jeho pravděpodobném konci. Franklova logoterapie, tedy léčba smyslu života a smyslem života, je výsostně spirituální a pracuje nejen s metafyzickým sebepřesahem, ale také s pojmem hodnoty (zážitkové, tvůrčí či postojové) a s pojmem suprasmyslu. Ponsaranová (2007, s. 339) poukazuje na úzkou souvislost Franklovy teorie s existenciální filozofií a důležitost duchovního základu pro celistvost a úplnost člověka. Hodnota Franklových myšlenek je o to větší, že nejsou „teorií psanou od stolu“, ale výtěžkem drsné osobní zkušenosti z koncentračního tábora, ve kterém se šance na přežití pohybovala v řádu několika málo procent.

Podle Frankla jsou dnes lékaři, sestry a psychologové často konfrontováni s metaklinickými (tedy mimo jiné ontologickými – týkajícími se bytí, axiologickými – týkajícími se hodnot, a etickými) problémy. Jak Frankl sám uvádí: „Lékař se stále

častěji setkává s otázkou: Co je život, a co je vposledku utrpení? Dnes vyhledávají psychiatra pacienti, kteří ho konfrontují spíše s lidskými problémy než s neurotickými příznaky.“ (Frankl, 1994a, s. 75) Poukazuje také na to, že někteří lidé vyhledávající psychoterapeutickou či lékařskou pomoc by dříve šli ke knězi či pastrovi. Spirituální péče je akcentována v zařízeních zaměřených primárně na péči o pacienty s výrazně limitovanou délkou života, tedy v hospicích, kde, jak poznamenává Haškovcová (2007, s. 176), v některých zemích terapeuticky působí osoby z řad laiků zajišťující duchovní péči (tzv. spirituálové). Významnou složkou důstojného závěru života je jistota smyslu, která ke spirituální rovině života neoddělitelně patří. Jinak řečeno, naděje může prolomit tísnivou situaci tím, že dojde k validaci, čili „pozitivnímu hodnocení prožitého života“ (Haškovcová, 2007, s. 164). Obecně je dnes i v ošetrovatelství zdůrazňována úloha spirituální péče a, jak připomíná Macraeová (2001, s. 21), duchovní péče se úzce váže k péči zdravotní a byla zmiňována již Florence Nightingalovou.

Carole Gouldová ve svém článku Viktor Frankl's chaplaincy: how my patients make meaning (2011) hodnotí vybrané aspekty duchovního poradenství pro pacienty s život ohrožujícím onemocněním ve světle Franklova logoterapeutického hledání smyslu, a to mimo jiné v souvislosti s pocitem viny, který někteří lidé během nemoci či na sklonku života zažívají. Přesněji řečeno, Frankl je spíše zastáncem názoru, že smysl není něco, co bychom měli hledat, ale něco, co sami utváříme svými činy a postoji. Život se ptá nás – jaký mi dáš smysl?, ne my života „Jaký MÁŠ smysl?“ Toto je jedna z klíčových myšlenek Franklovy koncepce.

Lantz (2000, s. 221) ve své studii o fenomenologických reflexích a pojetí času ve Franklově logoterapii poukazuje na Franklovo chápání času v triádě minulost-současnost-budoucnost. Zatímco budoucnost je nejistá, a u nemocného člověka podmíněná navíc obtížně predikovatelným vývojem nemoci, a současnost je místem pro rozhodování a odpovědnost, minulost je jedinou jistotou a daností. To co bylo jednou prožito a co se reálně událo, již nemůže být zrušeno, vymazáno, odňato. Bohatství prožitků a činů, které člověk za svůj život shromáždil, je tím, co nelze zpochybnit a o co je možné opírat pocit naplnění

konkrétního individuálního života. Na takové minulé jistotě lze stavět pocit smyslu. Pociť smyslu ale pacient může odvíjet i od upnutí se k budoucím cílům. Takto teleologicky motivované směřování života poskytuje oporu lidem s vážným onemocněním – chtějí ještě 'vidět vnoučata', 'navštívit oblíbené či vytožené místo', 'dokončit pracovní či jiný úkol'. Řada studií ukazuje, že naděje a upnutí se ke kladeným cílům mohou prodlužovat život i ve statistickém smyslu, nebo přinejmenším posilovat jeho kvalitu a smysl (Carpenito-Moyet, 2008, s. 324).

Jako člověk, který přežil útrapy koncentračního tábora, byl Frankl dobře kvalifikován k pojednání utrpení a k analýze situací, ve kterých člověk čelí smrti. Člověk existenciálně vržený do světa je kromě pozitivních prožitků a emocí konfrontován také s osaměním, utrpením a smrtí, nezůstává však v této konfrontaci bezbranný. Může těmto atributům čelit svými postoji, realizací životního smyslu, ale podle Frankla i humorem, duchovním sebezpřesahem a láskou. O tomto aspektu pojednává např. Gerwood ve své studii *Meaning and love in Viktor Frankl's writing* (1994). S ohledem na autentičnost Franklovy teorie, která nevystala jako teoretický konstrukt ex nihilo, ale byla odvozena z reálných prožitků v Osvětimi a dalších táborech, uvádí Gerwood o několik let později v jiné své studii výmluvnou větu: „Franklův život byl příkladem uvedení jeho vlastní filozofie do praxe.“ (Gerwood, 1998, s. 673) Scott (2014, s. A04) charakterizuje Frankla jako toho, kdo viděl světlo i v nejtemnějších časech člověka.

Z životní lekce Viktora Frankla jasně vysvítá, že duchovní složka člověka je nosným tématem zvláště v mezních situacích, jakými jsou nemoc, strádání či riziko konce života. K terminálním fázím života je možno vztáhnout Franklovu úvahu mající charakter retrospektivní fixace bytí: „Žijící člověk má minulost a má budoucnost; umírající už nemá budoucnost, jenom minulost; mrtvý však je svou minulostí.“ (Frankl, 1994b, s. 58) To, co bylo, je nejen jednou provždy uchováno ve stopě času, ale má to také podle Frankla nepodmíněný smysl. Povaha tohoto smyslu je ale určována postoji člověka, a není tedy automatismem vznikajícím při samotném narození. Člověk se znovu a znovu rozhoduje a udílí svému životu směr.

Franklova filozofie však není filozofií pesimistickou, jak ji známe od některých existencialistů. Frankl překonává nihilismus i v nejkrajnějších, téměř bezvýhodných situacích a staví mu do opozice lidskou vůli, svobodurozhodnutí, spirituální přesah, pevně kladené hodnoty spočívající v prožitém úseku života, i hodnoty utvářené ad hoc v situacích, které se jeví jako bezvýhodné. V souboru statí *Vůle ke smyslu* klade Frankl otázku: „Co je však člověk? Je to bytost, která vždycky rozhoduje. A rozhoduje stále znovu, čím je, čím v nejbližším okamžiku bude.“ (Frankl, 1994, s. 64) Franklovi pokračovatelé, například Elisabeth Lukasová, dále rozvíjejí tyto myšlenky v oblasti utrpení, smyslu a útěchy. Myšlenky Frankla a Lukasové (Lukasová, 1998), podobně jako myšlenky propagátora existenciální analýzy Alfreda Längle, se svou odhalenou lidskostí přímo nabízejí jako nástroje útěchy v krizových situacích a v péči o nevléčitelně nemocné ve všech prostředích, jakkoli počet školených logoterapeutů v České republice je malý (a často úloha logoterapeuta připadne zdravotní sestře či lékaři, kteří o těžce nemocné pečují).

Člověk vede nejen zápas o své biologické přežití, ale ve spirituální rovině také filozoficko-antropologický zápas o smysl existence. Jak naznačuje Frankl ve svém pojednání o spirituální nadstavbě medicíny a psychoterapie (Frankl, 1994b, s. 80), v tomto zápase se může realizovat vzájemná pomoc od člověka k

člověku. Paul Tournier pro podobný typ pomoci užíval termínu „*médecine de la personne*“ (medicína osoby) – Frankl, 1994b, s. 80. Přestože je člověk v moderní medicíně léčen na molekulární, receptorové, buněčné, tkáňové i orgánové úrovni, není medicína a péče dostatečně komplexní, pokud není též pojednána jeho rovina duševní a duchovní. To bohužel v časově i prostorově stísněných poměrech nemocnic s nízkým personálním obsazením může být závažný problém. Zdá se, že v paliativní péči, zvláště v její hospicové podobě, je pro tyto vyšší (v maslowovském smyslu) úrovně péče o člověka větší prostor a je na ně více pamatováno. Problematické logoterapeutické a existenciální péče v ošetrovatelství a v hospicové péči bylo v nedávné minulosti věnováno i několik bakalářských a diplomových prací (např. Sandtner, 2004).

Práce Viktora Frankla i jeho pokračovatelů jsou ojedinělým dokladem toho, že teorie může vyrůst z autentického prožitku a přes svou primárně fenomenologickou a subjektivní povahu jednak obstát v konfrontaci s rigidním prizmatem vědy, jednak, a to zejména, být též praktickým nástrojem pro terapeutickou práci s těmi, kdo potřebují pomoc, oporu a obhajobu - klienty v paliativní péči, klienty v existenční či noetické tísní, ale též klienty psychoterapie, u nichž je v etiopatogenezi onemocnění výrazně zastoupena noogenní složka.

Závěr

Hledání smyslu života je možné realizovat v každém okamžiku. V mezních situacích, ke kterým pozice pacienta v paliativní péči bezesporu patří, je však potřeba smyslu mimořádně silná. Pokud pacient nemá sílu či schopnost v dané situaci smysl nacházet či jej derivovat z prožitého bohatství svých let života, nabízí franklovská logoterapie několik velmi účinných opěrných bodů. Realizací logoterapie v paliativní péči i v psychoterapii je možné pomoci velkému množství pacientů. K naplnění tohoto cíle je sice potřeba proškolení a vychovat jistě desítky, ne-li stovky dalších odborníků z řad sester, lékařů a psychologů (srv. SLEA, 2015), v perspektivě užítu, který tato práce přinese, je to však úkol, který je jistě reálný. A zejména – je to úkol, který má smysl.

Literatura

1. Carpenito-Moyet, L. J. Nursing diagnosis: application to clinical practice. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2008. 999 p. ISBN 978-0-7817-8121-3.
2. Frankl, V. E. Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie. Překlad Zdeněk Trtík. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994a. 88 s. Psychoterapie; sv. 5. ISBN 80-901601-4-X.
3. Frankl, V. E. Vůle ke smyslu. Vybrané přednášky o logoterapii. 2. vyd. Brno: Cesta, 1994b. 212 s. ISBN 80-85139-29-2.
4. Gerwood, J. B. Meaning and love in Viktor Frankl's writing: Reports from the Holocaust. Psychological Reports., December 1994, Part 1, Vol. 75 Issue 3, p. 1075-1081. ISSN 0033-2941
5. Gerwood J. B. The legacy of Viktor Frankl: an appreciation upon his death. Psychological Reports. April 1998, Vol. 82, Issue 2, p. 673-674. ISSN 0033-2941.
6. Gould, C. Viktor Frankl's chaplaincy: how my patients make meaning. The Journal of Pastoral Care & Counseling, March 2011, Volume 65, Issue 1-2, p. 9.1-2. ISSN 1542-3050.
7. Haškovcová, H. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
8. Lantz, J. Phenomenological reflection and time in Viktor Frankl's existential psychotherapy. Journal of Phenomenological Psychology, Fall 2000, Vol. 31, No. 2, p. 220-231. ISSN 0047-2662.
9. Lukasová, E. I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická útěcha v krizi. 196 s. Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-79-9.
10. Macrae, J. A. Nursing as a Spiritual Practice: A Contemporary Application of Florence by Janet Macrae. 1st ed. New York: Springer Publishing Company, 2001. 145 p. ISBN 0-8261-1387-7.
11. Ponsaran, A. G. The Philosophical Foundations of Viktor Frankl's Logotherapy. Philippiniana Sacra. May-September 2007, Vol. 42, Issue 125, p. 339-354. ISSN 0115-9577.
12. Sandtner, P. Doprovázení v hospicové péči a logoterapie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2004. Vedoucí diplomové práce Ing. Aleš Opatrný, Th. D. 106 s. ISBN N/A.
13. SLEA. Adresář SLEA [online]. Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu. Praha, 2015. [Cit. 25.9.2015.] Dostupné z <http://www.slea.cz/index.php?m=6&show=adresar>.
14. Smith, S. Viktor Frankl saw light In man's darkest hour. Investors Business Daily, April 21, 2014, p. A04. ISSN 1061-2890.

Kontakt:

Mgr. Bc. Roman ADAMCZYK
 Ústav ošetrovateľství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě
 Opava, ČR
 e-mail: roman.adamczyk@fvp.slu.cz

Etické problémy v onkologickom ošetrovatel'stve

Zuzana Hudáková¹, Halina Romualda Zięba²¹Fakulta zdravotníctva, KU Ružomberok²Podhalańska Państwowa Wyższa szkoła Zawodowa w Nowym Targu

Súhrn

Onkologické ochorenia patria k najpálčivejším zdravotníckym fenoménom súčasnej doby. Stali sa druhou najčastejšou príčinou úmrtí u dospelých po srdcovo-cievnych ochoreniach a u detí po úrazoch. Ich incidencia zaznamenala prudký nárast v priebehu druhej polovice 20. storočia. Nárast počtu vyliečených onkologicky chorých prináša so sebou množstvo otázok, ktoré je nevyhnutné poznať, akceptovať a adekvátne riešiť, preto etické princípy vyplývajú nielen zo všeobecne platných etických noriem, ale aj z konkrétnych situácií a činov vzhľadom na ich následky, ku ktorým vedú. Celosťnosť ponímania jedinca kladie zvýšené nároky na osobnostnú stránku sestry a humanizáciu ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá tvorí principiálny základ ošetrovateľskej etiky. Za základ etiky v medicíne v jej historickom vývoji považujeme Hippokratovu prisahu.

Kľúčové slová: Etika. Problémy. Onkológia. Onkologické ošetrovatel'stvo.

Summary

Oncological diseases belong to the most pressing medical phenomenon of modern times. They have become the second leading cause of death in adults for cardio-vascular diseases and in children after accidents. Their incidence recorded a sharp increase during the latter half of the 20th century. Increase in the number cured cancer patients brings many questions that necessary to know, accept and adequate addressed, therefore the ethical principles derive not only from the generally applicable ethical standards, but also from specific situations and deeds with regard to their consequences to which they leading. Integrity understanding of individual puts increased demands on the personality page nurse and humanization of nursing care, which forms the basis of principle of nursing ethics. The basis for ethics in medicine in its historical development has been the Hippocratic oath.

Keywords: Ethics. Problems. Oncology. Oncological Nursing.

Úvod

Základným východiskom etiky je jedinečnosť a dôstojnosť ľudského života. Chrániť a rešpektovať základné ľudské práva, zvlášť ľudskú dôstojnosť patrí k etickým povinnostiam sestry. Ľudská dôstojnosť je rozmerom človeka, ktorý má slobodnú vôľu a pomocou nej koná. Dôstojnosť môžeme chápať ako pojem, vyjadrujúci našu predstavu o hodnote ľudského jednotlivca, ako bytosť rovnoprávnou, slobodnú, autonómnou

Text

Úlohy ošetrovateľskej etiky:

- skúmať kvalitu vzťahov a postoje medzi sestrou a pacientom/klientom;
- vytýčiť si žiaduce medziľudské vzťahy;
- formulovať povinnosti a zodpovednosť sestier, stanoviť mravné normy profesie;
- analyzovať etický komplikované situácie a stanoviť ciele a hodnoty danej situácie;
- študovať pravidla interpersonálnych vzťahov na pracovisku.

Ciele ošetrovateľskej etiky:

- uplatňovať humanizmus v medziľudských vzťahov medzi chorým a sestrou, medzi lekárom a sestrami;
- usmerňovať správanie a jednanie pri profesionálnych výkonoch ošetrovatel'stva so zámerom porozumieť človeku, pochopiť ťažkosti jeho situácie a podľa možnosti mu pomôcť;
- usilovať sa v hodným spôsobom o uspokojenie terapeutických, psychických, sociálnych, kultúrnych, duchovných potrieb pacientov a klientov (Nemčeková, 2008).

Etika pomáha hľadať a rozlišovať za všetkých okolností čo je mravné, čo je nemravné. Následne podľa toho jednat' správne či nesprávne. V súvislosti s týmto vývojom sa z právneho hľadiska objavujú nové problémy, ktoré je potrebné riešiť.

Ľudská dôstojnosť je chápaná ako vnútorná neodňateľná hodnota, ktorá prináleží každému človeku v rovnakej miere, bez ohľadu na jeho činy, rasu, kultúru, pohlavie, sexuálnu orientáciu, vek, presvedčenia alebo status v spoločnosti. Z tohto dôvodu si každý človek zaslúži, aby sa k nemu pristupovalo s rešpektom, aby boli chránené jeho práva a záujmy. Ľudská dôstojnosť a jej ochrana je fundamentálnou hodnotou, ktorú podčiarkujú viaceré dokumenty vymedzujúce ľudské práva. V medzinárodnom kontexte je to predovšetkým Všeobecná deklarácia ľudských práv a Ústavná zmluva Európskej únie. Sú to dokumenty, ktoré sú záväzné aj pre Slovenskú republiku. Dôstojnosť môžeme chápať dvojako, buď inherentne alebo kontingentne. Inherentné vymedzenie dôstojnosti predpokladá, že dôstojnosť vyplýva zo samotného ľudského bytia a teda náleží človeku už od narodenia. Kontingentný výklad dôstojnosti ju odvodzuje najmä od určitých kvalít človeka, jeho individuálna zásluha, spoločenský výkon či postavenie (Ondriová a kol., 2014). Dôstojnosť teda automaticky nepatrí všetkým. Podľa Kutnohorskej (2007) dôstojnosť ľudskej osoby spočíva v nedotknuteľnom práve každého. Platí to aj pre tých, ktorí sú slabí a sú závislí na druhých ľuďoch. Vedieť zaobchádzať s druhým s úctou môže byť v praxi veľmi ťažké, zvlášť keď ide o sociálne problémové skupiny. V tejto súvislosti Munzarová (2005) uvádza, že človek má svoju inherentnú dôstojnosť preto, lebo je človekom. Nemôže ju stratiť kvôli ochoreniu. Ľudská bytosť je vždy cieľom, a nikdy prostriedkom k inému cieľu. Záujmy a blaho ľudskej bytosti sú nadradené záujmom spoločnosti a vedy; človeka je nutné vždy rešpektovať v jeho celosti, vo všetkých vzájomne prepojených aspektoch.

V súčasnosti vstúpila do popredia v komplexnej starostlivosti aj závažnosť psychologickéj problematiky pri ošetrovaní onkologických pacientov. Rakovina je choroba, ktorá má viacero foriem s veľmi rozdielnymi biologickými a klinickými prejavmi, čo súvisí aj so správaním týchto chorých, ktoré by mala sestra poznať. Poznatky z onkológie a psychológie by mali sestry pomôcť v jej profesii a to z hľadiska náročnosti onkologickej práce, jej svedomia a zodpovednosti. Mnoho pacientov musí dokázať so svojou chorobou žiť dlhý čas. Možno teda konštatovať, že chorý sa musí naučiť žiť s rizikami agresívnej liečby, bolesti či hrozbou recidívy ochorenia. Ošetrovať pacienta s úctou k ľudskej dôstojnosti je morálnou povinnosťou sestry, ako aj všetkých ostatných členov ošetrojúceho tímu. Preto vo svojej práci by mali dodržiavať tieto zásady:

- rešpektovať potrebu sebaúcty človeka, ktorá môže byť devalvovaná práve pre prítomnosť závažného ochorenia, bolesti a utrpenia, nedôstojné podmienky a submisívne postavenie,
- zabráňovať akejkoľvek diskriminácii pacienta, bez ohľadu na vek, pohlavie, etnickú príslušnosť, náboženstvo, sociálne postavenie alebo charakter ochorenia,
- umožňovať prejavy slobodnej vôle a voľbu zodpovedného konania na základe ohľaduplného, ale obsiahleho informovania o podstate ochorenia, diagnostických, liečebných a ošetrovateľských postupoch, ich význame pre pacienta, ale aj o negatívnych dôsledkoch a predpokladanej prognóze. Potrebné je získať informovaný súhlas pacienta s diagnostikou, terapiou, ošetrovaním alebo akceptovať ich informované odmietnutie.

Aktuálnou sa v tejto situácii javí psychosociálna podpora chorého za aktívnej účasti rodinných príslušníkov, aby konkrétne psychosociálne metódy umožnili chorým aktívne zvládať ich strach, zúfalstvo, či úzkosť. V mnohých prípadoch je dokázateľné, že to, do akej miery chorý človek cíti sociálnu či emocionálnu podporu blízkeho okolia, ovplyvňuje to priebeh ochorenia (Magurová a kol. 2007).

Hlavné telesné, psychické a sociálne problémy, ktoré sú spojené s diagnózou rakoviny a jej liečbou sú:

- hrozba smrti – diagnóza „rakovina“ je stále spájaná s nevyhnutnosťou smrti a umieraním, znamená zrušenie doterajšieho života chorého a jeho rodiny;
- strata telesnej nedotknuteľnosti – pocit „nezraniteľnosti“ je prirodzený a normálny. Zdravý človek v zásade nikdy nemyslí na to, že by jeho organizmus mohol prestať fungovať. Onkologické ochorenie naruší subjektom ponímaný atribút telesnej integrity;
- strata autonómie – pocit sebaurčenia a riadenia vlastného osudu je v základoch otrasený a stratený; chorý tápe v zajatí autonómie a paternalizmu poníma ako stratu hodnoty a dôstojnosti seba samého;
- strata aktivít – vykonávanie bežných aktivít je čiastočne alebo celkom znemožnené, často z dôvodu deficitu selfmanažmentu;
- sociálna izolácia, strach zo stigmatizácie – zmeny v obvyklých sociálnych vzťahoch na základe zmenených reakcií chorého voči svojmu okoliu a naopak;
- ohrozenie sociálnej identity a pocitu vlastnej hodnoty – sebavedomie, sebahodnotenie a sebaúcta sú v základoch otrasené (Křivohlavý, 2002).

Diagnóza rakoviny vyvolá v každom postihnutom existenčnú krízu (pacienti sa sťažujú na stratu osobnej kontroly). Dôležitým momentom zvládania ochorenia je nájsť všetky podporné metódy, ktoré by viedli ku znovuzískaniu určitej kontroly pacienta nad situáciou, v ktorej sa nachádza (Ondriová a kol., 2014). U onkologických pacientov sa sestra stretáva s rôznou formou bolesti. Nádorová bolesť predstavuje heterogénnu skupinu algických syndrómov, kde môžeme identifikovať akútnu a chronickú bolesť. Môže byť spôsobená onkologickou liečbou (chirurgická liečba, rádioterapia, chemoterapia, diagnostické zákroky a iné) alebo iným stavom, ktorý môže onkologické ochorenie sprevádzať. V liečbe nádorovej bolesti sa môže zásadne uplatniť paliatívna protinádorová liečba a paliatívne chirurgické postupy. Osobitnú pozornosť zo psychologicko-etického hľadiska predstavuje onkologická terapia s výrazným rizikom subjektívnej straty ľudskej dôstojnosti. Príkladom takýchto problémov môže byť zvracanie, vypadávanie vlasov, celkové oslabenie, malátnosť (Šoltes, 2001).

Onkologická liečba je často sprevádzaná depresiami chorých, úzkosťou, napätím. Ošetrovanie umierajúcich je pre sestru fyzicky, ale aj psychicky veľmi náročné. Musí sa zachovať individuálny charakter a ostať čo najbližšie osobnosti chorého človeka. Medzi základné práva pacienta patrí právo netrpieť ani v terminálnom štádiu ochorenia. Je na rozhodnutí lekára, aké odborné postupy uplatní aj keď si je vedomý, že pri terapeuticky účinnej dávke lieku nemožno vylúčiť, že ich nežiaduce účinky môžu trvanie terminálneho stavu skrátiť.

Špecifickým eticko-právnym problémom u nevyliciteľne chorých je eutanázia. Právne normy nepovoľujú ukončenie života pričinením inej osoby, aj keď si to dotýčny praje. Lekári sú zo zákona povinní podať pravdivé informácie, pokiaľ nespôsobia pacientovi psychickú traumu, čo by zhoršilo jeho a jej zdravotný stav. Všeobecná verzia práv pacientov je modifikovaná v rámci jednotlivých skupín chorých s rovnakou alebo podobnou diagnózou. V prípade onkologicky chorých je nevyhnutné rešpektovať Deklaráciu práv chorých s rakovinou, ktorú vyhlásilo Spoločenstvo chorých na rakovinu v Londýne v roku 1991. V roku 1999 bol parlamentom rady Európy schválený významný dokument s názvom Ochrana ľudských práv a hodnôt (dôstojnosti) nevyliciteľne chorých a umierajúcich. V roku 2000 bola vyhlásená Parížska charta proti rakovine v nasledujúcom miléniu (Ondriová a kol., 2014).

Súčasná snaha stanoviť a schváliť práva onkologických pacientov je rozhodujúca pre uznanie a ochranu hodnoty a dôstojnosti všetkých postihnutých jednotlivcov na celom svete (Haškovcová, 2002). V článku 2 sa uvádza: „Stigmatizácia spojená s rakovinou je vážnou prekážkou na ceste vpred v rozvinutých a rozvojových krajinách. Často spôsobuje nevhodnú emocionálnu traumu pacientov a ich rodín, diskrimináciu ľudí s nádorovým ochorením a zaujatosť voči ich zamestnávaniu alebo ich zmysluplnému zapojeniu do spoločenského života, finančné útrapy a strata produktivity postihnutých, zlú komunikáciu a nedostatočné vzdelávanie verejnosti.

Rakovina je závažné ochorenie, s ktorým je nutné a možné naučiť sa žiť. Každý kto bojuje s onkologickým ochorením, je v ťažkej situácii a základný etický imperatív znie: „nikto nesmie byť ponechaný viesť tento boj sám“ (Kutnohorská, 2007). V poslednom období sa zdravotnícki pracovníci často dostávajú do situácií, ktoré sú najťažšie nielen pre pacienta a jeho príbuzných. Takáto situácia nastáva vtedy, keď pacienta treba oboznámiť s jeho ochorením, veľmi ťažko liečiteľným alebo nevyliciteľným.

Predpokladom jej úspešného zvládnutia v praxi sú nielen odborné poznatky o psychológii chorých všeobecne a poznanie konkrétneho pacienta, ale najmä isté osobnostné a morálne kvality, ktoré sa prejavujú v zložitej situácii okrem iného schopnosťou empatie a dobrými komunikačnými schopnosťami.

Prijatie oznamovanej diagnózy je najťažším obdobím a zo psychologického hľadiska zásadným obdobím ako ďalej pacient zvládne liečbu a ako bude na ňu reagovať. Podľa Charty práv pacienta v Slovenskej republike má pacient právo byť jemu zrozumiteľným spôsobom informovaný o svojom zdravotnom stave, vrátane povahy ochorenia a potrebných zdravotných výkonoch, na požiadanie aj písomnou formou. V prípade maloletých pacientov alebo pacientov pozbavených spôsobilosti na právne úkony, prípadne s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony je potrebné zvoliť vhodnú formu informácie a informovať zákonného zástupcu. Po druhej svetovej vojne sa dávala prednosť stratégii milosrdnej lži. Lekári boli presvedčení, že je vhodné nepovedať pacientovi o jeho závažnom ochorení, najmä vtedy, keď sa očakáva naplnenie nepriaznivej prognózy v krátkej dobe. Tento problém je aktuálny najmä v starostlivosti o onkologicky chorých a všade tam, kde pravda môže pacientovi ublížiť.

V priebehu šesťdesiatych rokov minulého storočia prišlo v troch základných oblastiach k významným zmenám. Pokroky v medicíne umožňujú právom predpokladať, že malígne ochorenie možno zastaviť alebo proces spomaliť a nazeranie na situáciu pacientov sa zmenilo. Veľa odborníkov venovalo svoju pozornosť psychickému prežívaniu pacientov. Nepovedanie diagnózy je pre pacienta významným signálom, že ide o závažnú chorobu. O spoločenskej dohode na tému pravdy nerozhodujú výhradne lekári, ale aj značnou mierou pacienti a laická verejnosť. Tieto dôvody viedli postupne k zmene spoločenského konsenzu a odborná i laická verejnosť sa začala prikláňať k pravde ako k dominantnej stratégii.

Informácie o zdravotnom stave pacienta zásadne poskytuje lekár. Vzťahuje sa to aj na informácie týkajúce sa diagnózy, vyšetrení a prognózy. Sestra zohráva pri informovaní pacienta dôležitú úlohu, pretože s ním trávi viac času ako lekár. Pacienti sa na ňu často obracajú, aby im vysvetlila rôzne nejasnosti. Ide o prirodzený prejav dôvery. Z jej strany je eticky i psychologicky správne vždy pozorne vypočuť a v rámci svojej kompetencie na ne odpovedať. Prednostné právo na zrozumiteľnú a úplnú informáciu má pacient. Ďalším osobám bez výslovného súhlasu pacienta sa informácie nepodávajú (Ondriová a kol. 2014).

Zdravotnícki pracovníci sú pri výkone svojho povolania zaviazaní povinnou mlčanlivosťou. Jej porušenie svedčí o nedostatočnej profesionalite a neetickosti sestry. Pacient má právo na úplnú a pravdivú informáciu. Sestra v rámci svojej kompetencie má etickú povinnosť túto pravdivú informáciu poskytnúť. Ak nemôže povedať pravdu, radšej by mala mlčať alebo sa vhodným spôsobom vyhnúť a požiadať lekára, aby informáciu poskytol on. Najzávažnejšou chybou u nás je stále ešte „milosrdná lož“ servírovaná inteligentnému pacientovi veľakrát trápny a ponížujúcim spôsobom. Druhým extrémom je naopak nevhodne povedaná pravda. Teda otázka povedať či nepovedať pravdu sa mení na otázku komu, kedy, kde, ako a čo povedať.

Záver

Etický prístup znamená akceptovať pacienta takého, aký je, takého, aký sa nám javí. Rešpektovať pacienta so všetkými jeho zmenami v chorobe, nezáhľadovať jeho ťažkosti, vypočuť jeho názor, rešpektovať jeho podelenie sa s predchádzajúcimi skúsenosťami. Profesionalita ošetrovateľskej starostlivosti je vyjadrená v Etickom kódexe sestry ICN, ktorý stanovila medzinárodná rada sestier. Úcta k človeku zahŕňa úctu k jednotlivcovi ako k niekomu, kto zdieľa ten istý osud ako my. Sestra musí mať vypracovaný model úcty k ľuďom. To znamená, že sa na pacienta/klienta pozerá ako na nositeľa určitých ľudských vlastností, ktoré si vyžadujú našu úctu. Rešpektovanie morálnych hodnôt a noriem pri ošetrovaní pacienta je stavovskou čťou sestry.

Literatúra

1. Haškovcová, H. 2002. Lékařská etika. 3. Praha : Vydavatel'stvo Galén. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
2. Křivohlavý, J. 2002. Psychologie nemoci. Praha : Vydavatel'stvo Grada Publishing. 200 s. ISBN: 80-2470-179-0.
3. Kutnohorská, J. 2007. Etika v ošetrovatel'stve. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
4. Magurová, D. 2007. Klinické a ošetrovateľské aspekty umierania so zameraním na problematiku manažmentu bolesti. In Molisa 4. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2007, s. 103-106, ISBN 978-80-8068-622-2.
5. Munzarová, M. 2005. Zdravotnícka etika od A do Z. Praha: Vydavatel'stvo Grada Publishing, 2005. 153s. ISBN 80-247-1024-2.
6. Nemčeková, J. a kol. 2008. Etika v ošetrovatel'stve. 1. vyd. - Prešov : Vydavatel'stvo Prešovskej univerzity, 2008. - 142 s. - ISBN 978-80-8068-812-7.
7. Ondriová, I. a kol. 2014. Vybrané kapitoly z ošetrovateľskej etiky. 1. vyd. - Prešov : Vydavatel'stvo Prešovskej univerzity, 2014. - 141 s. - ISBN 978-80-555-1176-4.
8. Šoltés, L. 2001. Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. 2. doplnené vydanie. Bratislava: Vydavatel'stvo Univerzity Komenského. s.14. ISBN 80-223-1562-1.

Kontakt:

doc. PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Hodnotenie kompetencií na uspokojovanie spirituálnych potrieb z aspektu zdravotníckych pracovníkov

Mária Kopáčíková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Zisťovali sme ako zdravotnícki pracovníci hodnotia svoje kompetencie na uspokojovanie spirituálnych potrieb, porovnali sme odpovede respondentov a zistili rozdiely v hodnotení. Výskumnú vzorku tvorilo 447 respondentov (sestier a zdravotníckych pracovníkov). Použili sme metódu anonymného dotazníka. Výsledky boli spracované štatisticky.

Zistili, že podľa odpovedí priemer skóre v jednotlivých doménach od 4,48322 do 3,0865, čo svedčí o dobrých až vysokých kompetenciách sestier a zdravotníckych pracovníkov na poskytovanie spirituálnej starostlivosti a významnú štatistickú signifikanciu v hodnotení v jednotlivých doménach podľa pohlavia, veku, vzdelania, praxe a vierovyznania.

Navrhujeme kontinuálne si zvyšovať a dopĺňať vedomosti účasťou na seminároch a školeniach týkajúcich sa problematiky spirituálnych potrieb a aktuálnych trendov ich uspokojovania. Pre hlbšie a lepšie poznanie zabezpečiť kontakt s duchovným, kňazom. Osloviť vedúcich manažmentu oddelení a nemocníc a navrhnúť im zväziť financovanie kurzov sprevádzania zomierajúceho pre sestry a iných zdravotníckych pracovníkov. Zvýrazňovať význam pastoračnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Starostlivosť o zomierajúcich. Spiritualita. Spirituálna starostlivosť. Spirituálne potreby. Kompetencia.

Summary

We investigated how people providing health care evaluate their competencies in satisfying spiritual needs, we compared answers of respondents and found differences in assessment. Investigated sample contained 447 respondents (nurses and health workers). We used a method of anonymous survey. Results were statistically processed.

Based on answers we found that average result in particular domains are from 4.48322 to 3.0865. That indicates good even high competencies of nurses and people working in health care for the provision of spiritual care and a notable statistical significance in assessment of particular domains according to gender, age, education experience and religion.

We suggest continual education, participation in seminars and trainings focused on spiritual care topics and current trends in their satisfying. The contact with priest for deeper and better understanding. Addressing management of hospitals and proposing to think of financial support for courses accompanying of the dying for nurses and other people working in health care. Increase the importance of ecclesiastical care.

Keywords: Care for Dying. Spirituality. Spiritual Care. Spiritual Needs. Competency.

Článok bol napísaný v rámci projektu KEGA č. 034KU-4/2013 s názvom: „Uspokojovanie spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov z pohľadu pracovníkov v zdravotníctve z hľadiska praxe“.

Úvod

Starostlivosť o zomierajúceho človeka je veľmi zodpovedná a náročná. Proces umierania znamená dekompenzáciu, postupné slabnutie a emocionálne trápenie. Otázky smrti sprevádzajú ľudstvo počas celej jeho histórie a človek ako jediná žijúca bytosť si uvedomuje svoju smrteľnosť, ktorú sprevádza úzkosť, strach a neistota. V minulosti bola smrť chápaná ako súčasť prirodzeného života, ale postupne sa začali postoje k smrti meniť. V priebehu zomierania je najdôležitejšia kvalitná opatera, ľudský prístup s pocitom solidarity a poskytnutie primerane možného komfortu (O'Connor, 2005).

V Pokynoch pre starostlivosť o umierajúcich, ktoré vydala švajčiarska Akadémia lekárskeho vied sa hovorí: „Umierajúci je chorý alebo ranený človek, u ktorého lekár na základe viacerých klinických znakov dospeje k presvedčeniu, že choroba je nezvratná alebo traumatické poškodenie prebieha infaustne a smrť nastane v krátkom čase“ (Blumenthal-Barby a kol., 1988).

Každý človek má právo na dôstojný život a dôstojnú smrť, preto hlavnou povinnosťou v oblasti starostlivosti o ťažko chorých a zomierajúcich je pomoc a zmiernenie bolesti, prípadne iných neprijemných symptómov ochorenia, až kým nenastane

smrť. V tejto súvislosti sa natisť otázka, do akej miery je vhodné v priebehu ochorenia v terminálnom štádiu zasahovať tak, aby sme nezaťažili pacienta traumatologickou liečbou viac ako samotné ochorenie. Tieto predpoklady vytvárajú priestor pre poskytovanie holistickej ošetrovateľskej starostlivosti o ťažko chorých pacientov v terminálnom štádiu. Holistická filozofia sa zaoberá celkom a celosťou. Ide o celistvý prístup a také chápanie, ktoré zahŕňa všetky pohľady na ľudskú bytosť. Zahŕňa: medicínu, ošetrovateľstvo, hospic, fyzioterapiu, (BIO), sociálnu starostlivosť, sociálne služby a pracovníkov (SOCIO), pastoračnú starostlivosť, religiózne problémy (SPIRITUO), psychológiu, liečbu zamestnávaním a potrebné príbuzné disciplíny (PSYCHO). Ťažiskom práce paliatívnej starostlivosti je aj psychosociálna starostlivosť a krízové intervencie (Wemy, 2006).

Spirituálna starostlivosť

Podľa vyhlásenia organizácie WHO z roku 1990 je spirituálna starostlivosť definovaná takto: „Spirituálne aspekty starostlivosti o pacientov sú také stránky ľudského života, ktoré sa nejakým spôsobom vzťahujú k zážitkom presahujúcim zmyslový fenomén. Nie sú rovnaké ako náboženské zážitky napriek tomu, že pre mnoho ľudí je náboženstvo vyjadrením ich spirituality. Na spirituálny rozmer ľudského života môžeme pozeráť ako na niečo, čo prepojuje fyzické, psychologické a sociálne zložky života jedinca. Často sa spiritualita chápe ako zaoberanie sa zmyslom a účelom života a pre ľudí na sklonku

života je bežne spojované s potrebou odpustenia, zmierenia a potvrdením ich hodnoty a užitočnosti“ (Kalvínská, 2007, s. 13). V súvislosti so zmyslupnosťou života Křivohlavý (2006) uvádza, že náboženstvo je všeludským javom, náboženské myslenie sa v priebehu života človeka vyvíja a náboženstvo ponúka človeku nielen jeden, ale celý súbor vzájomne spätých cieľov. V teológii sa spiritualita považuje za osobný a spontánny prejav duchovného života, ktorý súvisí s Božím pôsobením, pôsobením Ducha Svätého. Viera umožňuje jednotlivcovi videnie sveta v širších a hlbších súvislostiach, predpokladá pozitívne vyústenie krízovej situácie, nájdenie zmyslu i v utrpení, zameraní na vyššiu moc v boji s ťažkosťami (Drotárová, E., Drotárová, L., 2003). Predmetom spirituálnej starostlivosti je kríza viery, kríza súkromia, kríza ľudskej dôstojnosti, kríza pocitu potrebnosti a sebarealizácie, kríza sebaúcty, kríza lásky a pocitu príslušnosti, kríza bezpečia a istoty (Jonczy, 2010).

Duchovná starostlivosť by mala byť plánovaná ako ostatné intervencie. Dôležitým predpokladom spirituálnej starostlivosti sú kvalitné medziľudské vzťahy. Pre prax sú dôležité nasledujúce princípy:

- otvorenosť a nadšenie členov tímu,
- vzájomná podpora, atmosféra dôvery,
- duchovná starostlivosť je súčasťou všetkých činností vykonávaných u pacienta,
- duchovná starostlivosť si vyžaduje hodnotenie súčasnej situácie pacienta,
- intervenciami podporujeme vzťahy, ktoré majú pre zomierajúceho význam,
- sebareflexiou si uvedomiť vlastné duchovné potreby a zároveň potreby umierajúceho,
- neustále sa vzdelávať.

Poradie potrieb sa počas ochorenia mení, ak na začiatku choroby dominovali potreby biologické, na konci sa do popredia dostávajú práve potreby spirituálne (Svatošová, 2008). Uspokojenie týchto potrieb je dôležitým zdrojom vyrovnávania sa so životnými neistotami. Duchovné potreby môžeme rozdeliť do troch základných oblastí a to:

- potreby súvisiace s vedomím seba (potreba nádeje, lásky, cieľu a zmyslu života a pod.),
- potreby súvisiace s inými (potreba odpustenia, vyrovnania so stratou lásky, rešpektovania okolím a pod.),
- potreby súvisiace s absolútnom (potreba istoty existencie Boha, viery a pod.).

Je nevyhnutné si tieto potreby všimnúť a umožniť chorému zveriť svoje potreby správnej duchovnej osobe (Kelnarová, 2007). Anamnestické údaje o duchovných presvedčeniach ako súčasť celkovej anamnézy možno najlepšie získať na konci celkového posúdenia alebo po psychosociálnom posúdení. Treba mať na pamäti, že každý človek má právo na svoje vlastné hodnoty a názory a má právo nehovoriť o nich, ani ich neodhaľovať pred druhými. Klinické hodnotenie duchovných aspektov pacienta je orientované na identifikáciu narušenej alebo nefunkčnej spirituality, ktorej dôvody súvisia so sebaobrazom a sebahodnotením človeka. Pre zistenie spirituálnych potrieb pacienta je potrebné, aby sestra/zdravotnícky pracovník mala dlhodobý kontakt s pacientom a vytvorila si vzťah dôvery medzi ňou a pacientom. Uspokojovanie duchovných a spirituálnych potrieb je zamerané predovšetkým na rešpektovanie náboženskej

slobody poskytnutím možnosti zúčastňovať sa na náboženských úkonoch. Uspokojiť spirituálne potreby zomierajúcich dokáže iba kompetentný zdravotnícky pracovník. Kompetencia sa chápe ako konkrétna schopnosť, spôsobilosť, ktorá v sebe zahŕňa určitú úroveň poznania daného jednotlivca (Chalupová, 2010). Kompetencie sestier a pôrodných asistentiek v Slovenskej republike legislatívne upravuje Vyhláška MZ SR 364/2005 Z. z., podľa ktorej je rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou a pôrodnou asistentkou vymedzený v troch oblastiach – rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou, pôrodnou asistentkou samostatne; na základe indikácie lekára a rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou, pôrodnou asistentkou v spolupráci s lekárom. Kompetencie môžeme chápať ako prienik vedomostí, zručností a postojov (Smith, 2012). Schopnosť byť spôsobilým závisí od správneho ocenenia situácie a od schopnosti implementovať vedomosti a schopnosti v správnom čase a správnym spôsobom.

Metódy

V rámci výskumnej úlohy projektu KEGA na FZ Katolíckej univerzity v Ružomberku sme sa čiastočne zaoberali aj problematikou ako sestry a iní zdravotnícki pracovníci hodnotia svoje kompetencie na uspokojovanie spirituálnych potrieb chorých. Cieľom bolo zistiť ako zdravotnícki pracovníci hodnotia svoje kompetencie na uspokojovanie spirituálnych potrieb, porovnať odpovede respondentov, zistiť rozdiely v hodnotení.

Výskum bol realizovaný v rokoch 2014 – 2015. Na základe stanovených cieľov sme si zvolili empirickú metódu zberu informácií – dotazník The Spiritual Care Competence Scale (SCCS), ktorá umožnila objektívne priblížiť realitu skúmaného ukazovateľa. Dotazník bol anonymný a vyplnený na základe dobrovoľnosti. Distribuovaný online prostredníctvom odkazov na jednom webovom portáli na Slovensku a na jednom v Českej republike.

Zistené výsledky sme spracovali do sumárnej tabuľky v programe MS Excel 7.0 a urobili sme triedenie prvého stupňa. V rámci analýzy údajov výskumu sme v prvom kroku spracovali získané údaje metódou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky (one way ANOVA). Po triedení sme vypočítali absolútnu a relatívnu početnosť a vytvorili sme tabuľky početnosti sledovaných znakov. Na štatistické spracovanie sme použili induktívnu štatistiku. Na ďalšie spracovanie nazbieraných štatistických údajov a ich následné použitie pri overovaní boli použité ďalšie štatistické metódy ako: analýza rozptylu, korelácie, multi rozsahová analýza, t - štatistický test, ANOVA. Pre samotný výpočet a prezentáciu výsledkov bol v práci použitý štatistický program Statistica vo verzii X. Výsledky sme prezentovali slovné, matematicky a v tabuľkách.

Výsledky

Skúmaný súbor tvorilo 447 respondentov (sestier a zdravotníckych pracovníkov), ktorí v čase realizácie výskumu poskytovali starostlivosť chorým v inštitucionalizovanej zdravotnej starostlivosti a boli schopní samostatne vyplniť dotazník. Výsledok výskumu kopíruje stav súčasného zamestnaneckého rozloženia v zdravotníctve podľa pohlavia. Z celkového počtu respondentov v sledovanom súbore najväčšie zastúpenie v počte 400 (89,49 %) mala skupinu respondentov ženského pohlavia. Mužského pohlavia bolo 47 (10,49 %) respondentov.

Najväčšie zastúpenie 183 (40,49 %) mali sestry a zdravotnícki pracovníci vo vekovej kategórii 35-44 rokov, 23,94 % (107) sestier a zdravotníckych pracovníkov bolo vo vekovej kategórii 25-34 rokov. Vo vekovej kategórii od 45-54 rokov bolo 105 (23,49 %) a vo vekovej kategórii 55-64 32 (7,16 %) sestier a zdravotníckych pracovníkov. Vek menej ako 20 rokov udalo 20 (4,47 %) sestier a zdravotníckych pracovníkov.

Na základe výsledkov prezentujeme štruktúru respondentov podľa pracovnej pozície (vzdelania). Z celkového počtu respondentov bolo 84,34 % (377) sestier. Ostatní zdravotnícki pracovníci v sledovanom súbore predstavovali 15,66 % (70), z nich najväčšie zastúpenie mali zdravotnícki záchranári 6,26 % (28). Pozíciu zdravotnícky asistent udalo 14 (3,13 %) respondentov, pôrodná asistentka 10 (2,24 %) respondentov, sanitár 7 (1,57 %) respondentov a pracovnú pozíciu lekár udali 3 (0,67 %) respondentov. Iné vzdelanie udalo 8 (1,79 %) respondentov.

Najväčšiu vzorku 144 (32,21 %) respondentov tvorili sestry a zdravotnícki pracovníci s praxou od 10-21 rokov, 25,73 % (115) sestier a zdravotníckych pracovníkov pracuje v zdravotníctve od 22 do 31 rokov. Dĺžku praxe od 5 do 9 rokov udalo 69 (15,44 %) respondentov a 13,42 % (60) sestier a zdravotníckych pracovníkov pracuje menej ako 5 rokov. Najmenšie zastúpenie v súbore 13,20 % (59) mali sestry a zdravotnícki pracovníci s dĺžkou praxe viac ako 31 rokov.

Na oddeleniach akútnej zdravotnej starostlivosti (JIS, ARO,...) pracuje 54,14 % (242) respondentov a na štandardných ošetrovacích jednotkách 45,86 % (205) respondentov.

Z celého sledovaného súboru 447 respondentov odpovedalo 342 (76,51 %), že sú veriaci, 49 (10,96 %) je bez vyznania. Na otázku nechcelo odpovedať 35 (7,83 %) respondentov. Za ateistov sa považuje 16 (3,58 %) respondentov a za agnostikov 5 (1,12 %) respondentov.

Tabuľka 1 Hodnotenie kompetencií

	skóre priemer	SD	variačné rozpätie	variačné rozpätie	rozptyl	absolútna	SD	medián
a	4,48322	4,75	5	1	0,46	0,46511	0,68	4,75
b	4,5	5	5	1	0,55	0,51902	0,74	5
c	3,64057	3,66667	5	1	0,77	0,71753	0,88	3,66667
d	3,83893	4	5	1	0,73	0,6925	0,85	4
e	3,60477	3,66667	5	1	0,80	0,73545	0,9	3,66667
f	3,0865	3,12658	5	1	1,10	0,86707	1,05	3,16667

Legenda: a- postoj k pacientovej spiritualite, b- komunikácia, c- posúdenie a implementácia spirituálnej starostlivosti, d- žiadosť o súhlas, e- osobná podpora a rady pacientovi, f- profesionalizácia a zvyšovanie kvality starostlivosti o spiritualitu

V komunikácii s pacientom majú sestry a zdravotnícki pracovníci najvyššie kompetencie, čomu zodpovedá aj priemer skóre v tejto doméne 4,5. Medián skúmaného súboru bol 5 (úplne súhlasím). Zisťovali sme, či vedieť sestry a zdravotnícki pracovníci aktívne počúvať pacientov „životný príbeh“ vo vzťahu k ich ochoreniu/ handicapu a majú akceptačný postoj v rozprávaní sa s pacientom (obavy, súcit, inšpirovanie dôvery, empatia, senzitivnosť, úprimnosť a osobnosť). V doméne „postoj k pacientovej spiritualite“ sme zistili priemer skóre 4,48322, čo svedčí o vysokých kompetenciách sestier a zdravotníckych pracovníkov na poskytovanie spirituálnej starostlivosti. Zisťovali sme, či bez predsudkov preukazujú rešpekt pacientovmu spirituálnemu / náboženskému presvedčeniu bez ohľadu na jeho spirituálne / náboženské pozadie, sú otvorení pacientovej spiritualite / náboženstvu, aj keď je odlišná od ich, nesnažia sa nútiť svoje spirituálne / náboženské presvedčenie pacientovi a sú si vedomí svojich osobných obmedzení, ak ide o pacientove spirituálne / náboženské presvedčenie. Medián skúmaného súboru bol 4,75 (súhlasím / úplne súhlasím).

V nasledujúcej doméne „žiadost' o súhlas“ nás zaujímalo, či môžu sestry a zdravotnícki pracovníci priradiť starostlivosť o duchovné potreby pacienta inému poskytovateľovi starostlivosti a či mu môžu včasným a účinným spôsobom referovať o inom poskytovateľovi starostlivosti. Priemer skóre v tejto doméne bol 3,83893. Medián skúmaného súboru bol 4 (súhlasím).

V rámci domény „posúdenie a implementácia spirituálnej

starostlivosti“ sme zisťovali, či sestry a zdravotnícki pracovníci zisťujú ústne, alebo písomne pacientove spirituálne potreby, môžu prispôsobiť starostlivosť o duchovné potreby / problémy pacienta po konzultácii s pacientom, cez multidisciplinárnu konzultáciu, zaznamenávať ošetrovateľské komponenty spirituálnej starostlivosti v ošetrovateľskom pláne, písomne a ústne zaznamenávať fungovanie pacientovej spirituality. Priemer skóre v tejto doméne je 3,64057 a medián skúmaného súboru 3,66667 (súhlasím).

Priemer skóre v tejto doméne „osobná podpora a rady pacientovi“ bol 3,60477. Zaujímalo nás, či sestry a zdravotnícki pracovníci vedieť poskytnúť pacientovi spirituálnu starostlivosť, ohodnotiť spirituálnu starostlivosť, ktorá je poskytovaná s konzultáciami s pacientom a v multidisciplinárnom tíme, dať pacientovi informácie o spirituálnom vybavení v rámci inštitucionalizovanej starostlivosti, pomôcť pacientovi pri pokračovaní v jeho denných spirituálnych praktikách, zúčastniť sa pacientovej spirituality v rámci dennej starostlivosti a referovať členom pacientovej rodiny o spirituálnom poradcovi, keď sa pýtajú, alebo keď vyjadrujú potrebu spirituality. Medián skúmaného súboru bol 3,66667 (súhlasím).

Najmenšie kompetencie na poskytovanie spirituálnej starostlivosti sme zistili v doméne „profesionalizácia a zvyšovanie kvality starostlivosti o spiritualitu“. Priemer skóre v tejto doméne bol 3,0865 a medián skúmaného súboru 3,16667 (skôr súhlasím ako súhlasím).

Zisťovali sme, či sestry a zdravotnícki pracovníci v rámci oddelenia, môžu prispieť k zabezpečeniu kvality v oblasti spirituálnej starostlivosti, prispieť k profesionálnemu vývoji v oblasti spirituálnej starostlivosti, identifikovať problémy súvisiace so spirituálnou starostlivosťou na tímových stretnutiach, koučovať ďalších pracovníkov v oblasti poskytovania spirituálnej starostlivosti, vytvárať politické odporúčania týkajúce sa aspektov spirituálnej starostlivosti na riadenie oddelenia a implementovať projekty na zlepšenie spirituálnej starostlivosti na oddelení. (tab. 1)

Tabuľka 2 Vzťah skóre ku kategorizačným položkám

	Pohlavie	Vek	Povolanie	Prax	Vierovyznanie
Skóre A	**	*	-	-	-
Skóre B	**	*	-	**	-
Skóre C	**	**	*	**	-
Skóre D	**	*	-	-	-
Skóre E	**	*	*	*	**
Skóre F	-	-	-	*	*

Legenda:

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

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

Skóre v doméne „postoj k pacientovej spiritualite“ a v doméne „žiadost' o súhlas“ vykazuje signifikantne významný vzťah k pohlaviu a k veku respondentov. V doméne „komunikácia“ sme zistili signifikantne významný vzťah ku kategorizačným položkám pohlavie, vek a prax. Na základe výsledkov konštatujeme, že v doméne „posúdenie a implementácia spirituálnej starostlivosti“ sme zistili významnú signifikanciu k pohlaviu, veku, povolaniu a praxi respondentov. Ku všetkým kategorizačným položkám v doméne „osobná podpora a rady pacientovi“ vykazovalo skóre štatisticky významný vzťah. V doméne „profesionalizácia a zvyšovanie kvality starostlivosti o spiritualitu“ sme zistili signifikantné skóre vzťahu na základe odpovedí respondentov v súvislosti s praxou a vierovyznaním. Vo všetkých ostatných sme zistili rôznorodé nesignifikantné výsledky. (tab. 2)

Diskusia

Starostlivosť o zomierajúceho pacienta prekonala v poslednom období veľké zmeny, ktoré rešpektujú prirodzené potreby pacientov, medzi ktoré patria aj spirituálne potreby. Je samozrejme našou ošetrovateľskou snahou ako i ľudskou, aby sme tieto problémy v duševnej sfére, z nášho hľadiska videné ako nežiaduce poruchy, zmiernili, dokonca im predišli. Kvalitná starostlivosť sa nezaobíde bez komplexného vnímania a uspokojovania potrieb chorého človeka a jeho rodiny. Umenie sprevádzať znamená bezpodmienečné uplatňovanie holistického prístupu k chorému.

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť ako zdravotnícki pracovníci hodnotia svoje kompetencie na uspokojovanie spirituálnych potrieb pacientov a zistiť rozdiely v hodnotení kompetencií podľa pohlavia, veku, vzdelania, praxe a vierovyznania respondentov. Položky dotazníka sme rozdelili do šiestich domén. V jednotlivých doménach sme zistili priemer skóre od 4,48322 do 3,0865, čo svedčí o dobrých až vysokých kompetenciách sestier a zdravotníckych pracovníkov na poskytovanie spirituálnej starostlivosti (pozri tab. 1). Zistili sme významnú štatistickú signifikanciu v hodnotení v jednotlivých doménach podľa pohlavia, veku, vzdelania, praxe a vierovyznania (tab. 2). V postoji k pacientovej spiritualite signifikantne významné bolo hodnotenie respondentov podľa veku a pohlavia. Podľa Charty ľudských práv (1948) článok 18 má každý právo na slobodu myslenia, svedomia a náboženstva. Nemusia súhlasiť s hodnotami a spiritualitou pacienta, ale musia ju rešpektovať, nemôžu obmedzovať jeho slobodu. Svoje kompetencie v komunikácii hodnotili rozdielne respondenti podľa pohlavia, veku a dĺžky praxe. V práci pomáhajúcich profesií je efektívna komunikácia taká, ktorá má jasne stanovené ciele a v konečnom výsledku umožní pochopenie problémov pacienta, prípadne ich vyriešenie spoločnou aktivitou. Umožňuje spoločné rozhodovanie a smerovanie ďalších diagnostických a terapeutických intervencií. Navodzuje vzťah dôvery medzi poskytovateľom pomoci a jej žiadateľom / klientom (Pokorná, 2008). Signifikantné rozdiely v úrovni hodnotenia posúdenie a implementácia spirituálnej starostlivosti sme zistili podľa pohlavia, veku, povolania a praxe respondentov. Správne a efektívne uspokojovanie duchovných potrieb znamená pre pacienta veľkú pomoc. Umierajúci človek naplnený duchovnými potrebami a vyriešenou spiritualitou je vyrovnaný a má seba vnútorný pokoj, nemá konflikty s okolím, vie prijať svoju bolesť a utrpenie, je vyrovnaný zo smrťou, vyžaruje z neho harmónia a nádej (Malíková, 2011). Pacient je zapojený do procesu liečby a ošetrojúci personál sa snaží o to, aby mal zomierajúci väčšiu možnosť voľby a rozhodovania (Matzo, Sherman, 2006). Keď potrebuje pacient k vyriešeniu svojich vnútorných záležitostí vytvoriť podmienky a sám toho nie je schopný, musíme mu pomôcť. Štatisticky významne hodnotili svoje kompetencie respondenti podľa pohlavia, veku a praxe. Privolať toho, koho potrebuje - raz sú to jeho najbližší, inokedy duchovný alebo psychológ. Môže sa stať, že sa dostaneme do situácie, kedy už bude neskoro a my budeme jediní svedkovia pacientovej duchovnej tiesne, strachu a hrôzy z konca (Svatošová, 2012). Štatisticky významné rozdiely v hodnotení svojich kompetencií v rámci osobnej podpory a rád pacientovi sme zistili pri porovnaní odpovedí respondentov podľa pohlavia, povolania, praxe a vierovyznania. V oblasti profesionalizácie a zvyšovanie kvality starostlivosti o spiritualitu sme získali významne štatisticky signifikantné hodnotenie u respondentov podľa dĺžky praxe, vierovyznania. O zabezpečenie a naplnenie duchovných potrieb sa stará hlavne kňaz. Sprevádzajúci kňaz pomáha svojou prítomnosťou a počúvaním. Sám odzrkadľuje hodnoty, ktoré uznáva vo svojom živote (Hatoková a kol., 2009).

Záver

Kvalitná starostlivosť sa nezaobíde bez komplexného vnímania a uspokojovania potrieb zomierajúceho človeka a jeho rodiny. Uspokojovanie duchovných potrieb slúži na redukciu existenciálnej úzkosti, je zdrojom vyrovnávania sa s

neistotami v živote. Spirituálna starostlivosť musí byť oveľa vedomejšou a účelnejšou časťou role širokého tímu starostlivosti (Faull et al., 2012). Pre zvyšovanie kompetencií sestier a zdravotníckych pracovníkov na poskytovanie spirituálnej starostlivosti je potrebné kontinuálne si zvyšovať a dopĺňať vedomosti účasťou na seminároch a školeniach týkajúcich sa problematiky spirituálnych potrieb a aktuálnych trendov ich uspokojovania. Pre hlbšie a lepšie poznanie zabezpečiť kontakt s duchovným, kňazom. Osloviť vedúcich manažmentu oddelení a nemocníc a navrhnúť im zaviesť financovanie kurzov sprevádzania zomierajúcich pre sestry a iných zdravotníckych pracovníkov. Zvýrazňovať význam pastoračnej starostlivosti, ktorú vykonávajú duchovní prichádzajúci externe za pacientami na ich pozvanie alebo nemocniční duchovní, kňazi, ktorí sú súčasťou zdravotníckeho tímu.

Literatúra

1. Blumenthal-Barby, K. a kol. 1988. Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich. Martin : Osveta, 1988. 69 s.
2. O'Connor, M.-Sanchia Aranda. 2005. Paliatívni péče pro sestry všech odborů. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
3. Drotárová, E., Drotárová, L. 2003. Relaxační metody. Malá encyklopedie. 1. vyd. Praha : EPOCH, 2003. 248 s. ISBN 80-86328-12-0.
4. Faull, CH., DE Caestecker, SH., Black, F. 2012. Handbook of Palliative Care. 3rd edition. New Jersey : John Wiley&Sons, Inc. Hoboken, 2012. p. 364. ISBN 978-1-118-06559-4.
5. Hatoková, M. et al. 2009. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. 1. vyd. Bratislava : Don Bosco, 2009. 215 s. ISBN 978-80-8074-095-5.
6. Chalupová, A. 2010. Aké kompetencie očakávajú zamestnávateľia od absolventov. [online]. Hospodárske noviny. 2010. [cit. 2012-05-08]. Dostupné na: <http://www.profesia.sk/cms/kariera-v-kocke/hladam-pracu/absolvent/zaciatky-kariery/ake-kompetencie-ocakavaju-zamestnavatelia-od-absolventov/40398?detail=+1>
7. Jonczy, Z. 2010. Spirituální potřeby hospitalizovaného gerontologického pacienta. [online].
8. Gerontologické Dny : Teplice 2010. [citované 2014-08-04]. dostupné na internete: www.umirani.cz/res/data/015/001721.pdf
9. Kalvinská, E. 2007. Spirituální péče v nemocnici z pohledu lékaře. Študijné texty pre študentov ETF UK pilotného projektu EU „Nemocniční kaplan“. [online] 2007. [citované 2012-09-09]. Dostupné na internete: http://web.etf.cuni.cz/ETF-107-version1-090301-Kalvinska_spirituálni_pece.pdf.
10. Malíková, E. 2011. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha : Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
11. Matzo Laporte, M., Sherman Witt, D. 2006. Palliative Care Nursing. Quality Care to the End of Life. New York: Springer Publishing Company, 2006. 443-480s. NY 10036-8002.
12. Smith, S. A. 2012. Nurse Competence: A Concept Analysis. In International Journal of Nursing Knowledge, 2012, vol. 23, no. 3, pp. 172-182.
13. Pokorná, A. 2008. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 2. prepracované vyd. Brno : NZONCO Brno, 2008. 100 s. ISBN 978 -80 -7013 -466 -5.
14. Smith, S. A. 2012. Nurse Competence: A Concept

Analysis. In International Journal of Nursing Knowledge, 2012, vol. 23, no. 3, pp. 172-182.

15. Svatošová, M. 2008. Hospice a umění doprovázet. Praha : APHPP, 2008. 151 s. ISBN 978- 7195-307-4.
16. Svatošová, M. 2012. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha : Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
17. Verny, M. et al. 2006. Skriptum für Palliativmedizin zur Erlangung des Palliativ-Diploms der ÖAK. Wien : Kardinal-Köning-Haus, 2006. 670 s. jazyk: nemecký, ISBN – neudané.
18. Všeobecná deklarácia ľudských práv (Charta ľudských práv). Prijatá na zasadnutí III. Valného zhromaždenia Organizácie spojených národov (OSN) vo forme rezolúcie číslo 217 (III) dňa 10. decembra 1948. [online]. [citované 2015 – 06-30]. Dostupné na internete: www.snspl.sk/CCMS/files/Vseobecna_deklaracia_ludskych_prav.pdf.
19. Vyhláška MZ SR z 2. júna 2005, 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 Zbierka zákonov č. 364/2005. Čiastka 155. s. 3734 1) Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon povolania...[online]. [citované 2014 – 10-15]. Dostupné na internete: www.zbierka.sk/sk/predpisy/364-2005-z-z-p-8773.pdf.

Kontakt:

doc. PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: maria.kopacikova@ku.sk

Spirituálny rozmer komunikácie ako významný činiteľ zvládania bolesti a strachu

Peter Slovák

Fakulta sociálnych vied, UCM Trnava

Súhrn

Objasniť význam a potrebu komunikácie spirituálneho rozmeru pre prijatie a zvládnutie bolesti a strachu je veľmi zložitý. Stotožňujeme sa a prirovnávame to k výroku veľkého filozofa sv. Augustína o čase. „Ak sa ma nik nepýta na čas, viem ho objasniť a zdôvodniť, ak však mám tento pojem vysvetliť niekomu, mám s tým problém“. Rovnako je to aj s so spirituálnym rozmerom komunikácie, sami cítime, že v každom z nás je nevyjadrená túžba po duchovnom naplnení dialógu práve v ťažkých životných situáciách, avšak ak máme vyjadriť túto potrebu často to nedokážeme. Stáva sa tak, že namiesto toho akcentujú u nás strach, obavy, konflikty a neporozumenie. A stačí tak málo, aby bol k dispozícii profesionál, ktorý dokáže prijať človeka ako bio-psycho- sociálnu a zároveň spirituálnu bytosť.

Kľúčové slová: Bolest'. Duchovný. Komunikácia. Strach.

Summary

Clarify the meaning of communication and the need for spiritual dimension for the adoption and management of pain and fear is very difficult. We agree and comparing it to the dictum of the great philosopher St. Augustine about time. "If no one does not ask me about the time, I know it clarify and justify, but if I have to explain this concept to someone I have a problem with that." It is the same with the spiritual dimension of communication, we ourselves feel that in each of us is unexpressed desire for spiritual fulfillment dialogue precisely in difficult situations, but if we express this need often can not. It happens so that instead accentuated with us fear, worry, conflict and misunderstanding. And just as little we need in order to have a professional who is able to take the man as a bio - psycho- social and spiritual being at the same time.

Keywords: Pain. Spiritual. Communication. Fear.

Úvod

Pracovník sociálnych služieb a poradenstva v priamom kontakte s jedincom, ktorého sprevádza bolesť, strach, či úzkosť môže využívať významný nástroj stabilizácie jeho psychického stavu a tým je uspokojovanie jeho spirituálnych potrieb. Rovnako sa to uplatňuje pri chorých a starých v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnych služieb. Ovládanie prvkov efektívnej komunikácie v sociálnej práci, sociálnych službách a poradenstve prispieva k zlepšeniu vzťahov a komunikácie a k zvýšeniu kvality života chorých. Je isté, že komunikačné prístupy spirituálneho rozmeru k chorým môžu najlepšie zhodnotiť práve pracovníci v praxi. My sme sa snažili kontaktovať dlhoročnú pastoračnú asistentku, pôsobiacu v prostredí nemocnice, aby sama zhodnotila význam spirituálnej intervencie odborníka z oblasti sociálnych služieb, sociálnej práce, či psychológie. Spiritualitu predstavujeme ako vyššiu dimenziu komunikácie. V práci sa sústreďujeme na pomoc chorému pri hľadaní zmyslu a hodnoty života v utrpení. Spirituálna služba v nemocnici má eticko-náboženský rozmer. Etický pohľad sa spája s rešpektovaním ľudskej jedinečnosti. (Mura, 2015). Súčasťou komunikácie je evanjelizácia a sviatosťná starostlivosť o chorých ako spôsoby hlbšieho dialógu v pastoračnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach. To je zas náboženský rozmer. Strach a bolesť sú vyjadrením citlivého priestoru, ktorý mnohokrát nedokážeme zvládnuť štandardným rozhovorom. Bočáková(2015) vo svojej práci naznačuje, že problém starnutia a teda aj zdravotných komplikácií, resp. zníženého životného štandardu sa bude dotýkať čoraz väčšej časti populácie. V kontexte týchto predpokladov to znamená, že práve špecifické prístupy ako spirituálna komunikácia budú žiadaným artiklom v metódach a prístupoch k týmto zraniteľným skupinám.

Metódy

Využili sme metódu pološtruktúrovaného rozhovoru v spojení s následnou analýzou a komparáciou informácií sme sa snažili nájsť významné prepojenia psychosomatickej stability jedinca s uplatňovanou spirituálnou komunikáciou. Pavlica (In Kollárik, Sollárová, 2004) vysvetľuje, že cieľom výskumného rozhovoru je prostredníctvom zámerne vyvolanej interakcie medzi anketárom a respondentom získať informácie potrebné na pochopenie určitej problémovej oblasti. Výber účastníka pre potreby nášho výskumného šetrenia podliehal kritériám odbornej kvalifikácie, ľudskej disponovanosti a dostatočnej dĺžke praxe. Odborná erudovanosť bola naplnená v dostatočnej miere, nakoľko pastoračná asistentka má ukončené teologické vzdelanie na vysokej škole a rovnako má vysokoškolský diplom z oblasti sociálnej práce. Prakticky celý profesijný život kontaktne pracuje s ľuďmi v oblasti opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti, ďalej v oblasti výchovy a vzdelávania detí a dospelých, kde práve významným spôsobom svojimi skúsenosťami mohla obohacovať pri formovaní myslenia, ctenia a postojov adolescentnú populáciu. Viac ako 8 rokov pracuje na pozícii pastoračný asistent vo Fakultnej nemocnici v Brne, kde získava jej odbornosť nové dimenzie a kvalitu. Náš príspevok obsahuje zapracovaný jej pohľad na danú problematiku v kontexte už etablovaných teoretických poznatkov. Využili sme metódu psychologickéj exploračnej a otázky pološtruktúrovaného rozhovoru sme rozdelili do niekoľkých kategórií, ktoré mali odhaliť význam a opodstatnenosť spirituálnej komunikačnej intervencie.

Diskusia a výsledky

1. **kategória je pripravenosť a motivácia pre prácu pastoračného asistenta**, ktorej nosným pilierom pôsobenia je spirituálna komunikácia.
2. **kategória sa spája s oblasťou percepcie tejto práce** a najčastejšími situáciami, ktoré rieši jedinec formou spirituálnej komunikácie.
3. **kategória, ktorá sa orientovala na poznanie samotnej realizácie spirituálnej komunikácie a prijatia** zo strany klienta.

Predstava príbuzných ťažko chorého alebo jedinca vyššieho veku sa obmedzuje v prvom rade na nutnú potrebu lekárskej, ošetrovateľskej starostlivosti a zabezpečení pokoja, či ticha. Chorý sa často ocitne v izolácii, v samote, s ktorou sa ťažko vyrovnáva. Túto samotu sa mu snažia priblížiť, rovnako ako zdravotnícki pracovníci a nakoniec i on sám kompenzovať napríklad rozptyľovaním pomocou modernej techniky, ako sú televízia, rozhlas, internet, mobilný telefón. Žiaľ tieto informačno – komunikačné technológie zaberajú krátkodobu a z hľadiska riešenia emocionálnej záťaže sú plytkými nástrojmi duševnej stabilizácie. Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti znamená byť schopný viesť dialóg s ľuďmi, ktorí často stoja na okraji záujmu zdravej populácie. (Dávideková, 2015). Jedinec i keď to možno ani sám nevie, potrebuje okrem odbornej zdravotníckej starostlivosti a rozptýlenia najmä človeka, ktorý s ním komunikuje a rovnako osobu, ktorá otvorene vedie dialóg v smere vlastného zmierenia a prijatia. To znamená, že okrem bežnej komunikácie potrebuje komunikáciu, ktorá sa neuskutočňuje len v oblasti najnovších správ, či počasia. Táto komunikácia nutne vyžaduje inú dimenziu. Odohráva sa v oblasti jeho vnútorných bojov, v prežívaní strachu, úzkosti a beznádeje, do ktorých ho dostala nová situácia- jeho choroba a utrpenie. A to sa dá realizovať práve cez duchovný rozmer rozhovoru.

Kde pramení bolesť v ľudskom živote? Kubičková (2011) upozorňuje, že staroba je obdobím, kde sa oveľa viac exponujú problémové situácie somatického, psychického a sociálneho charakteru. Bolesť je vždy signálom, ktorý nás upozorňuje že niečo nie je v poriadku, avšak aj ochrannou funkciou. Bolesť má psychologické konzekvencie. Môže generovať úzkosť, strach a obavy. Bolesť nemôžeme vnímať ako niečo, čo je prirodzené alebo jednoduché, ale zároveň ako riešiteľné. Teda má silné psychologické komponenty. Metódami psychologickéj intervencie pre riešenie bolesti sú relaxačné metódy, hypnóza, rôzne kognitívne metódy ako rolové hry, arteterapia, práca v skupine. Existujú intervenčné programy, skupinové sedenia s maximálne dvanástimi pacientmi. V priebehu intervencie sa aplikujú vybrané testy na meranie anxiety, depresie, všeobecné symptómy (nausea, chvenie), sleduje sa kvalita spánku počas bolesti a informácie sa dopĺňajú Self-reportom (dotazník na osobné prežívanie a hodnotenie). „Samozrejme, že psychológia dnes aplikuje mnoho iných stratégií, metód a postupov, ktoré sa hodnotia ako významná pomoc pri liečbe bolesti. Odborná literatúra rozlišuje akútnu bolesť a chronickú. Kým akútna trvá menej ako šesť mesiacov, chronická trvá dlhšie. Mnohí odborníci upozorňujú, že pri mnohých chronických bolestiach významnú úlohu zohrávajú psychologické faktory. Práve chronická, dlhotrvajúca psychická bolesť sa spája s neschopnosťou človeka prijať vlastnú minulosť, vedieť odpustiť, zmieriť sa so svojim životným príbehom, dať si do poriadku vzťahy s ľuďmi, ale aj svoje vnútorné prežívanie, svedomie. Křivohlavý (2009, s. 155) vysvetľuje, že ak hovoríme o „viere a dôvere ako významnom

nástroji riešenia bolesti a strachu máme na mysli nielen dôveru a vieru, s ktorou sa stretávame v sekularizovanom prostredí, ale dôveru a a vieru, s ktorou sa stretávame v náboženskej oblasti“. Tým jasne dáva najavo, že duchovné, spirituálne potreby sú súčasťou zmysluplnosti života každého človeka. Iná je forma ich prijatia a prežívania u veriaceho a iná u neveriaceho jedinca.

Bolesť, ale aj rovnako strach sú subjektívne. Medzinárodná spoločnosť pre štúdium bolesti (IASP, *International Association for the Study of Pain*) definuje bolesť ako neprijemnú senzorickú a emocionálnu skúsenosť, ktorá je spojená s aktuálnym alebo potenciálnym poškodením tkaniva, alebo ktorá je opisovaná termínmi takéhoto poškodenia. Táto definícia síce najprv hovorí o poškodení tkaniva, ale jedným dychom dodáva, že existuje aj bolesť, ktorú opisujeme a cítime podobne ako fyzickú bolesť, hoci sa o fyzickú bolesť v pravom zmysle slova nejedná. Tiež hovorí o bolesti ako o skúsenosti emocionálnej, čo znamená, že bolesť hlavy nepocíti nikto druhý, rovnako, ako niekto iný a tiež bolesť zo straty blízkej osoby prežíva každý odlišne. Napriek tomu ľudia vyššieho veku, chronicky alebo nevyliciteľne chorí prežívajú intenzívny strach z bolesti, ktorú ešte neprežili. V tejto situácii naozaj podľa skúseností odborníkov významnú úlohu môže zohrať pastoračný asistent ponúkajúci duchovnú službu cez spirituálnu formu komunikácie. *V priebehu života si človek kladie rôzne otázky a hľadá na ne odpovede. Jedna skupina otázok vypadá takto: Odkiaľ človek prichádza a kam ide? Aký je konečný zmysel života človeka? Komu a prečo má byť zodpovedný za to, čo vo svojom živote robí? Čo je v živote dôležité?* (Křivohlavý, 2009, s. 155). Poznaním klienta vyššieho veku, nevyliciteľne chorého, zdravotne znevýhodneného dospievame k porozumeniu, že práve zodpovedanie takýchto otázok prináša človeku úľavu od psychickej bolesti.

Každý človek teda potrebuje druhého jedinca, aby s ním spoločne zdieľal radosti i ťažkosti života, vymieňal si s ním svoje skúsenosti, spoločne vytváral hodnoty. Vybíral (2010) píše, že latinské slovo *communicatio* je možné preložiť ako urobiť niečo spoločným, spoločne niečo zdieľať. Podľa neho komunikáciu s druhými ľuďmi vždy spoločne tvoríme, ovplyvňujeme ju a zároveň sme jej súčasťou. Křivohlavý (2010) ďalej špecifikuje ľudskú komunikáciu podľa toho, či ju chceme kódovať alebo dekódovať, aký má zámer a význam, a pritom máme mať ohľad na toho s kým hovoríme. Na komunikáciu sa teda dívame ako na dialóg. Naše rozhovory môžu byť krátke alebo dlhé, priateľské i nepriateľské, povrchné alebo veľmi hlboké, úmyselné alebo len náhodné. Pri niektorých rozhovoroch sa nám uľaví a niektoré rozhovory našu situáciu ešte zhoršia. Ľudia v chorobe pýtajú: „Prečo som to práve ja? Ako môže Boh dopustiť toľké utrpenie? Prečo je vo svete hlad, prečo sú katastrofy?“ Za otázkami tohto typu sa skrýva hnev, agresia, strach, úzkosť, neistota a je ťažké dať na ne jednoznačnú odpoveď. Pera a Weinert (1996, s.43) tvrdia, že „dotýčný má strach z toho, že nedokáže ovládať strach, že začne zúriť a kričať. Zamieňa obsah a formu.“

V kategórii č. 1 pripravenosť a motivácia pre prácu pastoračného asistenta, ktorej nosným pilierom je spirituálna komunikácia sme získali tieto dôležité informácie. Osobná pripravenosť profesionála, znamená byť stotožnený s povoláním. Stotožnenie znamená, prichádzam, aby som odovzdal svoje ľudské a profesijné kvality. Dudžáková (2014) na to poukazuje aj v opatrovateľskej starostlivosti. Vyberáme z odpovedí pastoračnej asistentky:

Čo Ťa motivuje v práci, ktorá je z hľadiska psychickej náročnosti výkonu ťažká?

Láska k Pánu Bohu a trpiacemu človeku. Vo svojej práci sa stretávam s krásnymi a silnými osobnosťami, ktoré sú pre môj život veľkým obohatením.

Aké dispozície by mal mať profesionál, ktorý sa chce venovať tomuto povolaniu? (zámerne nehovorím o práci)

Pravdivosť, pokoru, schopnosť počúvať, lásku k sebe a blížnemu.

Kvalitne realizovať spirituálnu komunikáciu nemôže ten, ktorý vo svojom živote nenapĺňa kongruenciu osobného života a povolania. To s čím prichádzam pomôcť v tak ťažkej životnej situácii človeku je mojím osobným prístupom k životu, bolesti, strachu. Viera je dimenzia zmierenia a to znamená, že profesionál s tým musí byť stotožnený. Nedokáže dať pokoj klientovi ak sám ho v sebe nenosí.

2 kategória sa spája s oblasťou percepcie tejto práce a najčastejšími situáciami, ktoré rieši jedinec formou spirituálnej komunikácie.

Ako vnímajú Tvoju prácu odborní zamestnanci nemocnice?

Pozitívne, spolupráca s lekármi a zdravotníckym personálom je veľmi dobrá, napriek tomu, že Česká republika je považovaná za ateistickú krajinu.

S čím sa stretávaš najčastejšie v kontakte s chorými a zomierajúcimi?

Strachom, hnevom, popieraním choroby, zmierením s nemocou, osamotenosťou, odhodlaním s ochorením bojovať.

Ako prijímajú bolesť?

Bolesti sa každý z nás bojí, veriaci i neveriaci. Psychika človeka je v boji s bolesťou a chorobou nastavená u každého iným spôsobom. Avšak samotní neveriaci opakovane tvrdia, že tí čo veria to majú v takýchto životných situáciách ľahšie.

Prijímajú spirituálnu komunikáciu aj neveriaci?

Áno. Napríklad jeden pán riešil či sa má zosobašiť so svojou priateľkou, s ktorou žil 28 rokov. Pán mal rakovinu a vedel, že mnoho času nemá.

3 kategória, ktorá sa orientovala na poznanie samotnej realizácie spirituálnej komunikácie a prijatia zo strany klienta.

Čo dokážeš odovzdať spirituálnou komunikáciou pacientovi?

Predovšetkým ľudskú blízkosť v priestoroch nemocnice. Spoločne prehodnotíme život, často pomôže objaviť cenu odpustenia sebe i blízkym. Je dôležité, aby človek odchádzal z tohto sveta zmierený so sebou i svojimi blízkymi. V nemoci človek nerieši finančné otázky, ale prehodnocuje svoje vzťahy.

Ako ju s nimi realizuješ?

Počúvaním a rozhovorom. Chce to čas a schopnosť prijímať všetky nedokonalosti človeka, ale napríklad aj počiatkový dešpekt voči mne.

Majú strach z niečoho?

Zo samoty, z bolesti, z toho, že to bude dlho trvať.

Kde sú hranice spirituálnej komunikácie? Kedy končíš dialóg s chorým?

Je to rôznorodé. Vychádzam z potreby pacienta. Sám to človek vycíti, že už je osoba vyrovnanejšia a stabilnejšia k svojej budúcnosti.

Môže realizovať spirituálnu komunikáciu aj lekár, zdravotná sestra, opatrovateľka?

Určite, myslím, že i upratovačka, ak má spirituálnu a ľudskú disponovanosť. Mám dobrú skúsenosť s personálom pri zdieľaní informácii ako je pacient na tom i po duchovnej stránke. Mne často povie pacient veci, ktoré lekárovi nepovie a pre lekára sú tieto informácie dôležité. V tomto je spolupráca nesmierne prospešná pre dobro pacienta.

Duchovný rozhovor je súčasťou služby a komplexnej starostlivosti o človeka, zvyšuje mu podľa Tvojich skúseností kvalitu života? Ako prosím uveď príklad.

Určite, už len to, že niekto príde za ním a nedá mu iba strohú informáciu, že pôjde na také a také vyšetrenie, to a to vám pichneme. V hĺbke spirituálnej komunikácie pacient sa môže baviť o tom čo prežíva, môže svoje negatívne, ale i pozitívne emócie s niekým zdieľať. To je ohromný nástroj proti strachu a obavám. Niekto je tiež napríklad zďaleka odlúčený od svojich blízkych a je vďačný za každú návštevu, prítomnosť človeka. Osobitne pre veriaceho človeka sviatosti sú ďalšou veľkou silou. To i neveriaci hovoria, že veriaci to majú ľahšie. A tak sa spirituálnou komunikáciou snažíme nájsť dobro v každom z nich, pretože to je ten Boh, ktorého hľadajú. Aj preto má spirituálna komunikácia taký význam a liečebný účinok.

Tabuľka 1 Scenár exploračného rozhovoru

Scenár exploračného rozhovoru	Pastoračný asistent	
	významnosť %	otázky
Pripravenosť a motivácia pre prácu - významné atribúty pre realizáciu	33,3	Kde pramení motivácia pre prácu, aký je kvalitatívny a kvantitatívny rozsah pripravenosti odborníka
Oblasť percepcie tejto práce - priamy kontakt	33,3	Aká je percepcia práce zo strany spolupracovníkov, percepcia zo strany pacientov, veriacich i neveriacich, najčastejšie interakčné body pri práci
Realizácie spirituálnej komunikácie a prijatie - materiálna, morálna a osobnostná podpora	33,3	Aký je spôsob realizácie, možnosti odovzdania pomoci, kde sú limity spirituálnej komunikácie, kde sú možnosti aplikácie aj zo strany iných
Výsledné resumé	99,9	Aký je základný model spirituálnej komunikácie?

(Zdroj: Autor)

Záver

Kopáčiková (2014) vysvetľuje, že cieľom starostlivosti o smrteľne chorých je zlepšiť kvalitu života pri naplnení ich potrieb a prání. Pacientove prosby treba rešpektovať, vysvetliť mu všetko na čo sa pýta a akceptovať jeho odmietnutia. Iba vzťah založený na dôvere, skvalitňuje samotný liečebný a ošetrovateľský postup. Otázka na začiatku znela, aký významný činiteľ je spirituálny rozmer komunikácie zvládania strachu a bolesti? V procese skúmania, šetrenia a porovnávania informácií, názorov a teoretických aspektov psychológie osobnosti sme dospeli k niektorým významným vyhodnoteniam.

Proces prijímania bolesti je často spájaný so strachom, čo bude nasledovať. Nie vždy je človek pripravený zmieriť sa so svojim aktuálnym statusom, momentálnou životnou situáciou. Jedinec, ktorý si relevantne uvedomuje svoj somatický stav a životnú ohrozenosť často krátko potrebuje partnera pre zmierenie sa s danou situáciou. Samozrejme, že na začiatku nie je možné v plnom rozmere uplatňovať spirituálnu komunikáciu. Je treba sa najskôr priblížiť klientovi ako jedinečnej ľudskej bytosti s vlastnou autonómiou a možnosťou rozhodovať sa. Spirituálna komunikácia sa nedá uplatniť násilným intervenčným pôsobením, v zmysle chcem sa s vami rozprávať o duchovných veciach, pomôže vám to. Na začiatku je dôležité vypočuť životný príbeh a sledovať emocionálne zranenia, nevypovedané, nevypočuté potreby, očakávania, nenaplnené túžby. Tento proces je individuálny, závisí od komunikačných schopností a psychickej disponovanosti jedinca vypovedať. Niektorí to dokážu realizovať počas jedného - dvoch stretnutí, niektorí na to potrebujú týždne opakovaných kontaktov s pastoračným asistentom. Pomáhajúca profesia vycíti, kedy môže začať preberať iniciatívu a navrhovať spirituálne alternatívy pre dialóg. Tieto alternatívy znamenajú, že začíname sprístupňovať lásku, porozumenie, prijatie jedinečnosti životného príbehu, slabých stránok osobnosti a postupne tak prechádzame do spirituálneho rozmeru dialógu. Následne si môžeme všimnúť postupné otváranie človeka pre tému vyrovnania sa so svojou minulosťou a pripravenosťou riešiť svoju budúcnosť. V tomto časovom horizonte kontaktu, môžeme zapájať do vzájomnej interakcie duchovného, manžela, deti, súrodencov, rovesníkov, ktorí môžu pomôcť terapeuticky naplniť priestor zvládania bolesti, strachu, obáv, najmä cez prijatie iných, seba samého, svojho života. To sú významné pozitívne aspekty spirituálnej komunikácie a zvládnutia ťažkej, problémovej životnej situácie.

Literatúra

1. Augustin, A. 2014. *Význania*. Bratislava: Lúč, 2014. 452 s. ISBN: 978-80-7114-965-1.
2. Bočáková, O. 2015. *Dimenzie súčasnej rodiny v kontexte demografických procesov*. In Bočáková, O. – Igazová, M. Supplement vybraných dimenzií sociálnej problematiky. Brno: Tribun EU, 2015. 163 s. ISBN 978-80-263-0929-1. ss. 7-15.
3. Dávideková, M. 2015. Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a vybrané etické princípy v sociálnych službách. In Bočáková, O. – Kubičková, D. Sympóziu sociálnych služieb vo verejnej správe. Brno: Tribun EU, 2015. 175 s. ISBN 978-80-263-0959-8. ss. 40-55.
4. Dudžáková, A. 2014. Opatrovateľská služba ako jedna z foriem sociálnej pomoci. In *Ekonomika a řízení ve zdravotních a sociálních službách*. Sborník 3 ročníka mezinárodní vědecké konference. Praha: International ART CAMPUS Prague, s.r.o., 2014. ISBN 978-80-254-2662-3. ss. 123-128.
5. *International Association for the Study of Pain*. 2015. *What is pain?* [online]. [09-10-2015]. Dostupné na: <<http://www.iasp-ain.org/PublicationsNews/PAIN.aspx?navItemNumber=570>>.
6. Kollárik, T. – Sollárová, E. 2004. *Metódy sociálnopsychologickej praxe*. Bratislava: Pegas, 2004. 264 s. ISBN 80-551-0765-3.
7. Kopáčiková, M. 2014. *Spiritual Needs in Context of Nursing Care for Patient in Terminal State of Disease*. In: *Satisfying Spiritual Needs of Dying*. 1st ed. Brno : Tribun EU, 2014. ISBN 978-80-263-0866-9. - P. 109-134.
8. Křivohlavý, J. 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
9. Křivohlavý, J. 2010. *Povídej naslouchám*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 105 s. ISBN 978-80-7195-405-7.
10. Kubičková, D. 2011. *Etapy staroby v životě člověka v minulosti a dnes*. In *Aktuálně otázky politiky*. Trenčín, 2011. ISBN 978-80-8075-485-3.
11. Mura, L. 2015. *Etika pre pomáhajúce profesie*. Brno : Tribun EU, 2015. 133 s. ISBN 978-80-263-0812-6.
12. Pera, H. – Weinert, B. 1996. *Nemocným nablízku*. Praha: Vyšehrad, 199 s. ISBN 80-7021-152-0.
13. Vybíral, Z. 2009. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 319 s. ISBN 978-80-7367-1.

Kontakt:

PhDr. Peter SLOVÁK, PhD.
Fakulta sociálních věd UCM
Katedra sociálních služeb a poradenstva
Bučianska 4/A
917 01 Trnava
e-mail: peter.slovak@ucm.sk

Psychosociálne aspekty chronického ochorenia

Mária Novysedláková¹, Františka Kaiserová²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

²NsP a.s. Spišská Nová Ves

Súhrn

Cieľom príspevku je poukázať na problematiku uspokojovania psychosociálnych potrieb u hospitalizovaných dlhodobo chorých pacientov. Závažné somatické ochorenie predstavuje jednu z najväčších životných záťaží. Táto záťaž skoro vždy nejakým spôsobom ovplyvní i psychiku chorého a môže viac či menej zmeniť niektoré vlastnosti osobnosti. Pomocou neštandardných dotazníkov sme realizovali prieskum na vzorke sestier pracujúcich na oddeleniach dlhodobochorých a pacientov s chronickým ochorením hospitalizovaných v zdravotníckom zariadení. V dotazníkových šetreniach sme mieru saturácie potrieb hodnotili podľa Likertovej škály od 1-5. Údaje získané prieskumom sme spracovali softwarom MS Excel a MS Word. Dlhodobo chorí pacienti daného zdravotníckeho zariadenia hodnotili uspokojovanie ich psychosociálnych potrieb počas hospitalizácie sestrami výborne až veľmi dobre. Sestry svoju schopnosť saturácie psychosociálnych potrieb pacientov ako dobrú. Posudzovanie a uspokojovanie potrieb je zväčša objektívnym ukazovateľom pre sestru, pre pacienta subjektívnym ukazovateľom.

Kľúčové slová: Psychosociálne potreby. Pacient. Chronické ochorenie. Sestra.

Summary

The aim of this contribution is to highlight the issue of meeting the psychosocial needs of hospitalized chronically ill patients. Serious somatic disease is one of life's greatest loads. That burden almost always in some way affect the psyche of the patient and can more or less changed some personality traits. Using non-standard questionnaires we conducted a survey of nurses working on wards for long term ill and chronically ill patients hospitalized in the hospital. In the questionnaire survey, we rated the degree of saturation of needs by Likert scale from 1-5. The data obtained from the survey were processed by software MS Excel and MS Word. Long-term patients in the medical establishments evaluated meeting of their psychosocial needs. Sisters evaluated their ability to saturation psychosocial needs of patients as good. Assessing and meeting the needs is mostly objective indicators for nurses, but for patient subjective indicators.

Keywords: Psychosocial Needs. Patient. Chronic Disease. Nurse.

Úvod

Chronické telesné ochorenia sú skupinou ochorení s dlhodobým trvaním, s rôznymi prejavmi, priebehom a vývojom. Ich spoločným znakom popri samotnej chronicite je aj dlhodobá psychická záťaž, ktorá kladie vysoké nároky na chorého a jeho schopnosť adaptácie (Ondrášiová, 2003). Choroba, ktorá trvá dlhodobo narušuje životný štýl pacienta, mení základné hodnoty a potreby pacienta. Stáva sa tak problémom nielen medicínskym, ale aj psychologickým a sociálnym (Baštecká a kol., 2003). Choroba sa premieta v ľudskom prežívaní vo viacerých rovinách: ako bezmocnosť, utrpenie, úchyľka, signál, hrozba, trest, rola a pod. (Ondrášiová, 2003). Podľa Krivohlavého (2001) sa v prvom rade jedná o kognitívne problémy a negatívne emocionálne zážitky. Šútovec (1994) rozlišuje v subjektívnom prežívaní choroby senzitivny, emocionálny, vôľový a racionálno-informačný aspekt. Zacharová (2007) uvádza, že ak pacienti chýba perspektíva uzdravenia, prežíva strach z budúcnosti, strach o zdravie, neistotu, úzkosť, smútok, depresie, pocit krivdy, je precitlivený a podráždený.

Osobitný problém predstavuje aj sociálna záťaž. Práceschopnosť a invalidizovanie pacienta znamená zhoršenie jeho ekonomickej situácie a prítomnosť existenčných obáv. Niektoré ochorenia obmedzujú spoločenský život pacienta.

Človek trpiaci chronickou chorobou veľmi ťažko znáša zmeny v oblasti trávenia voľného času a v sociálnych kontaktoch (Kopáčiková, Cetlová, Stančíak, 2012).

Výskumy opakovane potvrdzujú, že dostupnosť sociálnej opory pomáha pacientom s adaptáciou na chronickú chorobu. Sociálna opora, pokiaľ je patričná, posilňuje pacientove vlastné stratégie zvládania choroby. Krivohlavý (2001) zdôrazňuje vzhľadom k sociálnej opore v zdravotníckom zariadení, nutnosť

terapeutickú alianciu v zmysle úzkeho osobného vzťahu pacienta s lekárom.

Choroba a telesné znevýhodnenie ovplyvňujú a menia spôsob uspokojovania psychosociálnych potrieb. Pociť istoty a bezpečia sa stráca nielen počas hospitalizácie, ale aj u chronicky chorých, ktorých život je trvalo ohrozený (Kopáčiková, Cetlová, Stančíak, 2012).

Metódy

Cieľ: Zistiť schopnosť saturácie psychosociálnych potrieb sestrami u dlhodobo chorých počas hospitalizácie.

Na zber údajov sme použili dva dotazníky vlastnej konštrukcie, určené pre sestry a pacientov. Dotazník pre sestry pozostáva z 24 položiek, pre pacientov z 17 položiek. Posúdenie uspokojovania psychosociálnych potrieb sestrami a pacientmi bolo hodnotené päť bodovou Likertovou škálou. Prieskum sme realizovali od decembra 2014 do januára 2015, pre sestry v elektronickej podobe cez sociálnu sieť Facebook, cez SK SaPA a cez vedúce sestry nemocníc v Košickom kraji. Prieskum prostredníctvom dotazníka pre dlhodobo chorých sme realizovali osobným kontaktom s pacientmi hospitalizovanými na oddeleniach okresnej nemocnice v Košickom kraji, po súhlasnom vyjadrení etickej komisie zdravotníckeho zariadenia.

Hlavným kritériom pre zaradenie do prieskumnej vzorky sestier bolo vykonávanie povolania sestry v zdravotníckom zariadení s dlhodobo chorými. Počet respondentov za skupinu sestry zúčastnených na prieskume bolo 75 vo veku od 34 do 50 rokov. Dĺžka odbornej praxe sestier bola nad 20 rokov u 54,2 %, od 10 do 20 rokov 27,8 %, do 10 rokov u 18,0 % sestier.

Hlavným kritériom pre výber pacientov do prieskumnej vzorky bola prítomnosť chronického ochorenia, vek nad 19

rokov, ochota a schopnosť vyplniť dotazník. Prieskum zo skupiny pacientov tvorilo 100 respondentov z toho 66,0 % žien a 34,0 % mužov. Zhľadiska vzdelania mali respondenti ukončené 29,0 % základné vzdelanie, 61,0 % stredoškolské vzdelanie a 10,0 % vysokoškolské vzdelanie.

Údaje získané prieskumom sme spracovali softwarom MS Excel a MS Word.

Výsledky

Z výsledkov prieskumu vyplýva, že z ošetrovateľských diagnóz, sestry stanovujú z oblasti psychosociálnych potrieb u dlhodobochorých najčastejšie 86,3 % sociálnu izoláciu, 84,9 % úzkosť, 75,3 % chronickú bolesť, 69,8 % akútnu bolesť, 67,1 % strach, 61,6 % riziko sociálnej izolácie, 52,0 % zmenený psychický stav, 50,7 % bezmocnosť, 47,9 % beznádej, 43,8 % smútok, narušený spánok 54,8 % a 24,7 % narušená komunikácia. Ostatné sesterské diagnózy z oblasti psychosociálnych potrieb sestry uvádzali menej ako 20,0 %.

Pocity strachu a úzkosti boli počas hospitalizácie zmiernované sestrami výborne, myslí si 34,0 % a 45,0 % veľmi dobre, 12,0 % uvádza dobre a 9,0 % dostatočne. Pričom sestry na otázku odpovedali nasledovne: 2,7 % sestier si myslí, že vie prejavy strachu a úzkosti zredukovať u pacientov výborne, 24 % veľmi dobre, 50,7 % dobre a 20,0 % dostatočne, 2,7 % sestier uviedlo, že pocity strachu a úzkosti nevie zredukovať.

Schopnosť sestier zabezpečiť potrebu porozumenia, pochopenia a empatie u pacientov. Podľa 45,0 % pacientov bola ich potreba porozumenia a pochopenia počas hospitalizácie zabezpečená sestrami výborne a 51,0 % veľmi dobre, 4,0 % uvádzali dobre a 5,0 % dostatočne a 0,0 % nedostatočne. Sestry na otázku odpovedali nasledovne: 8,0 % sestier si myslí, že vie potrebu pacienta zabezpečiť výborne, 44,0 % veľmi dobre, 36,0 % dobre a 12,0 % dostatočne a 0,0 % nedostatočne.

Potreba byť rešpektovaný ako osoba bola počas hospitalizácie zabezpečená sestrami výborne si myslí 35,0 % pacientov a 47,0 % veľmi dobre, 12,0 % uvádza dobre a 6,0 % dostatočne. Sestry na otázku odpovedali nasledovne: 9,3 % sestier si myslí, že vie potrebu pacienta zabezpečiť výborne, 32,0 % veľmi dobre, 42,7 % dobre a 14,7 % dostatočne a 1,3 % sestier si myslí, že nevie uspokojiť túto potrebu.

Úsilie sestier komunikovať s pacientmi počas hospitalizácie: 34,0 % pacientov odpovedalo určite áno na otázku, 50,0 % pacientov odpovedalo áno, 14,0 % pacientov odpovedalo nie a 2,0 % určite nie. Dôveru podľa vyjadrení pacientov si sestry vedia získať rozhodne áno a skôr áno 38,0 %, 17,0 % nevie posúdiť, 7,0 % skôr nie a 0,0 % rozhodne nie. Sestry na otázku odpovedali nasledovne: 32,0 % rozhodne áno, 62,7 % skôr áno, 5,3 % nevie posúdiť. Žiadna zo sestier si nemyslí, že si nevie získať dôveru pacienta.

Vyjadrenie pacientov k vytvoreniu psychickej a sociálnej pohody sestrami počas hospitalizácie: 42,0 % pacientov odpovedalo určite áno na otázku, či sestram záleží aby boli počas hospitalizácie v dobrej psychickej a sociálnej pohode, 41,0 % pacientov odpovedalo áno, 14,0 % pacientov nevedelo odpovedať, 2,0 % odpovedalo nie a 1,0 % určite nie.

Možnosti pacientov spolupracovať so psychológom, sociológom, kňazom počas hospitalizácie. Zo skupiny pacientov 30,0 % má záujem o rozhovor so psychológom, 45,0 % nemá záujem 25,0 % pacientov nevedelo odpovedať na túto otázku. Za skupinu sestier 60,0 % sestier nemá možnosť spolupracovať

v rámci svojho pracoviska s klinickým psychológom. Zo skupiny pacientov 26,0 % má záujem o rozhovor so sociálnym pracovníkom, 37,0 % pacientov nemá záujem a 27,0 % pacientov nevedelo odpovedať na túto otázku. Za skupinu sestier 62,7 % má možnosť spolupracovať v rámci svojho pracoviska so sociálnym pracovníkom a 37,3 % sestier túto možnosť nemá. Zo skupiny pacientov 62,0 % by využilo možnosť rozhovoru s kňazom. Za skupinu sestier 92,0 % sestier má možnosť spolupracovať v rámci svojho pracoviska s kňazom.

Najčastejšie metódy posudzovania psychosociálnych potrieb. Pri posúdení psychosociálnych potrieb 93,3 % sestier využíva rozhovor s pacientom. 85,3 % sestier pozorovanie pacienta, 76,0 % rozhovor s príbuznými, 46,6 % využíva aj dokumentáciu pacienta, 33,3 % rozhovor so zdravotníckym personálom a 32,0 % hodnotiace škály. Iné možnosti súčasne využíva iba 1,3 % sestier.

Diskusia

Cieľom prieskumu bolo zistiť schopnosť sestier uspokojovať psychosociálne potreby u hospitalizovaných chronických chorých v zdravotníckych zariadeniach.

Šamánková a kol. (2011) definujú saturáciu potrieb takto: „ako dynamický proces, meniaci sa podľa rozvoja spoločnosti, ktorý sa mení zároveň s túžbami a meniacimi sa ideálmi jednotlivca, skupín. Proces napĺňania potrieb väčšinou prebieha cyklicky, v určitých periódach. Dochádza pri ňom k individuálnemu zobrazovaniu a zhodnoteniu významu tej ktorej potreby. V priebehu uvedomovania si konkrétneho vzniku a vytvárania túžby po jej naplnení dáva jednotlivec svojej potrebe nový hodnotový a emocionálny význam“. Pre posúdenie úrovne saturácie potrieb, rovnako ako pre posúdenie napr. stupňa bolesti je vhodné využívať meracie škály. My sme v dotazníkových šetreniach mieru saturácie potreby hodnotili podľa Likertovej škály od 1 – 5 s prideleným verbálnym vyjadrením: 1 – výborne, 2 – veľmi dobre, 3 – dobre, 4 – dostatočne, 5 – nedostatočne. Prípadne 1 – určite áno, 2 – áno, 3 – neviem, 4 – nie, 5 – určite nie.

Najčastejšie ošetrovateľské diagnózy, ktoré sestry v prieskume stanovili pri starostlivosti o chronických chorých boli sociálna izolácia, úzkosť, chronická bolesť, akútna bolesť, strach, riziko sociálnej izolácie, zmenený psychický stav, bezmocnosť, beznádej, smútok, narušená komunikácia. Kvalitná diagnostika je základným predpokladom pre výber špecifických intervencií vo vzťahu k problému pacienta. Okrem toho, že niektoré výskumné štúdie (Lunney, 2003) poukazujú nielen na nesprávnu interpretáciu údajov, upozorňujú aj na nízku frekvenciu diagnostikovania psychosociálnych, vrátane spirituálnych, problémov v praxi.

SPri analýze odpovedí pacientov sme zistili, že ich pocity strachu a úzkosti boli počas hospitalizácie zmiernované sestrami výborne až veľmi dobre, pričom sestry sú názoru že ich schopnosť redukovat' uvedené pocity je veľmi dobrá, dobrá až dostatočná. Situácia, ktorá je prežívaná ako dlhodobá neistota, vyvoláva frustráciu a stres. Pod tlakom prežívanej neistoty, ktorá môže byť spôsobená chorobou, sa môže meniť celkový postoj k svetu. Náročné životné situácie často narušujú potrebu bezpečia a istoty. (Tomagová, Bóriková a kol., 2008). Zvládanie nárokov vyplývajúcich z chronického ochorenia, je jeden z predpokladov udržiavania compliance a adherencie pacienta v liečbe a tým aj efektívnosti liečby.

Potreba porozumenia a pochopenia bola počas hospitalizácie, podľa pacientov zabezpečená sestrami výborne až veľmi dobre. Sestry si myslia, že ju vedľa zabezpečiť veľmi dobre až dobre. Sestrám záleží aby boli počas hospitalizácie pacienti v dobrej psychickej a sociálnej pohode, tak vnímajú pacienti vytvorenú atmosféru v nemocničnom zariadení.

Potreba lásky a spolupatričnosti nie je napĺňaná iba návštevou rodiny či priateľov. Túto potrebu aktívne napĺňa i sestra svojou prítomnosťou, správaním a komunikáciou. Pacient musí cítiť, že je sestrou prijímaný, rešpektovaný ako človek v roli chorého. K tomuto pocitu pomáha i istá miera rozhodovania o sebe samom, kedy sestra spolupracuje s pacientom na jeho ošetrovaní. Ak táto potreba nie je naplnená, pociťujú chorí osamelosť, sociálnu úzkosť a často i depresiu. Potreba spolupatričnosti môže dokonca prevýšiť fyziologické potreby (Šamánková a kol., 2011). Pacienti v našej prieskumnej vzorke si myslia, že ich potreba byť rešpektovaný ako osoba bola počas hospitalizácie zabezpečená sestrami výborne až veľmi dobre. Sestra má vedieť správne rozoznať a pochopiť ľudské potreby, aby ich mohla v rámci svojich kompetencií uspokojiť, ovplyvniť, koordinovať. Pacient musí cítiť a vedieť, že našiel sociálnu odozvu a ľudské priateľstvo spojené s odbornou pomocou (Zacharová 2007).

Dôležitým aspektom sociálnej dimenzie kvality života je sociálny kontakt a vzájomná interakcia jedinca s okolím, potreba seberealizácie v plnení jednotlivých rolí (Vágnerová, 2000). Na dotaz o záujme sestry komunikovať s pacientom odpovedali boli najčastejšie odpovede áno, v 14 % nie. Sociálna inteligencia sa mení počas choroby a silno ovplyvňuje napĺňanie sociálnych potrieb – schopnosť sociálnej komunikácie, schopnosť a úroveň prispôbenia sa (Šamánková a kol., 2011).

Prieskumom sme zisťovali, či hospitalizovaní chronicky chorí majú záujem o spoluprácu so sociálnym pracovníkom, psychológom a kňazom. Zo skupiny pacientov o rozhovor so psychológom je skôr nezaujím ako záujem, rovnako aj v skupine sestier nie je možnosť spolupracovať v rámci svojho pracoviska s klinickým psychológom. Záujem o rozhovor so sociálnym pracovníkom pacienti skôr nemajú, pričom a časť pacientov nevedela odpovedať na túto otázku. Za skupinu sestier má väčšia polovica možnosť spolupracovať v rámci svojho pracoviska so sociálnym pracovníkom. Zo skupiny pacientov, by väčšina využila možnosť rozhovoru s kňazom. Za skupinu sestier, väčšina má možnosť spolupracovať s kňazom v rámci svojho pracoviska. V záveroch najmä psychologických štúdií (napr. Křivohlavý, 2001) odporúča sa spolupráca ľudí v pomáhajúcich profesiách so psychológom, napr. aj ako prevencia syndrómu vyhorenia.

Zdravotnícke zariadenie, kde sme prieskum realizovali umožňuje hospitalizovaným pacientom zúčastňovať sa na bohoslužbe a sviatostiach a rozhovoroch s kňazmi, ak to ich zdravotný stav dovoľuje. Nespolupracuje však so sociálnym pracovníkom, ani so psychológom.

Vedomosti z teoretickej bázy o ľudských potrebách pomáhajú sestre porozumieť sebe samej a porozumieť aj iným. Sú východiskom pre posúdenie správania, reakcií a životných priorít jednotlivca, rodiny, komunity. Posudzovanie a uspokojovanie potrieb je zväčša objektívnym ukazovateľom pre sestru, pre pacienta je uspokojovanie biologických, psychických, sociálnych a duchovných potrieb subjektívnym ukazovateľom. Vplyvom ochorenia, niektoré potreby miznú, iné sa naliehavo objavujú; mení sa potreba istoty, potreba ochrany. V tejto súvislosti sa taktiež mení potreba blízkosti druhých ľudí.

Záver

Potreby pacientov počas hospitalizácie i požiadavky na ošetrojúci personál závisia nielen od veku, ale i od faktorov vyplývajúcich so základného ochorenia, t.j. dĺžka hospitalizácie, prognóza ochorenia, ovplyvnenie fyziologických a psychických funkcií pacienta chorobou. Ukázalo sa, že dlhodobí chorí pacienti daného zdravotníckeho zariadenia hodnotili uspokojovanie ich psychosociálnych potrieb počas hospitalizácie sestrami pozitívne. Sestry svoju schopnosť saturácie psychosociálnych potrieb pacientov ako dobrú. Kvalita starostlivosti o chorého z perspektívy ošetrovateľského personálu je zameraná na splnenie na splnenie medicínskych a ošetrovateľských cieľov. Z perspektívy pacienta na spokojnosť, jeho subjektívne vnímanie a hodnotenie. Pri prekonávaní rutinného prístupu k človeku pomôže rešpektovanie potrieb ich komplexnosti, premenlivosti, podmienenosti, preferencie priorít (z pohľadu pacienta i sestry vzhľadom na aktuálny stav a budúcnosť) a s prihliadnutím na individualitu jednotlivca.

Literatúra

1. Baštecká, B. a kol. 2003. Klinická psychológia v praxi. Praha: Portál. 2003, 420 s. ISBN 8071787353.
2. Kopáčíková, M.-Cetlová, L.- Stančíak, J. 2012. Ošetrovateľský proces a potreby pacientů/klientů. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2012. 264s. ISBN 978-80-87035-51-1.
3. Křivohlavý, J. 2001. Psychologie zdraví. Praha: Portál 2001, 103 s. ISBN 80-7178-551-2.
4. Lunney, M. 2003. Critical Thinking and Accuracy of Nurses Diagnoses. In. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. ISSN 1541- 5147, roč.14,č. 3, s. 96- 107.
5. Ondříášová, M. 2005. Psychiatria. Martin: Osveta, 2005, s. 56 – 79. ISBN 80-8063-199-9.
6. Šamánková, M. a kol. 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovateľském procese. Praha: Grada, 2011.126 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
7. Šútovec, J. 1994. Psychológia a pedagogika. Martin: Osveta. 1994, 211 – 249s. ISBN 8021705752
8. Tomagová, M.-Bóriková, I. a kol.2008. Potreby v ošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2008.178s.. ISBN 978-80-8063-270-0.
9. Zacharová, E. a kol. 2007. Zdravotnická psychologie. Praha: Grada, 2007. 229s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Kontakt:

PhDr. Mária Novysedláková,, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: maria.novysedlakova@ku.sk

Etické dilemy pomáhajúcich pracovníkov v hospicovej a paliatívnej starostlivosti

Lenka Machyniaková

Fakulta sociálnych vied, UCM Trnava

Súhrn

Problematica etiky života v paliatívnej a hospicovej starostlivosti patrí v súčasnej dobe k najdiskutovanejším témam našej modernej spoločnosti. Pomáhajúci pracovníci sa na svojom pracovisku často krát stretávajú s etickými dilemami, a to aj bez toho, aby si to uvedomovali. Pri etickej dileme nie je vždy jasné, ktoré riešenie je lepšie a efektívnejšie. Pomáhajúci pracovník sa musí adekvátne rozhodnúť medzi dvoma dobrami, výhodami alebo je potrebné aby rozhodol o vyhnutí sa jednému z dvoch cieľov, nevýhod. Adekvátna forma riešenia je determinovaná predovšetkým etickými a morálnymi hodnotami jedinca, resp. pomáhajúceho pracovníka. Príspevok prináša teda teoretickú reflexiu problematiky pomáhajúcich pracovníkov pri práci so zomierajúcimi pacientmi a primárne sa zameriava na etické dilemy, s ktorými sa pomáhajúci pracovníci vo svojej praxi najčastejšie stretávajú. Príspevok poskytuje ucelený a holistický obraz problematiky hospicovej a paliatívnej starostlivosti na Slovensku.

Kľúčové slová: Paliatívna starostlivosť. Hospicová starostlivosť. Etické dilemy. Smrť a zomieranie.

Summary

The issue of ethics of life in palliative and hospice care is currently the most discussed topics of our modern society. Helping workers are jobs often faced in their jobs with ethical dilemmas, even without knowledge about it. In case of ethical dilemma is not always clear which solution is better and more effective. Assisting staff have to choose correctly between two goods, advantage or need to decide on avoiding one of the two evils disadvantages. An correct solution is determined primarily by ethical and moral values of the individual, respectively. Assisting worker. This report shows theoretical reflection, therefore the issue of helping workers at work with the dying patients and primarily focuses on ethical dilemmas, with which are helping workers in their practice most often faced. Report shows a comprehensive and holistic picture of the issues Hospice and Palliative Care in Slovakia.

Key words: Palliative Care. Hospice Care. Ethical Dilemmas. Death and Dying.

Úvod

Ľudský život má niekoľko fáz, začína sa prvým nádychom a končí posledným výdychom. Smrť si nevyberá čas a miesto a môže nás zasiahnuť v ktoromkoľvek veku a to z rôznorodých príčin. Uvedená problematika sa dotýka každého z nás a ide o náročnú etapu ľudského života. V súčasnej dobe nie je vždy možné aby sa rodina postarala o svojho umierajúceho blízkeho a práve preto vstupuje do popredia paliatívna a hospicová starostlivosť. Pri práci so zomierajúcimi sa okrem iného pomáhajúci pracovníci často stretávajú i s etickými dilemami. Etické dilemy sú teda súčasťou profesie pomáhajúcich pracovníkov. Môže ísť o veľmi problematické situácie, ku ktorým je potrebné pristupovať s vysokou profesionalitou, ktorá v sebe zahŕňa etické princípy, ktoré má pomáhajúci pracovník poznať a vedieť ich úspešne aplikovať pri výkone svojej práce za účelom vyriešenia dilemy.

Text

Definícia paliatívnej starostlivosti, podľa Svetovej zdravotníckej organizácie z roku 2002, akcentuje požiadavku na predchádzanie utrpenia. Daná definícia uvádza, že paliatívna starostlivosť usiluje predovšetkým o zlepšenie kvality života pacientov a i ich rodín, ktorí bojujú s problémom spojeným so život ohrozujúcim ochorením, prostredníctvom predchádzania a zmierňovania utrpenia a to najmä pomocou včasného zistenia, vyhodnotenia a riešenia bolesti. (Nemcová, 2013)

V koncepcii zdravotníckej starostlivosti Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, z roku 2006, sa paliatívna starostlivosť definuje ako prístup, ktorý skvalitňuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči – voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje, diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy. Paliatívna

starostlivosť zahŕňa zdravotnú, ošetrovateľskú, psychologickú, duchovnú starostlivosť, rehabilitáciu a sociálne poradenstvo. Uvedenú starostlivosť zabezpečuje multidisciplinárny tím lekárov teda: sestier, psychológov, sociálnych pracovníkov, duchovných a ďalších pracovníkov. (Nemcová, 2013)

Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že paliatívna starostlivosť má interdisciplinárny charakter a je poskytovaná všetkým pacientom bez ohľadu veku a poskytuje kontinuálnu starostlivosť od univerzálneho prístupu, cez včasnú diagnostiku až po odbornú intervenciu a starostlivosť. Primárnou úlohou v paliatívnej starostlivosti je dosiahnuť kvalitu ostávajúceho života pacienta. Kvalita života samotného klienta je však podmienená jeho osobnosťou, vekom, schopnosťou vykonávania denných aktivít, uspokojovaním potrieb, hodnotami, ktoré sú pre jedinca významné, ale i jeho duchovným a kultúrnym rámcom. (Nemcová, 2013) Autorka Andrášiová uvádza, že kľúčovou úlohou v paliatívnej starostlivosti je tíšenie, zmierňovanie fyzickej bolesti ale i ostatných symptómov, ktoré znepriemňujú zostávajúci život pacientovi. (Andrašiová, 2002)

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) charakterizuje hospicovú starostlivosť ako „integrovanú formu zdravotnej, sociálnej a psychologickéj starostlivosti poskytovanú klientom všetkých indikačných, diagnostických i vekových skupín, u ktorých je prognózou ošetrojúceho lekára predpokladaná dĺžka života v rozsahu menej než 6 mesiacov.“ (Mojitová, 2008, s. 105) Hospicovú starostlivosť môžeme rovnako vnímať ako multidisciplinárnu starostlivosť, ktorej cieľom je minimalizovať bolesť a zmierňovať všetky obtiaže a zohľadňovať bio – psycho – spirituo – sociálne potreby chorého pacienta a jeho rodiny. Autorka Kasanová, uvádza, že každý člen hospicového tímu plní špecifické poslanie pri poskytovaní hospicovej starostlivosti. Kľúčovou úlohou každého z nich je pristupovať

k umierajúcemu pacientovi ako k plnohodnotnému človeku, pacient musí nadobudnúť domnienku, že personál je tu pre neho a nie pre to, aby si pomáhajúci pracovník vykonával len svoju prácu. (Kasanová, 2009) Rozlišujeme viaceré formy hospicovej starostlivosti, ktoré klasifikujeme nasledovne: hospicová starostlivosť v domácom prostredí, ambulancie hospicovej starostlivosti, stacionárna hospicová starostlivosť, lôžková hospicová starostlivosť. (Kasanová, 2009)

Hospic svojim pacientom zaručuje, že klient nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, v každej situácii sa bude rešpektovať jeho ľudská dôstojnosť a v posledných chvíľach svojho života nezostane sám. Primárna filozofia hospicu vychádza z rešpektu k životu a z rešpektu k človeku ako jedinečnej a neopakovateľnej osobnosti a jeho biologických, psychologických, sociálnych a duchovných potrieb. (Nemcová, 2013) Do hospicu môže byť prijatý každý jedinec bez ohľadu pohlavia, veku, národnosti rasy, sociálneho alebo náboženského vyznania. Prvoradým kritériom je zdravotný stav chorého, teda postupujúca choroba, ktorá ohrozuje život človeka. Prednosť majú nevyliciteľne chorí pacienti, ktorí sa nachádzajú v terminálnom štádiu svojho života. Pacient je do hospicu prijatý na vlastnú žiadosť alebo na žiadosť svojej rodiny či na odporúčenie ošetrojúceho lekára. Dôležitý je písomný, slobodný a informovaný súhlas pacienta. (Mojitová, 2008) Návštevy v hospici sú dovolené tak dlho a tak často, ako si to praje samotný pacient a jeho rodina. Zároveň nie je návštevnosť obmedzená vekovou hranicou, ako je to napr. v nemocniciach. Svojich chorých príbuzných môžu navštíviť i deti. Ďalšou mimoriadnou výhodou, ktorú hospic poskytuje je alternatíva ubytovania príbuzných priamo v zariadení, a to v prípade ak chcú tráviť posledné chvíle života so svojim blízkym. V hospici je pre blízkych zriadená samostatná izba, ktorá je vždy k dispozícii. (Dobříková - Porubčanová a kol., 2005)

Problematika zomierania

Umieranie je poslednou fázou ľudského života. Ide o proces, ktorý potrebuje široký interdisciplinárny tímový prístup. V ideálnom prípade môže ísť o duchovné uzmiernenie a vnútorné zmiernenie sa so svetom, ale na druhej strane môže ísť o negatívne, chúlостivé obdobie, v ktorom dominujú prevažne neprijemné príznaky choroby a strach z toho, čo príde. Pacienti v terminálnom štádiu sú závislí na celom tíme profesionálnych pracovníkov, ktorí sa starajú o ich dôstojný odchod z tohto sveta. (Dobříková - Porubčanová, 2005) Aby sme porozumeli prežívaniu zomierajúcich, musíme poznať formy ich správania. V tejto súvislosti pokladáme za relevantné spomenúť päť fáz zomierania.

Prvá fáza - popieranie - neochota prijať pravdu, šok, popieranie reality. Najčastejšou reakciou chorých na správu o terminálnosti svojho ochorenia sú slová: „Nie, to sa určite netýka mňa, to nie je možné.“ Správanie chorých v tejto fáze je často impulzívne a nekontrolované. Pacientovi sa zrúti svet, pociťuje veľkú nespravodlivosť.

Druhá fáza - hnev. Túto fázou charakterizuje začínajúce sa vyrovnávanie, zmierovanie sa pacienta so svojim osudom, čo sa navonok prejavuje agresivitou. Umierajúci poznáva nezvratnosť situácie a zúfalo sa jej bráni. Jeho výbuchy hnevu sa obracajú najmä proti ošetrojúcemu personálu. Typické sú pre neho otázky a výpovede: „prečo práve ja?“, „nie je to fér“. Uvedené sa dá chápať ako agresia smerovaná voči všetkým zdravým a neumierajúcim.

Tretia fáza - vyjednávanie. V uvedenom štádiu sa snaží chorý vyjednávať so svojim osudom, smrť chce oddialiť. Vzdáva sa doterajších zlovykov, pretože si myslí, že si tak zachráni život. Ide o najsenzitívnejšie životné obdobie chorého, ktoré si vyžaduje dôstojné správanie, komunikáciu a udržanie negativistických pocitov v rozumných medziach. V tejto fáze sa kladie veľký dôraz na maximálnu trpezlivosť zo strany pomáhajúceho personálu.

Štvrtá fáza - depresia. Vznikajúcu depresiu vyvolávajú u chorého dve odlišné príčiny. Na jednej strane pacient ľutuje všetko, čo musí opustiť, s čím sa musí rozlúčiť. Na druhej strane vyvoláva zármutok u pacienta aj nastávajúca rozlúčka so všetkými osobami, ku ktorým ho viazal akýkoľvek vzťah. V tejto fáze je mimoriadne dôležité trpezlivo počúvať, pomôcť urovnať vzťahy a hľadať riešenie pri zaistení rodiny.

Piatá fáza - akceptácia. Uvedené štádium nastáva vtedy, keď mal pacient dostatok času a pomoci na prežitie a zvládnutie predchádzajúcich štyroch štádií. V tejto fáze pacient prežíva pokoj a zmierenie. Pomocou v poslednej fáze je objatie, držanie za ruku, utrenie slzy a mlčanlivá ľudská prítomnosť. Sú to posledné okamžiky jedinca, ktoré by mal zdieľať spolu so svojou rodinou. Jednotlivé fázy zomierania nemusia mať uvedené poradie, niekedy môže prebiehať niekoľko fáz súčasne, často sa niektoré fázy opakujú a niektorými fázami pacient nemusí ani prejsť. Dôležitá je však schopnosť členov multidisciplinárneho tímu identifikovať a adekvátne komunikovať s pacientom v jednotlivých fázach zomierania. (Slamková, 2013)

Autorka Mojitová zdôrazňuje, že pre každého jedinca je cesta umierania individuálna, vlastná a neopakovateľná. Väčšina pacientov potrebuje mesiace odbornej starostlivosti a ošetrovania, pričom je mimoriadne dôležité, aby sme umierajúcemu ponechali čas, ktorý potrebuje, aby šiel vlastnou cestou svojho umierania. Dôraz kladie na skutočnosť, aby sme boli pripravení prijať spôsob, ktorý si umierajúci zvolí pre seba, aj keď nezodpovedá našim predstavám. Je to jeho umieranie a nikto z nás dopredu nevie, akým spôsobom a akou cestou raz touto fázou pôjde. (Mojitová, 2013)

Modely zomierania

Smrť je prirodzená súčasť nášho života, no i napriek tomu o nej nechceme rozprávať ani premýšľať. V tejto súvislosti nás napadá otázka aké modely starostlivosti o zomierajúcich existujú v súčasnom období a ktorý z nich je najvhodnejší? V súčasnej dobe rozlišujeme nasledujúce modely zomierania:

1. Domáci model zomierania. V minulosti bolo úmrtie javom, ktorý sa odohrával zväčša v rodinnom domácom prostredí. Smrť bola súčasťou života a stretávali sa s ňou úplne prirodzene aj deti. Ošetrovanie zomierajúceho bolo v minulosti samozrejmosťou a zomieranie v tomto poňatí bolo sociálnym aktom, pričom si rodinní príslušníci rozdeľovali ošetrovateľské úlohy. Psychickú podporu im poskytovala osobná viera, duchovní, či susedia. (Haškovcová, 2000) V domácom prostredí je zomierajúci ušetrený ruchu a režimu, ktoré nekompromisne vládnu na oddelení v nemocniciach. Domáci model zomierania vychádza zo životnej filozofie, kedy ľudia vnímajú smrť ako súčasť života, ktorá sa netýka len jedinca, ale celej rodiny, známych a spoločnosti, v ktorej sa daný jedinec pohyboval počas svojho života. (Slamková, 2013)

2. Inštitucionálny model zomierania. Uvedený model je založený na odbornej ošetrovateľskej starostlivosti a odbornej lekárskej starostlivosti. Negatívum toho modelu je však osamelosť pacienta, ktorého duševné, sociálne a spirituálne potreby sú často odsunuté alebo nepovšimnuté. Dôvodom býva najmä vyťaženosť zdravotníckeho personálu, ktorý býva v našich zdravotníckych zariadeniach poddimenzovaný. (Haškovcová, 2000)
3. Paliatívny model starostlivosti. Súhlasíme, že ideálnym spôsobom starostlivosti o zomierajúcich a ich príbuzných je práve hospicový model, ktorý poskytuje starostlivosť o pacienta a jeho rodinu v holistickom zmysle, teda zdôrazňuje uspokojovanie všetkých potrieb pacienta, pričom jedinca chápe ako jedinečnú, neopakovateľnú bytosť. (Slamková, 2013)

Etické dilemy a princípy paliatívnej starostlivosti

Rešpektovanie princípov medicínskej a ošetrovateľskej etiky, ako aj dodržiavanie práv pacientov, by malo byť v paliatívnej starostlivosti samozrejmosťou. Nevyliečiteľne chorí a zomierajúci by mali byť rešpektovaní ako jedinečné ľudské bytosti. Mal by sa rešpektovať princíp autonómie pacienta, slobodne a samostatne o sebe rozhodovať. Prístup k pacientovi by mal byť trpezlivý, úctivý a láskavý. Je mimoriadne dôležité aby sme nikdy neškodili umierajúcemu. V tomto prípade ide o princíp nemaleficencie. Spôsobovať mu predlžovanie utrpenia neuvážanými medicínskymi alebo ošetrovateľskými zásahmi svedčí o zlyhaní odborníkov v problematike paliatívnej starostlivosti. Naproti tomu princíp beneficencie je vysvetlením vykonávania paliatívnej starostlivosti v prospech pacienta. Príkladom môže byť starostlivosť o pacienta s dekubitom, u ktorého metastázy do skeletu chrbtice, polohovanie spôsobuje veľké bolesti. Zotrúvanie na tradičnej starostlivosti by pacientovi neprineslo odstránenie bolesti, skôr naopak. Volíme antidekubitný matrac ako najvhodnejšiu alternatívu v starostlivosti o pacienta s dekubitom. Dodržiavanie etických princípov v starostlivosti o nevyliečiteľne chorých závisí predovšetkým od správania sa zdravotníckych profesionálov, ich postoja, mravných hodnôt a osobnej zodpovednosti pri rešpektovaní zásad humánnej starostlivosti. (Nemcová, 2013)

Pozornosť, resp. starostlivosť o umierajúceho pacienta predstavuje špecifický druh zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Ako sme už vyššie spomínali cieľom nie je len zmiernenie bolesti ale ide predovšetkým o skvalitnenie života pacienta až do jeho smrti, kde veľkú úlohu zohráva humánny „etický“ prístup pomáhajúcich pracovníkov. V súvislosti s uvedenou problematikou je úzko prepojený i vznik etických dilem. Pri práci s klientmi v terminálnom štádiu môžeme predpokladať, že etické problémy vznikajú v situáciách, kedy je pre profesionála ťažké urobiť rozhodnutie, či vstúpiť alebo zasiahnuť do života jedinca a jeho rodiny. Dilemy môžeme charakterizovať ako nutnú často i veľmi ťažkú a problematickú voľbu medzi dvomi, vzájomne sa vylučujúcimi alternatívami. Etickou dilemou je rovnako situácia, keď si pomáhajúci pracovník uvedomuje dve, alebo viac konfliktných možností, ako sa rozhodnúť, pričom sa vzájomne tieto možnosti vylučujú a nie je jednoznačné, ktoré rozhodnutie bude prijateľnejšie, adekvátnejšie a potom nastáva dilema. (Nečasová, 2003) Uvedená autorka rovnako uvádza, že pri práci s umierajúcimi pacientmi môžeme predpokladať, že etické dilemy vznikajú aj v situáciách, kedy je evidentné, ako by sa mal pomáhajúci pracovník rozhodnúť, ale dané rozhodnutie sa mu prieči.

Autorka Nečasová uvádza, že etické problémy a dilemy vznikajú v troch hlavných oblastiach:

1. V oblasti, ktorá sa týka práv a kvality života jedincov - ide o vzťah medzi pomáhajúcim pracovníkom a umierajúcim pacientom.
2. V oblasti, ktorá sa týka blaha - ide o konflikt záujmov pacienta o organizácie, kde pomáhajúci pracovník pracuje.
3. V oblasti, ktorá sa týka nerovnoprávnosti a štrukturálneho útlaku - pravidlá organizácie, ktoré môžu zasiahnuť prácu s klientom. (Nečasová, 2003)

Etické dilemy spravidla spĺňajú nasledovné tri podmienky:

1. existujú rôzne možnosti konania, z ktorých si jedinec môže jednu zvoliť,
2. rozhodnutie, ktorý smer je v danej situácii najlepší (situácie, ktoré sú nepríjemné, ale nevyžadujú voľbu nie sú etickými dilemami),
3. v každom prípade dochádza k nedodržaniu etického princípu ako takého, t.j. neexistuje dokonalé riešenie. (aktuálne) (Mojitová, a kol. 2013)

Etické dilemy, ktorým mnohí pomáhajúci pracovníci dennodenne čelia a ich „prítomnosť“ je determinovaná mnohými faktormi, ktoré môžeme kategorizovať ako:

- Faktory na strane pacienta – radíme sem vek, zdravotný stav, druh a stupeň postihnutia, osobnosť klienta, sociálny i ekonomický status.
- Faktory na strane rodiny pacienta – osobnosť blízkych členov rodiny, ich zdravotný a duševný stav, názor a postoj k postihnutiu svojho blízkeho ako aj komplexný postoj k jeho osobe.
- Faktory na strane zdravotníckych pracovníkov – prístup k pacientovi a jeho blízkej rodine, schopnosť komunikácie a empatie, kvalita poskytovania zdravotníckych služieb.
- Faktory na strane sociálneho pracovníka – komplexná osobnosť sociálneho pracovníka, dĺžka praxe, schopnosť empatie a komunikácie pracovníka. (Mojitová, a kol., 2013)

Zvládanie etických dilem, s ktorými sa pomáhajúci pracovník stretáva je veľmi komplikované. Prvým krokom je dilemu identifikovať, určiť hodnoty a ujasniť si, koho sa riešenie bude týkať. Pri zvládnutí etických dilem sa od pomáhajúceho pracovníka očakáva väčšinou dvojitý prístup. Na jednej strane pristupovať ku každému klientovi individuálne podľa jeho situácie a špecifických potrieb, na druhej strane sa očakáva, že sa bude riadiť pokynmi zamestnávateľa a zavedených postupov a pravidiel. (Musil, Nečasová, 2008) V sociálnej práci poznáme množstvo dilem, ale medzi dilemy, ktoré patria do práce s pacientmi v terminálnom štádiu svojho života radíme:

Žiadosť o urýchlenie smrti, resp. eutanázia. Zo súboru holandských a iných výskumov vyplýva, že hlavným dôvodom žiadania eutanázia je najmä utrpenie, bolesť. V každom prípade je veľmi závažnou otázkou zomierania, ktorého cieľom je spôsobiť alebo urýchliť smrť chorého človeka na jeho alebo žiadosť rodiny.

Zadržiavanie, oddaľovanie smrti - distanzácia. Hlavným cieľom je predlžovať a udržiavať život jedinca za každú cenu. V dnešnej dobe je to možné vzhľadom na modernú lekársku techniku a vedu. Vďaka prístrojom sa udržuje človek pri živote, čím sa predlžuje proces zomierania a oddaľuje sa jeho prirodzená smrť. (Haškovcová, 2002)

Zdeľovanie informácií klientovi alebo jeho blízkym. Medzi najnáročnejšiu úlohu pomáhajúcich pracovníkov s ľuďmi v terminálnom štádiu ich života je samotné informovanie klienta aj jeho rodiny o zdravotnom stave, diagnóze a prognóze. Primárnou etickou zásadou je poskytovať informácie pravdivo. Tu však narážame na etický problém ako poskytnúť tieto informácie, kedy a komu. Z praxi vieme, že komunikácia s nevyliciteľne chorým pacientom je mimoriadne náročná. V minulosti sa používala predovšetkým „stratégia milosrdnej lži“ alebo tzv. stratégia „pravdy po kvapkách“. Informovanosť je veľmi dôležitá, pretože len tak môže pacient prechádzať jednotlivými fázami umierania a dospieť k akceptácii. V tejto súvislosti pokladáme za dôležité spomenúť i argumenty pre oznámenie pravdy:

- pravdu nemožno zamlčať,
- pre milosrdnú lož musí byť dôvod,
- forezné (súdne) dôsledky zamlčania, neoznámenia pravdy. Opatrné formy oznámenia pravdy sú nasledovné: psychotická epizóda v minulosti, psychiatrická diagnóza, záporné stanovisko pacienta. (Mojitová, 2013)

Otázky hraníc vo vzťahu ku klientovi. Na tomto mieste vzniká dilema aký vzťah si zvolí pomáhajúci pracovník k svojmu pacientovi. Formálny, neformálny? Neformálny vzťah umožňuje získať dôveru pacienta, ale tu vzniká vyššie riziko, že pacient bude manipulovať s pracovníkom. Na druhej strane stojí formálny vzťah, ktorý rovnako môže byť založený na báze dôvery, ale pomáha pracovníkovi ľahšie pripomenúť pravidlá vzájomnej spolupráce, ciele a plány, na ktorých sa spolu dohodli.

Rozdiely v názoroch na starostlivosť poskytovanú na konci života pacienta. V tejto súvislosti môže prísť k situáciám, kedy sa názory rodiny a pacienta na poskytovanú starostlivosť diametrálne líšia, čo môže skomplikovať poskytovanie adekvátnej pomoci. V tomto prípade je dôležitá komunikácia všetkých zainteresovaných a tým pádom dosiahnuť uspokojivé výsledky.

Dilema pomoci a kontroly. V tomto prípade ide najmä o tých pacientov, ktorí nemajú záujem spolupracovať a odmietajú akúkoľvek pomoc druhej osoby, resp. pomáhajúceho pracovníka. Tu však môže dôjsť k ukončeniu práce zo strany pracovníka a ukončenie môže pracovník vnímať ako vlastné zlyhanie.

Dilema voľby spôsobu riešenia. Tendencia zasahovať do tém, na ktoré nestačí kvalifikácia pracovníka. (Mojitová a kol. 2013)

Dilema kvalita a kvantita v sociálnej práci. Najťažšie je pre pomáhajúcich pracovníkov uvážiť, či je lepšie poskytnúť sprevádzanie viacerým klientom v paliatívnej starostlivosti, aby sa uspokojili tým, že poskytnú adekvátnu pomoc viacerým pacientom alebo vyhovieť iba časti pacientov, a tým pádom im poskytnú kvalitnejšie služby. Z praxe vieme, že je v súčasnej dobe je pomáhajúcich pracovníkov v zariadeniach pomerne málo, pričom má pracovník na starosti i administratívne povinnosti, a môže sa to prejavovať napr. nedostatkom času na klienta vzhľadom na veľký počet klientov v danom zariadení. V tomto prípade ide kvantita na úkor kvality.

Záver

Práca so zomierajúcimi je veľmi náročná na psychiku človeka a pomáhajúcich pracovníkov, ktorí vykonávajú paliatívnu a hospicovú starostlivosť. Pracovník vo svojej profesii čelí rôznym problémom a sklamaniam. Na to, aby pomáhajúci predišiel neprimeranej fyzickej, psychickej a emocionálnej vyčerpanosti je mimoriadne vhodné využívať supervíziu, prostredníctvom ktorej, môže riešiť i etické dilemy. Môžeme konštatovať, že paliatívna starostlivosť je v súčasnej dobe mimoriadne dôležitá a nesie v sebe princípy, ktoré vyznávajú hodnotu ľudského života. Najdôležitejším prvkom dôstojného umierania a dôstojnej smrti je osobná blízkosť druhého. Nikto by nemal umierať sám a toho princípu sa drží paliatívna a hospicová starostlivosť. Primárnym cieľom je teda skvalitnenie života posledných chvíľ pacienta a vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že paliatívna a hospicová starostlivosť vytvára novú kultúru umierania, ktorá umožňuje jedincovi lepšie žiť a lepšie zomierať.

Literatúra

1. Andrášiová, M. a kol. 2002. Hospic a paliatívna starostlivosť – príručka pre dobrovoľníkov. Bratislava, 2002. 50 s. ISBN 80-968416-0-2.
2. Dobriková – Porubčanová, P. a kol. 2005. Nevyliciteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti. Trnava, 2005 280 s. ISBN 80-7162-581-7
3. Haškovicová, H. 2000. Thanatologie, náuka o umíraní a smrti. Praha, 2000. 191 s. ISBN 90-7262-034-7
4. Kasanová, A. 2009. Až za hranice života III. diel. Starostlivosť o zomierajúcich. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2009. 96 s. ISBN 978-80-8094-527-5
5. Mojitová, M. 2008. Sociálna práca v zdravotníctve. Bratislava, SAP 2008, 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0
6. Musil, L., Nečasová. 2008. Zvládání nesourodných očekávání a morální orientace sociálních pracovníků. Etické kontexty sociální práce s rodinou. Brno, 2008, 150 s.
7. Nečasová, M. 2003. Profesionální etika. In Matoušek, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha 2003. s. ISBN
8. Nemcová, J. 2013. Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Martin, 2013. s. 77. ISBN 978-80-89544-52-3
9. Slamková, A. – Poledníková, I. 2013. Klinické ošetrovateľské aspekty paliatívnej starostlivosti. Martin. 2013. 146 s. ISBN 978-80-8063-379-0

Kontakt:

PhDr. Lenka MACHYNIÁKOVÁ
Fakulta sociálnych vied UCM
Katedra sociálnych služieb a poradenstva
Bučianska 4/A
917 01 Trnava
e-mail: lenka.machyniakova@ucm.sk

Uspokojovanie spirituálnych potrieb u dlhodobo hospitalizovaných pacientov v terminálnom štádiu chronického ochorenia - výsledky štúdie

Lukáš Kober

NÚTPCHaHCH Vyšné Hágy

Súhrn

Jednou z najväčších výziev ošetrovateľstva je poskytovanie čo najväčšieho komfortu pacientom. V posledných rokoch sa vedecký pokrok v oblasti starostlivosti o zdravie spoločnosti rozvíja na úkor významu ľudskej duchovnej povahy, najmä pokiaľ ide o zdravie a choroby. U mnohých pacientov sa stretávame s chronickými ochoreniami, duchovno / religiozita je dôležitým zdrojom pre ich zvládnutie. Výskum bol realizovaný v rokoch 2013 – 2015. Pri výbere respondentov sme sa sústredili na zdravotníckych pracovníkov v kategórii lekár, sestra, pôrodná asistentka, zdravotnícky záchranár, zdravotnícky asistent, sanitár a iní. Cieľom bolo získať potrebné údaje, ktoré potrebujeme pre zameranie a cieľ výskumu. Najväčšiu skupinu tvorili sestry a to 82,8 % z celkového počtu respondentov. Podľa údajov, ktoré vyšli štatistickým skúmaním môžeme potvrdiť, že respondenti prejavujú akceptačný postoj v rozprávaní sa s pacientom so zameraním sa na jeho potreby a problémy ako napr. obavy, súciti, dôvera, empatia, senzitivnosť, úprimnosť a osobnosť a neprejavujú akceptačný postoj priameho zúčastnenia sa pacientovej spirituality v rámci dennej starostlivosti.

Kľúčové slová: Spirituálne potreby. Umieranie. Izolácia. Infekčné ochorenie. Ošetrovateľstvo.

Summary

One of the greatest challenges of nursing is to provide comfort for the patient. In recent years, scientific progress in the field of health care developed to the detriment of the spiritual significance of human nature, especially as regards to health and disease. Many patients are facing chronic illnesses and spirituality / religiosity is an important resource for managing them. The research was conducted in the years 2013 - 2015. The selection of respondents, we focused on health workers in the category of physician, nurse, midwife, paramedic, medical assistant, sanitation and others. The largest group consisted of nurses and 82.8% of the total respondents. According to the data from our survey we can confirm that respondents show attitude of acceptance focusing on identified needs and problems as compassion, trust, empathy, the sensitivity, but do not show attitude of acceptance to be directly involved in the patient's spirituality within the daycare.

Key words: Spiritual Needs, Dying, Isolation, Infectious Diseases, Nursing.

Úvod

Článok bol napísaný v rámci projektu KEGA č. 034KU-4/2013 s názvom: „Uspokojovanie spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov z pohľadu pracovníkov v zdravotníctve z hľadiska praxe“.

Jednou z najväčších výziev ošetrovateľstva je poskytovanie čo najväčšieho komfortu pacientom. V posledných rokoch sa vedecký pokrok v oblasti starostlivosti o zdravie spoločnosti rozvíja na úkor významu ľudskej duchovnej povahy, najmä pokiaľ ide o zdravie a choroby. V súčasnosti je podľa Kožuchovej (2014, s. 37) stále viac akcentovaný dôraz k zodpovednosti za vlastné zdravie. Zároveň uvádza, že starostlivosť o zdravie patrí medzi základné a prvoradé úlohy nielen štátu, ale aj celej odbornej a laickej verejnosti. Vedci nedávno prišli k názoru, že skutočnú a kompletnú starostlivosť o zdravie je možné aplikovať cez citlivé riešenia duchovných potrieb pacientov (O'Brien, 2003). Holistické ošetrovanie sa zameriava na vzťah medzi telom, myslou a duchovnom. Ošetrovateľská starostlivosť sa preto musí zameriavať na všetky tieto rozmery a vzťahy medzi nimi. Pri chronických ochoreniach sú dlhodobo, alebo trvalo narušené telesné funkcie a pacient pociťuje okrem fyzického nepohodlia aj duševný nepokoj, stres a časté zmeny nálad s tým súvisiace (Lee, Lin, Chaboyer, Chiang, Hung, 2007). Duchovné potreby patria medzi základné potreby jednotlivca. Z jeho telesnej a duchovnej dimenzie a vzájomného pôsobenia týchto dvoch dimenzií sa vyvíjajú duchovné potreby človeka. Tieto potreby sú vnútornou potrebou po celú dobu života, preto budú aj naďalej hlavným prvkom holistickej ošetrovateľskej starostlivosti. Jednou z najväčších výziev pre sestry je uspokojiť duchovné potreby pacientov (Hojjatollah, Heidari, 2011).

Metódy

Výskum bol realizovaný v rokoch 2013 – 2015. Pri výbere respondentov sme sa sústredili na zdravotníckych pracovníkov v kategórii lekár, sestra, pôrodná asistentka, zdravotnícky záchranár, zdravotnícky asistent, sanitár a iní. Cieľom bolo získať potrebné údaje, ktoré potrebujeme pre zameranie a cieľ výskumu. Výber respondentov prebiehal na základe náhodného výberu. Výskumnú vzorku nášho výskumu tvorilo 448 respondentov, z toho 47 (10,5 %) mužov a 401 (89,5 %) zaradených v kategóriách sestra (82,8%), zdravotnícky záchranár (6,3 %), zdravotnícky asistent (3,1%), pôrodná asistentka (2,2%), sanitár (1,3%), lekár (0,7%) a iní (3,6%) respondentov. Výskumu sa zúčastnili respondenti zo Slovenska (68,5%), Českej republiky (29,8%), Poľska (1,1%) a iné (0,6%). Stanovili sme si etapovitý plán výskumu, ktorý pozostával z analýzy údajov zo štandardizovaných dotazníkov. Samotný výskum predchádzalo štúdium odbornej literatúry zameranej na paliatívnu starostlivosť, uspokojovanie spirituálnych potrieb pacientov, riadenie plánovania a liečby infekčných ochorení, ktoré si vyžadujú dlhodobú hospitalizáciu a izoláciu.

Výskum bol realizovaný prostredníctvom kvantitatívneho výskumu, ktorý je zatiaľ najviac používaný spôsob výskumu v ošetrovateľstve a v iných pomáhajúcich profesiách. Výskumné techniky nám dovoľujú získať informácie ohľadom skúmaného cieľa, z ktorých môžeme usudzovať prítomnosť skúmaných javov.

Po zhodnotení výskumného prostredia, sme sa rozhodli v rámci použitých výskumných metód realizovať výskum prostredníctvom dvoch štandardizovaných dotazníkov, ktoré boli respondentom k dispozícii v elektronickej online forme dostupné cez internetový odkaz.

Dotazník The Spiritual Needs Assessment for Patient (SNAP), ktorý obsahoval 27 položiek a dotazník The spiritual Care Competence Scale (SCCS), ktorý obsahoval 18 položiek. Všetky položky v dotazníkoch boli uzatvorené a vyhodnotené pomocou 5 stupňovej Likertovej škály.

Výsledky

Vo výskumnej časti sme sa venovali analýze spirituálnych potrieb pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a počas dlhodobej hospitalizácie v rámci liečby chronických ochorení, akými sú aj HIV a TBC. Naším hlavným cieľom je poukázať na dôležitosť uspokojovania spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov vo vzťahu k zachovaniu hodnoty ľudského života a ľudskej dôstojnosti až do konca. V rámci všetkých kategórií zdravotníckych pracovníkov sú práve sestry prítomné pri pacientovi vo všetkých štádiách umierania. Profesionálny, osobnostný, ľudský prístup, pochopenie a schopnosť reagovať a riešiť pacientove spirituálne potreby v priebehu terminálneho štádia ochorenia by mal byť samozrejmosťou každej profesionálnej sestry.

Prínos vypracovania predmetného výskumu vidíme v rámci prístupu zdravotníckych pracovníkov k identifikácii, akceptácii a riešeniu problémov a potrieb pacientov v súvislosti s ich duchovným prežívaním chronického ochorenia v terminálnom štádiu. Samotná analýza nám špecifikuje súvisiace údaje, ktoré sa zameriavajú na postoje k pacientovej spiritualite, komunikácii s pacientom v terminálnom štádiu ochorenia, schopnosti správne posúdiť, analyzovať a implementovať spirituálnu starostlivosť, podpora pacienta a zvyšovanie kvality starostlivosti o spiritualitu. Výskum taktiež identifikuje schopnosti správneho posúdenia pacientových potrieb a problémov zdravotníckym pracovníkom. Následné štatistické spracovanie získaných údajov nám poskytne obraz o objektívnych súvislostiach, ktoré rozoberáme v jednotlivých hypotézach.

Zabezpečovanie a uspokojovanie potrieb patria medzi dôležitú súčasť práce zdravotníckych pracovníkov, obzvlášť u pacientov počas dlhodobej hospitalizácie, nakoľko problematika potrieb zaujíma významné miesto v riešení sociálnych vzťahov a sociálnej situácie u chorých (Bártlová, Matulay, 2009).

Pri získavaní informácií potrebných k dosiahnutiu stanoveného cieľa a na realizáciu výskumu sme použili literárno-historickú metódu, ktorá bola použitá v prípravnej etape a sprevádzala proces štúdia knižnej a časopiseckej literatúry. Na hodnotenie frekvencie výskytu daného javu použijeme matematické operácie ako je súčet, rozdiel, štatistické metódy ako je diskriminačná analýza, logistická regresná analýza, vizualizácia, percentuálny výpočet. V rámci analýzy údajov výskumu sme v prvom kroku spracovali získané údaje metódou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky. Na opis kategorickej premennej sme použili frekvenčné tabuľky. Tabuľky obsahujú triedne početnosti podľa kategórií (tried) jednej premennej. Na spracovanie nazbieraných štatistických údajov a ich následné použitie pri overovaní stanovených hypotéz budú použité ďalšie štatistické metódy ako: jednofaktorová deskriptívna štatistika ANOVA a Multiple rozsahový test.

Predkladané hypotézy sme konštruovali na podklade teoretických a praktických poznatkov z oblasti starostlivosti o pacienta s pľúcnou formou TBC v rámci jednotlivých fáz liečby tohto ochorenia.

H1: Zdravotnícki pracovníci významnejšie prejavujú akceptačný postoj v oblasti identifikácie a analýzy pacientových potrieb, než priamou účasťou na uspokojovaní spirituálnych potrieb pacienta v rámci dennej starostlivosti.

Previedli sme jednofaktorový test ANOVA ktorý testuje a porovnáva priemerné hodnoty.

Podľa údajov, ktoré vyšli štatistickým skúmaním môžeme potvrdiť platnosť hypotézy H1, keďže p hodnota $P=0,0032$ je menšia ako 0,05 na úrovni hladiny významnosti 95 %. Respondenti prejavujú akceptačný postoj v rozprávaní sa s pacientom so zameraním sa na jeho potreby a problémy ako napr. obavy, súcitiť, dôvera, empatia, senzitivnosť, úprimnosť a osobnosť a neprejavujú akceptačný postoj priameho zúčastnenia sa pacientovej spirituality v rámci dennej starostlivosti.

H2: Predpokladáme, že pacient vyjadruje väčšiu potrebu pomoci zdravotníckeho pracovníka s hľadaním podpory v rámci komunity, než s potrebou nájsť vzťah s Bohom, alebo niečím, čo ho prevyšuje.

Podľa údajov, ktoré vyšli štatistickým skúmaním môžeme potvrdiť platnosť hypotézy H2, keďže p hodnota $P=0,0000$ je menšia ako 0,05 na úrovni hladiny významnosti 95 %.

Respondenti vo významnejšej miere uvádzajú, že pacient verbalizuje väčšiu podporu a potrebu pomoci v rámci komunity, než v rámci hľadania vzťahu s Bohom, alebo s niečím, čo ho prevyšuje.

H3: Predpokladáme, že pacient potrebuje výraznejšiu pomoc zdravotníckeho pracovníka pri vyrovnávaní sa s akýmkoľvek utrpením, než s hľadaním jeho osobného postoja k umieraniu a smrti.

Podľa údajov, ktoré vyšli štatistickým skúmaním môžeme potvrdiť platnosť hypotézy H3, keďže p hodnota $P=0,0000$ je menšia ako 0,05 na úrovni hladiny významnosti 95 %. Podľa odpovedí respondentov môžeme jasne uvádzať, že pacient potrebuje výraznejšiu pomoc zdravotníckeho pracovníka pri vyrovnávaní sa s akýmkoľvek utrpením, než s hľadaním jeho osobného postoja k umieraniu a smrti.

Diskusia

Vo výskumnej časti sme sa venovali analýze spirituálnych potrieb pacientov v terminálnom štádiu ochorenia a počas dlhodobej hospitalizácie v rámci liečby chronických ochorení, akými sú aj HIV a TBC. Naším hlavným cieľom je poukázať na dôležitosť uspokojovania spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov vo vzťahu k zachovaniu hodnoty ľudského života a ľudskej dôstojnosti až do konca. V rámci všetkých kategórií zdravotníckych pracovníkov sú práve sestry prítomné pri pacientovi vo všetkých štádiách umierania. Profesionálny, osobnostný, ľudský prístup, pochopenie a schopnosť reagovať a riešiť pacientove spirituálne potreby v priebehu terminálneho štádia ochorenia by mal byť samozrejmosťou každej profesionálnej sestry.

Prínos vypracovania predmetného výskumu vidíme v rámci prístupu zdravotníckych pracovníkov k identifikácii, akceptácii a riešeniu problémov a potrieb pacientov v súvislosti s ich duchovným prežívaním chronického ochorenia v terminálnom štádiu.

Výskum bol realizovaný v rokoch 2013 – 2015. Pri výbere respondentov sme sa sústredili na zdravotníckych pracovníkov v kategórii lekár, sestra, pôrodná asistentka, zdravotnícky záchranár,

zdravotnícky asistent, sanitár a iní. Cieľom bolo získať potrebné údaje, ktoré potrebujeme pre zameranie a cieľ výskumu. Výber respondentov prebiehal na základe náhodného výberu. Výskumnú vzorku nášho výskumu tvorilo 448 respondentov, z toho 47 (10,5 %) mužov a 401 (89,5 %) zaradených v kategóriách sestra (82,8%), zdravotnícky záchranár (6,3 %), zdravotnícky asistent (3,1%), pôrodná asistentka (2,2%), sanitár (1,3%), lekár (0,7%) a iní (3,6%) respondentov. Výskumu sa zúčastnili respondenti zo Slovenska (68,5%), Českej republiky (29,8%), Poľska (1,1%) a iné (0,6%). Stanovili sme si etapovitý plán výskumu, ktorý pozostával z analýzy údajov zo štandardizovaných dotazníkov. Samotný výskum predchádzalo štúdium odbornej literatúry zameranej na paliatívnu starostlivosť, uspokojovanie spirituálnych potrieb pacientov, riadenie plánovania a liečby infekčných ochorení, ktoré si vyžadujú dlhodobú hospitalizáciu a izoláciu.

Po zhodnotení výskumného prostredia, sme sa rozhodli v rámci použitých výskumných metód realizovať výskum prostredníctvom dvoch štandardizovaných dotazníkov, ktoré boli respondentom k dispozícii v elektronickej online forme dostupné cez internetový odkaz. Dotazník The Spiritual Needs Assessment for Patient (SNAP), ktorý obsahoval 27 položiek a dotazník The spiritual Care Competence Scale (SCCS), ktorý obsahoval 18 položiek. Všetky položky v dotazníkoch boli uzatvorené a vyhodnotené pomocou 4 a 5 stupňovej Likertovej škály.

H1: Zdravotnícki pracovníci významnejšie prejavujú akceptačný postoj v oblasti identifikácie a analýzy pacientových potrieb, než priamou účasťou na uspokojovaní spirituálnych potrieb pacienta v rámci dennej starostlivosti.

Podľa údajov, ktoré vyšli štatistickým skúmaním môžeme potvrdiť platnosť hypotézy H1, keďže p hodnota $P=0,0032$ je menšia ako 0,05 na úrovni hladiny významnosti 95 %.

Respondenti prejavujú akceptačný postoj v rozprávaní sa s pacientom so zameraním sa na jeho potreby a problémy ako napr. obavy, súcit, dôvera, empatia, senzitivnosť, úprimnosť a osobnosť a neprejavujú akceptačný postoj priameho zúčastnenia sa pacientovej spirituality v rámci dennej starostlivosti.

H2: Predpokladáme, že pacient vyjadruje väčšiu potrebu pomoci zdravotníckeho pracovníka s hľadaním podpory v rámci komunity, než s potrebou nájsť vzťah s Bohom, alebo niečím, čo ho prevyšuje.

Podľa údajov, ktoré vyšli štatistickým skúmaním môžeme potvrdiť platnosť hypotézy H2, keďže p hodnota $P=0,0000$ je menšia ako 0,05 na úrovni hladiny významnosti 95 %.

Respondenti vo významnejšej miere uvádzajú, že pacient verbalizuje väčšiu podporu a potrebu pomoci v rámci komunity, než v rámci hľadania vzťahu s Bohom, alebo s niečím, čo ho prevyšuje.

H3: Predpokladáme, že pacient potrebuje výraznejšiu pomoc zdravotníckeho pracovníka pri vyrovnávaní sa s akýmkoľvek utrpením, než s hľadaním jeho osobného postoja k umieraniu a smrti.

Podľa údajov, ktoré vyšli štatistickým skúmaním môžeme potvrdiť platnosť hypotézy H3, keďže p hodnota $P=0,0000$ je menšia ako 0,05 na úrovni hladiny významnosti 95 %.

Podľa odpovedí respondentov môžeme jasne uvádzať, že pacient potrebuje výraznejšiu pomoc zdravotníckeho pracovníka pri vyrovnávaní sa s akýmkoľvek utrpením, než s hľadaním jeho osobného postoja k umieraniu a smrti.

Podľa autorov Hajnová Fukasová, Bužgová, Feltl (2015) je diagnostika pacientových potrieb, vrátane tých duchovných nevyhnutná pre zvýšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Človeka musíme akceptovať ako jednotu tela a duše. Uspokojovanie duchovných potrieb pacienta musí mať najmä v paliatívnej starostlivosti prednosť, ako kľúčový aspekt psychologickéj aktivity. V praxi je však klade ný menší dôraz na meranie duchovných potrieb a v mnohých zdravotníckych zariadeniach sa posudzovanie duchovných potrieb pacienta končí záznamom v anamnéze „Ste veriaci, máte duchovné potreby?“. Podľa kvalitatívnej štúdie autorského kolektívu Hatamipur a kol. (2015), ktorú realizovali na vzorke 18 pacientov s rakovinou, je uspokojovanie duchovných potrieb mimoriadne dôležité. Pacienti s rakovinou sú často vystavení obrovským stratám síl a energie pri diagnostike a samotnej liečbe onkologického ochorenia. Výsledky štúdie preukázali, že jeden z rozmerov na zvládnutie ochorenia je samotný prístup a prejavenie pocitu súcitu smerom k pacientom. Niektorí pacienti si nevyžadujú prílišnú pozornosť a láskavosť, ale vyžadujú si normálne správanie od iných. V štúdií Rahnama a kol. (2012) ukázala, že práve sestry musia poskytovať zdravotnú starostlivosť s rešpektom a úctou k čomu im často krát pomáha ich vlastná spiritualita. Grant a kol. (2004) skúmal názor sestier o duchovnosti a času a typu duchovnej liečby, kde takmer všetky sestry verili, že duchovnosť poskytuje pacientom vnútorný pokoj. Graham (2008) vo výstupoch svojej dizertačnej práce uvádza, že podľa literatúry, v súčasnej dobe neexistuje žiadna hodnotenie pre duchovný rozvoj sestier, lekárov, alebo pacientov. Duchovný vývoj bol málokedy kritériom v rámci výstupov ošetrovateľstva, či už v oblasti skúšok pri ukončení štúdia, alebo v praxi. Rovnako tak nie je dôkladné posúdenie náboženskej príslušnosti kritériom pre v rámci vzdelávania alebo praxe. Duchovné kompetencie sú základom pre podporu v oblasti nádeje, zmyslu a významu. Preto je potrebné, aby sa ošetrovateľská profesia zamerala na potrebu rozvoja takých sestier, ktoré sú schopné reagovať na duchovné potreby pacientov kompetentným a citlivým spôsobom. Hermann (2001) v kvantitatívnej štúdií na 19 pacientoch hospicu dospela k záverom, že duchovné potreby sú veľmi pestré a nezahŕňajú len potrebu týkajúcu sa náboženstva. V rámci duchovných potrieb pacienti identifikovali potrebu náboženstva, potrebu byť spoločníkom a súčasťou spoločnosti, potreba sebakontroly a zapojenia sa do starostlivosti, potrebu dokončiť neuzavreté záležitosti v osobnom živote, potrebu zažiť prírodu a potrebu účelu, zmyslu života, či pozitívny výhľad do budúcnosti. Ak sestry majú zlepšiť kvalitu starostlivosti, musia vedieť riešiť aj duchovné potreby pacientov. Podľa názorov respondentov sme dokázali identifikovať, že zdravotnícki pracovníci viac zo strany pacientov vnímajú potrebu pomoci pri vyrovnávaní sa s akýmkoľvek utrpením a uprednostňujú uspokojenie týchto potrieb pred potrebou hľadania osobných odpovedí týkajúcich sa umierania a smrti. Ďalším potvrdeným predpokladom je, že zdravotnícki pracovníci výraznejšie vnímajú potrebu pomoci pacientovi v rámci komunity než s potrebou nájsť vzťah s Bohom, alebo niečím, čo ho prevyšuje. Podľa týchto výsledkov môžeme konštatovať, že zdravotnícki pracovníci viac vnímajú potreby pacientov z klinického hľadiska, pri riešení telesných potrieb pacientov, ako z holistického hľadiska, ktoré zahŕňa aj duchovnú starostlivosť. Hoci respondenti považujú vo všeobecnosti uspokojovanie spirituálnych potrieb za dôležitú súčasť práce v rámci ošetrovateľskej starostlivosti, mnoho respondentov si nie je presne istých, čo spirituálna starostlivosť zahŕňa a pociťujú nedôveru v tejto oblasti. Sestry musia dôkladne zvážiť

psychologické, emocionálne, sociálne, kultúrne a duchovné aspekty starostlivosti a pomôcť pacientom pochopiť ich význam. V praxi by mala byť duchovná starostlivosť poskytovaná na rovnakej úrovni ako fyzická starostlivosť. Obmedzovanie duchovnej starostlivosti v praxi je často spôsobené nedostatkom času, nadmernej fyzickej záťaže zdravotníckych pracovníkov, negatívne skúsenosti a konfliktné situácie medzi pacientom a poskytovateľom starostlivosti, nedostatkom dôvery a skúsenosti poskytovateľov, zlé nastavenie kontinuity starostlivosti v rámci ošetrovateľského tímu a nedostatkom súkromia.

Záver

„Ja, zaväzujem sa pred Bohom“ ... „praktizovať svoje povolanie verne.“ Sľub Florence Nightingale, ktorý je súčasťou slávnostného ukončenia štúdia na mnohých ošetrovateľských školách vo svete. Nightingale sa odvolávala na svoju vieru v Boha v niekoľkých listoch a rukopisoch. Samotný sľub však napísala pre promovovaných študentov ošetrovateľstva v roku 1893 Lystru Gretter, inštruktorka ošetrovateľstva v Harper Hospital v Detrote, Michigan. Profesia ošetrovateľstva sa v dnešnej dobe odklonila od svojho náboženského pôvodu, avšak aj napriek tomu dlhujeme našim pacientom zaoberať sa duchovnými aspektami ich starostlivosti. Musíme sa plne zaoberať duchovnými potrebami našich pacientov a to položením jednoduchých otázok pri prijímaní pacienta: „Aké náboženstvo praktizujete?“. Ošetrovateľská profesia musí tak rýchlo ponúknuť duchovné poradenstvo, ako pred rutinnou operáciou, či v čase umierania pacienta počas terminálneho štádia ochorenia. Smrť a strata by nemala byť jediným spúšťačom, ktorý nás prinúti premýšľať o duchovnej podpore pre našich pacientov. Uznatie hodnoty spirituality a viery pacienta by mala byť jednou zo zásad sestier, ktoré poskytujú holistickú a súcitnú starostlivosť (Hellman, 2012). Jednou z najväčších výziev pre sestry je poskytovať komfort pre pacientov. V posledných rokoch, s vedeckými pokrokmi v zdravotníckej starostlivosti sa viera vo významnej miere podieľa v rámci ľudskej duchovnej povahy na postojoch človeka v oblasti zdravia a choroby. Vedci sú v súčasnej dobe toho názoru, že skutočnú a kompletnú zdravotnú starostlivosť je možné poskytnúť prostredníctvom citlivých na duchovných potrieb pacientov. Holistické ošetrovateľstvo hovorí o vzťahu medzi telom, mysľou a duchom. Ošetrovateľstvo preto vyžaduje zväčšenie všetkých týchto rozmerov a vzťahov medzi nimi (Hojjatollah, Heidari, 2011). Podľa cieľu, ktoré sme si v rámci analýzy celkových údajov výskumu spirituálnych potrieb stanovili je jasné, že zdravotnícki pracovníci, vo väčšej miere sestry dokážu akceptovať a identifikovať pacientove spirituálne potreby, avšak priamo sa spirituálnym potrebám v rámci dennej starostlivosti nezúčastňujú. Tento výskum bol realizovaný na základe odpovedí respondentov, zdravotníckych pracovníkov a ich pohľadu na spirituálne potreby pacientov. Aj napriek tomu, že sme nezískali údaje zo strany pacientov, čím by sme analyzovali pohľady dvoch skupín, dokázali sme identifikovať postoje profesionálov v zdravotníctve týkajúce sa duchovných potrieb. Riešenie týchto potrieb nie je normatívne a líši sa podľa jednotlivých pacientov. V rámci duchovnej starostlivosti však nesmieme zabúdať na tri základné atribúty starostlivosti, ktorými sú láska, rešpekt a spolupatričnosť.

Literatúra

1. Graham Mahon, PE. 2008. Nursing students' perception of how prepared they are to assess patients' spiritual needs. College of Saint Mary, 2008 [online]. [cit. 2015-06-28]. Dostupné online: <http://www.csm.edu/sites/default/files/Graham.pdf>
2. Hajnová Fukasová, E. – Bužgová, R. – Felzl, D. 2015. Assessment of the spiritual needs of patients in palliative care. In Klin. Onkol. 2015;28(1):13-9. [online]. [cit. 2015-06-28]. Dostupné online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25692750>
3. Hellman, AN. 2012. Are you considering your patient's spiritual needs? In Nursing Made Incredibly Easy!: November/December 2012 - Volume 10 - Issue 6 - p 4. 2011 [online]. [cit. 2014-10-25]. Dostupné online: http://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/Fulltext/2012/11000/Are_you_considering_your_patient_s_spiritual.2.aspx
4. Hermann, CP. 2001. Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. In Oncol. Nurs. Forum. 2001 Jan-Feb;28(1):67-72. [online]. [cit. 2014-10-25]. Dostupné online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11198899>
5. Hojjatollah, Y. - Heidari, AA. 2011. Spiritual care in hospitalized patients. In Iran J Nurs Midwifery Res. 2011 Winter; 16(1): 125-132. [online]. [cit. 2014-10-25]. Dostupné online: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203292/>
6. Kožuchová, M. Domáca ošetrovateľská starostlivosť na Slovensku. In KOŽUCHOVÁ, M. a kol. Domáca ošetrovateľská starostlivosť. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2014. ÍŠBN 978-80-8063-414-8, s. 19-54.
7. Lee, BO. - Lin CC. – Chaboyer, W. - Chiang CL. – Hung, CC. 2007. The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan. In J Clin nurse. ISSN 1365-2702 2007, 16 (2): 407-13.
8. O'Brien, ME. 2003. Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground, 2nd ed. Sudbury MA: Jones & Bartlett, 2003. ISBN 9781449604783.
9. Yi, M. – Mrus, JM. – Terrance, JW. – Ho, ML. – Hornung, RW. – Cottnon, S. – Peterman, AH. – Puchalski, CHM. – Tsevat, J. 2006. Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV / AIDS. In Journal of General Internal Medicine. ISSN 1525-1497, vol21, i. 5 Supplement, pp S21-S27

Kontakt:

PhDr. Lukáš KOBER, PhD.
NÚTPCHaHCH
Vyšné Hágy
e-mail: lukaskober@gmail.com

Assessment and spiritual needs of dying patients

Zuzana Šenkárová

Faculty of Health, CU Ružomberok

Súhrn

Cieľom štúdie bolo posúdenie duchovných potrieb z pohľadu zdravotných sestier. Výskumný súbor tvorilo 447 sestier, ktoré pracujú s paliatívnej chorých pacientov v rôznych inštitúciách po celom Slovenskom. Ako výskumná metóda bola použitá jednoduchá lineárna regresná analýza. Pearsonov koeficient bol použitý pre rozlíšenie korelácie medzi dvoma premennými. Hladina významnosti bola stanovená na 0,05. Boli dokázané signifikancie v koreláciách medzi ústnym a písomným hodnotením ($r = 0,58$, $p = 0,00$, $F = 226,34$). Pozitívnym zistením bolo, že zdravotné sestry sú kompetentné zhodnotiť duchovné potreby zomierajúcich (Plne súhlasím = 34%, súhlasím s tým, = 27%). Snažili sme sa zistiť ako môžu prispieť ku kvalite duchovnej starostlivosti a realizácii duchovného posúdenia, toto nebolo potvrdené ($r = 0,37$, $p = 4,29$, $F = 71,35$).

Kľúčové slová: Spirituálne starostlivosť. Posudzovanie. Nástroje na posudzovanie. Kvalita spirituálnej starostlivosti. Zomierajúci pacient.

Summary

The aim of the study was to map the realisation of the assessment of the spiritual needs from the point of view of nurses. Research sample consisted of 447 nurses who work with palliative ill patients in different institutions around the Slovak Republic. A simple linear regression analysis was used as a research method. The Pearson coefficient was used to distinguish the relationship between two variables. Significance level was set at 0,05. The relationship between oral and written assessment has been proven ($r = 0,58$, $p = 0,00$, $F = 226,34$). The positive finding was that nurses do assess spiritual needs (fully agree=34%, agree=27%). We tried to find out the link between nurses that can contribute to the quality of spiritual care and the realisation of spiritual assessment, this was not confirmed ($r = 0,37$, $p = 4,29$, $F = 71,35$). Consequently, nurses do assess spiritual needs, but that does not directly affect opportunities to contribute to the increase of quality of the spiritual care. Increased presence of oral assessment resulted in an increased incidence of written assessments and this dependence is linear.

Key words: Spiritual Care, Assessment, Assessment Tools, Quality of Spiritual Care, Dying Patient.

This article is outcome from the project KEGA Nr. 034KU-4/2013 named: "Meeting the spiritual needs of dying patients in terms of health care workers in terms of practice."

Introduction

Recently, spiritual needs have come to the fore of attention. Spiritual dimension can influence the health status of a patient. Therefore an assessment of spiritual needs is equally important as an assessment of somatic, psychological or social needs. When we need objectify and verified assessment of spiritual needs it is necessary to use assessment tools. Many authors describe in their scientific studies or reviews the tools that can be used for assessing spiritual needs. They also showed efforts to synthesize present knowledge and they attempted to clarify mechanisms or principles of impact of spirituality and religiosity on health of an individual, a family and a community. The importance of spiritual needs has been declared by authors Best, Butow, Olver (1), who based their study on the grounded theory that patients want their doctors to take interest in their spiritual support and to facilitate access to it during illness. Ruder (2) states that providing spiritual care is one of fundamental principles of nursing and that providing spiritual care is requested by professional accreditation agencies, such as Accreditation Commission for Health Care, The Joint Commission. Zafar et al. (3) states that significance of spiritual needs increases with age of patients. Moeini et al. (4) realized a randomized clinical study with patients suffering from cancer illness - leukaemia. They created a spiritual care program which involved the support of spiritual and religious rituals in relation to the experience of anxiety during the disease. This program was implemented during the period of three days. There was no significant difference between the two groups before the intervention. However, after the intervention, the volume of anxiety was significantly lower in the experiment group than in the control group. There was also a significant

difference in volumes in the experiment group before and after the intervention. Authors concluded that the support of spiritual and religious rituals reduced the amount of patients' anxiety. Consequently it had a positive influence on an actual physical and mental health as well as it improved a healing process. The authors highlighted the spirituality and the religiosity as an important approach within a comprehensive health care of a patient. This fact has come to the fore particularly in the context of the Slovak Republic which is a very religious country. Tomka, Zulehner (5) confirmed this when they stated that in the context of Central European transforming countries, Slovakia, together with Croatia, Poland and Romania, represent a group of countries which maintained a high level of long-term continuity and overall positive attitude towards the religious faith.

Hermann (6) states that nurses should be able to recognize the importance of spirituality for patients who are near the end of their life. The assessment of specific spiritual needs can lead to planning of interventions that meet those needs. Meeting patients' spiritual needs can enhance a quality of their life. For these reasons it is necessary to adequately measure and evaluate either the degree of spirituality and religiosity of patients or the importance of spirituality, religiosity and spiritual rituals for patients. It is also important to measure the importance of the needs for patients. It is necessary to increase the use of assessment tools. Also it is necessary to implement studies with the aim of national validation of the assessment tools and to verify their psychometric properties in relation to the cultural context of a country.

La Rocca – Pitts (7) mentions few assessment tools to measure spiritual history. The author states that the tools, which he describes in his publication, are mainly the recommended

questions which have different authors. The assessment tools are appropriate to be used in clinical practice because they are not extensive. However, for a comprehensive assessment of spirituality and religiousness it is not enough to use a short assessment tool. On their website, the National Cancer Institute at the National Institute of Health (8) mentions a tool called the Duke University Religious Index. Within the nursing care, the patient's coping is one of basic conditions for a successful treatment process. Kinmond et al. (9) state that their research assessed the quality of life of patients with wounds, but only a few researches focused on the coping strategies. Coping can largely affect patient's treatment process and general patient's well-being. Authors also mention an example that in case a patient is able to deal with his situation, he becomes more willing to adapt to a prescribed therapy. Coping is assessed by the tool Brief RCOPE by authors Pargament, Feuille, Burdzy (10). The Spiritual Needs Assessment for Patient is a tool for a detailed assessment of spiritual needs. Authors Sharma et al. (11) state that the tool was created on the basis of clinical and pastoral literature review and cognitive testing. The tool The Spiritual Care Competence Scale is suitable to detect the competencies. The authors of the tool, Leeuwenet. al. (12) state that the tool can be used during the training of nurses for providing the spiritual care and to assess development of competencies in providing the nursing care.

Methods

The aim of the paper was to map the realisation of the spiritual needs assessment. The main aim was transformed to two partial aims which analyse the assessment in more detail.

Tools The Spiritual Needs Assessment for Patient and The Spiritual Care Competence Scale were used for collecting empirical data. The Spiritual Needs Assessment for Patient was created on the basis of clinical and pastoral literature review and cognitive testing mentioned by authors. Validity and reliability were tested on a cancer ambulatory patients. Sharma et al. (11) state that the cronbach alpha for tools was at the value 0,95 and a test retest was at the value 0,69. Psychometrics properties are at the correct levels, therefore it is assumed that the tool is valid and reliable. However the validity and reliability were not tested within Slovak conditions. Astrow et al. (13) state that the cronbach alpha for a Chinese version of this scale was at the value 0,98 and a test retest at the value 0,75. Authors of The Spiritual Care Competence Scale tool, Leeuwenet. al. (12) state that the validity and reliability was tested on bachelor nursing students. Constructed validity was tested on the basis of a factor analysis, internal consistency was evaluated on the basis of cronbach alpha and a test retest was realized after the 2 weeks. The cronbach alpha value was between 0,56 to 0,82 and it was evaluated for each domain independently. Authors also state that the tool shows good reliability on the basis of a test retest. National validation was not realized. Permission for using assessment tools was provided by the authors. For statistics testing, the software program Statistica 12 and Microsoft excel were used. The sample and outcomes were described by absolute and relative frequencies (%). Correlation coefficients (Pearson's correlation coefficient) were tested at significance level 0,05 to identify mutual correlations.

A sample is represented by 447 nurses that meet palliative patients in their clinical practice. Detailed description of the sample is in the table one and two.

Tab. 1 Sample characteristic I.

Characteristics	Age					Length of practice				
	<25	25- 34	35-44	45- 54	55-64	<5	5 - 9	10 - 21	22 - 31	≥32
n	20	107	183	105	32	59	72	143	114	59
%	4	24	41	23	7	13	16	32	26	13

Tab. 2 Sample characteristic II.

Workplace	n	%
Standard unit	148	33
ICU	78	17
Ambulance first aid	24	5
Ambulance	80	18
Social facility	34	8
Hospice	7	2
mobile hospice	8	2
Nursing care home	6	1
Care centre	2	0
Agency of home nursing care	9	2
Other	51	11

Results

The study aimed to analyse attitude towards the assessment of spiritual needs. The first particular aim deals with the way how nurses assess spiritual needs. A dependent variable was represented by an oral assessment of spiritual needs and an

independent variable was represented by a written assessment. Statistically it was assumed that nurses assess spiritual needs as significant only orally, without written records or objectification with assessment tools. Significance level was set at 0,05. Tab. 3 shows results of the regression and Pearson correlation coefficient. The coefficient demonstrates the moderate dependence between oral and written assessment of spiritual needs, value P shows statistical significance between variables. An increasing number of oral assessments also increases the incidence of written assessments. Value F shows the statistical significance of a simple linear regression, respectively the statistical outcome.

Tab. 3 Simple linear regression and correlation between variables – first partial aim

Test	Value
R	0,58
Adjusted r	0,36
F (1,445)	226,34
P	0,00
Standard error	1,03

The most frequent reply to a question on assessment of spiritual needs was an agreement with the statement. When we look at the table 4, it is clear that positive answers are in prevalence.

Tab. 4 Assessment of spiritual needs

Answer	N	%
1 (completely disagree)	22	5
2 (disagree)	41	9
3 (neither agree or disagree)	110	25
4 (agree)	120	27
5 (fully agree)	154	34

For the purpose of this study, a second partial aim was created and it dealt with the manner of implementation of an assessment (oral or written). Table 5 shows the evaluation of a statement "I can report in writing on a patient's spiritual functioning?" Nurses often agree with the statement. Identical results were obtained for replies "agree" and "disagree".

Tab. 5 Written assessment of spiritual needs

Answer	N	%
1 (completely disagree)	65	15
2 (disagree)	78	17
3 (neither agree or disagree)	103	23
4 (agree)	79	18
5 (fully agree)	154	27

The most frequent reply to the question: „I can report orally on a patient's spiritual functioning?“, was "fully agree". It is the same situation as with the first table.

Tab. 6 Oral assessment of spiritual needs

Answer	N	%
1 (completely disagree)	38	9
2 (disagree)	47	11
3 (neither agree or disagree)	111	25
4 (agree)	108	23
5 (fully agree)	143	32

Table 7 shows statistical processing of results, where the relationship between an assessment of spiritual needs and the statement „Within the department, can I contribute to quality assurance in the area of the spiritual care?“ was examined. The dependent variable was again represented by an assessment of spiritual needs and the independent variable was marked as a possibility to contribute to quality assurance in the area of spiritual needs. The value of a correlation coefficient points to a moderate dependence between variables. Value P indicates that this relationship is statistically not significant. The assumption that an assessment of spiritual needs would be statistically significant by nurses that can contribute to quality assurance in the area of spiritual needs was not confirmed. But the results are statistically significant which is proven by the value F.

Tab. 7 Simple linear regression and correlation between variables

Test	Value
R	0,37
Adjusted r	0,14
F (1,445)	71,35
P	4,29
Standard error	1,15

Discussion

Egan et al. (14) realized a project to find out how nurses evaluated not meeting spiritual needs, how they made decisions to support appropriately and how they identified barriers in an assessment process. Nurses most commonly assessed psychosocial - spiritual needs and referred to the support services. Authors also state that despite an obligation to realize a periodic assessment, there is no consensus in assessing spiritual needs and no recommendations for satisfying them. On the other hand, assessment of spiritual needs in Slovak health care facilities is carried out in a standard way. The standard way means that nurses do it according to professional guidelines of the Ministry of Health of the Slovak Republic on keeping medical records of 24 September 2009 (15). It is therefore a positive finding that nurses do assess spiritual needs, although the extent of the assessment is highly questionable. The connection between assessment and realisation of the interventions as well as fixing the found deficiencies is also questionable.

Written documentation is an important element of the nursing care. This statement is confirmed by Cuttriss (16) who states that an aim to provide quality nursing care lies not only in a practice but also in the way how we record it. Udina, Samartino, Calvo (17) state that the language, respectively the registration plays an important role in defining what nurses do and why they do it.

Conclusion

To conclude, the nurses do assess spiritual needs but it does not depend on an opportunity to increase the quality of the spiritual care. Increased presence of oral assessment resulted in an increased incidence of written assessments and this dependence is linear.

Nixon, Narayanasamy (18) state that more studies are needed to find out how efficiently can nurses provide a spiritual care providing they are most appropriate candidates to support the spiritual care. Importance of the assessment and providing the holistic nursing care was also examined by Byrt (19) who states that holistic interventions should also take into account patient's cultural, spiritual needs and perspectives.

References

1. Best, M. - Butow, P. - Olver, I. 2013. Spiritual support of cancer patients and the role of the doctor. In: Support Care Cancer, 2013, december. ISSN 1433-7339.
2. Ruder, S. 2013. Spirituality in nursing: nurses' perceptions about providing spiritual care. In: Home Health Nurse, 2013, vol. 31, no. 7, pp. 356-367. ISSN 1539-0713.
3. Zafar, et al. 2006. Health and needs assessment of geriatric patients: results of a survey at a teaching hospital in Karachi. In: J Pak Med Assoc, 2006, vol. 56, no. 10, pp. 470-474. ISSN 0030-9982.
4. Moeini, M. et al. 2014. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. In: Iran J Nurs Midwifery Res., 2014, vol. 19, no. 1, pp. 88-93. ISSN 2228-5504.
5. Tomka, M. - Zulehner, P. M., 1999. Gott nach dem Kommunismus. Religion in den Reformländer Ost(Mittel) Europas. Eine Studie des Pastoralen Forums. Wien.
6. Hermann, CP. 2007. The degree to which spiritual needs of patients near the end of life are met. In: Oncol. Nurse Forum, 2007, vol. 34, no. 1, pp. 70-78. ISSN 0190-535X.
7. Larocca-Pitts, M. 2009. In Fact, chaplains have a spiritual assessment tool. In: Australian Journal of Pastoral Care and Health. December 2009, Vol 3, No 2, Pp. 8-15.
8. National Cancer Institute at the National Institute Of Health. Screening and Assessment of Spiritual Concerns. [online]. 20.09.2012. [cit. 2014-07-03]. online: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/spirituality/HealthProfessional/page4>.
9. Kinmond, K. et al. 2003. „Loss of self”: a psychosocial study of the quality of life of adults with diabetic ulceration. In: J Tissue Viability. January 2003, vol.13, no.1, pp. 6–12. ISSN 0965-206X.
10. Pargament, K. - Feuille, M. - Burdzy, D. 2011. The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. In: Religions, 2011, vol. 2, no. 1, pp. 51-76. ISSN 2077-1444.
11. Leeuwen, RR. et al. 2009. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. In: Journal of clinical nursing. 2009, vol. 18, no. 20, pp. 2857-2869. ISSN 0962-1067.
12. Sharma R. K. 2012. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. In: Journal of pain and symptom management. 2012, vol.44, no. 1, pp. 44-51. ISSN 0885-3924.
13. Astrow, AB. et al. 2012. A Chinese Version of the Spiritual Needs Assessment for Patients Survey Instrument. In: Journal of Palliative Medicine. 2012. vol. 12, no. 15, p. 1297. ISSN 1557-7740.
14. Egan et al. 2013. Perspectives on psychosocial and spiritual cancer support services in New Zealand. In: J Psychosoc Oncol, 2013, vol. 31, no. 6, pp. 659-674.
15. Vestník MZ SR časťka 47, ročník 57, Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie.
16. Cuttriss, T. 2008. Nursing documentation process to be applauded. In: Australian Nursing Journal. 2008, vol. 16, no. 4, p. 5 – 6. ISSN 1320-3185.
17. Udina, ME. J. - Samartino, M. - Calvo, C.M. 2012. Mapping the Diagnosis Axis of an Interface Terminology to the NANDA International Taxonomy. In: ISRN Nurs. 2012. ISSN 2090-5491.
18. Nixon, A. - Narayanasamy, A. 2010. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. In: Journal of clinical nursing. 2010, vol. 19, no. 15-16, pp. 2259-370, ISSN 0962-1067.
19. Byrt, R. 2013. Forensic nursing interventions with patients with personality disorder: a holistic approach. In: J Forensic Nurs., 2013, vol. 9, no. 3, pp. 181-188. ISSN 1939-3938.

Kontakt:

Mgr. Zuzana ŠENKÁROVÁ, PhD.
 Fakulta zdravotníctva
 Katolícka univerzita v Ružomberku
 Nám. Andreja Hlinku 48
 034 01 Ružomberok
 e-mail: zuzanasenkarova@gmail.com

Postoj zdravotníckych pracovníkov k zomieraniu a smrti

Eva Moraučíková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Zdravotníckí pracovníci sa pri výkone svojho povolania často stretávajú s umieraním a so smrťou. Cieľom príspevku je priblížiť postoj zdravotníckych pracovníkov ku zomieraniu a smrti. Kvalitnú pomoc zomierajúcim a ich príbuzným, neskôr pozostalým, môže poskytnúť len osoba, ktorá je na túto rolu pripravená, ktorá má vysporiadanú vlastnú smrteľnosť a má jasno v otázkach života a smrti.

Kľúčové slová: zomieranie, smrť, zdravotníckí pracovníci

Summary

Health care professionals in their profession often encounter and must to deal with death and dying. The aim of the paper is to approach health workers to death and dying. Quality aid for the dying and their relatives, survivors, can provide only a person who is ready for this role, having settled his own mortality and has a clear position toward life and death.

Key words: Dying, Death, Health Care Workers

Zdravotníckí pracovníci často nebývajú na smrť, s ktorou sa počas svojej praxe stretávajú, dostatočne pripravení. Nielenže sa neposkytuje poradenstvo v tejto oblasti, ale je skôr tendencia potlačiť myšlienky na túto bolestnú skúsenosť, prípadne odvádzať od nej pozornosť (Lehotská, 2005). „Príčina nie je v nezáujme, ale v zlyhaní, ktoré je dôsledkom súčasnej dlhodobej inštitucionalizácie smrti. Naša súčasná konvencia totiž neposkytuje vzorec správania pre túto situáciu, ako to bolo v minulosti“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová a kol., 2004). V období 20. storočia nastal posun od doby, kedy spoločné rituály a zvyklosti spolu s náboženskou vierou poskytovali rámec smútenia, ku dobe kedy sa pozornosť venuje najmä jednotlivcovi, jeho vnútornému prežívaniu a osobnej reakcii (Firthová, Luffová, Oliviere, 2007). V súčasnosti prevláda v populácii úzkosť a strach zo smrti. Smrť je tabuizovaná a nehodí sa do sveta ovládaného vedou, technikou a médiami, do spoločnosti ktorá je posadnutá kultom mladosti, dokonalosti a hromadením hmotných statkov. Mnoho moderných ľudí nenachádza uspokojivý či vydarený pomer k zomieraniu a smrti pravdepodobne preto, lebo nedokázali nájsť kladný vzťah k životu. V minulosti sa v normálnom každodennom živote zaobchádzalo s umieraním a so smrťou kultivovanejšie, uvedomelejšie a sociálnejšie, ako je tomu v súčasnej dobe (Pompey, 2004). Zdravotníckí pracovníci by mali zvládnuť rolu profesionálneho i laického sprevádzania (Haškovcová, 2007). Prax poukazuje na to, že aj pre zdravotníckych pracovníkov je smrť tabu, jednak z profesionálneho hľadiska (obavy zo zlyhania, pocit prehry) a jednak z osobných dôvodov (nevyrovnanosť s vlastnou smrteľnosťou) (Ptáček, Bartůňek a kol., 2011). To sú dôvody prečo medzi členmi multidisciplinárneho tímu je nechúť až strach hovoriť o smrti, čo kopíruje postoj súčasnej spoločnosti ku smrti a umieraniu. Je veľmi dôležité si uvedomiť, že ak chceme ponúknuť profesionálnu podporu pozostalým, musíme mať vysporiadané svoje vlastné pocity a postoje nad otázkami života a smrti. Naš postoj k smrti i k samotnému zomieraniu priamo ovplyvňuje schopnosť zvládnuť prácu so smútiacim. Situácia pri zomieraní blízkeho človeka môže byť priaznivá na osobné zamyslenie sa nad najzávažnejšími otázkami života a smrti, nad správnosťou zamerania nášho vlastného života. Podstata

smrti zostáva tajomstvom. Smrťou končí pozemská existencia človeka. Jeho bytie však pretrváva (Bošmanský, Lacko, 2007).

Metodika

Dotazníkový prieskum bol realizovaný v mesiacoch január až máj 2015, na ktorom sa zúčastnilo 104 zdravotníckych pracovníkov (52 pôrodných asistentiek, 50 sestier, 2 záchranári), ktorých priemerný vek bol 43 rokov, pričom najmladší bol vo veku 22 rokov a najstarší mal 59 rokov. 82 respondentov uviedlo, že sú veriaci. Cieľom prieskumu bolo zistiť názor zdravotníckych pracovníkov týkajúce sa smrti a umierania.

Výsledky a diskusia

Tabuľka 1 Informovanosť o podpore smútiacej rodiny

Boli ste počas štúdia informovaní/á o podpore smútiacej rodiny?		
Odpoveď	N	%
áno	6	5,8
nie	42	40,4
nepamätám si	56	53,8
Spolu	104	100

K otázke týkajúcej sa informovania o problematike smútenia počas prípravy na výkon povolania pre porovnanie uvádzame záver štúdie na ktorej sa zúčastnilo 64 študentov, ktorí počas vyučovania Thanatológie mali vypracovať prácu týkajúcu sa ich straty blízkej osoby. 44% študentov uviedlo, že vypracovanie tejto práce a anonymné zdieľanie svojho príbehu so spolužiakmi bolo počas ich štúdia najväčším prínosom. 94% študentov by vypracovanie tejto úlohy odporučilo aj budúcim študentom (Bolkan, Srinivasan, Dewar, Schubel, 2014). Žiaľ, už na úrovni vzdelávania sú veľmi vážne nedostatky, ktoré sa týkajú problematiky pripravenosti na zvládanie záťažových situácií. Študenti (ošetrovateľstva, pôrodnej asistencie, medicíny, urgentnej zdravotnej starostlivosti, psychológie, sociálnej

práce...) dostávajú neucelené informácie a niektoré informácie úplne absentujú. Študijné plány mnohých zdravotníckych odborov zahŕňajú skôr starostlivosť o potreby zomierajúcich a mŕtve telo. Informácie o smrti, smútení, strate, žiali a pomoci pozostalým sa vo väčšine študijných plánov nevyskytujú.

Tabuľka 2 Strach zo smrti

Bojíte sa smrti?		
Odpoveď	N	%
áno	60	57,7
nie	33	31,7
nie som si istá/istý	11	10,6
Spolu	104	100

Vymětal (2003) uvádza, že zdravotnícky pracovník s vedomým strachom zo smrti sa lepšie postará o zomierajúceho a jeho rodinu. O vedomom strachu možno priamo hovoriť, jeho súvislosť so smrťou je človeku zrejmá. Podľa Kutnohorskej (2007) sa aj naši predkovia báli smrti, ale smrť bola dôverná, pretože sa umieralo doma. Smrť zjednocovala rodinu a zomieranie človeka bolo rodinnou udalosťou, ktorá bola ritualizovaná, čo prinášalo oporu, útechu a pozostalý sa tvárou v tvár vyrovnával so smrťou. Súčasná spoločnosť odsunula zomierajúceho do inštitúcie (nemocnica, domov dôchodcov, hospic...) a vytratil sa rituál, na ktoré boli zvyknutí naši predkovia. Strach je z psychologického hľadiska obranná reakcia a má konkrétnu príčinu, ktorou je v tomto prípade smrť, ktorá je pre ľudí veľká neznáma.

Tabuľka 3 Zmena postoja ku smrti po strate blízkeho človeka

Zmenil sa váš postoj k smrti po smrti blízkeho človeka?		
Odpoveď	N	%
áno	50	48,1
nie	27	26
neviem	12	11,5
možno	15	14,4
Spolu	104	100

Tabuľka 4 Vnímanie smrti

Ako vnímate smrť?		
Odpoveď	N	%
koniec všetkého	22	21,1
koniec jednej etapy bytia, začiatok inej etapy bytia	19	18,3
zlyhanie medicíny	11	10,6
súčasť života	47	45,2
trest	3	2,9
iné	2	1,9
Spolu	104	100

Zomieranie patrí k životu. Každý môže s istotou povedať, že náš život bude končiť umieraním, a že naše umieranie skončí smrťou. S faktom smrteľnosti sa vyrovnávame celý život. Smrť musíme prijať (Kutnohorská, 2007). Zomieranie nenecháva chladnými tých, ktorí sú v prítomnosti zomierajúceho, ale núti k zamysleniu sa nad zmyslom života, zvykmi ako aj k tomu, aby ak je čas, sme niečo vo svojom živote zmenili (Littva, Andráš, 2014).

Záver

Práca s umierajúcimi a ich rodinami je nesmierne náročná a vyžaduje si profesionála, ktorý je schopný trpezlivo načúvať a má hlboko ľudský prístup. Sú pre neho dôležité vlastnosti ako, empatia, citová vyrovnanosť, životné skúsenosti, životný optimizmus, vhodný spôsob komunikácie, altruizmus, ochota, aktívny a asertívny prístup, schopnosť pracovať v tíme, flexibilita pri riešení problémov a rešpektovanie ostatných členov multidisciplinárneho tímu.

Článok bol napísaný v rámci projektu KEGA č. 034 KU-4/2013 s názvom: „Uspokojovanie spirituálnych potrieb zomierajúcich pacientov z pohľadu pracovníkov v zdravotníctve z hľadiska praxe“.

Literatúra

1. Bolkan, C., Srinivasan, E., Dewar, A.R., Schubel, S. 2014. Learning through loss: implementing lossography narratives in death education. In PubMed.gov. Citované: 2015-09-07. [online]. Dostupné: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24884824>.
2. Bošmanský, K., Lacko, A. 2007. *Človek z pohľadu pastoraálnej medicíny a bioetiky*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva KU. 2007, s. 126, ISBN 978-80-8084-149-2.
3. Firthová, P., Luffová, G., Oliviere, D. ed. 2007. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 2007. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007, s. 236, ISBN 978-80-87029-21-3.
4. Haškovcová, H. 2007. *Thanatologie*. Praha: Galén. 2007, s. 244, ISBN 978-80-7262-471-3.
5. Kutnohorská, J. 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 2007, s. 163, ISBN 978-80-247-2069-2.
6. Lehotská, M. 2005. *Perinatálna strata*. Ružomberok: Katolícka univerzita, Rigorózná práca, 2005.
7. Littva, V., Andráš, I. 2014. Death, Dying and Perception of Mortality. In Littva, V. 2014. *Satisfying Spiritual Needs of Dying*, Brno: Tribun, 2014, s. 159, ISBN 978-80-263-0866-9.
8. Pompey, H. 2004. *Zomieranie*. Trnava: Dobrá kniha. 2004, s. 181, ISBN 80-7141-462-X.
9. Ptáček, R., Bartůňek, P. a kol. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 2011, s. 528, ISBN 978-80-247-3976-2.
10. Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y. a kol. 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004, s. 537, ISBN 80-247-0279-7.
11. Vymětal, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. 2003, s. 400, ISBN 80-7178-740-X.

Kontakt:

PhDr. Bc. Eva MORAUČÍKOVÁ, PhD.

Fakulta zdravotníctva

Katolícka univerzita v Ružomberku

Nám. Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: eva.moraucikova@ku.sk

č.t. +421 918 722 197

Ako vplýva potrat na život ženy?

Mária Kopáčiková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Východisko: Zistovali sme vplyv potratu na zdravotný stav ženy, či prežívali pocit viny, výskyt psychických problémov a ovplyvnenie partnerského vzťahu po potrate.

Súbor a metódy: Prieskumnú vzorku tvorilo 159 respondentov (žien), 123 po umelom ukončení tehotnosti a 36 po spontánnom potrate, vybraných zámerným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky boli spracované štatisticky.

Výsledky: Zistili sme, že život ženy ovplyvňujú zdravotné, psychické a sociálne následky potratu. Na stupnici od 1 do 10 označilo stupeň šesť 14,6 % (18) a stupeň desať 12,2 % (15) žien, tak isto stupeň sedem 15 (12,2 %) žien po UUT. Nestabilný má vzťah s partnerom 42 (34,1 %) žien po UUT a najväčšiu skupinu 45 (36,6 %) tvorili ženy, ktoré uviedli, že sa s partnerom rozišli. V súvislosti s potratom 14,6 % žien po UUT myslelo na samovraždu. V niektorých oblastiach sme zistili určité rozdiely v porovnaní s našimi predpokladmi.

Záver: Navrhujeme poskytovať ženám pred-abortatívne poradenstvo, informovať ženy o negatívnych následkoch potratu, zo strany sestier a pôrodných asistentiek prejavíť väčší záujem o túto problematiku, oslovíť ženy a získavať si ich dôveru, zvyšovať ich zdravotné uvedomenie, odstraňovať bariéry v priznaní si problému a vyhľadávaní pomoci a tým zlepšovať postoj žien k svojmu zdraviu a životu.

Kľúčové slová: Potrat. Zdravotné následky. Postabortívny syndróm. Prevencia. Edukácia.

Abstract

Background: We investigated the influence of abortion on health status of woman, whether she feels guilty, the existence of psychic problems and the influence of abortion on the relation with partner.

Files and methods: Investigated sample consisted of 159 respondents (women), 123 after artificial abortion of pregnancy, 36 after spontaneous abortion, selected by intention. We used questionnaire method. Results were processed statistically.

Results: We found that life of woman is influenced by health, psychic and social outcome of pregnancy abortion. In scale from 1 to 10, 6 was marked by 14,6 % (18), 10 by 12,2 % (15) and 7 by 12,2 % (15) after artificial abortion of pregnancy (AAP). Fragile relationship with partner have 42 women (34,1 %) after AAP. Biggest group of women, 45 (36,6 %) interrupted relation with their partner. After AAP 14,6 % of women thought of self-suicide. In some remens we found certain differences in comparison with our hypotheses.

Conclusion: We recommend to provide women with pre-abortion, inform women about negative effects of abortion, nurses and midwives should demonstrate higher interest in this topic, gain the trust of women, build their health conscience, remove obstacles in defining the problem and finding help and by that improve the approach of women to their health and life.

Key words: Abortion. Health consequences. Post abortive syndrome. Prevention. Education.

Úvod

Zrodenie človeka je najväčší, najdokonalejší a najslávnejší okamih v ľudskom bytí. Dieťa – symbol životnej kontinuity, večné memento našej vlastnej ľudskosti.

Z histórie už vieme, že dieťa vždy nestálo v centre pozornosti. Môžeme, ale zároveň povedať, že jeho prítomnosť v živote matky bola skôr či neskôr chcená. Napriek tomu, že sa matky stretávali s vysokou úmrtnosťou detí vďaka nedostatočnej lekárskej starostlivosti a hygiene, s privilegovaním pohlavia syna ako budúceho dediča, prevažne zo strany otca, ekonomickými a životnými ťažkosťami, nikdy sa svojho dieťaťa nevzdávali bez lútosti. Materská láska trvala už od nepamäti.

Potrat

Potrat je definovaný ako „prerušenie tehotnosti pred ukončením 28. týždňa tehotnosti, teda vypudenie či vybratie plodu z tela matky ešte v dobe, kedy plod nie je schopný mimo tela matky samostatne existovať (Jirásek et al., 2005). V súčasnej dobe však prežívajú i plody, ktoré sú narodené okolo 23. týždňa tehotnosti, takže definícia má v tomto smere svoje rezervy dané pokrokom medicíny. Koschin (2000) rozdeľuje potraty na tri typy – samovoľný potrat, umelé prerušenie tehotnosti a ostatné potraty. Samovoľný alebo spontánny či prirodzený potrat je spontánne vypudenie plodu z maternice. Za umelé prerušenie

tehotnosti (interrupciu) sa považujú indukované potraty. Slovo prerušenie má však veľmi zavádzajúci význam. Naznačuje, že po prerušení akejkoľvek činnosti je možné v nej pokračovať. Interrupcia, ale znamená ukončenie tehotnosti. Do kategórie ostatné potraty spadajú jednak kriminálne prípady, ale tiež ukončenie mimomaternicovej tehotnosti (Koschin, 2000).

Následky potratu

Bezprostredné následky vznikajú pri veľkej strate krvi (viac ako 500 ml) najčastejšie pri poraneniach krčka maternice. Včasné komplikácie sa diagnostikujú do šiestich týždňov po zákroku. Najčastejšie ide o zlyhanie metódy, nepoznanú mimomaternicovú tehotnosť, či zápalové procesy. Neskoré následky zahŕňajú zápaly vnútorných rodidiel, poruchy menštruačného cyklu, zníženú fertilitu (Gotthardtová a kol., 2002).

Medzi ďalšie následky patria opakované potraty a sekundárna sterilita (Slezáková et al., 2011). Neschopnosť udržať tehotnosť môže byť spôsobená inkompetenciou hrdla maternice, kedy je maternicové hrdlo poškodené násilnou alebo opakovanou dilatáciou. Je potrebné dodať, že k fyzickým následkom dochádza zriedkavo (Čech, 2007).

Postabortívny syndróm

Postabortívny syndróm (PAS) je súbor príznakov a ťažkostí, ktoré sa u časti žien dostávajú po prekonanom potrate, či už samovoľnom alebo umelo vyvolanom (v druhom prípade sa používa tiež pojem postinterrupčný syndróm). Je považovaný za špecifickú formu posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) (Freedová, Salazarová, 2008). Podobne ako posttraumatická stresová porucha je postabortívny syndróm spôsobený neschopnosťou ženy vyjadrovať svoje pocity, ktoré sa viažu k jej tehotnosti a potratu. Navyše žena nie je schopná vyrovnať sa so svojou stratou a dosiahnuť vnútorný pokoj (Freedová, Salazarová, 2008). Postabortívny syndróm môže byť včasný alebo neskorý. Včasný nastáva bezprostredne po potrate. Prejavy včasného postabortívneho syndrómu psychológovia prirovnávajú k syndrómu, ktorý vzniká po smrti už narodeného dieťaťa alebo dospelého človeka. Neskorý postabortívny syndróm sa prejaví častokrát po mesiacoch i rokoch od potratu. Jeho prejavy môžu byť rôzne (Moraučíková, Malíková, Džumelová, 2007). Niektoré štúdie v tejto oblasti potvrdzujú, že osobné odozvy na stratu dieťaťa môžu byť oveľa intenzívnejšie ako sa pôvodne predpokladalo (Lehotská, Moraučíková, 2007).

Psychické príznaky po potrate bývajú rozličné a nemajú rovnakú intenzitu. Najčastejšie sa stretávame s poruchami emocionálneho prežívania ako je labilita nálad, depresívne stavy, úzkosť. Časté sú aj poruchy v sexuálnej oblasti, napríklad anorgazmia, frigidita, alebo strach z pohlavného styku (Gotthardtová a kol., 2002). Medzi časté príznaky tiež patrí pocit viny, depresie, otupenosť citov u žien, frigidita, pocity straty a prázdnoty, pocit straty zmyslu života, kríza identity ženy.

Cieľom empirickej štúdie bolo zistiť:

- vplyv potratu na zdravotný stav ženy,
- či prežívali pocit viny,
- výskyt psychických problémov,
- ovplyvnenie partnerského vzťahu.

Charakteristika prieskumnej vzorky

Prieskumnú vzorku tvorilo 159 respondentov (žien), 123 po umelom ukončení tehotnosti a 36 po spontánnom potrate. Za základné kritériá výberu respondentov sme zvolili: ženy po potrate vo fertilnom veku.

Metodika prieskumu a spracovanie výsledkov

Sledovanie sme uskutočnili dotazníkovou metódou u žien po potrate v štyroch vekových skupinách 17-26 rokov, 27-36 rokov, 37 - 46 rokov, 47 - 56 rokov a podľa druhu potratu na dve skupiny. Na získavanie údajov sme použili empirickú metódu, viacpoložkový dotazník. Dotazník obsahoval 16 otázok vrátane demografických ukazovateľov. Otázky boli uzatvorené, polootvorené a otvorené. Celkový počet rozdáných dotazníkov bol 180. Prieskum sme uskutočnili v mesiacoch február – december 2013 na gynekologických ambulanciách v regióne západného Slovenska. Návratnosť dotazníkov bola 88,3 % (159 dotazníkov).

Výsledky boli spracované pomocou štatistického programu Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach, percentuálne vyhodnotené a znázornené graficky.

Výsledky

Do prieskumu bolo zaradených 159 žien (respondentov). Vekové rozpätie respondentov bolo 17 až 56 rokov. V súbore po umelom ukončení bolo 123 žien a súbor žien po spontánnom potrate tvorilo 36 žien.

Tabuľka 1 Vekové rozloženie respondentov

	Umelé ukončenie		Spontánný potrat		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
17-26 r.	33	26,8	9	25	42	26,4
27-36 r.	42	34,2	15	41,7	57	35,8
37-46 r.	33	26,8	9	25	42	26,4
47-56 r.	15	12,2	3	8,3	18	11,4
Spolu	123	100	36	100	159	100

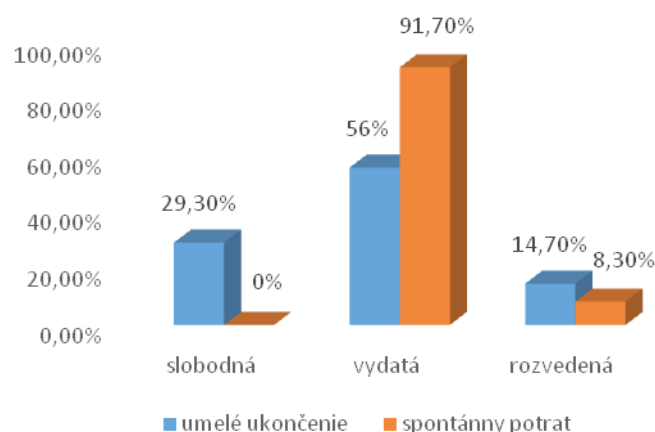
V sledovanom súbore po umelom ukončení tehotnosti (ďalej UUT) bolo najviac žien 42 (34,2 %) vo vekovej kategórii 27-36 rokov. Druhú najpočetnejšiu skupinu tvorilo 33 (26,8 %) žien vo veku 17-26 rokov a tak isto 26,8 % (33) žien udalo vek 37-46 rokov. Najmenej žien 15 (12,2 %) udalo vek 47-56 rokov.

Najväčšiu skupinu v súbore žien po spontánnom potrate tvorilo 15 (41,7 %) žien vo veku 27-36 rokov. Druhú najpočetnejšiu skupinu tvorilo 9 (25 %) žien vo veku 17-26 rokov a tak isto 25 % (9) žien udalo vek 37-46 rokov. Najmenej žien 3 (8,3 %) udalo vek 47-56 rokov. (tab. 1)

Tabuľka 2 Vzdelanie respondentov

	Umelé ukončenie		Spontánný potrat		Spolu	
	n	%	n	%	n	%
základné	15	12,2	3	8,3	18	11,3
stredné bez maturity	9	7,3	0	0	9	5,7
stredné s maturitou	87	70,7	30	83,3	117	73,6
vysokoškolské	12	9,8	3	8,4	15	9,4
Spolu	123	100	36	100	159	100

Základné vzdelanie malo 18 (11,3 %) žien, 5,7 % (9) udalo stredoškolské vzdelanie bez maturity. Najväčšiu skupinu tvorili ženy 117 (73,6 %) so stredoškolským vzdelaním ukončeným maturitou a 15 (9,4 %) žien malo ukončené vysokoškolské vzdelanie. (tab. 2)

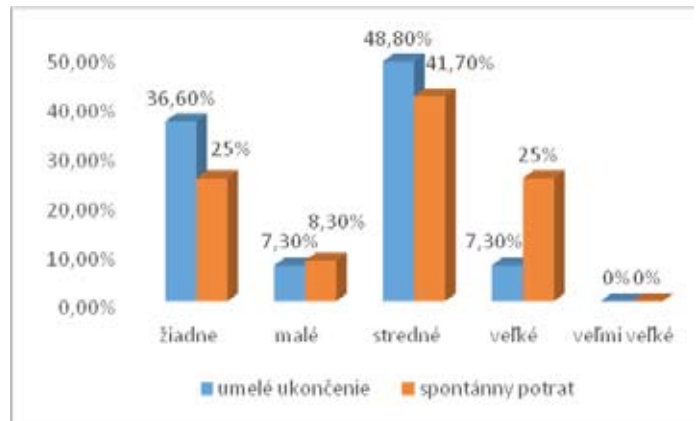


Graf 1 Rodinný stav respondentov

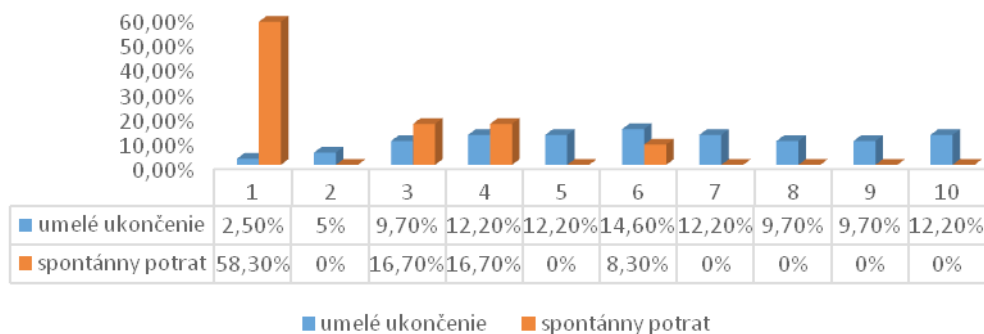
Z celkového počtu respondentov bolo 102 (64,1 %) žien vydatých, 36 (22,6 %) slobodných a 21 (13,3 %) žien rozvedených. Rodinný stav podľa druhu potratu prezentujeme na grafe 1.

Z údajov vyplýva, že 60 (48,8 %) žien po UUT malo stredné zdravotné komplikácie a 36,6 % (45) žien nemalo žiadne komplikácie. Veľké komplikácie udalo 7,3 % (9) žien a malé 9 (7,3 %) žien.

Stredné zdravotné komplikácie udalo aj 41,7 % (15) žien po spontánnom potrate a veľké 25 % (9) žien. Žiadne komplikácie udalo 25 % (9) žien. Malé zdravotné komplikácie udalo 8,3 % (3) žien. Druh komplikácie bližšie nešpecifikovali. (graf 2)



Graf 2 Zdravotné komplikácie



Graf 3 Pociť viny

Legenda: 1 - žiadna vina 10 – extrémna vina

Na stupnici od 1 do 10 mali respondentky označiť mieru pocitu viny v súvislosti s potratom. Iba 2,5 % (3) žien po UUT nemalo pociť viny. Najviac žien 14,6 % (18) označilo stupeň 6 a stupeň desať 12,2 % (15) žien, tak isto stupeň sedem 12,2 % (15) žien. V súbore žien po spontánnom potrate 58,3 % (21) žien nepociťuje žiadnu vinu. Stupeň 2, 5, 7, 8, 9 a 10 neuviedla ani jedna žena. (graf 3)

Tabuľka 3a Zázitky po potrate

	U M E L É U K O Č E N I E	Úplne pravdivé	Prevažne pravdivé	Čiastočne pravdivé	Prevažne nepravdivé	Úplne nepravdivé
1		30	24	18	9	52
2		33	48	6	36	0
3		33	48	24	18	0
4		33	12	12	57	9
5		15	69	6	24	9
6		18	24	51	24	6
7		12	12	45	36	18
8		18	3	48	42	12
9		62	9	15	33	3
10		48	12	9	42	12
11		21	27	15	15	45

Legenda: 1- bola som schopná akceptovať stratu, 2- chvíľami cítim potrebu plakať za dieťaťom, 3- keď myslím na dieťa, ešte stále sa rozruším, 4- zriedka na to myslím, 5- stále myslím na dieťa, 6- nie som schopná akceptovať stratu, 7- pociťujem bolesť, 8- niekedy sa cítim tak ako potratené dieťa, 9-občas plačiem alebo mám smutnú náladu, 10- bývam rozrušená každý rok presne v tom čase, 11- zriedka sa rozruším

Občas plačiem alebo mám smutnú náladu odpovedalo 62 žien po UUT. Podľa odpovedí býva rozrušených každý rok v čase potratu 48 žien. (tab. 3a)

Tabuľka 3b Zázitky po potrate

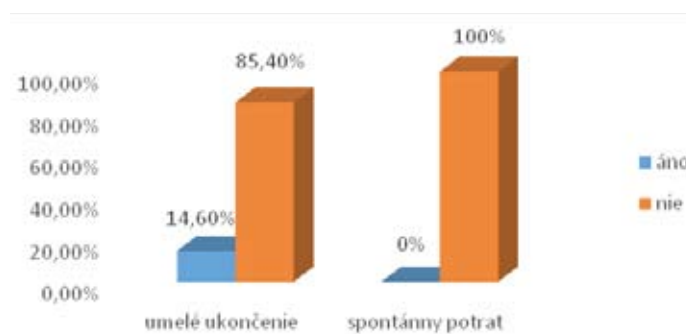
	S P O N T Á N N Y P O T R A T	Úplne pravdivé	Prevažne pravdivé	Čiastočne pravdivé	Prevažne nepravdivé	Úplne nepravdivé
1		9	6	15	6	0
2		12	3	15	6	0
3		6	6	18	6	0
4		3	3	18	12	0
5		6	3	12	15	0
6		6	0	18	12	0
7		3	0	9	24	0
8		3	3	9	21	0
9		6	6	9	15	0
10		9	6	12	9	0
11		3	3	12	15	3

Legenda: 1- bola som schopná akceptovať stratu, 2- chvíľami cítim potrebu plakať za dieťaťom, 3- keď myslím na dieťa, ešte stále sa rozruším, 4- zriedka na to myslím, 5- stále myslím na dieťa, 6- nie som schopná akceptovať stratu, 7- pociťujem bolesť, 8- niekedy sa cítim tak ako potratené dieťa, 9-občas plačiem alebo mám smutnú náladu, 10- bývam rozrušená každý rok presne v tom čase, 11- zriedka sa rozruším

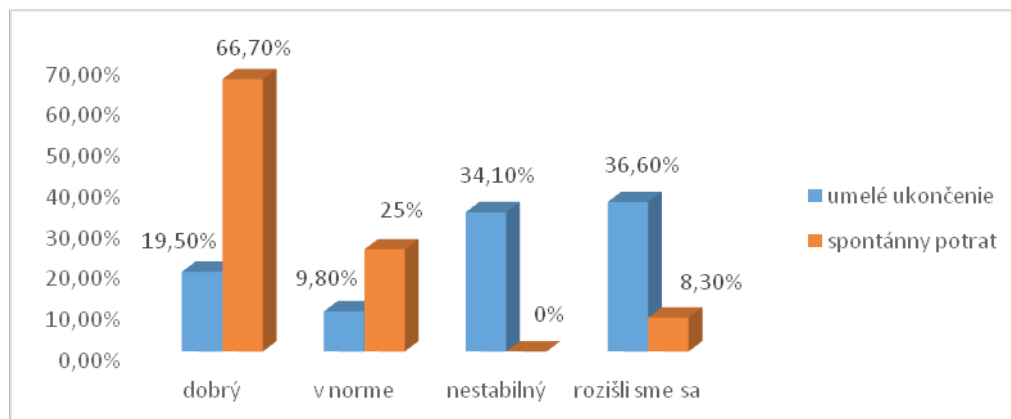
Chvíľami cíti potrebu plakať za dieťaťom 12 žien po spontánnom potrate, býva rozrušených každý rok v čase potratu 9 žien a 9 žien bolo schopných akceptovať stratu. (tab. 3b).

Z výsledkov tabuliek vyplýva, že 26,4 % žien nebolo schopných akceptovať stratu dieťaťa, 24,5 % žien sa rozruší pri myšlienke na dieťa. Prevažne stále myslí na dieťa 45,3 % žien, 43,4 % žien občas plače alebo má smutnú náladu a 35,8 % žien býva každý rok rozrušených v čase, keď mali potrat. (tab. 3a, 3b)

V súvislosti s potratom 14,6 % žien myslelo na samovraždu zo súboru žien po UUT. Zo súboru žien po spontánnom potrate ani jedna žena neuviedla, že by myslela na samovraždu. (graf 4)



Graf 4 Myšlienky na samovraždu



Graf 5 Vzťah s partnerom

Na grafe 5 prezentujeme hodnotenie žien svojho vzťahu s partnerom po potrate. Svoj vzťah s partnerom v súčasnosti hodnotí zo súboru respondentov po UUT 24 (19,5 %) žien ako dobrý. Podľa 9,8 % (12) žien je dobrý. Za nestabilný označilo svoj vzťah s partnerom 42 (34,1 %) žien a najväčšiu skupinu 45 (36,6 %) tvorili ženy, ktoré uviedli, že sa s partnerom rozišli.

Podľa 66,7 % žien zo súboru žien po spontánnom potrate je ich vzťah s partnerom dobrý a 9 (25 %) žien odpovedalo, že je v norme. Rozišli sa s partnerom 3 (8,3 %) ženy a ani jedna žena nehodnotí svoj vzťah ako nestabilný. (graf 5)

Diskusia

Tehotnosť často nepredstavuje radosť z vyvrcholenej lásky, ale i nešťastie či katastrofu. Mnohé ženy reagujú neuvážene na túto situáciu a podstupujú zákrok, o ktorého dôsledkoch nie sú dostatočne informované. Nielen umelé ukončenie tehotnosti, ale i spontánny potrat zanecháva na žene vážne následky, ktoré môžu sprevádzať ženu po celý život.

Stredné zdravotné komplikácie udalo 60 (48,8 %), veľké 7,3 % (9) žien po UUT a 36,6 % (45) žien nemalo žiadne komplikácie. Zdravotné komplikácie po spontánnom potrate hodnotilo ako stredné 41,7 % (15) a ako veľké 25 % (9) žien. Žiadne komplikácie udalo 25 % (9) žien. V priebehu zákroku sa môže vyskytnúť krvácanie s väčšou stratou krvi, poranenia hrdla maternice alebo perforácia, embólia, komplikácie po anestézii. Niekedy sa môže objaviť infekcia, ktorá môže spôsobiť zjazvenie maternice. Poškodenie maternice môže viesť k neplodnosti či neschopnosti donosiť ďalšie dieťa (Hollá, 2015). Ako uvádza Willke (1993, s. 119) pozápalové zmeny totiž môžu viesť k nepriechodnosti vajcovodov, a tým obmedziť schopnosť ďalšej prirodzenej tehotnosti.

Pocit viny neudalo iba 2,5 % (3) žien po UUT. Najviac žien 14,6 % (18) označilo stupeň 6 a stupeň desať 12,2 % (15) žien, tak isto stupeň sedem 15 (12,2 %) žien. V súbore žien po spontánnom potrate 58,3 % (21) žien nepocituje žiadnu vinu. Niekedy sa žena nemôže zbaviť pocitu viny po celý život. Vedomie viny sa obvyčajne zblízuje so stratou hodnoty vlastnej osoby (Bowels et al., 2000). Vinu človek cíti, keď prestúpi svoj vlastný morálny štandard. Křivohlavý (2010) hovorí, že „O vině se hovoří tam, kde v důsledku selhání odpovědnosti se stalo něco zlého – tobě nebo mně“.

Z celého skúmaného súboru 26,4 % žien nebolo schopných akceptovať stratu dieťaťa, 24,5 % žien sa rozruší pri myšlienke na dieťa. Prevažne stále myslí na dieťa 45,3 % žien, 43,4 % žien občas plače alebo má smutnú náladu a 35,8 % žien býva každý rok rozrušených v čase, keď mali potrat. Od pôrodnej asistentky sa očakáva, že bude poskytovať podporu svojim pacientkam. Psychoterapeutka Ingeborg Oberederová, ktorá sa venuje pomoci ženám s postabortívnym syndrómom, odporúča ženám terapiu s nasledovnými bodmi: pacientka rozpráva svoj príbeh a terapeut počúva, žena si pripustí smútok a vyjadrí ho, je to fáza, kedy si uvedomí ťažkú stratu a zároveň ju prijme, budovať nádej, že žena príde k odpusteniu a nastane uzdravenie, uznať svoj podiel viny odpustiť si a prosiť za odpustenie (dieťa, Boha, ...), dať dieťaťu meno – naviazanie dobrého vzťahu s dieťaťom, znovu získať vedomie vlastnej hodnoty, možnosť nápravy – ak človek má čas, silu a energiu, ktorá by patrila nenarodenému dieťaťu a venuje ju v prospech niekoho alebo v niečo iné, ulaví sa mu (Lamplmair, 2005, s. 89-96).

V súvislosti s potratom 14,6 % žien myslelo na samovraždu zo súboru žien po UUT. Zo žien po spontánnom potrate ani jedna žena neuviedla, že by myslela na samovraždu. Asi 60 % žien po potrate má sklony k samovražde, 28 % sa pokúsilo o samovraždu

a polovica z nich sa pokúsila 2x a viac. Výskumy vo Fínsku zistili veľkú štatistickú súvislosť medzi potratom a samovraždou. 73 samovrážd počas jedného roka bolo spojených s tehotnosťou ukončenou buď prirodzene alebo umelým potratom (Rue, 2002, s. 4-5).

Ženy trpiace postinterrupčným syndrómom mávajú problémy v medziľudských vzťahoch a často dochádza až k rozchodom s partnermi (Slezáková, 2011; Paulík, 2005). Za nestabilný označilo svoj vzťah s partnerom 42 (34,1 %) žien po UUT a najväčšiu skupinu 45 (36,6 %) tvorili ženy, ktoré uviedli, že sa s partnerom rozišli. Boroňová (2002, s. 22) uvádza, že severoamerické štúdie potvrdzujú, že až 80 % párov sa po potrate rozchádza.

Záver

Strata dieťaťa, spontánnym alebo umelým ukončením tehotnosti, prináša so sebou množstvo následkov. Prieskum potvrdil, že tento problém je závažný s vážnymi zdravotnými následkami a ženy pociťujú negatívne pocity v súvislosti s potratom. I keď sa spontánnemu potratu zabrániť nedá, zažívajú i ženy po ňom tieto pocity. Je preto neospravedlňiteľné, keď uvedený problém obchádzame. Mlčíme tam, kde treba jasne poukázať na skutočné hodnoty, prinavrátiť opäť cenu a zmysel ľudskému životu.

Zamerať by sme sa mali tiež na pred-potratové poradenstvo, ktoré by bolo poskytované ženám v tomto ťažkom životnom období a pomohlo by im vďaka nestrannej podpore odborníkov, zvážiť situáciu a správne sa rozhodnúť.

Prieskum potvrdil, že ženy, ktoré prekonali potrat žijú väčšinou v trvalom strese, čo v konečnom dôsledku vplýva na ich rodinný život. Domnievame sa, že žena by mala byť pred zákrokom plne informovaná o negatívnych následkoch potratu a to i o následkoch psychických, nech už je ich riziko akokoľvek malé. Neskôr, ak by sa u nej objavili nejaké psychické ťažkosti, nemusela by byť nimi zaskočená a možná by i včas vyhľadala pomoc.

Je potrebné zo strany sestier a pôrodných asistentiek prejavíť väčší záujem o túto problematiku, osloviť ženy a získavať si ich dôveru, zvyšovať ich zdravotné uvedomenie, odstraňovať bariéry v priznaní si problému a vyhľadávaní pomoci a tým zlepšovať postoj žien k svojmu zdraviu a životu.

Literatúra

1. Boroňová, J. 2002. *Dedičstvo holokaustu detských srdiec*. Katolícke noviny, 2002, 48. s. 22.
2. Bowels, S.V. et al. 2000. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *American family physician*, march 2000, vol. 61, No. 6, p. 1689-1697. ISSN 0002-838X.
3. Čech, E. a kol. 2006. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s. 2006. 546 s. ISBN 80-247-1313-9.
4. Freedová, L., Salazarová, P.Y. 2008. *Čas k uzdravení (Naděje a pomoc při překonávání postabortivního syndromu)*. Praha : Paulínky, 2008. 199 s. ISBN 978-80-86949-44-4.
5. Gotthardtová, H. a kol. 2002. *Postinterrupční syndróm*. Sestra, 2002, č. 5, s. 37.
6. HOLLÁ, K. 2015. *Interrupce, definitivní volba*. [online]. [cit. 2015-05-21]. Dostupné na internete: <http://www.zdravi.idnes.cz/interrupce-definitivni-volba-d2o-/zdravi.asp?c=A071122_161400_zdravi_bad>.

7. Jirásek, J.E., kobilková, J., Martan, A., Mašata, J., Žitný, J. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
8. Koschin, F. 2000. *Demografie poprvé*. Praha : Vysoká škola ekonomická, 2000. 99 s. ISBN 80-245-0125-2.
9. Křivohlavý, J. 2010. *Mít pro co žít*. Druhé prepracované vydanie. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2010. 136 s. ISBN 978-80-7195-404-0.
10. Lamplmair, K. 2005. *Dala jsem jí jméno Nadine: k problematice před potratem a po něm*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2005. 96 s. ISBN 80-719-2903-4.
11. Lehotská, M., Moraučíková, E. 2007. *Eticko-psychologické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o ženu s neúspešným tehotenstvom*. In *Nové poznatky v oblasti medicínskych vied a ošetrovateľstva. Zborník z konferencie RZD 2006*. Ružomberok : Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2007. s. 290-299, ISBN 978-80-8084-126-3.
12. Moraučíková, E., Malíková, K., Džumelová, M. 2007. *Umelé ukončenie tehotenstva z pohľadu študenta fakulty zdravotníctva vykonávajúceho prax v ÚVN SNP Ružomberok*. In *Nové poznatky v oblasti medicínskych vied a ošetrovateľstva. Zborník z konferencie RZD 2006*. Ružomberok : Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2007. s. 300-311, ISBN 978-80-8084-126-3.
13. Paulík, K. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-2472-959-6.
14. Pekárková, M., Primusová, H., Uzel, R., Salajka, M. 2000. *Potrat ano – ne aneb Na pokraji života*. Praha : Grada, 2000. 104 s. ISBN 80-716-9922-5.
15. Rue, V. 2002. *Psychické riziká potratu*. Áno, 1-2 / 2002. s. 3-5. [online]. [cit. 2015-05-27]. Dostupné na internete: <spz.pavolmaria.org/ano/files/ano2002_1_2.pdf>.
16. Slezáková, L. a kol. 2011. *Ošetrovateľství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
17. Willke, J.C. 1993. *Člověkem od početí: Být či nebýt*. Preložila Lucia Cekotová a spol. Český Těšín : Katolícke nakladatelství Cor Jesu, 1993. 334 s.

Kontakt:

doc. PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. Andreja Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: maria.kopacikova@gmail.com

Niektoré novšie aspekty pneumónie u starých ľudí

Mária Gadušová

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN, geriatrické a doliečovacie oddelenie, Ružomberok

Abstrakt

Článok prezentuje prehľad zmien vo výskyte patogénov a incidencie komunitných pneumónií. Podáva tiež prehľad rizikových faktorov pneumónií a prediktorov mortality. Zameriava sa na postupy v diagnostike, porovnanie % mortality vo vyšších vekových kategóriách niektorých európskych krajín a porovnáva ceny za liečbu pneumónií.

Kľúčové slová: V komunite získaná pneumonia. Patogény pneumónie. Prediktory mortality. Porovnanie mortality. Financie a pneumónia.

Abstract

Article give presentation and variation main patogens and incidence in community acquired pneumonia. Paper offer summary of risk factors, mortality predictors, modalities of diagnostics, mortality comparison in upper age categories in Europe and equations in pneumonia costs.

Key words Community acquired pneumonia. Pneumonia pathogens. Mortality predictors. Mortality equation. Costs and pneumonia.

Rozdelenie pneumónií

Pneumónia bola donedávna klasifikovaná na 2 podtypy: v komunite získaná pneumónia (CAP) a nozokomiálna pneumónia (NP). V súčasnosti k nim pribudla nová entita, ktorá je definovaná ako pneumónia spojená so zdravotníckou starostlivosťou o pacienta (HCAP). HCAP je významná v tom, že má oproti CAP a NP omnoho vyšší status komorbidít. Má asi dvakrát vyššiu mortalitu počas hospitalizácie, vyššiu 30-dňovú mortalitu a väčší počet lôžkodní ako CAP epizódy (2).

CAP však zaznamenáva v súčasnosti u staršej populácie stále vysokú morbiditu a mortalitu. Otázky hľadania nových rizikových faktorov, ich zoskupení a možnosti ich ovplyvnenia predstavujú preto kľúčové témy pre jej terapiu a prevenciu (1).

Typy pneumónií

Pneumónie delíme na viac typov, ktoré majú svoje klinické, diagnostické a liečebné špecifiká (tab. č. 1) (20).

Tabuľka 1 Typy pneumónií

ROZDELENIE PNEUMÓNII

1. V komunite získaná pneumónia (CAP)
2. Atypická v komunite získaná pneumónia (ACAP)
3. Typická bakteriálna pneumónia
4. Atypická bakteriálna pneumónia
5. Vírusová pneumónia
6. Pneumónia zapríčinená *Pneumocystis carinii*
7. Aspiračná pneumónia
8. Nozokomiálna pneumónia (NP)
9. Pneumónia osôb na umelej pľúcnej ventilácii (VAP)
10. Pneumónia zapríčinená *Pneumocystis carinii* Jiroveci
11. Fungálna pneumónia
12. Pneumónia u imunokompromitovaných pacientov
13. Pneumónia u pacientov v domovoch dôchodcov
14. Lymfocytová intersticiálna pneumónia (CUNHA, BA. Medscape.2013)

Epidemiológia CAP

1. Incidencia

Ročná incidencia CAP v Európe sa pohybuje u osôb 65≥ rokov okolo 14 prípadov na 1000 osôb (1). Podľa analýzy EU-VAP projektovej štúdie z jednotiek intenzívnej starostlivosti 27 centier Európy, publikovanej v roku 2013, bola prevalencia pneumónie u starších pacientov na umelej pľúcnej ventilácii (VAP) 16,6% a u veľmi starých pacientov v 13% prípadov. U starších osôb sa síce VAP nevyskytuje frekventnejšie ako v strednom veku, ale je spojená s vyššou mortalitou (4).

2. Prevalencia CAP v USA

U ľudí starších ako 85 rokov bol počet prípadov 52,3 prípadov/1000 osôb/ročne. Zistilo sa tiež, že u 1 z 20 osôb starších ako 85r. sa vyvinie za rok CAP (20). Za posledné roky celkove poklesol výskyt pneumónií, ale vzrástol počet pneumónií s komorbiditami.

3. Incidencia CAP v SR

Počty chorých a ich porovnanie v jednotlivých štátoch u starších ľudí od 50-99 roku života znázorňuje tabuľka č. 2 (37).

Tabuľka.2 Incidencia CAP u hospitalizovaných pacientov na 100 000 obyvateľov so špecifikami v jednotlivých štátoch (Česká republika, Slovensko, Poľsko a Maďarsko)



Incidencia hospitalizovaných pacientov s CAP u osôb ≥ 65 ročných bola o temer dvakrát vyššia ako u ≥50 ročných dospelých (tab. č. 3) (37).

Tabuľka 3 CAP u hospitalizovaných a ambulantných pacientov v jednotlivých štátoch

V komunite získaná pneumónia u starších osôb								
≥50 rokov					≥65 rokov			
	CZ	SK	PL	HU	CZ	SK	PL	HU
Populačný počet	3,811,565	1,785,975	13,281,964	3,642,703	1,665,595	700,901	5,184,564	1,589,248
CAP hospitalizácie	18,003	9,260	48,573	30,306	13,869	6,572	36,595	22,470
CAP u ambulantných pacientov	11,442	10,489	41,918	121,892	6,159	5,405	22,938	56,813
Úmrtia počas hospitalizácie	3,915	1,940	9,022	5,403	3,522	1,671	7,824	4,619
Incidenca hospitalizácií s CAP	472	518	366	832	833	938	706	1,414
Incidenca u ambulantných pacientov s CAP	300	587	316	3,346	370	771	442	3,575
Mortalita u hospitalizovaných pacientov %	22	21	19	18	25	25	21	21

4. Prevalencia a vek

V prevalencii CAP hrá dôležitú úlohu vek, chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP), chronická bronchitída (nie emfyzém), kardiopulmonálne funkcie, imunita a virulencia patogénov (35).

Etiológia pneumónie u starších ľudí

Najčastejším vyvolávajúcim patogénom v SR je *Streptococcus pneumoniae* (38%), *Haemophilus influenzae* (10%) a chrípka typu A (6%) (17). Uvádza sa tiež, že 12 až

17,9% pneumónií získaných doma je spôsobených mikróboom *Chlamydia pneumoniae* (17).

Typickými bakteriálnymi patogénmi CAP sú *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* a *Moraxella catarrhalis*. Tieto 3 patogény sú prítomné asi u 85% prípadov CAP (20). V posledných rokoch sa zistili určité vyvolávateľa pneumónie v súvislosti s komorbiditami (tab. č. 4) (38).

Tabuľka 4 Komorbidity a spektrum patogénov

Patogény CAP	
Najčastejší patogén CAP	<i>Streptococcus pneumoniae</i>
Exacerbovaná CHOCHP	<i>Moraxella catarrhalis</i>
Pacienti bez komorbidít s CAP	Majú zriedka <i>Klebsiella pneumoniae</i> <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Staphylococcus aureus</i>
Pacienti s chrípkou H1N1 a CAP	<i>Staphylococcus aureus</i>
Pacienti s chronickým alkoholizmom a CAP	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
Bronchiektázie a CAP Cystická fibróza a CAP	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Pacienti na JIS s CAP	Polymikrobiálna infekcia <i>S. pneumoniae</i> , respiračné vírusy <i>P. aeruginosa</i>

Cunha, B. A. Community-Acquired Pneumonia. Medscape 2015

Obsadenie bakteriálnymi kmeňmi a vírusmi sa u hospitalizovaných a ambulantných pacientov sa v jednej z publikovaných štúdií významne nelíšili (tab. č. 5) (3).

Tabuľka 5 Porovnanie počtov pacientov s pneumóniami v nemocnici a ambulantne

Pôvodca	% HCAP	% CAP
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	51	55
Vírusy	22	12
<i>Legionella</i>	4	9
Gram-negatívne paličky	5	4
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4	1

U starších ľudí sa ako etiologické agens pri VAP najčastejšie vyskytovali Enterobacteriaceae (v staršom veku v 32%, a u veľmi starých pacientov v 43%) (4).

Patogény pri atypickej pneumónii sa vyskytujú asi v 15% všetkých prípadov (tab. č. 6) (20).

Tabuľka 6 Patogény pri ACAP

Zoonotické patogény	Nonzoonotické patogény
Chlamydia psittaci - psitakóza	Legionella species –legionárska choroba
Francisella tularensis - tularémia	M. pneumoniae
Coxiella burnetti - Q horúčka	Chlamydophila (chlamydia) pneumoniae

Rizikové faktory s vplyvom na priebeh pneumónie

K rizikovým faktorom so zmenami životného štýlu, ktoré ovplyvňujú priebeh CAP patria: fajčenie, abúzus alkoholu, nízka hmotnosť a zhoršená dentálna hygiena. Prítomné komorbidity, včítane chronických respiračných chorôb, kardiovaskulárnych a cerebrovaskulárnych ochorení, Parkinsonovej choroby, epilepsie,

demencie, dysfágie HIV alebo chronickej renálnej a hepatálnej choroby, zvyšujú riziko CAP dvojnásobne až štvornásobne (1). Vek je jedným z rizikových faktorov pneumónie u pacientov na umelej pľúcnej ventilácii (4). Potvrdila sa tiež dôležitosť vyššieho veku ako rizika smrti. K rizikovým faktorom mortality VP sa ako etiologické faktory pridružujú diabetes mellitus (DM), septický šok a vysoko rizikové patogény (tab. č. 7) (17).

Tabuľka 7 Rizikové faktory pneumónie u starších ľudí

Zmeny životného štýlu	Komorbidity
Fajčenie	Respiračné ochorenia
Abúzus alkoholu	Kardiovaskulárne ochorenia
Nízka telesná hmotnosť	Cerebrovaskulárne ochorenia
Zhoršená dentálna hygiena	Parkinsonova choroba
	Epilepsia
	Demencia
	Dysfágia a aspirácia
	HIV infekcie
	Hepatálne ochorenia
Iné faktory	Renálne ochorenia
Vek nad 65 rokov	Diabetes mellitus
Zlá hygiena na oddelení	Septický šok
Zhoršenie ADL a IADL	Vysoko rizikové patogény
Nazogastrická sonda (NGS) a endotracheálna kanyla (EDK)	Zhubné ochorenia
Pády	Súčasná operácia

Protektívnym faktorom prognózy u starších pacientov s CAP je systolický krvný tlak (12).

Príznaky pri rôznych typoch pneumónie sú rôzne (tab. č. 8) (20).

Tabuľka 8 Symptómy pri jednotlivých typoch pneumónii starších ľudí

Typ pneumónie	Príznaky
1. CAP bakteriálna	Produktívny kašeľ, horúčka, pleuritická hrudná bolesť (20)
2. VAP	málo frekventný vzostup teploty u veľmi starých pacientov (až u 74% starších pacientov nebola zvýšená teplota - $p=0,036$) (4)
3. ACAP	Extrapulmonálne prejavy: mentálna konfúzia, výrazné bolesti hlavy, myalgie, otalgie, abdominálne bolesti, hnačka, raš (Horderove body u psitakózy, erythema multiforme u mykoplazmovej pneumónie), nonexsudatívna faryngitída, hemoptýza, splenomegália, relatívna bradykardia

Pri atypických pneumóniách zistíme najmä extrapulmonálne prejavy (tab. č. 9) (20).

Tabuľka 9 Prejavy pri atypických pneumóniách

Hlavné charakteristiky	Zoonotická atypická pneumónia			Nezoonotická atypická pneumónia		
	Psitakóza	Q horúčka	Tularémia	Mykoplazmová pneumónia	Legionárska choroba	Chlamýdiová pneumónia
Symptómy						
Zmätenosť	—	±	—	±	+	—
Výrazná bolesť hlavy	+	+	±	—	±	—
Myalgie	+	+	+	+	+	±
Bolesť ucha	—	—	—	±	—	—
Pleuritická bolesť	—	—	±	—	±	—
Abdominálna bolesť	—	—	—	—	±	—
Hnačka	—	—	—	±	±	—
Klinické prejavy						
Raš	± Horderove škvrny	—	—	± erythema multiforme	—	—
Nonexudatívna faryngitída	±	—	±	±	—	±
Hemoptýza	±	—	±	—	±	—
Laloková konsolidácia	±	±	±	—	±	—
Srdcové prejavy	± endokarditída	± myokarditída	—	myokarditída blokády srdca perikarditída	endokarditída myokarditída	—
Splenomegália	+	+	—	—	—	—
Relatívna bradykardia	±	±	—	—	+	—

V závislosti od typu pneumónie registrujeme u starších ľudí aj pri fyzikálnom vyšetrení rôzne prejavy (tab. č. 10) (20).

Tabuľka 10 Fyzikálne nálezy u starších ľudí s rôznymi typmi pneumónie

Typ pneumónie	Fyzikálny nález
1. CAP	Charakteristické purulentné spútum
	Pľúcne šelesty nad postihnutým segmentom alebo lalokom
	Taktilný fremitus, bronchiálne dýchanie a následné rôzne typy auskultačných fenoménov počas konsolidácie
2. Infekcia H. influenzae	Zníženie taktilného fremitu a otupenie hrudnej perkusie
3. ACAP	Rôzne posluchové pulmonálne a extrapulmonálne nálezy
4. Legionelová pľúcna infekcia	Posluchový nález ako pri pleurálnej efúzii a extrapulmonálne manifestácie Bradykardia - u legionelovej infekcie
5. Bakteriálna pneumónia 6. (Str. pneumoniae, Pseudomonas, Haemophilus, Klebsiella sp., anaerobná infekcia)	Vedľajšie pľúcne fenomény - praskoty, chrapoty, pískoty, tlmené pľúcne fenomény, tupá perkusia, deviácia trachey, lymfadenopatia, pleurálny trecí šelest Periodontálna choroba - anaerobná a/alebo polymikrobiálna infekcia Bulózna myringitída - mykoplazma pneumoniae Kutánne noduly - nokardiová infekcia Znížený zvracivý reflex - predpokladá riziko aspirácie

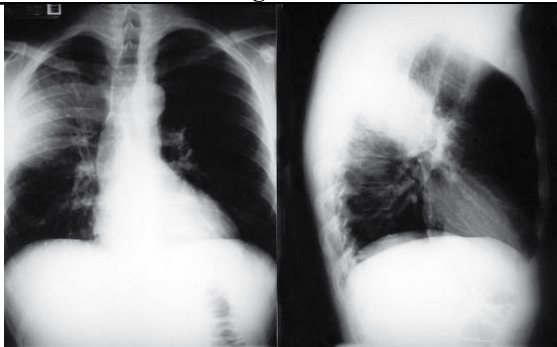
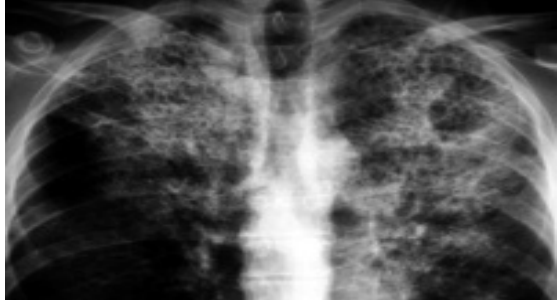
Laboratórne vyšetrenia u jednotlivých typov pneumónii zobrazuje tabuľka č. 11 (20)

Tabuľka 11 Laboratórne vyšetrenia u jednotlivých typov pneumónii starších ľudí

Typ pneumónie	Laboratórne vyšetrenia
1. CAP	U neprítomného spúta je možný+ močový antigénový test na <i>S. pneumoniae</i> (36)
2. ACAP	Tranzaminázy, hladina fosforu, hladina feritínu, kreatínfosfokináza, CRP, prokalcitonín, chladové aglutiníny
3. Psitakóza, Q horúčka	Ľahké zvýšenie sérových tranzamináz
4. Legionárska choroba	Hypofosfatémia, mikroskopická hematúria, ľahko zvýšené chladové aglutiníny (22) Priame fluorescentné protilátky v spúte (DFA) Sérológia legionelly so vzostupom titra za 6-8 týždňov
5. Bakteriálna pneumónia (str. pneumoniae, pseudomonas, haemophilus, klebsiella sp., anaerobná infekcia)	Biochemický panel vyšetrení, saturácia O ₂ v centrálnej véne, voľný plazmatický kortizol, hladina laktátu v sére
6. Mykoplazmová pneumónia	Chladové aglutiníny (>1:64) + ostatné vyšetrenia zvýšenie IgM u akútnej infekcie Zvýšenie IgG u prekonanej infekcie
7. Vírusová pneumónia	Pozitívny middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) + ostatné vyšetrenia
8. Chlamydia pneumoniae	IgM pozitivita u akútnej infekcie IgG pozitivita titra po prekonanej infekcii

Obrazy rtg hrudníka u starších ľudí sú pri určitých typoch pneumónii charakteristické (tab. č. 12) (20).

Tabuľka 12 Niektoré RTG prejavy pneumónii u starších ľudí

Typ pneumónie	Rtg obraz
1. Bakteriálna pneumónia v pravom hornom laloku zväčšuje AP hrudný diameter a sponuje chronickú obštrukčnú chorobu pľúc (COPD)	
2. Pneumónia zapríčinená pneumocystis carinii, difúzne, retikulárne opacity (imunokompromitovaný pacient)	
3. Aspiračná pneumónia u 84 ročného pacienta s horúčkou a kašľom (opacity v ľavom dolnom laloku pľúc)	

Typ pneumónie	Rtg obraz
4. Pneumónia pacienta na umelej pľúcnej ventilácii	

Na diagnostiku typickej a atypickej CAP využívame obvyklý postup (anamnézu, fyzikálne vyšetrenie a laboratórne vyšetrenia) (tab. č. 13) (20).

Tabuľka 13 Postup v diagnostike typických a atypických pneumónií

Typická bakteriálna pneumónia (žiadne extrapulmonálne prejavy)	Atypická pneumónia (extrapulmonálne prejavy)	
	bez kontaktu so zoonózou	s kontaktom so zoonózou
1. Streptococcus pneumoniae	mykoplazmová chlamýdiová legionárska choroba	Psitakóza Q horúčka Tularémia
2. Haemophilus influenzae		
3. Moraxella catarrhalis		
4. Skupina A streptokokov		
5. Klebsiella pneumoniae		
6. Aspiračná pneumónia		

Pretože legionelová pneumónia má svoj charakteristický obraz poškodenia orgánov, dá sa pomerne skoro odlišiť od iných typov pneumónie (20).

Pri CAP diferenciálne diagnosticky

pomýšľame na nasledovné ochorenia:

- Akútna bronchitída
- Tracheobronchitída
- Infarkt myokardu (IM)
- Kongestívne srdcové zlyhanie a pľúcny edém
- Pľúcna fibróza
- Sarkoidóza
- Pneumonitída pri systémovej lupus erythematosus (SLE pneumonitis)
- Pľúcna lieková hypersenzitívna reakcia (nitrofurantoin)
- Liekmi navodená pľúcna choroba
- Pľúcna embolizácia alebo infarkt
- Bronchogénny karcinóm
- Radiačná pneumonitída
- Wegenerova granulomatóza
- Lymfómy

Na liečbu využívame antibiotiká. Väčšina expertov sa kloní k názoru, že pokrytie liečby by malo zastrešiť typické, aj atypické patogény. Asi 25% Streptococcus pneumoniae je rezistentných na všetky makrolidy. Je preto vhodné vyhnúť sa empirickej makrolidovej terapii. Komorbidity sú síce dôležitým prognostickým faktorom a znižujú index prežitia, ale vo výbere antibiotika neuazujú najdôležitejšie miesto (tab. č. 14).

Tabuľka 14 Antibiotická liečba u jednotlivých typov pneumónie starších ľudí

Antibiotická liečba u jednotlivých typov pneumónie starších ľudí		
Typ pneumónie	Liečba	
CAP	Monoterapia alebo kombinovaná liečba	
	Efektívna monoterapia: •Makrolidy •respiračné chinolóny •doxycyklín	Kombinovaná liečba: ceftriaxon+ doxycyklín alebo azitromycín, ev. respir. chinolóny
Imunokompromitovaný pacient s CAP	Rovnaká liečba ako u CAP, ale dlhodobejšia	
Bakteriálna pneumónia (S.pneumoniae)	Penicilín G a amoxicilín, pri rezistencii na PNC individuálny výber podľa senzitivity	
Vírusová pneumónia	Antivirotiká + ostatná liečba	
Aeróbne abscesy pľúc	Klindamycín alebo moxifloxacin	
Aspiračná pneumónia	Doxycyklín, respiračné chinolóny, betalaktámy	
•BLASI, F. On behalf of the REACH study group, Respir Res. 2013 •CUNHA, BA. Community-Acquired Pneumonia. Medscape 2015		

Antibiotická liečba trvá v priemere 14 dní, u pacientov s komorbiditami sa predlžuje. Niektorí pacienti s pneumóniou sú liečení ambulantne, iní vyžadujú hospitalizáciu na geriatrickom oddelení alebo na jednotkách intenzívnej starostlivosti.

Prediktory mortality a závažnosti pneumónie a mortalita u starších ľudí

Ak sú biomarkery pneumónie na začiatku zvýšené a ich hladina perzistuje, môže sa pri zvýšení cytokínov identifikovať pacient s rizikom zlyhávania liečby. Následne sa môžu využiť v klinickom manažmente príslušné postupy. Biomarkery by sa mohli využívať v klinickej praxi na doplnenie správneho rozhodnutia pre liečbu CAP (6).

V roku 2012 publikovali japonskí autori prognostické skórovacie systémy, ktoré by mohli ovplyvniť mortalitu u pacientov s CAP. Bolo to jednak semikvantitatívne hodnotenie prokalcitonínu (Brahmsov **PCT-Q test**), s determinovaním prognózy osôb s CAP, jednak **A-DROP scale** (kde zaradili vek, dehydratáciu, zlyhávajúce respirácie, poruchu orientácie a krvný tlak), ďalej **PSI** (indexu závažnosti pneumónie - 20 premenných v 4 kategóriách, včítane demografických charakteristík, komorbidít, fyzikálny nálež, laboratórne a rádiologické vyšetrenia) (15), **CURB-65** (konfúzia, úrea >30 mmol/dl, frekvencia dychov >30/min, systolický tlak <90 mmHg a/alebo diastolický tlak ≤60 mmHg a vek ≥65 rokov) (14), ako aj **kauzálné patogény**. CURB-65 skóre môže pomôcť stanoviť nutnosť hospitalizácie alebo pokračovať v ambulantnej liečbe (12). Najviac využívané sú C-reaktívny proteín (**CRP**), **PCT** a **cytokíny**. Ďalšie biomarkery ako sú pro-ADM a pro-vazopresín (**pro-VNP**) a iné sú v štádiu prebiehajúcich štúdií (6). Medzi indikátory krátkodobej a dlhodobej predikcie stratifikácie rizika pneumónie patria mid-regional pro-atrial natriuretic peptide (**MR-proANP**) a C-terminal pro-atrial vasopressin (**CT-proAVP**), ktoré sa v závere nemeckej CAPNETZ štúdie (1740 pacientov) v roku 2010 preukázali ako klinicky významné (9). Natriuretické peptidy sa javili ako účinné prediktory krátkodobej a dlhodobej mortality u pacientov s CAP s porovnateľnosťou s PSI (10). Podľa autorov na zhodnotenie krátkodobej a dlhodobej prognózy ochorenia je potrebné nájsť nové kardiovaskulárne indikátory. Navrhujú kombináciu niekoľkých biomarkerov s rôznymi patofyziologickými vplyvmi, ktorých identifikáciou by

Súhrn prediktorov mortality popisuje tab. č. 16.

Tabuľka 16 Prehľad prediktorov mortality pneumónie u starších ľudí

Prediktor	Popis prediktora
1. Brahmsov PCT-Q test	semikvantitatívne hodnotenie prokalcitonínu
2. A-DROP scale	vek, dehydratácia, zlyhávajúce respirácie, porucha orientácie a ↓ krvný tlak
3. PSI (index závažnosti pneumonie)	20 premenných v 4 kategóriách, včítane demografických charakteristík, komorbidít, fyzikálny nálež, laboratórne a rádiologické vyšetrenia
4. CURB-65	konfúzia, úrea >30 mmol/dl, frekvencia dychov >30/min, systolický tlak <90 mmHg a/alebo diastolický tlak ≤60 mmHg a vek ≥65 rokov
5. Pro-ADM (pro-adrenomedullín)	
6. C-reaktívny proteín (CRP)	
7. cytokíny	
8. pro-vazopresín (pro-VNP)	
9. mid-regional pro-atrial natriuretic peptide	
10. (MR-proANP)	
11. C-terminal pro-atrial vasopressin (CT-proAVP)	
12. (APACHE) II skóre	12 rutinných fyziologických vyšetrení, s hodnotením veku a predchádzajúceho zdravotného stavu
13. SCAP	CAP spojená s prítomným jedným veľkým alebo dvoma malými kritériami: veľké kritérium predstavuje pH < 7,30 a STK < 90 mmHg, malé kritériá sú: STK <90 mmHg, vek ≥ 65 rokov, počet dychov ≥ 30/min., úrea >30 mg/dl, PaO ₂ /FiO ₂ ≤ 250, multilobárne/bilaterálne infiltráty a zmenený mentálny status

sa dala v konečnom dôsledku zlepšiť v budúcnosti starostlivosť o pacientov s CAP (8). Počas hospitalizácie až 15% pacientov s CAP nereaguje na ATB liečbu a asi v 6% sa vyvíja progresia pneumónie. V SRN sa využíva skórovací systém PEG (Paul – Ehrlich – Gesellschaft) (tab. č. 15).

Tabuľka 15 Jeden zo skórovacích systémov rizikových faktorov

Skórovací systém rizikových faktorov, ktoré majú vplyv na antibiotickú liečbu (PEG - Paul-Ehrlich-Gesellschaft)

Rizikový faktor	Bodové hodnotenie
Vek >65 rokov	1
Závažné pľúcne ochorenie pred pneumóniou	2
Nedávna antibiotická liečba	2
Oneskorenie začiatku hospitalizácie >4 dni	3
Ťažká respiračná insuficiencia s/bez ventilačnej podpory	3
Extrapulmonálne orgánové zlyhávajúce	4

WILKE, M. Infect Drug Resist. 2014

Význam biomerkerov je v ich doplnení diagnostiky a stanovení prognózy pneumónie. Využívajú sa tiež ako indikátory trvania antibiotickej liečby. Môžu všeobecne zlepšiť klinický manažment pneumónií (7).

U pacientov s HCAP je možné na zistenie rizika využiť tie isté skórovacie systémy ako pre CAP (11).

Ďalším prediktorom dôsledkov starších pacientov s CAP na JIS je vyhodnotenie (**APACHE**) II skóre, ktoré využíva 12 rutinných fyziologických vyšetrení (16).

Mortalita na pneumónie u starších ľudí

Porovnávajúce údaje mortality pri HCAP a CAP popisuje tab. č. 17. Mikrobiálna etiológia nekorelovala s nárastom mortality (3).

Tabuľka 17 Porovnanie % mortality, dĺžky hospitalizácie a opakovanej hospitalizácie u HCAP a CAP

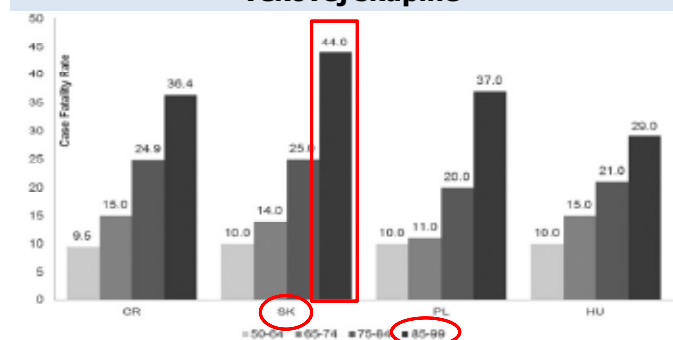
Údaje	HCAP (%)	CAP (%)
Mortalita v priebehu 1 mesiaca	12	5
Mortalita v priebehu roka	24	9
Dĺžka hospitalizácie	9 dní	7 dní
1-mesačné zlyhanie liečby	5,5	1,5
Opakovaná hospitalizácia	18	11

$p < 0,05$ každý údaj

Mortalita VAP bola u starších a veľmi starých pacientov vyššia ako v strednom veku (tab. č. 18) (4).

Tabuľka 18 Porovnanie mortality v jednotlivých štátoch a vekových obdobiach

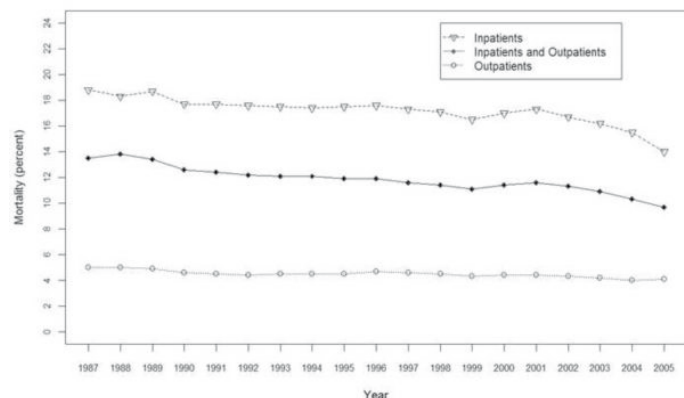
Úmrtnosť charakteristická pre jednotlivé krajiny na 100 prípadov **hospitalizovaných CAP** v každej vekovej skupine



Mortalita v CZ, SK a PL bola zistená retrospektívne z pacientovho záznamu, mortalita v HU bola obdržaná z platieb poisťovcov v poisťovni.

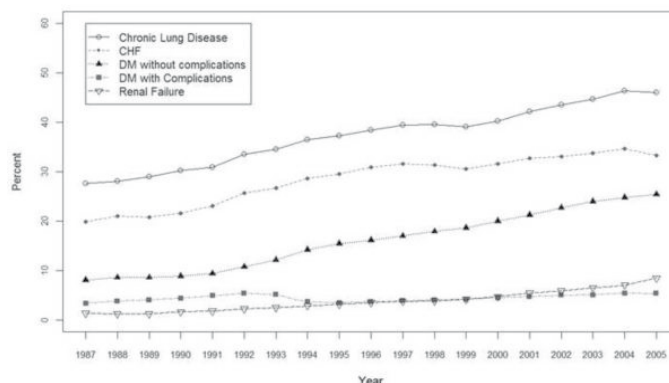
V rokoch 1987 – 2005 došlo u hospitalizovaných a ambulantných pacientov k poklesu mortality na CAP. Vysvetlením by mohlo byť širšie využitie chrípkovej a pneumokokovej vakcíny, ako aj cieľená antibiotická liečba (18) (tab. č. 19).

Tabuľka 19 Trendy poklesu mortality u hospitalizovaných a ambulantných pacientov



Je nutné ale poznamenať, že komorbidity sprevádzajúce pneumónie majú stúpajúci trend (tab. č. 20) (18).

Tabuľka 20 Vzostupný trend komorbidít pri pneumónii



Vysvetlivky: CHF zlyhanie srdca DM diabetes mellitus

Ceny za liečbu pneumónii u hospitalizovaných a ambulantných pacientov v niektorých sledovaných štátoch sú rozdielne (tab. č. 21) (37).

Tabuľka 21 Ceny za ambulantnú a hospitalizačnú starostlivosť

Platby u hospitalizovaných a ambulantných pacientov s CAP

COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN ELDERLY ADULTS									
50-64 YEARS					≥ 65 YEARS				
		CZ	SK	PL	HU	CZ	SK	PL	HU
Hospitalized	Direct costs	636.04 €	1,044.70 €	481.54 €	597.41 €	706.46 €	975.18 €	481.54 €	597.04 €
	Indirect costs	437.21 €	434.68 €	220.71 €	280.45 €	- €	- €	- €	- €
	Total	1,073.24 €	1,479.38 €	652.25 €	877.86 €	706.46 €	975.18 €	481.54 €	597.04 €
Outpatient	Direct costs	71.04 €	63.70 €	42.58 €	4.44 €	68.15 €	68.77 €	42.58 €	4.95 €
	Indirect costs	352.62 €	288.90 €	220.71 €	353.61 €	- €	- €	- €	- €
	Total	423.66 €	352.60 €	263.29 €	358.06 €	68.15 €	68.77 €	42.58 €	4.95 €

Prognóza pacientov s CAP

K negatívnym prognostickým faktorom CAP patrí predchádzajúce pľúcne ochorenie, kardiálna komorbidita, zhoršenie funkcie sleziny, zvyšujúci sa vek, viacnásobné postihnutie a oneskorenie antimikrobiálnej terapie. Aj keď sú faktory v strednom a vyššom veku rovnaké, je zrejmé, že starší pacienti znášajú ochorenie horšie. Bakteriémia je súčasťou pneumokokovej pneumónie a je nepriaznivým prognostickým znakom (21).

Literatúra:

- Torres, A., Peetermans, WE., Viegi, G., Blasi, F. *Risk factors for community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review*. Thorax. 2013 Nov;68(11):1057-65.
- Cascini, S., Agabiti, N., Incalzi, RA., Pinnarelli, L., Mayer, F., Arcá, M., Fusco, D., Davoli, M. *Pneumonia burden in elderly patients: a classification algorithm using administrative data*. BMC Infect Dis. 2013 Nov 25;13:559
- Polverino, E., Torres, A., Menendez, R., Cillóniz, C., Valles, JM., Capelastegui, A., Marcos, MA., Alfageme, I., Zalacain, R., Almirall, J., Molinos, L., Bello, S., Rodríguez, F., Blanquer, J., Dorado, A., Llevat, N., Rello, J; HCAP Study investigators. *Microbial aetiology of healthcare associated pneumonia in Spain: a prospective, multicentre, case-control study*. Thorax. 2013 Nov;68(11):1007-14.
- Blot, S., Koulenti, D., Dimopoulos, G., Martin, C., Komnos, A., Krueger, WA., spina, G. armaganidis, A., relló, J., and the EU-VAP Study Investigators. *Prevalence, Risk Factors, and Mortality for Ventilator-Associated Pneumonia in Middle-Aged, Old, and Very Old Critically Ill Patients*. Crit Care Med. 2013 Oct 23.
- Kasamatsu, Y., Yamaguchi, T., Kawaguchi, T., Tanaka, N., Oka, H., Nakamura, T., Yamagami, K., Yoshioka, K., Imanishi, M. *Usefulness of a semi-quantitative procalcitonin test and the A-DROP Japanese prognostic scale for predicting mortality among adults hospitalized with community-acquired pneumonia*. Respirology. 2012 Feb;17(2):330-6.
- Torres, A., Ramirez, P., Montull, B., Menéndez, R. *Biomarkers and community-acquired pneumonia: tailoring management with biological data*. Semin Respir Crit Care Med. 2012 Jun;33(3):266-71.
- Blasi, F., Stolz, D., Piffer, F. *Biomarkers in lower respiratory tract infections*. Pulm Pharmacol Ther. 2010 Dec;23(6):501-7.
- Kruger, S., Pletz, MW., Rohde, G. *Biomarkers in community acquired pneumonia - what did we learn from the CAPNETZ study?* Pneumologie. 2011 Feb;65(2):110-3.
- Kruger, S., Ewing, S., Kunde, J., Hartmann, O., Suttrop, N., Welte, T. Capnetz Study Group. *Pro-atrial natriuretic peptide and pro-vasopressin for predicting short-term and long-term survival in community-acquired pneumonia: results from the German Competence Network CAPNETZ*. Thorax. 2010 Mar;65(3):208-14.
- Nowak, A., Breidhardt, T., Christ-Crain, M., Bingisser, R., Meune, C., Tanglay, Y., Heinisch, C., Reiter, M., Drexler, B., Arenja, N., Twerenbold, R., Stolz, D., Tamm, M., Muller, B., Muller, C. *Direct comparison of three natriuretic peptides for prediction of short- and long-term mortality in patients with community-acquired pneumonia*. Chest. 2012 Apr;141(4):974-82.
- Fang, WF., Yang, KY., Wu, CL., Yu, CJ., Chen, CW., Tu, CY., Lin, MC. *Application and comparison of scoring indices to predict outcomes in patients with healthcare-associated pneumonia*. Crit Care. 2011;15(1):R32.
- Xiao, K., Su, LX., Han, BC., Yan, P., Yuan, N., Deng, J., Li, J., Xie, LX. *Analysis of the severity and prognosis assessment of aged patients with community-acquired pneumonia: a retrospective study*. J Thorac Dis. 2013 Oct;5(5):626-33.
- España, PP., Capelastegui, A., Gorordo, I. et al. *Development and validation of a clinical prediction rule for severe community-acquired pneumonia*. Am J Respir Crit Care Med 2006;174:1249-56.
- Lim, WS., van der Eerden, MM., Laing, R. et al. *Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study*. Thorax 2003;58:377-82.
- Fine, MJ., Auble, TE., Yealy, DM. et al. *A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia*. N Engl J Med 1997;336:243-50
- Knaus, WA., Draper, EA., Wagner, DP. et al. *APACHE II: a severity of disease classification system*. Crit Care Med 1985;13:818-29.
- Krajčík, Š. *Choroby respiračného traktu. Pneumonia in HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. Geriatria*. ISBN 978-80-89171-73-6. HERBA, spol. s.r.o. Bratislava, 2010
- Ruhnke, G., W., Brrett, T., Kitch, T., Cutler, D., M. *Marked Improvement in 30-Day Mortality among Elderly Inpatients and Outpatients with Community-Acquired Pneumonia*. Am J Med. 2011 February; 124(2): 171–178.e1.
- Ji Hye Kim, Joo Wan Seo, Jeong Ha Mok, Mi Hyun Kim, Woo Hyun Cho, Kwangha, Lee, Ki Uk Kim, Doosoo, Jeon, Hye-Kyung Park, Yun Seong Kim, Hyung Hoi Kim, Min Ki Lee. *Usefulness of Plasma Procalcitonin to Predict Severity in Elderly Patients with Community-Acquired Pneumonia*. Tuberc Respir Dis (Seoul). 2013 May; 74(5): 207–214.
- Cunha, BA. *Community-Acquired Pneumonia*. Medscape. Updated: Oct 14, 2013
- Falguera, M., Pifarre, R., Martin, A., Sheikh, A., Moreno, A. *Etiology and outcome of community-acquired pneumonia in patients with diabetes mellitus*. Chest. Nov 2005;128(5):3233-9.
- Cunha, BA. *Hypophosphatemia: Diagnostic Significance in Legionnaires' Disease*. Am J Med. 2006;119:5-6.
- Boersma, WG., Daniels, JM., Lowenberg, A., Boeve, WJ., van de Jagt, EJ. *Reliability of radiographic findings and the relation to etiologic agents in community-acquired pneumonia*. Respir Med. May 2006;100(5):926-32.
- Bruns, AH., Oosterheert, JJ., Prokop, M., Lammers, JW., Hak, E., Hoepelman, AI. *Patterns of resolution of chest radiograph abnormalities in adults hospitalized with severe community-acquired pneumonia*. Clin Infect Dis. Oct 15 2007;45(8):983-91.
- Boselli, E., Breilh, D., Rimmelé, T., Djabarouti, S., Saux, MC., Chassard, D. *Pharmacokinetics and intrapulmonary diffusion of levofloxacin in critically ill patients with severe community-acquired pneumonia*. Crit Care Med. Jan 2005;33(1):104-9.
- Chokshi, R., Restrepo, MI., Weeratunge, N., Frei, CR., Anzueto, A., Mortensen, EM. *Monotherapy versus combination antibiotic therapy for patients with bacteremic Streptococcus pneumoniae community-*

- acquired pneumonia. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* Jul 2007;26(7):447-51.
27. Mokabberi, R., Haftbaradaran, A., Ravakhah, K. *Doxycycline vs. levofloxacin in the treatment of community-acquired pneumonia.* *J Clin Pharm Ther.* Apr 2010;35(2):195-200.
 28. Noreddin, AM., Elkhatib, WF. *Levofloxacin in the treatment of community-acquired pneumonia.* *Expert Rev Anti Infect Ther.* May 2010;8(5):505-14.
 29. Marrie, TJ., Huang, JQ. *Low-risk patients admitted with community-acquired pneumonia.* *Am J Med.* Dec 2005;118(12):1357-63.
 30. Marrie, TJ., Shariatzadeh, MR. *Community-acquired pneumonia requiring admission to an intensive care unit: a descriptive study.* *Medicine (Baltimore).* Mar 2007;86(2):103-11.
 31. Yoshimoto, A., Nakamura, H., Fujimura, M., Nakao, S. *Severe community-acquired pneumonia in an intensive care unit: risk factors for mortality.* *Intern Med.* Jul 2005;44(7):710-6.
 32. Harrington, Z., Barnes, DJ. *One drug or two? Step-down therapy after i.v. antibiotics for community-acquired pneumonia.* *Intern Med J.* Nov 2007;37(11):767-71.
 33. Scalera, NM., File, TM., JR. *How long should we treat community-acquired pneumonia?.* *Curr Opin Infect Dis.* Apr 2007;20(2):177-81.
 34. Aliberti, S., Blasi, F., Zanaboni, AM., Peyrani, P., Tarsia, P., Gaito, S. et al. *Duration of antibiotic therapy in hospitalised patients with community-acquired pneumonia.* *Eur Respir J.* Jul 2010;36(1):128-34.
 35. Noreddin, AM., Elkhatib, WF. *Levofloxacin in the treatment of community-acquired pneumonia.* *Expert Rev Anti Infect Ther.* May 2010;8(5):505-14.
 36. Boulware, DR., Daley, CL., Merrifield, C., Hopewell, PC., Janoff, EN. *Rapid diagnosis of pneumococcal pneumonia among HIV-infected adults with urine antigen detection.* *J Infect.* Oct 2007;55(4):300-9.
 37. Tichopad, A., Roberts, C., Gembula, I., Hajek, P., Skoczynska, A., Hryniewicz, W., Jahnz-Rozyk, K., Prymula, R., Solovič, I., Kolek, V. *Clinical and Economic Burden of Community-Acquired Pneumonia among Adults in the Czech Republic, Hungary, Poland and Slovakia.* *PLoS One.* 2013; 8(8): e71375.
 38. Cunha, A. B. *Community acquired pneumonia.* Medscape 2015

Kontakt:

MUDr. Mária GADUŠOVÁ
 Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
 Geriatrické a doliečovacie oddelenie
 Považská 2
 034 01 Ružomberok
 e-mail: mg04926@gmail.com
 č.t.: +421 905 775 206





ISSN 1337-723X

