

# ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

ROČNÍK II.  
2009

ČÍSLO 2



ODBORNÝ ČASOPIS  
FAKULTY ZDRAVOTNÍCTVA  
KATOLÍCKEJ UNIVERZITY V RUŽOMBERKU



# OBSAH

Lacko, A.: Spomienka za docentom MUDr. Josefom Květenským, CSc., mim. profesorom Katolíckej univerzity v Ružomberku . 2

## ODBORNÉ PRÁCE

<b>Holub, G.:</b> Bioetika osoby <i>Towards A Bioethics of the Person</i> .....	3
<b>Lacko, A., Straka, J., Machynka, P., Hruboň, A., Záž, J., Květenský J. :</b> Denno-nočný rytmus krvného tlaku u diabetikov 1. typu pri kontinuálnom 48-hodinovom monitorovaní <i>Day-night Rhythm of Blood Pressure in 1<sup>st</sup> Type of Diabetes during a Continuous 48-hour Monitoring</i> .....	11
<b>Hudáková, Z.:</b> Animoterapia v ošetrovatelstve <i>Amino Therapy in Nursing</i> .....	14
<b>Hanula, M.:</b> Protónová terapia – moderný nástroj v boji proti rakovine <i>Proton Therapy – New Instrument in Fighting against Cancer</i> .....	17
<b>Lacko, A., Straka, J., Hruboň, A., Machynka, P., Záž, J., Květenský, J. :</b> Diabetici 1. typu s rozvinutou kardiálnou autonómnou neuropatiou nemajú fyziologické zníženie krvného tlaku <i>Diabetics of the 1<sup>st</sup> type of Diabetes with Developed Cardiac Autonomic Neuropathy Have not Physiological Decrease in Blood Pressure</i> .....	21
<b>Kopáčiková, M., Stančiak, J., Novotný, J. :</b> Liečebná telesná výchova po gynekologických operáciách <i>Physical Health Education after Gynecologic Operations</i> .....	24
<b>Hudáková, P., Zajacová, K. :</b> Psychosociálne starnutie <i>Psycho-social Aging</i> .....	28
<b>Zacharová, E., Riedl, I. :</b> Empatie v ošetrovateľskej praxi <i>Empathy in Nursing</i> .....	31
<b>Břendová, M., Novotný, J. :</b> Drogy v tehotnosti – aktuálny problém <i>Drug Addiction in Pregnancy – Actual Problem</i> .....	33
<b>Kopáčiková, M., Stančiak, J., Novotný, J. :</b> Práca pôrodnej asistentky v gynekologickej ambulancii <i>The Work of the Obstetric Assistant in Gynecologic Ambulatory Practice</i> .....	36
<b>Lehotská, M. :</b> Problém fetálnej bolesti v ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii <i>The problem of Fetal Pain</i> .....	39
<b>Zacharová, E., Gulášová, I. :</b> Sestra a pacient – účastníci komunikačného procesu <i>Nurse and Patient as Partners in Communication Process</i> .....	41
<b>Hudáková, P., Zajacová, K. :</b> Sestra a sprevádzanie pacienta v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti <i>Nurse and Accompanying of the Patient in Palliative Nursing Care</i> .....	44
<b>Vicáňová, M., Rovná, S. :</b> Úloha ošetrovatelstva v podpore zdravia abstinujúceho alkoholika <i>Role of the Nursing in Health Care Promotion for Abstinent Alcoholic</i> .....	49
<b>Gulášová, I., Breza, J. ml., Breza, J. :</b> Etické problémy pri odbere orgánu od mŕtveho darcu <i>Ethical Problems - Taking Kidneys from Dead Donor</i> .....	52
<b>Ižová, M. :</b> Spôsoby komunikácie u sluchovo postihnutých osôb <i>Manners of Communication with Person Losing Hearing</i> .....	57
<b>Hudáková, Z. :</b> Súčasné možnosti ošetrovania seniorov <i>Current Possibilities in Seniors Nursing</i> .....	60
<b>Novyzedlákova, M. :</b> Spoluúčasť podporných osôb pri starostlivosti o pacienta v bdelej kóme <i>Complicity of Supporting People in Care for Patient in Vigilant Coma</i> .....	63
<b>Magerčiaková, M., Mišenkova, T. :</b> Prevencia HIV/AIDS v profesii sestry <i>Prophylaxis against HIV/AIDS in Nursing Profession</i> .....	67
<b>Kopáčiková, M., Stančiak, J., Novotný, J. :</b> Psychologický prístup pri ošetrovaní seniora <i>The Psychological Approach to the Senior Nursing Care</i> .....	70
<b>Ratislavová, K., Kašová, L. :</b> Psychosomatický doprovod pri liečbe sterility v centrech asistovanej reprodukcie <i>Psychosomatic Accompanying in Infertility Treatment at the Assisted Reproduction Centers</i> .....	73
<b>Rovná, S., Vicáňová, M. :</b> Posúdenie komunity adolescentov a jej potrieb <i>Evaluation of the Adolescent Community and its Needs</i> .....	78



# ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

## REDAKČNÁ RADA

Predseda:

prof. MUDr. Anton LACKO, CSc.

Vedecký sekretár:

doc. PhDr. Vladimír LITVA, PhD., MPH

Šéfredaktor: Ing. Ján SVORAD

Tajomník: Ing. Karel KOMÁREK, PhD.

## Členovia:

prof. MUDr. Vasil HRICÁK, CSc.  
prof. MUDr. Vladimír KRČMÉRY, DrSc.  
prof. MUDr. Daniel BARTKO, DrSc., FAAN,  
FRSM, FAHA, FESC  
prof. MUDr. Aleš ROZTOČIL, CSc.  
prof. MUDr. Marián MOKÁŇ, DrSc., FRCP Edin  
prof. ThDr. Jozef JARAB, PhD.  
MUDr. Ljuba BACHAROVA, PhD., MBA  
prof. zw. Dr. hab. n. med. Stanislaw GLUSZEK  
prof. UJK Dr. hab. GRAŻYNA NOWAK-STARZ  
prof. RNDr. Ján CHRAPAN, DrSc.  
doc. Mgr. Katarína ŽIAKOVÁ, PhD. mim. prof.  
doc. MUDr. Milan MINÁRIK, PhD.  
MUDr. Igor ČOMBOR  
doc. MUDr. Jozef DOMENIK, PhD., MPH  
doc. MVDr. Branislav PEŤKO, CSc.  
doc. MUDr. Ivan SOLOVIČ, CSc.  
doc. MUDr. Anna LESŇÁKOVÁ, PhD.  
MUDr. Ján STYK, CSc.  
doc. MUDr. Ľubomír JURGOŠ, PhD.

doc. PhDr. Vladimír LITVA, PhD., MPH  
PaedDr. Marián GAJDOŠ, CSc.  
doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.  
doc. PhDr. Helena KADUČÁKOVÁ, PhD.  
doc. PhDr. PaedDr. Viera SIMOČKOVÁ, PhD.  
PhDr. Jaroslav STANČIAK, PhD. MPH.  
PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.  
MUDr. Karol JAVORKA, PhD.  
PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.  
PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ  
PhDr. Lucia LACKOVÁ, PhD.  
Mgr. Janka MORAVČÍKOVÁ  
PhDr. Eva MORAUČÍKOVÁ  
PhDr. Marcela IŽOVÁ, PhD.  
PhDr. Mariana MAGERČIAKOVÁ  
PhDr. Mária LEHOTSKÁ  
PhDr. Michaela VICÁŇOVÁ  
Mgr. Janka FILICKÁ  
Mgr. Anna KRÁTKA

Vydavateľ Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Redakcia Edičné oddelenie Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

ul. gen. Miloša Vesela 21, 034 01 Ružomberok

tel., fax: +421 44 438 29 31

Tlač Tlačiareň P+M Turany, www. p-mtlac.sk

E-mail: jan.svorad@ku.sk

ISSN 1337-723X

Evidenčné číslo: EV 2963/09

Vychádza 2x ročne

© Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

# Spomienka

za docentom MUDr. Josefom KVĚTENSKÝM, CSc., mim. profesorom Katolíckej univerzity v Ružomberku



Dňa 21. augusta 2009 sme odpovedali na poslednej ceste docenta MUDr. Josefa Květenského, CSc. Veľké činy a výkony osobností sa rodia z bohatých zásob osobných kvalít, čo pán profesor v hodnej miere vlastnil.

Doc. MUDr. Josef Květenský, CSc. sa narodil 31. 12. 1928 v Skutči, okr. Chrudim. Reálne gymnázium ukončil maturitou v roku 1948 v Kladne. Lekársku fakultu absolvoval v Hradci Králové, po ukončení štúdia na Karlovej univerzite a VLA JEP v roku 1953 bol promován na doktora medicíny. Ako vojenský lekár pracoval v ÚVN Praha, potom na Zdravotníckom učilišti v Hradci Králové a neskôr v Ružomberku. Po 1. atestácii z vnútorného lekárstva v roku 1957 nastúpil na interné oddelenie Vojenskej nemocnice v Ružomberku. V roku 1962 absolvoval atestáciu II. stupňa z vnútorného lekárstva. V roku 1964 sa stal náčelníkom interného oddelenia Vojenskej nemocnice v Ružomberku.

Počas svojho pôsobenia ako primár oddelenia uplatňoval nové prvky riadenia, zavádzanie nových diagnostických postupov a vyznačoval sa veľkou ľudskosťou.

Jeho publikačná a prednášková činnosť od začiatku lekárskej praxe bola veľmi aktívna. V zvýšenej miere sa venoval gastroenterológii, kardiológii, diabetológii a preventívnej medicíne. Výskumné úlohy v týchto oblastiach boli základom pre jeho kandidátsku dizertačnú prácu a neskôr pre habilitáciu. Od roku 1970 bol kandidátom lekárskeho vied a od roku 1978 docentom v odbore vnútorné lekárstvo. Až do roku 1987 vykonával funkciu hlavného odborníka pre vnútorné lekárstvo vtedajšieho Východného vojenského okruhu. V roku 1987 odišiel z armády a nastúpil na miesto prednostu I. Internej kliniky JLF UK v Martine. Bol skvelým pedagógom. V jeho osobnom profile dominujú vlastnosti typické pre veľké osobnosti a to hlavne odbornosť, cieľavedomosť, pracovitosť, široký všeobecný rozhľad, ľudskosť, angažovanosť a osobný príklad. V roku 1995 odišiel do dôchodku a vrátil sa späť na internú kliniku ÚVN v Ružomberku.

V roku 2002 sa zapojil do budovania Ústavu zdravotníctva a sociálnej práce pri Pedagogickej fakulte Katolíckej univerzity v Ružomberku. V roku 2003 bol rektorom Katolíckej univerzity vymenovaný za mimoriadneho profesora KU. Pokračoval aktívne v publikačnej a pedagogickej činnosti a od roku 2005 už na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, ktorá sa v tomto roku vytvorila. Zaujímal sa o všetky aspekty na fakulte s vysokým etickým prístupom k spolupracovníkom a k študentom. Stále mal veľké ambície, jeho odchod pretrhol všetky jeho snaženia.

Bude chýbať rodine, kolegom, spolupracovníkom, pacientom a všetkým nám, ktorí sme si pána profesora nesmierne vážili. Chýbať nám budú jeho slová povzbudení, ktorými nám dodával energiu a elán do práce a vôbec do života.

Čeť jeho pamiatke!

prof. MUDr. Anton Lacko, CSc.  
dekan FZ KU v Ružomberku



# Towards A Bioethics of the Person

Grzegorz Hołub

Wydział Filozofii Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II (predtým PAT)  
Papieska Akademia Teologiczna, Instytut Bioetyki, Kraków, Poland

## Summary

Artykuł ten, w pierwszej części, ukazuje sposoby uprawiania współczesnej bioetyki. W tym celu omawia on takie nurty jak: teorię zasad (principizm), bioetykę cnoty, kazuistykę i kontraktualizm. Ich przegląd uwidacznia, że każdy z nich wykorzystuje jedną kategorię filozoficzną jako element dominujący. I tak teoria zasad wykorzystuje pojęcie obowiązku *prima facie*, bioetyka cnoty bazuje na pojęciu cnoty, kazuistyka koncentruje się na analizie pojedynczych przypadków-kazusów, natomiast kontraktualizm przywołuje termin umowy.

Wszystkie te kryteria odniesione są do ich pierwowzorów. Ujawnia to, że ich rozumienie, w większości przypadków, odbiega od znaczeń jakie wcześniej nadawała im myśl filozoficzna. Odniesienie ich natomiast do całościowego rozumienia porządku moralnego (cel, wartość, imperatyw, cnota) pozwala dostrzec tendencję do budowania bioetyki wyłącznie w oparciu o jedną kategorię; albo do zastosowania elementów, które są heteronomiczne względem moralności. Rodzi to potrzebę nowego spojrzenia na całość bioetyki. Staje się to możliwe, gdy w centrum umieści się pojęcie osoby. Termin ten bowiem wydaje się poprzedzać wszystkie niezbędne elementy myślenia moralnego. Stąd w końcowej części tego artykułu proponuje się zbudowanie bioetyki w oparciu o koncepcję osoby. Okazuje się wówczas, że personalistycznie rozumiana bioetyka zachowuje wszystkie elementy porządku moralnego, w ich pełnym zakresie. Ukazuje zarazem, że pojęcie osoby powinno być punktem wyjścia i kryterium oceny wszystkich przedsięwzięć bioetycznych.

**Key words:** Bioetyka. Osoba. Moralność. Wartość. Cnota.

## Introduction

Looking critically at modern bioethics, one characteristic seems to be obvious, namely that there is a strong tendency to address particular bioethical issues only on the normative and applicative level. In other words, what is at the center of attention is either finding quick solutions for particular cases or obtaining very practical tools promising to deliver such hasty conclusions. The majority of bioethicists are not interested in looking into a set of philosophical presuppositions on the meta-bioethical level<sup>1</sup>. It means that only a handful of thinkers embark on speculative considerations which underlie the main bioethical issues. In practice, it leads to the situation that many bioethical investigations, instead of being subjects of systematic analyses, are under the pressure of pragmatic, social, and political factors. Therefore, bioethics, facing such a strong influence of heteronymous dependencies, does not hold out much hope of dealing properly with bioethical dilemmas. This is so because they concern, in one way or another, deeper dimensions of human existence. Therefore, moral dilemmas stemming from such realms as genetic engineering, transplantation of human organs, the abortion-euthanasia debate, or biotechnology, should be addressed within the broader framework of philosophical projects (the general anthropological and ethical theories) drawing upon a deeper comprehension of a human being as such. Otherwise, it seems extremely difficult to determine the right moral conduct which takes fully into account the understanding of a human being as a multi-dimensional entity.

This article endeavors to sketch some existing bioethical systems in order to bring out the main criterion deployed in each of them. Furthermore, it seems necessary to refer them (the criteria) to the speculative ethical theory figured out e.g. by the personalistic ethics. All those ethical factors (criteria), compared and contrasted, should be referred to the notion of a person. A human person does seem to be the focal point of all ethical and bioethical investigations. Therefore, the attempt to sketch the project of bioethics revolving around the notion of person is to be undertaken in the last part of the article.

<sup>1</sup> G. Russo, *Fondamenti di metabioetica cattolica*, Edizioni Dehoniane, Roma 1993, 45.

## Philosophical proposals of founding bioethics

**The theory of principles** occupies an important place in the quest for the proper foundations of bioethics. In 1979, T. L. Beauchamp and J. F. Childress launched an idea to build up medical ethics on the basis of four principles<sup>2</sup>. It aroused a lot of vivid interest as much in the circles of health care professionals as in a scholarly environment.

The theory of principle is rooted in the deontological ethics of W. D. Ross, where *prima facie* duties have an important role. This approach, which is very similar to Kant's, means that duties and imperatives have a primary role, or simply that everything that is right precedes what is good<sup>3</sup>. Moreover, *prima facie* obligations – in opposition to the Kantian thinking – have a character of relative duties, and they can be put aside while confronted with more strict duties<sup>4</sup>.

Beauchamp and Childress accept that approach while elaborating on their project. As a starting point, they point to four principles, namely: the principle of autonomy, the principle of beneficence, the principle of nonmaleficence, and the principle of justice. These principles are strictly connected with common morality. Such a concept of morality is assumed by the American bioethicists both as an undoubted background to moral considerations and, at the same time, as an aim of it. The thinkers point out that the principles are not only derived from common morality but they are aimed at sorting out that morality.

This facet of the theory of principles seems to be rather controversial. It becomes obvious when we consider the fact that the four principles do not possess a fixed content, and they are not hierarchically ordered. The reason for such a situation can be found in the underlying conviction operating within the principlism which gives up seeking a fundamental rule or

<sup>2</sup> T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 1979.

<sup>3</sup> T. Biesaga, *Personalism versus Principlism in Bioethics*, „Forum Philosophicum”, Cracow, 8(2003), 25.

<sup>4</sup> T. A. Mappes, J. S. Zembaty, *Biomedical Ethics and Ethical Theory*, in: *Biomedical Ethics*, T. M. Mappes, J. S. Zembaty (eds.), McGraw-Hill Book Company, New York 1986, 23.

universal criterion. The content of principles is not determined and formal (non-material)<sup>5</sup>. Therefore, it leads to a situation in which the important role is played by indeterminism and freedom-to-choose. This facet of principlism is the result of the acknowledged presupposition that there is no such thing as one rule, notion or idea of supreme good from which other moral factors can be derived<sup>6</sup>.

The important element of principlism consists in a twofold interpretation. On the one hand, the principles are considered as prima facie duties. They are binding as long as they are not overridden by other obligations<sup>7</sup>. It means that the possibility of conflict is assumed yet on the very level of premises. On the other hand, the American bioethicists are aware of the necessity of deploying an idea of actual duties.

The actual duties are results of the discernment carried out by a subject longing to determine which of the conflicting obligations is more meaningful and, because of that, should be accepted as the dominant one<sup>8</sup>. The process of clarifying which obligation is more important is done through the complex investigation taken on by different bioethicists. Usually they point to such attempts as specification<sup>9</sup>, fixing coherence<sup>10</sup>, balancing, and so on. Nevertheless, all these methodological enterprises seem not to be fully satisfactory. That is why an application of utilitarian and consequentialist theory puts an end, finally, to the conflict between principles. In practice, it is realised by the comparison of consequences stemming from contradicting rules<sup>11</sup>.

D. Gracia made an attempt at a modification of the theory of principles. Basically, he raised two objections towards Beauchamp and Childress' proposal. The first one concerns the lack of fundamental theory governing the principles<sup>12</sup>. The second one casts doubt on twofold interpretation (in the case of conflicting rules): either the prima facie deontological interpretation or the utilitarian approach. In Gracia's opinion, these interpretations cannot be considered as two separated explanations but two mutually linked facets of the same bioethical theory<sup>13</sup>.

In order to improve the theory of principles and set out his proposal, Gracia referred to the philosophy of X. Zubiri, and put forward a kind of reinterpretation of principlism, according to an original scheme of justification of moral theory. He set forth three steps which, in his opinion, are present in moral reasoning:

<sup>5</sup> Biesaga, *Personalism versus Principlism in Bioethics*, op. cit., 26.

<sup>6</sup> That presupposition seems to underlie the theory of principles even if the bioethicists point to some possible absolute rules. See: Beauchamp, Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, op. cit., 43. Nevertheless, these do not play a main role on the meta-bioethical level.

<sup>7</sup> Ibid., 45.

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> H. S. Richardson, *Specifying Norms as a Way to Resolve Concrete Ethical Problems*, "Philosophy and Public Affairs" 19(1990) 4, 292-293.

<sup>10</sup> D. DeGrazia, T. L. Beauchamp, *Philosophy*, in: *Method in Medical Ethics*, J. Sugarman, D. P. Sulmasy (eds.), Georgetown University Press, Washington, D. C. 2001, 35.

<sup>11</sup> C. Viafora, *I principi della bioetica*, „Bioetica e cultura" vol. II no. 3(1993), 14.

<sup>12</sup> D. Gracia, *Bioetica clinica*, in: *Dizionario di bioetica*, S. Leone, S. Privitera (eds.), EDB\*ISB, Palermo 1994, 100.

<sup>13</sup> D. Gracia, *Hard Times, Hard Choices: Founding Bioethics Today*, "Bioethics" vol. 9(1995) 3/4, 202.

system of reference, sketch, and experience<sup>14</sup>. The system of reference is a kind of phenomenological insight into the human reality. It grasps that reality only as a formal framework. What is essential within the system of reference is an emphasis put on the absolute respect for every human being. Of course, it has a non-thematic profile and that is why it demands further development aimed at determination of its material content. It is carried out on the level of sketches, which can be compared with scientific hypotheses. These have as a purpose to bring forth the possible moral content of the human reality which in the system of reference is given as a formal, non-thematic facet<sup>15</sup>. On this level Gracia locates the four principles. They operate as sketches of possibility projecting human condition, as far as morality is concerned. The prima facie deontological aspect of the principlism is embodied in them. Furthermore, because the principles have a status of free proposals, they call on the moment of verification. It is carried out through the final step of the theory referring all analyses to experience. In other words, experience is to confirm or reject what has been put forward within the free sketches-principles. When Gracia addresses the realm of experience, he means pretty straightforwardly the experience which is typical for utilitarianism. Consequences stemming from the principles determine which of the conflicting principles is dominant, and therefore has a leading role. The greatest possible utility (the best consequences) is a decisive factor governing all the concerned principles.

In this proposal, Gracia points out that there is no basic contradiction between deontological and utilitarian (consequentialist) approach. They can be employed simultaneously but on the different levels of investigation. Moreover, the suggested amendment sets forth the mechanism of bringing out the dominant rule which governs the others and integrates them.

**The theory of virtue** in bioethics took its shape in opposition to the theory of principles<sup>16</sup>. In philosophy conducted in English-speaking countries, the virtue theory flourished as a result of the rejection of the neo-Kantian prima facie deontology and the utilitarian theory<sup>17</sup>. In modern ethics, A. MacIntyre is considered as the initiator of the virtue movement; but in the realm of bioethics, E. Pellegrino.

Nevertheless, the beginning of the idea of virtue occurred in the philosophical thought of Aristotle. He rejected the intellectual approach to ethics typical of Socrates and Plato's thought, confusing the knowledge of good with the good itself. In Aristotle's account, the purpose of ethics consists not only in the knowledge of good but more importantly in the practical pursuing of what is good, and in this way becoming a good person. In his view, virtue is a stable disposition which enables man to become a good person, and which allows him/her to fulfil

<sup>14</sup> D. Gracia, *Fondamenti di bioetica*, it. transl. S. Spinsanti, San Paolo, Milano 1993, 574. (Original title: *Fundamentos de bioetica*, Eudema, Madrid 1989).

<sup>15</sup> Ibid., 446-447.

<sup>16</sup> L. Palazzani, *Paradigmi bioetici: principi, virtù, esperienza, personalismo*, in: *Bioetica fondamentale e generale*, G. Russo (ed.), Elle di Ci, Torino 1995, 161.

<sup>17</sup> S. Conly, *Flourishing and Failure of the Ethics of Virtue*, in: *Midwest Studies in Philosophy*, P. M. French, T. E. Uehling, H. T. Wettstein (eds.), vol. XIII: *Ethical Theory: Character and Virtue*, Notre Dame University Press, Notre Dame 1988, 83-96.

properly his/her duties<sup>18</sup>.

In post-Aristotelian philosophy the concept of virtue is developed by Thomas Aquinas. For him, virtue is an intrinsic rule of a human act, a disposition to carry out good works. A person acting according to virtue becomes good, and his/her behavior is morally positive as well. In other words, for Aquinas, virtuous conduct consists in fulfilment of human potentiality, in reference to the human good and aim. In the further development of the virtue theory, this way of thinking was taken up by neo-Thomist philosophers.

In other philosophical conceptions what becomes noticeable is a process of withdrawal from this Aristotelian category. Usually, the notion of virtue gets confused with other conceptions. For Hobbes, virtue is identified with self-interest; for Hume with moral sense; for Kant it is close to the idea of duty; Mill confused it with consequence; for Moore virtue means intuition; for Ross it is just *prima facie* rules<sup>19</sup>.

The reintroduction of the concept of virtue on a large scale has been carried out within the proposal for the revision of modern ethics, launched by A. MacIntyre. MacIntyre, putting under examination the condition of modern moral reflection, asserts that "a great part of modern morality is intelligible only as a set of fragmented survivals from that [classical-G.H.] tradition, and indeed that the inability of modern moral philosophers to carry through their projects of analysis and justification is closely connected with the fact that the concepts with which they work are a combination of fragmented survivals and implausible modern inventions; but in addition to this the rejection of the Aristotelian tradition was a rejection of a quite distinctive kind of morality in which rules find their place in a larger scheme in which the virtues have the central place"<sup>20</sup>. Claiming that, MacIntyre put forward a proposal to return to the Aristotelian tradition in order to reconstruct the virtue theory scattered by individualistic liberalism and subjective emotivism.

In the realm of bioethics the category of virtue is introduced by E. Pellegrino. Spelling out this approach, Pellegrino points out that: "Virtue theories focus on the agent; on his or her intentions, disposition, and motives; and on the kind of person the moral agent becomes, wishes to become, or ought to become as a result of his or her habitual disposition to act in certain ways"<sup>21</sup>. Therefore, at the centre of bioethical investigation there is a notion of person, with its normative dimension. Pellegrino puts it bluntly, saying: "in a purely virtue-based ethic, the normative standard is the good person, the person upon whom one can rely habitually to be good and to do the good under all circumstances"<sup>22</sup>. It is especially referred to the person of a physician. In his relationship with a patient, a physician's moral qualifications have a decisive role. The patient is usually in a kind of natural dependency on the person of a health care professional. Therefore, what really counts, in a patient's case, is putting his/her trust not in his/her legal rights but in the qualifications of the physician. In this view, what is required of a doctor is that he/she

<sup>18</sup> Aristotle, *Nicomachean Ethics*, 1106 a. 22-24.

<sup>19</sup> L. Palazzani, *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*, "Medicina e Morale" 1(1992), 69.

<sup>20</sup> A. MacIntyre, *After Virtue*, Duckworth, London 1981, 239.

<sup>21</sup> E. D. Pellegrino, *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" vol. 5(1995) 3, 254.

<sup>22</sup> *Ibid.*

must be someone acting for the good of the patient. Pellegrino emphasizes decisively that in the physician-patient relationship, acting for the good of the patient is a real priority<sup>23</sup>. That is why the physician, having a necessary set of virtues, is a person who tends to act primarily for the good of the patient<sup>24</sup>.

Furthermore, Pellegrino draws up a list of virtues enabling a physician to carry out that good-purpose. He points to such attitudes as: fidelity to trust and promise, benevolence, effacement of self-interest, compassion and caring, intellectual honesty, justice, and prudence<sup>25</sup>. These are character traits which any physician must acquire in the process of forming his/her personality.

The shape of bioethics made up by this approach stresses particularly the good of the patient, which can be carried out by people possessing special moral qualities, virtues. Such categories as autonomy, utility, desirable consequences, or even legal rights of a sick person are set aside because what really matters, in the clinical context, is the entire good of a sick person; as the commentator concludes, "beneficence does seem to be this character trait which constitutes an ethical foundation governing other virtues and professional-ethical rules"<sup>26</sup>.

**The concept of casuistry** seems to be a result of searching for a kind of bioethics which takes up morality at its bottom level. Within such an approach what is intended is to give up any kind of systematic analysis. It stems from the conviction that the theoretical worked out notions make a kind of artificial net of ideas framing and besetting moral experience. Therefore, in order to reach morality itself<sup>27</sup> that 'artificial instrumentation' should be set aside.

The starting point of casuistry is determined by a unique, unrepeatable situation of moral dilemma, where an adequate solution is sought. The direction of the inquiry is traced bottom up, meaning from a concrete awkward bioethical case to a more general conclusion. Such a stance is the opposite approach to a method beginning with general theories and then descending to particular cases through a process of deduction<sup>28</sup>. A. Jonsen and S. Toulmin endeavored to formulate the definition of casuistry. In their perception, casuistry is "the analysis of moral issues, using procedures of reasoning based on paradigms and analogies, leading to the formulation of expert opinion about the existence and stringency of particular moral obligations, framed

<sup>23</sup> *Ibid.*, 266.

<sup>24</sup> E. D. Pellegrino, D. C. Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford University Press, New York 1988.

<sup>25</sup> E. D. Pellegrino, *Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions*, op. cit., 269-270.

<sup>26</sup> L. Palazzani, *Paradigmi bioetici: principi, virtù, esperienza, personalismo*, op. cit., 162.

<sup>27</sup> A. Jonsen, who can be considered as a one of precursors of the modern casuistry, points out that an aim of casuistry consists in reaching morality in its source. He puts it in this way: "This activity consists of thinking and talking about how the circumstances of this or that case of moral perplexity fit the general norms, rules, standards, and principles of morality. This is casuistry in life." See: A. R. Jonsen, *Casuistry: An Alternative or Complement to Principles?*, "Kennedy Institute of Ethics Journal" vol. 5(1995) 3, 237.

<sup>28</sup> J. D. Arras, *Getting down to Cases: The Revival of Casuistry in Bioethics*, "The Journal of Medicine and Philosophy" 16(1991), 30.



in terms or rules and maxims that are general but not universal or invariable, since they hold good with certainty only in the typical conditions of the agent and circumstances of case<sup>29</sup>.

This definition becomes more comprehensible when three facets are distinguished, namely morphology, taxonomy, and kinetics<sup>30</sup>.

Morphology is set up in order to describe a structure of a particular case. What constitutes morphology on the foundational level is an external factor, namely a set of circumstances, and an internal one: maxims and brief rule-like sayings<sup>31</sup>. The difficulty which usually appears in the course of morphological considerations is the fact that many maxims and sayings can refer to a particular bioethical case. Consequently, they cause a conflict among them, and hinder the process of reaching conclusions. Then, what an ethicist-casualist should do is determine which of the contradicting maxims has a priority, and to what an extent. Such a determination is usually carried out by taking into account the character of circumstances.

Circumstances do play the main role in all undertaken considerations. Therefore, Jonsen introduces an additional category spelling out the proper understanding of this factor, namely substructure called 'topics'. It is an invariable element of a certain kind of discourse. It emphasizes such aspects of circumstances as medical indications, patient preferences, quality of life, and healthcare costs<sup>32</sup>. Substructure 'topics' is not intended to put aside the broader notions of circumstances; it is an attempt to point to relatively stable conditions in which singular cases occur.

Taxonomy is intended to sort out relations among different cases. It is carried out by bringing order among them. Jonsen points out that every new case must be referred to the touchstone, called paradigmatic case. In such a case, circumstances allow unambiguously that proper rules and maxims can come out<sup>33</sup>. Nevertheless, the paradigmatic case is perceived as only a starting point in the complex process of casuistic investigations. Each singular case is governed by its particularity. Then, what seems to be important is application of a kind of analogy between theoretical paradigmatic case and particular one. Therefore, the latter one is called an analogous case because, in particular circumstances, it assumes existence of exceptions from the moral rules and gives a kind of justification of them<sup>34</sup>.

Kinetics of casuistry treats at length that last mentioned problem, namely the difference between paradigmatic and analogous case. Sometimes the difference can be so essential that it leads to a radical shift of the paradigmatic moral judgement. The analogous case takes its shape in an unrepeatable context, justifying exceptions to a general principle ruling over the paradigmatic case. Therefore, its moral judgment can be formulated in this way: "This is clearly wrong but, in this case,

what was done was justified, or excusable"<sup>35</sup>. Discernment, concerning how the mentioned alteration occurs, is usually carried out by pointing to certain procedures. Jonsen sets forth such a process as the fitting of maxims and circumstances, and just prudent judgement<sup>36</sup>. He also mentions the usage the weighty reasons or drawing upon the process of balancing considerations. The latter procedure seems to play the main role which enables kinetics to perform the radical change of the evaluation of moral conduct, even from right to wrong and vice versa<sup>37</sup>.

**Contractarianism**, in the same way as casuistry, appeared as a result of the rejection of the foundational approach to bioethical issues. Instead of embarking on theoretical considerations, some thinkers decided to draw upon the mechanisms operating within the democratic society. Their proposal was to introduce to bioethics the notion of social agreement.

In the modern bioethics, R. Veatch can be considered as one of the first bioethicists treating this approach seriously<sup>38</sup>. However, recently H. T. Engelhardt seems to be a figure who spelt out that approach straightforwardly. Therefore, to have a clear-cut idea of contractualism, a general look at Engelhardt's position seems to be vital.

Engelhardt's very first assumption is the conviction that modernity has been undergoing the postmodernist destruction of the universal concept of reason. Consequently, it leads to the collapse of any metaphysical projects, and weakening of any universal kind of discourse, including the ethical one. This means that we cannot argue for the universal significance of any moral proposal. Out of necessity, philosophical-ethical-bioethical thought has become pluralistic<sup>39</sup>. Engelhardt recalls many times the thesis that "we enter a post-Christian, post-metaphysical, post-modern age marked by a diversity of moral visions and the failure of the Enlightenment project to disclose the content-full communality that should bind mankind"<sup>40</sup>.

Such a presentation of the modern epistemological condition leads Engelhardt to the conclusion that any quest for a rational foundation of morality and bioethics should be dropped. The only means available is common agreement. Engelhardt points to that, saying: "When the premises held in common are insufficient to frame a concrete understanding of the moral life, and if rational arguments alone cannot definitively establish such premises, then reasonable men and women can establish a common fabric of morality only through mutual agreement"<sup>41</sup>. In this way, what seems to be certain and irrevocable is only the mechanism reaching agreement and founding moral consensus.

Engelhardt draws up a list of basic principles typical of such an approach. He points to the principle of permission, the principle of beneficence, the principle of ownership, the principle

<sup>35</sup> Ibid., 303.

<sup>36</sup> Ibid., 304.

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> R. M. Veatch, *Professional Medical Ethics: The Grounding of Its Principles*, "The Journal of Medicine and Philosophy" vol. 4 no. 1 (1979), 1-19. See also: R. M. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York 1981.

<sup>39</sup> H. T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1996, 5.

<sup>40</sup> H. T. Engelhardt, *Towards Christian Bioethics*, "Christian Bioethics" vol. 1 no. 1 (1995), 8.

<sup>41</sup> H. T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, op. cit., 103.

<sup>29</sup> A. R. Jonsen, S. Toulmin, *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles 1988, 257.

<sup>30</sup> A. R. Jonsen, *Casuistry as Methodology in Clinical Ethics*, "Theoretical Medicine" 12(1991) 4, 298.

<sup>31</sup> Ibid.

<sup>32</sup> A. R. Jonsen, *Casuistry*, in: *The Encyclopedia of Bioethics*, W. T. Reich (ed.), vol. I., Simon & Schuster, New York 1995, 349.

<sup>33</sup> A. R. Jonsen, *Casuistry as Methodology in Clinical Ethics*, op. cit., 302.

<sup>34</sup> Ibid.



of political authority, and the principle of health care allocation<sup>42</sup>. They seem to touch on a wide range of topics. Nevertheless, what has a dominant role is the principle of permission. It stems from the fact that that principle is strictly associated with non-thematic autonomy; thanks to that it is possible to enter society carrying out the moral contract. In other words, the principle of permission is a content-less rule which only demands the decision aiming at sorting out moral controversies. Therefore, all moral categories coming out are the subject of negotiations, and finally are the outcome of the reached consensus.

### Bioethical criteria and ethical theory

The proposals we have presented concerning the foundations of bioethical systems have been taken from quite different ethical currents of thought. Therefore, it is difficult to compare and contrast them. They seem to represent differing ways of considering ethical problems which cannot be put under scrutiny on the same level, nor within the same theoretical framework. Some bioethicists would even argue that each of the proposals we have mentioned have their own criteria which are methodologically independent, they are *sui generis*; therefore, each should be evaluated only against its own proper theoretical background.

Nevertheless, such a narrow and reductionistic approach should be challenged. The reason for this is that all of the presented philosophical proposals are intended to deal with moral dilemmas in bioethics. Even though each system makes that endeavor differently, the common tendency is to reach a satisfactory solution delivering very practical indications. Furthermore, looking into the structure of principlism, casuistry, theory of virtue, and contractarianism, what seems to come out is a common methodological element present in all of them. It rules over each of the mentioned ethical-bioethical sets of considerations, and at the same time, it is the main philosophical category bestowing a kind of proper identity on the whole process of moral analyses. Therefore, each of the basic criteria should be put under common scrutiny in order to find out what character it possesses.

**Principlism** draws upon the notions of prima facie obligations. They stem from the Kantian idea of the moral imperative. Nevertheless, they radically depart from that original source of understanding. They bind morally unless other stronger duties appear. Additionally, prima facie duties are not imposed by the autonomous mind (which is an essential premise of Kantian understanding) but by morally significant human relations<sup>43</sup>. Therefore, prima facie duties lose a kind of moral universality: they oblige only in certain contexts, and under certain conditions. Furthermore, prima facie duties are put under utilitarian verification which strongly suggests that morality becomes a means of achieving a kind of profit.

**The theory of virtue** points to moral qualities which are essential in order to carry out the good of person-patient and the good of healthcare relations. This moral category seems to be deployed according to the intentions of its precursors. Nevertheless, it is applied only in the relatively narrow clinical context, and this fact spawns some questions. It is not known precisely what concept of the good and human nature is

assumed in this approach. Of course, Pellegrino hints at some understanding of these notions<sup>44</sup>. Nonetheless, the further speculative development of these conceptions is needed in order to clarify what kind of ontology is presupposed. Palazzani puts it bluntly, saying: “virtue theory implies reference to the theory of the good and to the notion of human nature; it is impossible to be virtuous and act uprightly if it is not known what is the good and what it is meant by the good of person”<sup>45</sup>.

**Casuistry** tends to grasp morality of difficult bioethical cases at their roots. Setting aside a net of moral notions, it tries to create a space where morality appears as it is in itself. Therefore, that tendency can be perceived as an attempt to reach a moral value in its bedrock. Nevertheless, a strong emphasis put on the role of circumstances and especially their substructure of ‘topics’ makes that theoretical enterprise a little bit suspicious. It is so because description of any kinds of circumstances addresses at most customs and sociologically understood human attitudes, desires, and external occurrences. Then, what seems to be important to stress is that circumstances and ‘topics’, as changeable factors, only partly refer to moral value itself (the realm of moral imperativeness is a broader domain and cannot be fully addressed by contextual factors). Therefore, it seems to be pretty awkward to prove that casuistry takes up fully moral value and moral obligation in their pure shapes.

**Contractarianism** tries to establish what is moral through contract and agreement. It brings with it a promise to resolve moral dilemmas of bioethical issues pretty smoothly. Nevertheless, contract and agreement as main criteria seem to be taken from the domain which is alien to ethics. Drawing upon these notions in moral investigations, bioethics can be easily confused with other realms of human activity, e.g. social pragmatics and politics.

In ethics, and consequently in bioethics, the following basic elements of moral order are considered to be indispensable: aim, value, imperative, and virtue<sup>46</sup>. Taking them all into account allows claiming that morality as a whole phenomenon is being grasped. Referring that understanding of ethical-bioethical order to the outlined bioethical concepts, a couple of observations emerge. First of all, bioethical projects draw only upon one of the integral elements, putting the others aside. That is why the outlined approaches use only either the notion of principle (imperative) or the notion of virtue or the idea of semi-value (in casuistry). Secondly, these bioethical elements are conceptually changed in comparison with their original accounts, e.g. the notion of imperative; or they are the heteronymous factors as far as the basic moral order is concerned.

The latter remark refers to the notion of prima facie imperative as far as its consequentialist facet is concerned, and to the idea of contract. In other words, any understanding of utility, profit, or moral agreement cannot be necessarily connected with the moral act as such. In the case of utilitarianism and consequentialism which draw upon the idea of utility and profit, “a particular act is morally neutral until its outcome can be evaluated; the act is thus seen as something chosen in view of its outcome, and the outcome makes it a truly moral act. (...) The act itself is not

<sup>44</sup> E. D. Pellegrino, Thomasma, *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, op. cit., 74-91.

<sup>45</sup> L. Palazzani, *Paradigmi bioetici: principi, virtù, esperienza, personalismo*, op. cit., 163.

<sup>46</sup> T. Ślipko, *Zarys etyki ogólnej*, Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy, Kraków 1974, 326-327.

<sup>42</sup> Ibid., 104-124. 163-180. 398-403.

<sup>43</sup> D. Ross, *The Right and the Good*, Oxford University Press, Oxford 2002, 19.

good or bad; something beyond the act, something other to the act, makes it so<sup>47</sup>. A similar charge can be made against the notion of agreement and contract in bioethical theory. Agents carrying out a moral contract do not enquire into the moral content of a particular enterprise. They express their personal moral convictions (at the outset), and through consensus try to achieve a kind of agreement with other views. The outcome is a function of and basically depends on the initial moral intentions and the process of haggling over, where a peaceful solution is sought. Therefore, moral content itself is set aside; it is not in anyone's interest. Whereas, what is essential to acknowledge is that the moral act exists in itself and not (only) in intentions or in consequences<sup>48</sup>.

### Person at the centre of bioethical analyses

All the criteria we have presented and their critical revision call for a re-ordering, and even a kind of recapitulation. It seems to be 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 does hold out much hope of meeting such requirements. Introducing that fundamental idea, it is important to notice that "there would be no ethics [and bioethics – G.H.] if there were no human persons asking themselves questions about their identity, their purpose, and the import of their actions"<sup>49</sup>. Therefore, there is a reason strong enough to claim that a human person should be considered as a primary source from which all philosophical, ethical and bioethical investigations take their roots. Thus, this presupposition becomes a starting point of the outline of the project of personalistic bioethics.

The understanding of a person differs considerably between ethical and bioethical conceptions. Such a situation brings about a lot of worries, anxieties and doubts leading even to a kind of confusion and dilemma: what (or who) should be protected and respected as far as the person and their dignity are concerned?<sup>50</sup> Different perceptions of a human person are certainly caused by factors of different kinds. Here we can only point to both external factors (associated with belonging to nation, culture or religious environment) and internal ones (connected with personality, and ways of thinking): basically they influence how people organise their experience of the world, especially of the human world, and how people frame their questions about it<sup>51</sup>. Some approaches frame their outlook on man, highlighting primarily an aspect of his/her belonging to one of the biological species; others emphasize that man is a member of a social organism; yet others underline that man is an entity endowed with dignity and uniqueness of being. That latter perception seems to reflect the very basic facet of a human person which can be spelt out in axiological and ontological terms. Therefore, it will be taken up in the further analyses.

<sup>47</sup> R. Sokolowski, *Moral Action. A Phenomenological Study*, Indiana University Press, Bloomington 1985, 54.

<sup>48</sup> *Ibid.*, 64.

<sup>49</sup> J. F. Kavanaugh, *Who Count as Persons? Human Identity and the Ethics of Killing*, Georgetown University Press, Washington, D. C. 2001, 12.

<sup>50</sup> E. Agazzi, *Introduzione*, in: *Bioetica e persona*, E. Agazzi (ed.), Angeli, Milano 1993, 9.

<sup>51</sup> J. F. Kavanaugh, *Who Count as Persons? Human Identity and the Ethics of Killing*, op. cit., 73.

In a personalistic stance, axiological and ontological analyses of the concept of person are inextricably interwoven. In order to embark properly on this position, a particular methodological approach must be acknowledged. Its direction is marked by the move from phenomenon to foundation (or from the phenomenology of the person to its ontology). Following Karol Wojtyła, we can point preliminarily to a thesis that any phenomenon concerning a human being reveals not only a single aspect of human life, e.g. bodily pain, but also a human being as a whole. Human being somehow emerges from all phenomena-experiences but at the same time is present in all of them. Therefore, we can say that any personal phenomenon includes a reference to its foundation<sup>52</sup>.

On the first **phenomenological level**, a human person appears as a value. This value brings with it a strong message conveying that a human person is unique in his/her being, and cannot be compared to other existing entities<sup>53</sup>. This incomparability, as a special preciousness, is expressed in terms of its dignity. It signifies an axiological importance, a special quality. Furthermore, knowledge of human dignity has its original, primordial (pre-scientific, intuitively given<sup>54</sup>) character and it is a kind of experience<sup>55</sup>. That is why it cannot be scientifically defined but it can be either theoretically explored or practically exposed<sup>56</sup>; or, as one of the phenomenological thinkers puts it, "this value called 'dignity' is an ultimate and irreducible phenomenon which cannot be defined properly speaking but can only be unfolded and brought to evidence"<sup>57</sup>.

This axiological-like, intuitive insight into the notion of a human person reveals that dignity is objective, meaning that it is undiminished by special situations, extrinsic relativities, and interior dispositions; in short, the value of humans seems to be a function of their being as a whole<sup>58</sup>.

When we enquire about the content of the value, the analyses lead us to a consideration of the **ontological level**. On this level of investigation, Boethius' definition of a person can be assumed as an essential indicator of who man really is. Boethius<sup>52</sup> Advocating such a thesis Wojtyła opposes an empirical phenomenism which is concerned merely with a momentarily and empirically perceptible content of a given phenomenon. Wider understanding of the experience given in a phenomenon, however, enables to claim that any such a factor concerning a human being reveals an underlying subject, that is a human person itself. See: K. Wojtyła, *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1994, 52.57.

<sup>52</sup> T. Styczeń, *Wprowadzenie do etyki*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 14.

<sup>53</sup> Scheler pointing to a general manner in which values are given says: "The value itself always must be *intuitively given* or must refer back to that kind of givenness". See: M. Scheler, *Formalism in Ethics and Non Formal Ethics of Values*, M. S. Frings, R. L. Funk (transl.), Northwestern University Press, Evanston 1973, 14.

<sup>54</sup> A. Szostek, *Wokół godności, prawdy i miłości*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1998, 49.

<sup>55</sup> A. Rodziński, *Osoba, moralność, kultura*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1989, 98.

<sup>56</sup> J. Seifert, *What Is Life? The Originality, Irreducibility, and Value of Life*, Rodopi, Amsterdam-Atlanta 1997, 98.

<sup>57</sup> J. F. Kavanaugh, *Who Count as Persons? Human Identity and the Ethics of Killing*, op. cit., 120. 134.

comprehension of a human person is expressed in a Latin sentence saying that *persona est rationalis nature individua substantia*<sup>59</sup>. In this definition three different factors can be distinguished: a person is substance, is an individual entity, and has a rational nature. A person's substance-ness points to its real existence. E. Sgreccia takes up that aspect of person-entity saying that "a person is a real entity, a special existence who exemplifies a general gender and an abstract core in an individual man. One's being points to the existence of a person *in se* and *per se*, through its proper act of being"<sup>60</sup>.

Individual entity-ness emphasizes the uniqueness of persons, their unrepeatable-ness, which differs from other persons because of their sole embodiment. Sgreccia, following Aristotle's thought, names embodiment, on the one hand, as a moment when ontological form is being materialised; on the other hand, embodiment is perceived as the endowment of ontological core with existence and spirit (in a broader sense than in its usual religious meaning)<sup>61</sup>.

Rational nature allows a person to create a rational approach to the environment where he/she lives. Usually, such human nature is manifested through such activities as: the ability to make generalisations, abstract thinking, creating projects, and the ability to grasp the deeper meaning of things. Furthermore, that important facet of human nature, its rationality, analysed on the epistemological level, can be associated either with a concrete conscious act (active thinking) or cannot be in such a relation. The latter case points to a kind of mental ability which accompanies concrete conscious actions but does not participate directly in them. In terms of epistemology, it is a kind of awareness of awareness or reflexive consciousness<sup>62</sup>.

These two examples of human rationality can be named as a kind of active rationality. Nevertheless, Sgreccia points to the fact that something more can be stated about a human being as rational. Being a human person means being ontologically and not only phenomenologically rational. Spelling out that important distinction, it can be said that active rational acts (the phenomenological aspect) do not exhaust the whole rational human nature (the ontological facet). It means that a lack of active rational acts in human behavior does not indicate that a human has lost rationality as such. Active rational acts are a kind of manifestation of rational nature but they do not exhaust it<sup>63</sup>.

The mutual relationship between perception of man as a value and as an entity finds consequently its clear-cut resonance on the ethical level. Man-value and man-entity influence moral obligation alike. Man appears as a value which has to be respected for its intrinsic importance – its dignity. This intrinsic dignity generates by itself a kind of moral imperative which prompts inwardly to action. Moreover, that imperative has a universal character meaning that what has to be respected is every person without any exceptions. Therefore, it is the moment when the

very first moral rule of personalism emerges<sup>64</sup>. In general, it points to the fact that a human person becomes the criterion of good and evil: conduct which respects the dignity of a human person is considered a morally good action; the opposite behavior of maltreating a human person gains the evaluation of moral evil.

Nevertheless, this phenomenological insight into the content of man-value seems to be unsatisfactory. The reason for that is that is difficult to assert precisely what kind of conduct affirms human dignity, and what kind of conduct diminishes its worth. Reading off the value, what is conveyed is only a general message, a general direction of moral conduct. But here what is at stake are concrete acts practically affirming the value of a person. In order to find out such specific acts, it is vital to refer to the nature of a human person. As T. Styczen points out, "the content of affirmative acts does not depend on the free choice of person-subject but it is determined by the structure (nature) of a person to whom that affirmation is due"<sup>65</sup>. This reference to human nature takes for granted the fact that the human body is not an external reality to a person but participates integrally in human dignity. Therefore, such concepts as aim and virtue must be taken into account in order to carry out the real good of man-value and man-entity. Recognizing the final aim of human existence allows determining in detail which deed is undertaken in favor of a human person, and which contradicts it. Furthermore, virtue points to the subjective conditions (dispositions) which are necessary in order to carry out the perceived good of a human person. In other words, thanks to virtue, man-value and man-entity do not remain mere theoretical concepts; but respect for a person and his/her genuine good find their real and practical protection through a set of attitudes and positive traits of human character.

The concept we have outlined of a human person as value and as entity allows the distinction of several essential rules operating in the realm of bioethics. The first one is called **the rule of respect for integrity of the human body**<sup>66</sup>. It points to the fact that the human body, human flesh is personal utterance participating in the whole personal life. Therefore, it cannot be considered as a subject of utilitarian calculation. The second one is called **the double effect principle**. It stems from medical interventions which can have a morally ambiguous character. It means that medical treatment of one aspect of the human body can bring about negative consequences in others. What is necessary then is to draw up a list of conditions making morally permissible such medical interventions<sup>67</sup>. The third principle is

<sup>64</sup> T. Styczeń, *Etyka*, in: *Leksykon filozofii klasycznej*, J. Herbut (ed.), Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1997, 177.

<sup>65</sup> T. Styczeń, *Etyka niezależna?* Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1980, 52.

<sup>66</sup> J. Wróbel, *Człowiek i medycyna*, Wydawnictwo Księży Sercańców, Kraków 1999, 261.

<sup>67</sup> *Ibid.*, 340. There are four conditions determining such actions: 1. The action from which evil results is good or indifferent in itself; it is not morally evil; 2. The intention of the agent is upright; 3. The evil effect must be equally immediate casually with the good effect, for otherwise it would be a means to the good effect and would be intended; 4. There must be a proportionately grave reason for allowing the evil to occur. See: R. A. McCormick, *Double Effect, Principle of*, in: *A New Dictionary of Christian Ethics*, J. F. Childress, J. Macquarrie (eds.), SCM Press, London 2001, 163.

<sup>59</sup> It can be translated: "The individual substance of a rational nature". See: Boethius, *A Treatise against Eutyches and Nestorius*, in: *The Theological Tractates*, H. F. Stewart (transl.), Heinemann, London 1918, 85.

<sup>60</sup> E. Sgreccia, *La persona umana*, in: *Bioetica*, C. Romano, G. Grassani (eds.), UTET, Torino 1995, 191.

<sup>61</sup> *Ibid.*

<sup>62</sup> J. F. Kavanaugh, *Who Count as Persons? Human Identity and the Ethics of Killing*, op. cit., 39.

<sup>63</sup> E. Sgreccia, *La persona umana*, op. cit., 191.



**the rule of wholeness of human existence**<sup>68</sup>. This rule points out that the human person as a wholeness of body-spirit is an overriding category. Therefore, every medical treatment must be subjected to the broader good of a human being as a person including both his/her bodily and spiritual well-being. The fourth principle is **the rule of freedom and responsibility**. In a personalistic view, freedom is strictly connected with responsibility. Moreover, freedom is intended to serve such values as truth and dignity. In bioethical considerations, the relation of freedom-responsibility, and the concept of freedom-to-serve find their special emphases<sup>69</sup>. The next principle is called **the rule of proportionality**. It is not of course a version of the utilitarian thinking but it is the rule which is to govern an adequate action aiming at protecting the good of the person, in specific circumstances. In particular, this rule helps to distinguish between a duty to save human life and the necessity of accepting the natural course of our human lot. It especially concerns the situation when medical resources run out and the possibility of rational action seems to be limited as well<sup>70</sup>. Finally, **the rule of social solidarity and subsidiarity** must come up. In the process of fostering human life and health, the rule of solidarity points to the necessity of respecting as much an individual's life as the lives of other people, treating them not only as private goods but as social ones. The rule of subsidiarity concerns the role of the community. The community is to help out in a case of necessity, respecting and coordinating the input and commitment of groups which constitute the whole community<sup>71</sup>. This rule can be helpful as far as the costs of healthcare are concerned. As small groups as the whole community are under obligation to pay for, let us say, expensive medical treatments in a case of the hopelessly ill, but in different ways. The primary obligation concerns a small group, like family or local community. But in a case of the limited resources of these social bodies, a state should supplement it, treating this intervention as a protection of the basic good of the society.<sup>72</sup>

## Conclusions

The project of a personalistic bioethics builds up its considerations from the concept of a person as in his/her axiological as in his/her ontological understanding. Comparing this approach with those we presented earlier, namely – principlism, virtue theory, casuistry, or contractualism, one thing seems to be obvious: personalism offers a deeper, speculative insight into ontological, axiological, anthropological and ethical foundation of bioethics. It does not mean that personalism rejects or plays down the categories which have important roles in the mentioned proposals. On the contrary, it draws upon them but in the different way. Personalistic considerations call on the notion of imperative,

---

<sup>68</sup> E. Sgreccia, M. L. Di Pietro, *La persona e il modello personalista*, in: *Bioetica. Manuale per i Diplomi Universitari della Sanita'*, E. Sgreccia, M. Di Pietro, A. G. Spagnolo (eds.), Vita e Pensiero, Milano 1999, 165.

<sup>69</sup> *Ibid.*, 166.

<sup>70</sup> J. Wróbel, *Człowiek i medycyna*, op. cit., 401.

<sup>71</sup> E. Sgreccia, Di Pietro, *La persona e il modello personalista*, op. cit., 166.

<sup>72</sup> Such an action on the part of the state would be a confirmation of the personalist stance acknowledging that the person is the basic good and exists prior to any society, and not vice versa.

aim, value and virtue; nevertheless, they are taken up neither within the prima facie ontology nor the consequentialist nor situationalist framework but within the framework of classical ontology and phenomenological axiology. It consequently means that the notions deployed in the personalistic investigations are treated to their full extent. Because of the clear set of ontological and axiological presuppositions, the notions of aim, value, imperative, and virtue are not reduced to the meanings preferred by some modern philosophical currents. It results in the essential conclusion that all these ethical factors can be associated and even inferred from the notion of a person. In other words, the idea of a person stands out as being the most important among outlined philosophical factors, becoming an overriding and governing criterion of all bioethical enterprises<sup>73</sup>.

Recenzent: doc. PhDr. Mgr. Vladimír LITVA, PhD., MPH

---

## Kontakt:

Ks. dr Grzegorz HOŁUB SDB  
Papieska Akademia Teologiczna  
Instytut Bioetyki  
Ul. Franciszkańska 1  
31-004 Kraków  
Poland  
E-mail: holub.greg@yahoo.com  
atholubg@cyf-kr.edu.pl

---

<sup>73</sup> I completed this paper thanks to the scholarship granted me by the Nanovic Institute for European Studies at Notre Dame University. I would like also to express my gratitude to Nicholas Kavanagh and Adrian Reimers for their helpful comments and suggestions.



## Denno-nočný rytmus krvného tlaku u diabetikov 1. typu pri kontinuálnom 48-hodinovom monitorovaní

Anton Lacko, Ján Straka, Peter Machynka, Antonín Hruboň, Jozef Záž, Josef Květenský

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok  
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - fakultná nemocnica, Interná klinika

### Súhrn

V priebehu 80-tých rokov vznikla možnosť kontinuálne monitorovať krvný tlak v klinických podmienkach. Teda merať krvný tlak počas 24-hodín alebo ešte dlhšie automatizovane, neinvazívne, v častých intervaloch. K slovu prišiel chronobiologický pohľad na fyziológiu a patológiu krvného tlaku. Na našom pracovisku dlhodobo využívame túto možnosť a zamerali sme sa na cirkadiálny rytmus krvného tlaku u chorých na diabetes mellitus. V tejto práci predkladáme vyšetrenie diurnálnych profilov krvného tlaku v súbore diabetikov.

**Kľúčové slová:** Diabetes mellitus. Ambulantné monitorovanie krvného tlaku. Periodogram priebehu krvného tlaku.

### Summary

In a course of 80 years, the possibility of continuous blood pressure monitoring had an origin in the clinical conditions. This means, that we can monitor blood pressure in course of 24 hours, or even longer with help of automatized method non-invasive way with a frequent intervals. Chrono-biological view on physiology and pathology of blood pressure got a chance. We have used this possibility in our testing centre and pointed out an attention to cardio rhythm of blood pressure in diseased patients with diabetes mellitus. This study then submits an examination of diurnal profiles of blood pressure in a group of diseased patients with diabetes mellitus.

**Key words:** Diabetes mellitus. Ambulatory blood pressure monitoring. Periodogram of blood pressure course.

### Úvod

Krvný tlak sa môže merať na ambulancii, doma samotným pacientom (self monitoring) alebo 24-hodinovým kontinuálnym monitorovaním. Jednoznačne sa uprednostňuje posledná možnosť, pretože sa zaznamenáva cirkadiálny priebeh krvného tlaku. Opakovane bolo v literatúre zdôraznené, že ak sa vychádza len zo sporadického merania krvného tlaku, zle sa stanoví diagnóza až u 20 % vyšetrených. Krvný tlak jednotlivca nie je stabilnou hodnotou. V priebehu dňa sa jeho hodnoty menia. Menlivosť nálezov hodnôt krvného tlaku je v závislosti na rôznych endogénnych a exogénnych vplyvoch. Chceli sme preveriť, či hodnoty krvného tlaku u diabetikov sú ovplyvňované chorobou alebo jej komplikáciami.

### Súbor vyšetrených a metódy

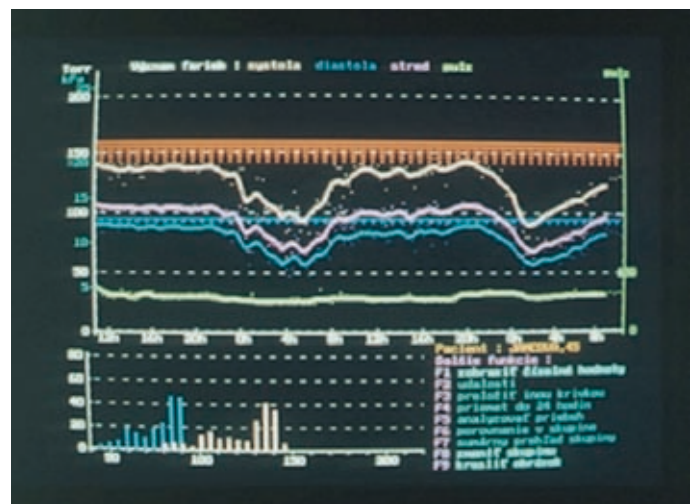
Pri kontinuálnom meraní krvného tlaku súbor tvorilo:

1. 25 zdravých jedincov (vek 20-40 rokov).
2. Súbor chorých na diabetes mellitus, ktorý pozostával z 50-tich normotenzných diabetikov, bez mikroangiopatických a makroangiopatických komplikácií s kompenzovaným diabetom (vek 20-40 rokov).

Vyšetrenie diurnálnych profilov krvného tlaku sme robili prístrojom profilomat Disetronic Medical System. Krvný tlak bol meraný oscilometrickou metódou, každých 15-minút v priebehu 48 hodín, pri klinostatickej polohe vyšetřovaného. Meranie robí samotný systém s možnosťou programovania doby, intervalu merania, so schopnosťou uchovať informácie v pamäti dlhšiu dobu s vyhodnotením priebehu grafickým a matematickým spôsobom. Namerané hodnoty spracúval počítačový program. Súbor bol charakterizovaný základnými štatistickými parametrami (počet vyšetřených, aritmetický priemer, stredná chyba priemeru, smerodajná odchýlka). Pri štatistickom vyhodnutení sme použili Chí- kvadrát test na porovnanie početnosti, dvojvýberový Mann-Whitney-Wilcoxonov test. Štatistická významnosť sa testovala na hladine pravdepodobnosti 0,05.

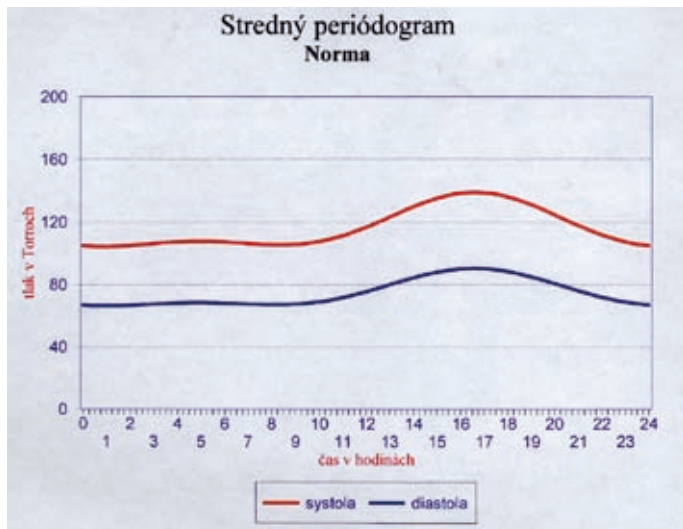
### Výsledky

U kontrolnej skupiny zdravých jedincov neboli zistené odchýlky od fyziologického rytmu, tak ako sú známe z literatúry. Sú dané striedaním nižších hodnôt krvného tlaku v noci s vyššími nestabilnými hodnotami v priebehu dňa. Pri vyjadrení hodnôt krvného tlaku pomocou periodogramu ich základnou charakteristikou bol najväčší pokles krvného tlaku medzi 3. a 4. hodinou v noci, najväčší vzostup okolo 17. a 18. hodiny popoludní (obr. 1, 2).



Obrázok 1 Cirkadiálny priebeh krvného tlaku u zdravých jedincov monitorovaný počas 48 hodín

Na obrázku sú označené horná hranica normálnych hodnôt systolického a diastolického tlaku. Vrchná krivka ukazuje priebeh systolického tlaku, dolná krivka priebeh diastolického tlaku, stredná krivka hodnotu vypočítaného priemerného tlaku krvi. Spodná krivka ukazuje priebeh srdcovej frekvencie. V nočných hodinách je zaznamenaný pokles krvného tlaku počas monitorovania.



**Obrázok 2** Stredný periodogram priebehu krvného tlaku u zdravých jedincov

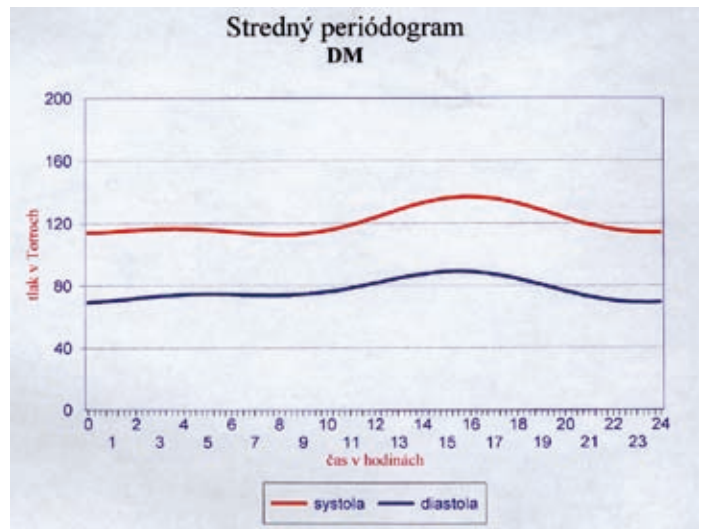
V skupine 50-tich normotenzných diabetikov bez mikroangiopatických a makroangiopatických komplikácií sa periodogram priebehu krvného tlaku podobal periodogramu priebehu u kontrolnej skupiny s najväčším poklesom krvného tlaku okolo 4. hodiny v noci a najväčším vzostupom okolo 17. hodiny popoludní. U diabetikov pri hodnotení periodogramu získaného pri kontinuálnom monitorovaní sme zistili niektoré odlišnosti voči periodogramu získaného pri monitorovaní zdravých jedincov a môžeme ich zhrnúť do nasledovných bodov.

1. U skupiny diabetikov trval nočný pokles tlaku krvi o 2-3 hodiny dlhšie, oproti nediabetikom (väčšia možnosť vzniku komplikácií) (obr. 3, 4)
2. U väčšiny diabetikov boli hodnoty systolického aj diastolického krvného tlaku položené do vyšších hodnôt, oproti nediabetikom, i keď štatisticky sú tieto rozdiely nevýznamné (obr. 5).

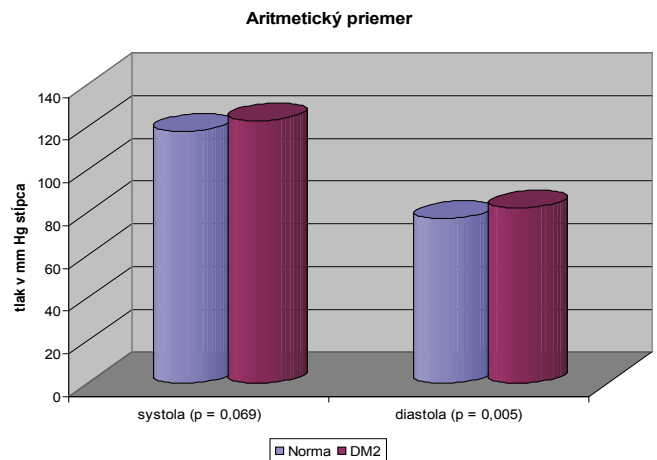


**Obrázok 3** Cirkadiálny priebeh krvného tlaku u diabetikov monitorovaný počas 48 hodín

Na obrázku sú označené horná hranica normálnych hodnôt systolického a diastolického tlaku. Vrchná krivka ukazuje priebeh systolického tlaku, dolná diastolického tlaku, stredná hodnotu vypočítaného priemerného tlaku krvi. Spodná krivka ukazuje priebeh srdcovej frekvencie. V nočných hodinách je zaznamenaný pokles krvného tlaku počas monitorovania, s dlhším trvaním nočného poklesu krvného tlaku.



**Obrázok 4** Periódogram priebehu krvného tlaku u diabetikov



**Obrázok 5** Aritmetický priemer systolického a diastolického krvného tlaku u kontrolnej skupiny a u diabetikov (štatisticky nevýznamné rozdiely)

## Diskusia

Opakovane bolo v literatúre zdôraznené, že ak sa vychádza len zo sporadického merania krvného tlaku, diagnóza sa zle stanoví až u 20 % vyšetrených. Krvný tlak meraný na ambulancii býva vyšší, ako krvný tlak meraný doma. U normotonikov tieto rozdiely nebývajú výrazné, u hypertonikov sú markantnejšie (white coat fenomen môže byť až u 20 % pacientov s miernou hypertenziou) (1, 8). S týmto súvisí tzv. príležitostný krvný tlak meraný v ambulancii. Preto meranie krvného tlaku na ambulancii nie je možno brať ako dostatočnú informáciu pre liečbu. Za bazálny krvný tlak sa považujú hodnoty merané samotným pacientom, namerané ráno po prebudení.

Krvný tlak v priebehu 24 hodín kolíše, zvyčajne je vyšší v ranných a popoludňajších hodinách, klesá večer a najnižší je počas spánku. Tieto zmeny závisia aj od fyzickej, či psychickej aktivity. Je tu zhoda s podobnou variabilitou, ako pri diurnálnom priebehu hladiny niektorých hormónov (napríklad typický diurnálny priebeh sekrécie má plasmatický kortizol, s najvyššou hodnotou ráno a najnižšou o polnoci (2, 5, 6). Aj u zdravých jedincov pravidelne môžeme konštatovať nestabilitu hodnôt krvného tlaku.

Normálny cirkadiálny rytmus priebehu krvného tlaku má 2 rozdielové úrovne (pokles aj vzostup). Dôležité sú aj nočné hodnoty krvného tlaku. Nedostatočný pokles krvného tlaku

počas noci, tzv. non-dipping, sa považuje za zlý prognostický ukazovateľ. Pokles krvného tlaku v nočných hodinách môže byť v dôsledku zníženia sympatického tonusu a vzostupu tonusu vagu. U pacientov s hypertenziou sa tento normálny cirkadiálny priebeh nemusí zaznamenať (pokles distenzibility arteriálnej stený alebo trvalá dilatácia ciev atď.), je ale nezávislý od stupňa hypertenzie. U skupiny diabetikov spomínané odlišnosti môžu súvisieť s vyšším stupňom sympatikotónie, už pred rozvojom mikroangiopatických a makroangiopatických komplikácií (3, 6, 7, 8, 9). Na základe literárnych údajov mechanizmus non-dippingu nie je jasný a jeho príčinou môže byť aj chronické poškodenie obličiek.

Význam monitorovania krvného tlaku pre klinickú prax má veľký význam, umožňuje napr. koreľovať subjektívne ťažkosti pacienta a objektívnu symptomatológiu, zistiť hodnoty krvného tlaku pri jednotlivých činnostiach, sledovať liečebné ovplyvnenie hodnôt krvného tlaku, zistiť stupeň závažnosti hypertenzie, vzostup krvného tlaku pri hypertenzných krízach atď.

Počítačový program umožňuje sledovať viaceré parametre, ako sú jednotlivé hodnoty krvného tlaku, maximálne a minimálne hodnoty krvného tlaku, amplitúdu, stredné hodnoty, smerodajné odchýlky, medián, variabilitu, cirkadiálny rytmus krvného tlaku, percento patologických hodnôt, priemerné hodinové hodnoty tlaku, rozdelenie do rôznych časových období, vyhodnotenie číselnou, grafickou formou, pomocou histogramov, štatisticky atď.

Viacere štúdie u veľkého počtu osôb ukázali, že optimálny krvný tlak by sa mal pohybovať v rozmedzí do 139/86 mmHg, u diabetikov s hypertenziou by sa mala diastola pri liečbe pohybovať okolo 80 mmHg. Toto potvrdzuje aj názor, že diabetici by mali byť liečení už pri „vysokých normálnych hodnotách krvného tlaku 130-139/85-89 mmHg.

## Literatúra

1. Aschermann M. a kol: Kardiologie. Praha, Galén, 2004.
2. Furlan R., Guzzetti S., Crivellaro W. et al.: Continuous 24-hour assessment of the neural regulation of systemic arterial pressure and RR variabilities in arterial in ambulant subjects. *Circulation*, 81, 1990, p.537-547..
3. Grote L., Mayer J., Penzel T. et al.: Nocturnal Hypertension and Cardiovascular Risk: Consequences for Diagnosis and Treatment. *J.of Cardiovascular Pharmacology*, 24, 1994, (Suppl.2), S26-S38.
4. Jonáš P.: Arteriová hypertenzia v tabuľkách a grafoch. CompuGraph s.r.o. 2007, 342s.
5. Kondo K., Matsubara T., Nakamura J., et al.: Characteristic patterns of circadian variation in plasma catecholamine levels, blood pressure and heart rate variability in type 2 diabetic patients. *Diabet Med*. 2002; 19: 359–365
6. Mengdent T. : Ambulatory 24- hour Blood pressure versus Self-Measured Blood pressure in Pharmacologie Trials. *J. of Cardiovascular Pharmacology*, 24 (Suppl.2), s. 20-25, 1991.
7. Rosolová H.: Arteriální hypertenze a diabetes mellitus. In: Perušičová J.: *Trendy soudové diabetologie*, sv.3. Praha, Galén, 1999, s. 11-33.
8. Stevo J.: Autonomic Nervous Function in Essential Hypertension. *Diabetes Care* 14, 1991, č.3, s. 249-259.
9. UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. *UK PDS 38. Br.Med J.*, 317, 1998, p.703-713

Recenzent: MUDr. Dušan BESTVINA

## Kontakt:

prof. MUDr. Anton LACKO, CSc.  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
Interná klinika ÚVN SNP Ružomberok - FN  
034 01 Ružomberok  
E-mail: anton.lacko@ku.sk  
lacko@uvm.sk



## Animoterapia v ošetrovatel'stve

Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

### Súhrn

Animoterapia je novou formou terapie, pri ktorej sa využíva pozitívne pôsobenie zvierat'a na zdravie človeka. Uplatňuje sa hlavne ako pomocná psychoterapeutická metóda v situáciách, kde iné metódy nemožno použiť, alebo nie sú účinné. Animoterapia sa vyvinula na podklade skúseností preverených stáročiami. Zviera pomáha zdravým aj chorým prekonávať každodenné nástrahy života. Pri animoterapii sa využívajú pozitívne účinky rôznych druhov zvierat na psychické a fyzické zdravie človeka. Medzi najznámejšie typy animoterapie patrí canisterapia (terapia pomocou psov), felinoterapia (terapia pomocou mačiek) a hippoterapia (využíva liečivú silu koní). Okrem toho sa však môže využiť aj liečivá sila akýchkoľvek iných zvierat. Vďaka animoterapii dochádza k rozvoju sociálneho cítenia, k podpore verbálnej i neverbálnej komunikácie a tiež k rozvoju hrubej aj jemnej motoriky. Animoterapia pomáha zlepšiť koncentráciu a pamäť, pozitívny vplyv má aj na psychiku človeka. Využíva pri liečbe ľudí všetkých vekových kategórií pri rôznych zdravotných problémoch. Je výbornou pomôckou pri liečbe telesne či mentálne postihnutých pacientov, ale aj pre rehabilitačných pacientov a ďalších.

**Kľúčové slová:** Animoterapia. Felinoterapia. Canisterapia. Hipoterapia. Delfinoterapia.

### Summary

Animotherapy is a new form of therapy that uses a positive action for animal health. Apply mainly as an auxiliary method of psychotherapy in situations where other methods can be used, or are not effective. Animotherapy developed on the basis of verified experience centuries. The animal helps both healthy and diseased overcome the daily dangers of life. In animoterapii the positive effects of using different species of mental and physical health. The most popular types include animotherapy canisterapy (Therapy Dog), Therapy cat (cats Therapy) and hippoterapia (uses magic power of horses). In addition, it may also use the healing power of any other animal. Thanks animotherapy there are feelings of social development, to encourage verbal and nonverbal communication and the development of gross and fine motoric. Animotherapy helps improve concentration and memory, has a positive impact on the psyche of man. It is used to treat people of all ages for various health problems. It is an excellent tool for the treatment of physically or mentally handicapped patients, but also for rehabilitation patients and others.

**Key words:** Animotherapy. Therapy cat. Therapy dog. Hippotherapy. Delfinoterapia.

**Animoterapia** pochádza z anglického výrazu animal – zviera, podľa iných názorov z latinského anima – duša. Ide o liečenie pomocou

zvierat. Ľudia už odpradáva využívali liečivú symbiózu rôznym spôsobom. V starovekých civilizáciách sa vyskytuje mnoho dôkazov uctievania až zbožňovania psov a mačiek.

Pojem animoterapia sa dostáva do povedomia odbornej, ale aj laickej verejnosti čoraz častejšie. Stále viac populárnych časopisov prinášajú zmienky o tomto druhu liečby. Na Slovensku k tejto téme je stále málo literatúry.

Terapeutický efekt animoterapie spočíva v používaní techník, ktoré posilňujú dlhodobé priateľské vzťahy so zvierat'om a dopĺňajú oslabené medziľudské vzťahy. Spolužitie so zvieratami má pre človeka blahodárne účinky a využíva silné pôsobenie hmatovej stimulácie na jeho psychiku. Animoterapia aktivizuje pozitívne city, pocity radosti a potešenia, pôsobí ako motivačný činiteľ spoločenskej komunikácie a regulátor ľudského správania. Animoterapiu možno stanoviť bližšie podľa druhu zvierat'a, s ktorým sa terapia vykonáva, a to na:

- *hipoterapiu – pôsobenie koňa*
- *delfinoterapiu – pôsobenie delfína*
- *canisterapiu – pôsobenie psa*
- *felinoterapiu – pôsobenie mačky*
- *terapiu s rôznymi inými zvieratami.*

Zviera, ktoré prilipne k človeku, nedokáže rozlíšiť, či je jeho pán ideálne krásny. To iba vie, kto ho má rád a kto mu poskytne ochranu, a za to sa odvdáči podľa svojich možností a schopností. Milujúce a milované zviera nezradí a nikdy neublíži, zle vychované a nemilované zviera môže byť naopak agresívne. S domácimi zvieratami je možné komunikovať, sú predmetom rozhovoru s ostatnými ľuďmi. Zlepšujú tak kolektívnu psychickú atmosféru v zdravotníckych zariadeniach, ústavoch sociálnej starostlivosti, či domácnostiach. Napríklad chorí ľudia chovajúci zvieratá majú nižšiu hladinu krvného cukru, tuku a nižšiu krvnú

tlak než ľudia, ktorí nechovajú žiadne zviera, a tiež menej trpia depresiami. Chované zvieratá majú totiž antidepresívny účinok, pretože dokážu milovať človeka s nepredstieranou láskou (Nerandžič, 2006, s. 20).

**Canisterapia** je špeciálna forma zooterapie, ktorá sa používa ako netradičná podporná terapia. Výraz canisterapia vznikol spojením dvoch slov : latinského „canis“ v preklade „pes“ a gréckeho „therapia“, čo znamená liečba, liečenie, ošetrovanie. Canisterapia je novou formou terapie, pri ktorej sa využíva pozitívne pôsobenie psa na zdravie človeka. Uplatňuje sa hlavne ako pomocná psychoterapeutická metóda v situáciách, kde iné metódy nemožno použiť alebo iné nie sú účinné. Canisterapia je jednou z metód rehabilitácie slúžiacej k podpore psychosociálneho zdravia ľudí všetkých vekových kategórií, pri ktorej sa využíva vzťah medzi človekom a psom. Veľmi úzky vzťah a spolupráca musí vzniknúť medzi psovodom a psom, preto o nich hovoríme ako o canisterapeutickom tíme. Pes sa musí na svojho psovoda orientovať a psovod svojho psa poznať, dôverovať mu. Okrem vhodnej výchovy musí byť pes špeciálne pripravovaný, a tým uspieť pri skúškach canisterapeutického tímu (Kalinová, 2006). Za účastníkov canisterapie považujeme chovateľa psa, majiteľa psa (psovoda), canisterapeutického psa ako co-terapeuta, špecialistov, klienta, zdravotne sociálnu inštitúciu, rodinu alebo iné sociálne prostredie klienta. Podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) ide o formu terapie, pri ktorej sa využíva pozitívne pôsobenie psa domáceho (*Canis familiaris*) na fyzickú, psychickú a sociálnu pohodu človeka.

Vplyv psa na pacienta. Vedci presne nevedia, akým spôsobom kontakt so psom ovplyvňuje ľudský organizmus, ale domnievajú sa, že citový vzťah k zvierat'u pomáha uvoľňovať interferón, proteín, ktorý posilňuje imunitný systém. Liečivé pôsobenie



zvieratá do značnej miery súvisí s empatiou, nepodmieneným rešpektom a láskou, ktoré sú zvieratá schopné prejavovať. Pozitívne pôsobenie psa na psychické zdravie človeka sa využíva v rozličných oblastiach psychoterapie. *Je vedecky dokázané, že:*

- priateľstvo so zvieratám pomáha nadväzovať, zlepšovať a upevňovať medziľudské vzťahy,
- pacienti po prekonaní infarktu myokardu, ktorí v živote vlastnili aspoň jedno zvieratko, sa dožívajú vyššieho veku ako tí, ktorí žiadne zviera nechovali,
- hladením a pestovaním psika v náručí dochádza u pacientov k regulácii vysokého krvného tlaku,
- prítomnosť psa podnecuje k premýšľaniu a k rozvoju komunikácie medzi ľuďmi s komunikačnými problémami,
- prítomnosť psa v rehabilitačnom zariadení odbúrava pozornosť od bolesti sprevádzajúcej namáhavé cvičenia,
- výučba so psom pomáha deťom pri zvládaní logopedických problémov,
- návštevy psov v nemocniciach pomáhajú dlhodobo hospitalizovaným pacientom prekonať depresie z choroby, čím dochádza k zlepšeniu psychického zdravia a následne na to k rýchlejšiemu zotaveniu,
- v geriatrických zariadeniach návštevy psov pomáhajú obyvateľom zdolať samotu a smútok zo straty svojich blízkych.

Prvé použitie zvierat v nemocniciach v USA sa podľa dochovaných správ odohralo v roku 1919. Sekretár Ministerstva vnútra, Franklin K. Lane napísal vtedy Dr. W. A. Whiteovi, supreintendentovi nemocnice sv. Elizabethy v meste Washington a navrhol mu použitie psov v nemocniciach ako „kamarátov k hrám pre rozptýlenie pacientov“ (Galajdová, 1999).

Úsilie začleniť zvieratá do klinickej psychológie, ktoré už začalo od 2. svetovej vojny, bolo v 70-tych rokoch korunované úspechom Borisa Levinsona, amerického detského psychológa z Univerzity Yeshiva. Úplne náhodou objavil, že zvierací spoločník môže byť veľmi cenným spoluterapeutom emocionálne narušených detí. Svedčí o tom aj nasledujúci príbeh. Levinson práve pracoval s chlapcom, ktorý mal značné problémy s nadväzovaním kontaktu s ľuďmi. Levinsonov pes nemal bežne dovolené zdržiavať sa v ordinácii, keď jeho pán očakával klienta. No v ten deň prišiel chlapec skôr, ako boli dohodnutí. Pes sa chlapcovi na prvý pohľad zapáčil a dokonca na veľké prekvapenie na psa aj prehovoril. Toto náhodné stretnutie psa a chlapca sa neskôr stalo kľúčom k vyriešeniu chlapcovho problému. Na základe tohto úspechu podnecoval Levinson začleňovanie dobre a vhodne vybratých domácich zvierat do detskej psychoterapie k uľahčeniu a urýchleniu terapeutického procesu. Zároveň tiež požadoval seriózný výskum v tejto oblasti k stanoveniu presných hraníc a zásad terapie a odporúčal, podľa akých kritérií vyberať, cvičiť, či vychovávať zvieratá vhodné pre túto ušľachtilú prácu (Galajdová, 1999).

S narastajúcou profesionalitou terapeutov sa v 80-tych rokoch začalo rozlišovať medzi činnosťou za účasti zvierat a terapiou za pomoci zvierat. Rôzne druhy terapie dostali špeciálne pomenovanie podľa toho, aké zviera sa v terapii využíva – hippoterapia, felinoterapia, canisterapia. V súčasnosti sú psi terapeuti využívaní v domovoch dôchodcov, v detských domovoch, v liečebniach, školách, či väzniciach (Nerandžič, 2006).

V roku 1990 bola v USA založená Medzinárodná organizácia IAHAIO (International Association of Human – Animal Interaction Organizations – organizácia zastrešujúca

národné spoločnosti zaoberajúce sa výskumom vzťahu ľudí a zvierat). Na Slovensku sa o tomto druhu terapie začalo písať len nedávno. V roku 1997 bola v Prievidzi založená Slovenská Asociácia Psov – Terapeutov (SAPT).

Terapeutické asistujúce psy

Návšteva s terapeutickým asistujúcim psom je cielene vybraný zákrok, v ktorom pes spĺňa špecifické kritériá a je súčasťou liečebného procesu. Tieto návštevy sú vedené pod dohľadom odborníka, terapeuta. Cieľom je zlepšenie fyzickej, psychickej, sociálnej a emocionálnej kondície. Terapia je poskytovaná v určitom množstve sedení a je individuálna alebo skupinová. Pokroky môžu nastať pri každom sedení (Šipkovsky, 2005).

Zvieratá môžu byť združené do množstva programov, a to:

- *fyzické zdravie* (vylepšiť jemnú a hrubú motoriku, udržanie rovnováhy)
- *mentálne zdravie* (zvýšiť pozornosť, sebadôveru, verbálne interakcie medzi pac.)
- *výukový program* (zlepšiť výslovnosť, pamäť, znalosť významu slov)
- *motivačný program* (zlepšiť ochotu zapájať sa do činnosti v skupine, vzťahy k ošetrovateľskému personálu, zlepšiť vzťahy medzi sebou)

*Možnosti využitia canisterapie*

Canisterapia je pomocná (podporná) psychoterapeutická metóda, ktorá sa využíva pri riešení rôznych situácií, kde iné metódy zlyhávajú, alebo sa nedajú použiť. Je vhodnou súčasťou pre zlepšenie nasledujúcich postihnutí a ochorení.

*Výsledky canisterapie možno pozorovať u:*

- **Pacienti s detskou mozgovou obrnou** – pes sa stáva ich priateľom, ale aj motiváciou k pohybu a rehabilitácii. Je zdrojom nových podnetov, spestrením jednotvárneho života. Vychováva k zodpovednosti a empatii, odvádza pozornosť od vlastných problémov.
- **Starí ľudia v domovoch dôchodcov** – často trpia pocitmi nepotrebnosti, straty motivácie ďalej žiť. Psy prebúdajú v týchto osobách pozitívne emócie. Sú zmenou v ich živote, umožňujú telesný kontakt. Zlepšuje sa ich vzájomná komunikácia, spoločná radosť uvoľňuje často napäté vzťahy.
- **Mentálne postihnutí** – pes udrží duševne zaostalejšieho človeka v pozornosti dlhšie ako iné objekty, pozoruje a skúma ho. Dotyky a hladenie upokojujú potrebu po nežnosti, ktorá je u nich často zvýšená. Je výchovným prostriedkom, motivuje k rehabilitácii a rozvoju jemnej motoriky, rozvíja motorické schopnosti, podporuje spontánnosť prejavu týchto ľudí.
- **Autisti** – typická je pre nich zahľbenosť do svojho sveta, psík im pomáha obracať ich pozornosť navonok, dokáže ich vytrhnúť z ich vnútorného sveta, zlepšuje spoločenské chovanie, zmiernuje agresivitu voči okoliu. U autistov je vhodnou doplnkovou terapiou a zviera pomáha týmto ľuďom obracať ich pozornosť smerom navonok, teda k okoliu.
- **Dospelí a deti v nemocnici** – psy sú rozptýlením v nemocničnej rutine, odvádzajú pozornosť od bolesti, choroby, utrpenia. Rozrušeným, zmäteným, vystrašeným osobám pomáhajú zlepšiť komunikáciu, slúžia tiež ako výchovný prostriedok (Šipkovsky, 2005).

**Felinoterapia** – stavia na podobných princípoch ako canisterapia, ale nemá takú dlhú tradíciu. Pritom mačky sú v mnohých prípadoch vhodnejšie ako psy, na viac, nemusia prechádzať

žiadnymi zvláštnymi skúškami. Vybraté mačky musia mať pokojnú, milú a ústretovú povahu a musia byť stopercentne zdravé.

Základom felinoterapie je využitie vrodeneho daru empatie, intuície a liečivej energie mačiek. To môže dokázať človeku zabudnúť na bolesť a utrpenie, navodzovať duševnú harmóniu a napomáhať nájsť stratenú životnú rovnováhu, odmietat' pocit samoty. Oblasť psychická je s oblasťou fyzickou veľmi úzko spojená. Handicapovaný človek sa môže cítiť vyhostený z ľudskej spoločnosti, uzatvárať sa do seba, prestávať komunikovať s okolím a nadväzovať sociálne kontakty. Zvieratá dokážu človeku veľa nahradiť, pretože ho prijíma bez predsudkov a podmienok a pritom mu poskytuje dostatok podnetov vrátane náhradnej citovej väzby (Pinkavová, 2007).

Felinoterapia v domovoch pre seniorov skráti dlhú chvíľu, umožní zabudnúť na osobné trampoty a celkovo upokojí organizmus. Felinoterapia prevádzaná v užšom kolektíve povzbudzuje dlhodobú pamäť a komunikáciu, keď si klienti vybavujú svoje predchádzajúce skúsenosti s domácimi zvieratami a delia sa o svoje spomienky s ostatnými.

Taktiež je to ideálne podpora pri liečbe závislosti, neuróz, nepokoja, stresu s cieľom korigovať problémové chovanie a mierniť dôsledky postihnutia. Známe sú aj účinky felinoterapie pri znižovaní krvného tlaku, podporná liečba pri psychických problémoch, stresov, pocitoch úzkosti prostredníctvom bezprostredného kontaktu a dotykom.

**Hipoterapia** je využitie koňa pri liečbe. Prvá zmienka o liečbe pomocou koní pochádza od Hippokrata, ktorý odporúčal jazdu na uvoľnenie stuhnutého svalstva. Galenos ju odporúčal pre cvičenie tela a zmyslov. Hipoterapia je komplexná rehabilitačná metóda vychádzajúca z neurofyziologických základov, ktorá využíva nasadenie koňa na liečebné účely. Jej pôsobenie je komplexné, zasahuje oblasť rehabilitácie, psychológie a resocializácie (King, 2007).

**Delfinoterapia** je využitie delfína pri liečbe. Delfína môžeme pokojne označiť za jednu z najúžasnejších bytostí prírody. Sympatickými ich robí najmä ich povestný „úsmev“, ale aj schopnosť liečiť. Tieto cicavce žijú životom ryby, pod vodou dokážu plávať 15 minút bez nadýchnutia, medzi sebou komunikujú zvláštnymi mľaskavými a cvakavými zvukmi a ich inteligencia dlho nedala spať viacerých vedcom. Dodnes sa nezistilo ako a prečo má na človeka plávanie s delfínmi pozitívny vplyv. Hovorí sa, že vysielajú elektromagnetické vlnenie, ktoré dokáže ovplyvniť niektoré procesy v našom tele. Niektorí zas tvrdia, že ultrazvuk delfínov stimuluje endokrinný systém človeka. Tieto zvieratá dokonca dokážu priaznivo ovplyvniť naše mozgové vlnenie. Aj ďalšie experimenty ponúkajú zaujímavé zistenia. Zistilo sa, že niektoré deti sa vďaka delfínom učili dva až desaťkrát rýchlejšie ako deti, ktoré do kontaktu s delfínmi neprišli. Tiež sa zistilo, že delfinoterapia zlepšuje sociálnu situáciu rodín s postihnutými deťmi. Dôkazov, že delfinoterapia funguje je veľmi veľa. Faktom tiež je, že stretnutie s delfínom, dotyky a zvuky, ktoré vydávajú, pôsobia veľmi pozitívne na psychiku postihnutého dieťaťa.

## **Záver**

Animoterapia v zahraničí, najmä v USA, tvorí rovnocennú súčasť psychoterapie. U ťažko chorých pacientov, ktorých primárnym problémom nie je psychický problém (napr. onkologickí pacienti, pooperačné stavy) sa prostredníctvom hľadania zvierat a verbálnou i neverbálnou komunikáciou so zvieratom aktivujú vnútorné zdroje, urýchľuje sa rekonvalescencia pacientov a klesá ich chorobnosť. Zvieratá však môžu pomôcť aj zdravým ľuďom zvládnuť ťažké životné obdobia sprevádzané citovým vypätím, depresiami a stresom. Vedci zatiaľ presne nevedia, akým spôsobom kontakt so zvieratom ovplyvňuje ľudský organizmus. Domnievajú sa, že citový vzťah k zvieratú pomáha uvoľňovať interferón, ktorý posilňuje imunitný systém, a endorfíny, ktoré zvyšujú prah bolesti. Liečivé pôsobenie zvierat do značnej miery súvisí s empatiou, nepodmieneným rešpektom a láskou, ktorú sú zvieratá schopné prejavovať. Uspokojenie týchto potrieb v kombinácii s dotykom živej bytosti pomáha viesť pacienta do lepšieho duševného stavu. Podľa ľudí veriacich v parapsychológiu tiež údajne dochádza k interakcii energetických polí pacienta a zvieratá.

## **Literatúra**

1. Galajdová, L. 1999. *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. Praha: Grada Publishing, 1999. 160 s. ISBN 80-7169-789-3.
2. Kalinová, V. 2006. *Canisterapie – terminologický úvod*. In *Pes a mačka*. Bratislava: Samosato spol. s r.o., 2006, roč. VI., 8, s. 15. ISSN 1335-7778.
3. King, M. 2007. *Animal-Assisted Therapy: A Guide For Professional Counselors, School Counselors, Social Workers, And Educators*. Authorhouse (October 2007)
4. NEerandžič, Z. 2006. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
5. Pinkavová, H. 2007. *Význam felinoterapie (The meaning of feline therapy)*. In *Sborník II. mezinárodní konference ošetrovatelství, Nové trendy v ošetrovatelství*. 2007. vyd. Brno: NCO NZO, 2007. p. 46-48, 2 pp. ISBN 978-80-7013-451-1.
6. Šipkovský, M. 2005. *Canisterapie*. In *Život so psom: časopis pre milovníkov psov, na podporu opustených zvierat a činnosti U.V.P. Č. 1. I. roč. r. 2005*. ISSN 1213-7278, s. 12-13.

## **Internetové zdroje:**

<http://www.canisterapia.sk>  
<http://www.metoo.sk/content/view/2941>  
<http://sk.wikipedia.org/wiki/Hipoterapia>

Recenzent: RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.

## **Kontakt:**

PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
034 01 Ružomberok  
E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

# Protónová terapia – moderný nástroj v boji proti rakovine

Marcel Hanula

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - fakultná nemocnica

## Súhrn

Výskyt nádorových ochorení na Slovensku i v zahraničí má rastúci trend. Jedným zo spôsobov liečby je ožarovanie, pričom v súčasnosti sa najviac využívajú fotóny produkované v lineárnych urýchľovačoch. V prípade fotónov klesá dávka exponenciálne, v dôsledku čoho sa ožaruje aj veľký objem zdravých tkanív. Protóny sa však vyznačujú Braggovým maximom, ktoré je možné zacieliť priamo do nádoru a dosiahnuť výrazné šetrenie zdravých tkanív. Na konci Braggovho maxima dochádza k prudkému nárastu biologickej účinnosti, čo treba pri plánovaní liečby zobrať do úvahy. Medzi najčastejšie indikácie protónovej terapie patria uveálne melanómy, nádory prostaty, nádory spodiny lebečnej, chordómy, chondrosarkómy a pediatrické nádory. Prvým centrom protónovej terapie v SR sa stane centrum v Ústrednej vojenskej nemocnici v Ružomberku, kde toho času prebieha montáž urýchľovača s príslušenstvom. Na ožarovanie protónmi sa bude využívať technika skenovania zväzku, ktorá umožňuje maximálne šetrenie zdravých tkanív.

**Kľúčové slová:** Rádioterapia, protónová terapia, indikácie, Braggovo maximum, distribúcia dávky, relatívna biologická účinnosť, skenovacia technika, Ústredná vojenská nemocnica

## Summary

The incidence of cancer in Slovakia and abroad is growing. One of treatment modalities is radiotherapy and currently the most used are the photons produced in the linear accelerators. In the case of photons the dose falls exponentially resulting in large volume of healthy tissues being irradiated. However the protons are characterised by the Bragg peak, which can be targeted directly into the tumour thereby achieving substantial sparing of healthy tissues. At the end of the Bragg peak the biological effectiveness rises rapidly which should be taken into account during the treatment planning. The most common proton therapy indications are uveal melanomas, prostate tumours, tumours of the base of skull, chordomas, chondrosarcomas and pediatric tumours. The first proton therapy centre in the Slovak Republic will be the centre in the Central Military Hospital in Ružomberok, where the assembly of the accelerator and accessories is underway. The beam scanning technique will be used for the proton irradiations allowing maximum sparing of healthy tissues.

**Key words:** Radiotherapy, proton therapy, indications, Bragg peak, dose distribution, relative biological effectiveness, scanning technique, Central Military Hospital

Ročne je na Slovensku diagnostikovaných už viac ako 24 000 nových prípadov zhubných nádorových ochorení. V rebríčku príčin úmrtnosti figurujú nádorové ochorenia na Slovensku i vo svete na druhom mieste hneď za kardiovaskulárnymi ochoreniami. Navyše ich incidenciu neustále rastie, čo pravdepodobne súvisí jednak s civilizačnými faktormi a jednak s kvalitnejšou diagnostikou. Vďaka moderným diagnostickým prístrojom a screeningovým programom je možné rakovinu zachytiť vo včasnom štádiu, čo zlepšuje šance pacienta na vyliečenie.

Popri chirurgii, chemoterapii a ďalších liečebných modalitách má v liečbe rakoviny nezastupiteľné miesto aj rádioterapia. Tá je založená na poznatku, že nádorové bunky reagujú citlivejšie na ionizujúce žiarenie ako bunky zdravých tkanív. Cieľom rádioterapie je aplikovať na nádor letálnu dávku pri čo najmenšom poškodení zdravých tkanív. Prekročenie tolerančných dávok môže mať za následok ich vážne a nevratné poškodenie.

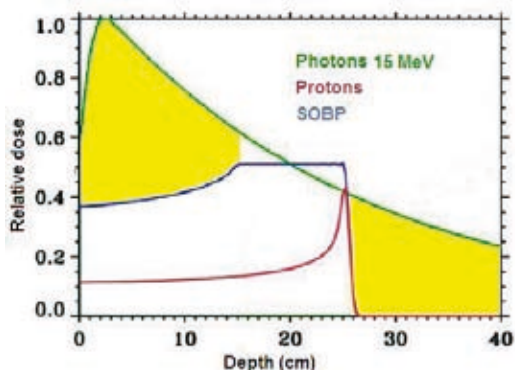
V súčasnej praxi sa na hĺbkovú liečbu ionizujúcim žiarením používajú predovšetkým fotóny produkované komerčne dostupnými lineárnymi urýchľovačmi alebo rádionuklidovými ožarovačmi. Absorbovaná dávka tohto žiarenia klesá za maximum nachádzajúcim sa v hĺbke do 3 cm exponenciálne. To znamená, že maximum dávky zvyčajne nekoreluje s umiestnením nádoru. Okrem toho určitú dávku dostanú aj orgány ležiace za nádorom. Takto sa zbytočne ožaruje často pomerne veľký objem zdravých tkanív.

Výhody protónovej terapie v porovnaní s konvenčnou rádioterapiou vychádzajú z odlišného spôsobu odovzdávania energie látky. Protóny odovzdávajú najviac energie na konci

svojej dráhy a táto oblasť je známa ako Braggovo maximum. Dávka za Braggovým maximom ostro klesá až na nulu. Tým sa protóny výrazne líšia od fotónov, pri ktorých dávka klesá exponenciálne. Poloha Braggovho maxima závisí od energie fotónov. Jej vhodnou voľbou možno preto doceliť, aby bola maximálna dávka priamo v nádore. Za nádorom bude dávka nulová. Túto výhodu možno naplno využiť v prípadoch, keď sa tesne za nádorom nachádza rizikový orgán.

Porovnanie rozloženia dávky v závislosti od hĺbky pre fotóny a pre protóny je na obr. č. 1. Zelená krivka zodpovedá fotónom s energiou 15 MeV, červená protónom bez energetickej modulácie a modrá krivka zodpovedá zväzku fotónov s energetickej moduláciou. Žltá plocha pod grafom predstavuje hodnotu integrálnej dávky, o ktorú možno pri zachovaní rovnakej dávky v cieľovom objeme znížiť radiačnú záťaž pacienta, ak sa namiesto fotónov použije zväzok protónov. Všeobecne sa udáva, že ide o 2 až 3-násobné zníženie integrálnej dávky. Tým sa zároveň znižuje rádiotoxicita liečby a vzniká priestor pre eskaláciu dávky v nádore. Nižšia integrálna dávka je veľmi dôležitá pre detských pacientov, u ktorých sa očakáva dlhodobé prežívanie po absolvovaní liečby. Je známe, že rádioterapia u detí vedie k celému radu vedľajších účinkov ako je spomalenie rastu alebo nerovnomerný rast jednotlivých kostí, zníženie intelektu, sterilita, prípadne sekundárne rakovinové ochorenie vyvolané žiarením. U detí teda nestačí rakovinu vyliečiť, ale je treba myslieť aj na dlhodobé zabezpečenie kvality ich života. Protónová terapia má potenciál na výrazné zníženie nežiadúcich účinkov ožarovania detských pacientov.





**Obrázok 1** Porovnanie rozloženia dávky v závislosti od hĺbky vo vode pre fotóny s energiou 15 MeV (zelená krivka), protóny bez energetickej modulácie (červená krivka) a protóny s energeticou moduláciou (modrá krivka)

**Tabuľka 1** Indikácie pre protónovú terapiu

Oblasť	Ochorenie
Mozog a miecha	Izolované mozgové metastázy Recidívy niektorých nádorov mozgu Adenómy hypofýzy Artério-venózne malformácie (AVM)
Spodina lebečná	Meningiómy Akustické neurómy Chordómy a chondrosarkómy
Oko	Uveálne melanómy Vekom podmienená degenerácia makuly
Hlava a krk	Nádory nasofaryngu (primárne a recidívy) Nádory orofaryngu Nádory paranasálnych sinusov
Hrudník a brucho	Inoperabilný nemalobunkový karcinóm pľúc Chordómy a chondrosarkómy Nádory pečene Nádory retroperitonea Paraspinalné nádory
Panva	Nádory prostaty Chordómy a chondrosarkómy
Detské ochorenia	Nádory mozgu a miechy Nádory orbity a očí Sarkómy spodiny lebečnej a chrbtice Nádory v oblasti brucha a panvy

### Indikácie protónovej terapie

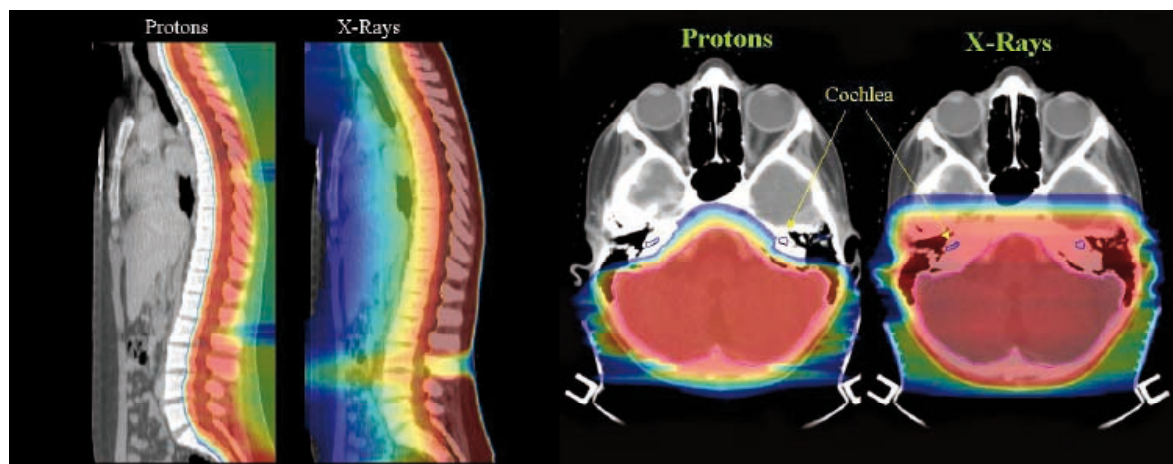
Protónovú terapiu je vhodné použiť vtedy, ak sa očakáva jej benefit v porovnaní s konvenčnou rádioterapiou. V súčasnosti je ešte protónová terapia v celosvetovom meradle málo rozšírená, čo súvisí s podstatne vyššími investíciami v porovnaní s liečbou fotónmi. Počet centier protónovej terapie sa však z roka na rok zvyšuje, čím narastá aj počet pacientov, ktorí môžu túto modernú liečbu podstúpiť.

Indikácie pre protónovú terapiu sú zhrnuté v nasledujúcej tabuľke. Tento zoznam však nemožno považovať za konečný a definitívny, nakoľko neustále pribúdajú nové poznatky a skúsenosti.

V rádioterapii sa pracuje s dvoj-, resp. trojrozmerným obrazom anatómie pacienta, na ktorom sa zobrazuje rozloženie dávky. Kvôli jednoduchšej orientácii sa používa farebná škála, ktorá priradzuje rôzne veľkej dávke určitú farbu. Na nasledujúcich príkladoch zodpovedá červená farba najvyššej a modrá farba najnižšej dávky.

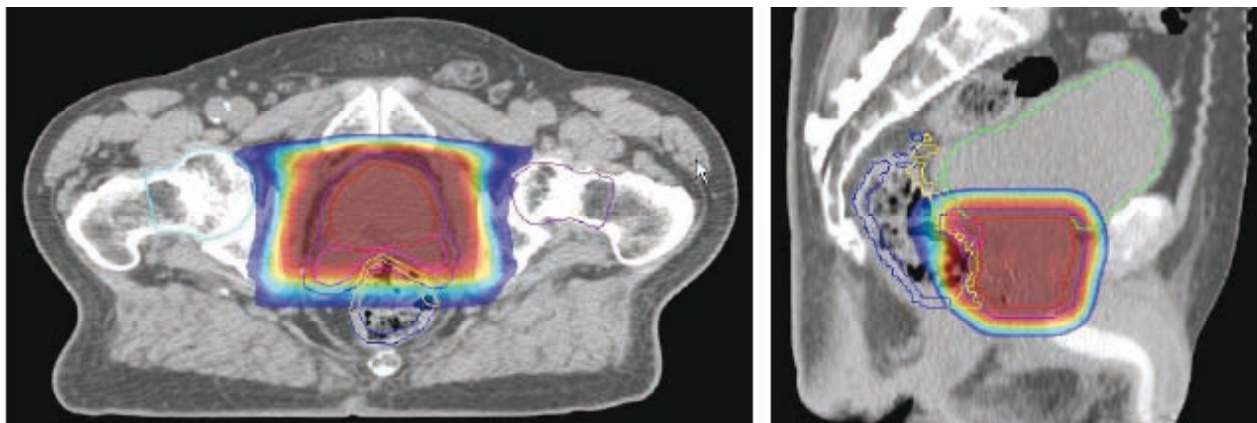
Meduloblastóm je najčastejším detským zhubným nádorom mozgu. Vzniká v tej časti mozgu, ktorá kontroluje udržiavanie rovnováhy a koordináciu. Rýchlo rastie a často sa šíri do centrálného nervového systému. Pri tejto diagnóze sa ožaruje celý mozog a miecha. Ožarovaním protónmi možno dosiahnuť nulovú dávku v orgánoch nachádzajúcich sa vo ventrálnej časti panvy a hrudníka. Navyše je možné predísť ožiareniu zdravého mozgového tkaniva v okolí nádoru vrátane cochlely – orgánu, ktorého poškodenie môže viesť k trvalej strate sluchu. Porovnanie dávkovej distribúcie pri ožarovaní fotónmi a protónmi je na obr. č. 2.

Na ďalších dvoch obrázkoch je znázornená distribúcia dávky pri použití protónovej terapie v prípade adenokarcinómu prostaty, resp. chordómu v oblasti L-chrbtice. Aj v týchto prípadoch vedie liečba protónmi k šetreniu okolitých zdravých tkanív.

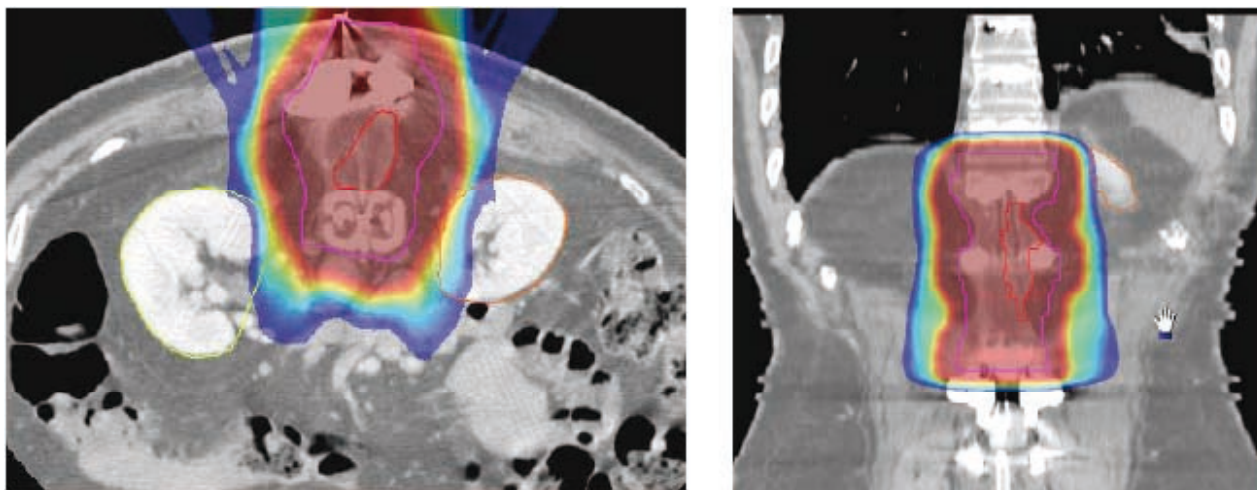


**Obrázok 2** Porovnanie dávkovej distribúcie pri ožarovaní spinálnej osi pri meduloblastóme fotónmi („X-Rays“) a protónmi





Obrázok 3 Adenokarcinóm prostaty, skoré štádium. Protónová terapia znižuje dávku vo femure, močovom mechúre a rekte



Obrázok 4 Chordóm v oblasti L-črbtice. Protónová terapia znižuje dávku v obličkách a črevách

### Relatívna biologická účinnosť

V rádioterapii sa na vyjadrenie kvantity ionizujúceho žiarenia používa pojem dávka. Ide o fyzikálnu veličinu, ktorá udáva, aká veľká energia sa absorbuje v látke s hmotnosťou 1 kg. Samotná dávka však nevyjadruje biologické účinky ionizujúceho žiarenia, pretože tie závisia aj od ďalších faktorov. Jedným z nich je aj tzv. relatívna biologická účinnosť (skr. RBE z angl. „relative biological effectiveness“). Tá je definovaná pomerom:

$$RBE = \frac{\text{dávka referenčného žiarenia na vyvolanie daného biologického účinku}}{\text{dávka skúmaného žiarenia na vyvolanie rovnakého biologického účinku}}$$

Referenčným žiarením je žiarenie umelého rádionuklidu  $^{60}\text{Co}$ , ktorý sa v rádioterapii v minulosti hojne využíval a aj dnes ho môžeme nájsť na viacerých pracoviskách radiačnej onkológie. Relatívna biologická účinnosť teda udáva, koľko krát biologicky účinnejší je určitý typ žiarenia v porovnaní s  $^{60}\text{Co}$ .

Za štandard v súčasnej radiačnej onkológii možno označiť fotóny, ktoré vznikajú v lineárnych urýchľovačoch elektrónov. RBE tohto druhu žiarenia je rovné jednej. Inými slovami fotóny sú rovnako biologicky účinné ako žiarenie  $^{60}\text{Co}$ . To však už neplatí pre protóny, ktoré majú úplne iné vlastnosti. Za akúsi strednú hodnotu RBE pre protóny bola prijatá hodnota 1,1. V skutočnosti však biologická účinnosť protónov nie je konštantná, ale rastie smerom k distálnemu okraju Braggovho maxima. V dôsledku

tohto efektu dochádza k nárastu biologického dosahu protónov o 1 až 2 mm v porovnaní so situáciou, kedy by bola RBE konštantná. S týmto efektom treba počítať pri plánovaní ožarovania.

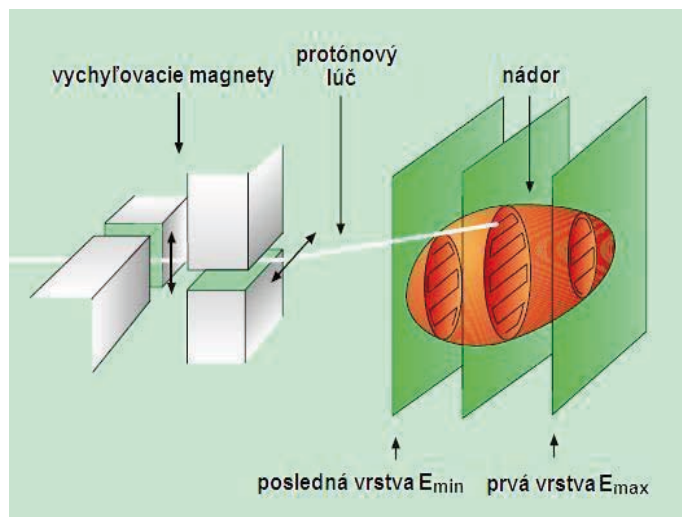
### Protónový terapeutický komplex Cyklotrónového Centra Slovenskej Republiky v Ústrednej vojenskej nemocnici SNP Ružomberok - FN

Slovensko je dnes vďaka projektu Protónového terapeutického komplexu (PTK) Cyklotrónového Centra SR v ÚVN Ružomberok na ceste k dosiahnutiu špičkovej úrovne v oblasti rádioterapie onkologických ochorení. Hlavným cieľom projektu je vybudovanie pracoviska protónovej terapie v Ústrednej vojenskej nemocnici SNP v Ružomberku - FN, jeho skoré uvedenie do prevádzky a rozšírenie novej metódy liečby v SR i v ďalších krajinách EÚ. Projekt počíta so zriadením spoločného slovensko-ruského výskumno-referenčného pracoviska.

Výstavba PTK v ÚVN v Ružomberku bola zahájená 6. mája 2008, kedy bol slávnostne položený základný kameň nového pavilónu protónovej terapie. Montáž urýchľovača v ÚVN sa začala v auguste 2009 (pozri obr. č. 5) a jej ukončenie a spustenie urýchľovača do skúšobnej prevádzky je plánované na november 2009. Nasledovať bude séria dozimetrických meraní a kalibrácia protónového zväzku a po získaní certifikátu bude možné spustiť klinickú prevádzku.



**Obrázok 5** Urýchľovač protónov (synchrotrón) počas montáže v novej budove PTK v ÚVN v Ružomberku



**Obrázok 6** Princíp techniky skenovania protónovým lúčom

Zariadenie dodáva ruská firma ProTom, ktorá pracuje pod záštitou Fyzikálno-technického centra Ústavu fyziky P. N. Lebedeva Ruskej akadémie vied a má sídlo v meste Protvino. Ide o zariadenie tretej generácie, ktoré sa vyznačuje predovšetkým kompaktnosťou a nízkymi obstarávacími a prevádzkovými nákladmi. Zariadenie pozostáva zo zdroja protónov, urýchľovača – protónového synchrotrónu, systému pre skenovanie zväzku, vertikálneho CT tomografu a systému fixácie pacienta. Samotný synchrotrón má priemer iba necelých 5 m a poskytuje horizontálny zväzok s energiou do 250 MeV, ktorej zodpovedá dolet protónov vo vode 38 cm. Takáto energia teda umožňuje ožarovať aj hlboko uložené nádory z rôznych strán.

V porovnaní s veľkými protónovými centrami v zahraničí je ruské zariadenie nenáročné na priestor a cenovo dostupné aj pre menšie nemocnice. Namiesto otáčania mohutného gantry s hmotnosťou okolo 100 t okolo pacienta sa bude otáčať kreslo s pacientom tak, aby bolo možné ožarovať nádor z rôznych smerov. Na zabezpečenie ožarovania pacienta v rovnakej polohe v akej bude snímkovaný, slúži vertikálny CT tomograf. Pomocou neho je možné taktiež skontrolovať správnosť nastavenia pacienta vzhľadom ku zväzku.

Pri ožarovaní pacienta sa bude využívať skenovacia technika umožňujúca zaviesť protónovú terapiu s modulovanou intenzitou zväzku. Táto technika pracuje s úzkym zväzkom protónov, ktorý je vychyľovaný dvoma navzájom kolmými elektromagnetmi podobne ako lúč elektrónov v klasickej televíznej obrazovke (pozri schému na obr. č. 6). Rozdiel je však v tom, že protónový lúč sa pohybuje nielen v dvoch smeroch, ale navyše sa mení aj hĺbka dosahu lúča, čo sa docieľa zmenou energie protónov. Technikou skenovania je možné dosiahnuť maximálne šetrenie zdravých tkanív a orgánov v okolí nádoru.

### Literatúra

1. brožúra Northeast Proton Therapy Center: <http://neurosurgery.mgh.harvard.edu/ProtonBeam/NPTCbrochure.pdf>
2. Goitein, M. Radiation oncology: A physicist's-eye view. Springer, 2008. ISBN 978-0-387-72644-1.
3. Jones, D. T. L. et al. ICRU Report 78 Prescribing, recording, and reporting proton-beam therapy. Oxford University Press, 2007. ISBN 9780199543489
4. Podgorsak, E. B. et al. Radiation oncology physics: a handbook for teachers and students. Vienna: International Atomic Energy Agency, 2005. ISBN 92-0-107304-6.
5. Valovičová, E. Onkologická výchova pre stredné školy. Liga proti rakovine SR, 2008. ISBN 978-80-89201-38-9

Recenzent: prof. RNDr. Ján RUŽIČKA, DrSc.

Kontakt:

Mgr. Marcel HANULA  
 Ústredná vojenská nemocnica SNP v Ružomberku - FN  
 generála Miloša Vesela 21  
 034 26 Ružomberok  
 E-mail: hanulam@uvn.sk

## Diabetici 1. typu s rozvinutou kardiálnou autonómnou neuropatiou nemajú fyziologické zníženie krvného tlaku

Anton Lacko, Ján Straka, Antonín Hruboň, Peter Machynka, Jozef Záš, Josef Květenský

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok  
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - fakultná nemocnica, Interná klinika

### Súhrn

Úloha autonómného nervového systému a jeho orgánovo špecifické funkcie sú známe. Napriek tomu určovanie adekvátnej a porušenej funkcie autonómného nervového systému v praxi sa zanedbáva. Medzi kardiovaskulárne prejavy diabetickej neuropatie patria syndróm kardiálnej denervácie, porucha regulácie krvného tlaku, abnormálna reakcia kardiovaskulárneho systému na telesnú záťaž, denervatívna hypersenzitivita, vazomotorické abnormality.

Najzávažnejším prejavom poruchy regulácie krvného tlaku u diabetikov je prítomnosť ortostatickej hypotenzie. Kontinuálne 24-hodinové monitorovanie krvného tlaku pomocou prístroja s počítačovým vyhodnotením jednotlivých parametrov umožňuje zaznamenať cirkadiálny priebeh krvného tlaku. Cieľom práce bolo vyšetriť diurnálne profily krvného tlaku u diabetikov s rozvinutou kardiálnou autonómnou neuropatiou.

**Kľúčové slová:** Diabetes mellitus. Autonómny nervový systém. Kardiálna autonómna neuropatia. Kontinuálne monitorovanie TK.

### Summary

The main task of autonomous nervous system as well as its organ specific function is well known. In spite of it, the diagnosis of this system often ends up in a background, and is many times neglected. We recognize these symptoms of cardio vascular diabetic neuropathy: Cardio denervation syndrome, disorder in blood pressure regulation, abnormal reaction of cardio vascular system to physical exercise, denervational hypersensitivity and vasomotoric abnormalities.

The most serious system of blood pressure regulation disorder is orthostatic hypotension. Continuous 24-hour monitoring enables us to keep a record of circadian course of blood pressure. The main objective of this study was to examine diurnal profiles of blood pressure in diabetic patients with developed cardio autonomous neuropathy.

**Key words:** Diabetes mellitus. Autonomous nervous system. Cardiovascular autonomous neuropathy. Continuous blood pressure monitoring.

### Úvod

Jedným z prejavov kardiálnej autonómnej neuropatie (KAN) je porucha regulácie krvného tlaku (TK). Diagnostika funkcie autonómného nervového systému (ANS) ostáva často v pozadí. Zmena tonizácie sínusového uzla sympatikom a vagom sa prejavuje ako variabilita srdcovej frekvencie (VSF). Zníženie až vymiznutie VSF dominuje pri tzv. sekundárnom autonómnom zlyhaní (napr. pri diabete, chronickom zlyhaní obličiek, pri chorobách pečene atď.). V súčasnosti sa VSF hodnotí aj spektrálnou analýzou postupnej rady 300 až 900 RR intervalov EKG s využitím rýchlej Fourierovej transformácie. Ide o rozloženie RR intervalov EKG na sínusoidy s určitou frekvenciou a amplitúdou. Tým dochádza k rozdeleniu VSF na zložku podmienenú parasympatikom a zložku na ktorej sa podieľa aj sympatikus s možnosťou znázornenia do trojrozmerného grafu. Metóda spektrálnej analýzy podáva objektívne informácie o činnosti parasympatika a sympatika (7).

### Súbor vyšetrených a metódy

Súbor vyšetrených pozostáva:

- z 25-tich zdravých jedincov (vo veku 20-40 rokov, z toho 15 mužov a 10 žien, priemerný vek 30 rokov),
- z 50-tich diabetikov 1. typu s normálnymi bazálnymi hodnotami krvného tlaku, bez mikroangiopatických a makroangiopatických komplikácií (vek 20-40 rokov, z toho 27 mužov a 23 žien, priemerný vek 35 rokov),
- z 25-tich diabetikov I. typu s rozvinutou kardiálnou autonómnou neuropatiou (vek 20-40 rokov, z toho 12 mužov a 13 žien, priemerný vek 34 rokov).

Aj u diabetikov s rozvinutou KAN bazálne hodnoty krvného tlaku boli normálne. Diabetes mellitus u všetkých diabetikov bol metabolicky kompenzovaný. Vyšetrenie ANS sme vykonali za štandardných podmienok (pri teplote v miestnosti 20 stupňov C, po 30 minútovom pokoji, so zákazom fajčenia, v dopoludňajších hodinách). KAN sme preukazovali jednak súborom testov podľa Ewinga telemetrickým meracím systémom a spektrálnou analýzou (7).

Kontinuálne meranie krvného tlaku po dobu 48 hodín sme realizovali prístrojom profilomat Disetronic Medical System. Krvný tlak sa meral oscilometrickou metódou, automaticky, každých 15-minút v priebehu ústavného pobytu. Namerané hodnoty krvného tlaku a SF spracovával počítačový program. Jedným z jeho výstupov je grafické znázornenie nameraných hodnôt.

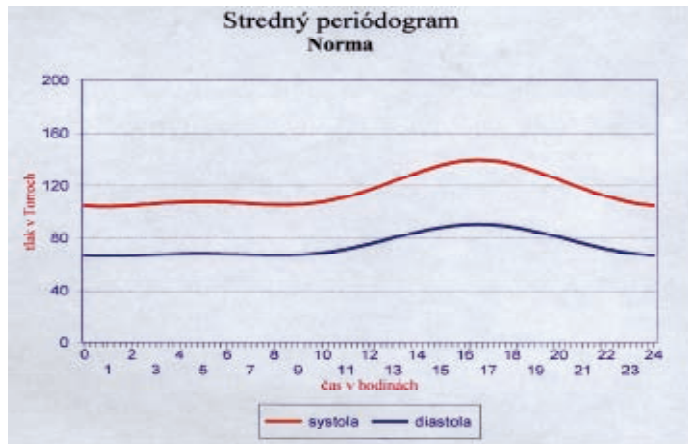
Podstatou štatistického spracovania je zjednodušenie vyhodnotenia a interpretácie výsledkov. Na tieto účely sa využíva perióda (dĺžka trvania periódy), mesor (odhad priemernej hodnoty strednej úrovne danej funkcie), amplitúda (polovica rozdielu medzi najvyššou a najnižšou hodnotou funkcie), akrofáza (čas kedy krivka dosahuje prvé maximum). Na analýzu treba viac synchronizovaných periód, čo umožňuje počítačový program, tzv. HALBERGOVA KOSINOROVÁ ANALÝZA. Namerané údaje sa rozvíjajú do sínusoidy. Sínusoida je charakterizovaná dĺžkou periódy, ktorá v prípade cirkadiálneho rytmu je 24 hodín. Perióda je charakterizovaná rytmometrickými ukazovateľmi (mesor, amplitúda, akrofáza). Prínosom kosinorovej analýzy je zdôraznenie faktoru času a rytmicity zmien pri charakterizovaní krvného tlaku (4). Toto umožňuje poukázať na neprítomnosť



diurnálnych zmien, napr. u sekundárnych hypertenzií, u pacienta po transplantácii srdca, pri rozvinutej kardiálnej autonómnej neuropatii atď. Aj strata cirkadiálneho priebehu krvného tlaku je v dôsledku zmenenej autonómnej regulácie srdca, so súčasnými cievnyimi zmenami (1,3, 5, 9, 10).

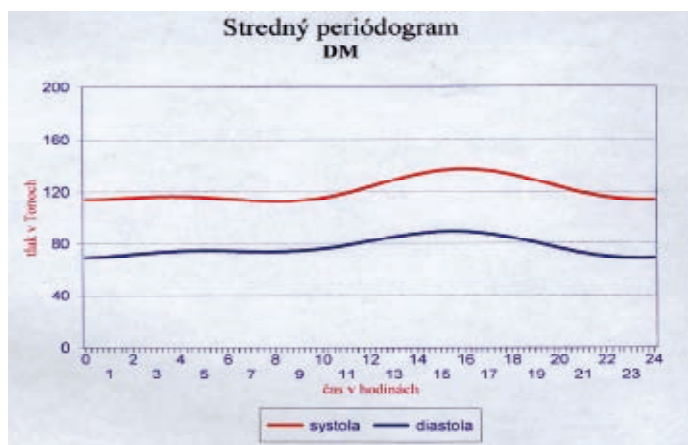
## Výsledky

U zdravých jedincov pri kontinuálnom 48-hodinovom monitorovaní krvného tlaku sme zistili signifikantné zníženie ( $p < 0,001$ ) stredného tlaku medzi jednou až piatou hodinou po polnoci, to zodpovedá údajom z literatúry. Pri čom je najväčší pokles krvného tlaku medzi 3.a 4. hodinou v noci, najväčší vzostup okolo 17. a 18. hodiny popoludní (obr. 1).



Obrázok 1 Stredný periódogram priebehu krvného tlaku u zdravých jedincov

V skupine 50-tich diabetikov I. typu u ktorých pri bežnom vyšetrení neboli zistené poruchy krvného tlaku sa periodogram krvného tlaku podobal periodogramu zdravých jedincov (obr.2).

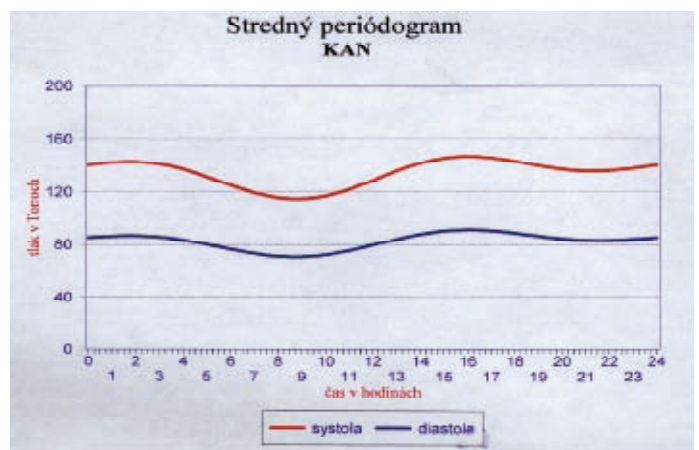


Obrázok 2 Stredný periódogram priebehu krvného tlaku u diabetikov I. typu s normálnymi bazálnymi hodnotami krvného tlaku, bez mikroangiopatických a makroangiopatických komplikácií

Na obrázku (obr.3) sú označené horná hranica normálnych hodnôt systolického a diastolického tlaku. Vrchná krivka ukazuje priebeh systolického tlaku, dolná krivka priebeh diastolického tlaku, stredná krivka hodnotu vypočítaného priemerného tlaku krvi. Spodná krivka ukazuje priebeh srdcovej frekvencie. V nočných hodinách chýba pokles krvného tlaku, naopak je zaznamenaný jeho vzostup.



Obrázok 3 Cirkadiálny priebeh krvného tlaku u diabetikov I. typu s rozvinutou kardiálnou autonómnou neuropatiou, monitorovaný počas 48 hodín



Obrázok 4 Stredný periódogram priebehu krvného tlaku u diabetikov I. typu s rozvinutou kardiálnou autonómnou neuropatiou

Odlíšnosti priebehu krvného tlaku sme zistili u skupiny diabetikov bez komplikácií, u ktorých sme preukázali v rámci podrobného vyšetrenia prítomnosť KAN (obr.4). Tieto odlíšnosti možno zoradiť nasledovne s porovnaním so zdravými jedincami:

1. V skupine 25-tich diabetikov I. typu, s rozvinutou kardiálnou autonómnou neuropatiou, ich periodogram nevykazoval nočný pokles krvného tlaku, naopak bola tendencia k hypertenzii v nočných hodinách.
2. Hodnoty systolického a diastolického krvného tlaku v tejto skupine sú signifikantne vyššie, ako u zdravých jedincov a diabetikov bez komplikácií. VSF je znížená, len s naznačeným poklesom SF v nočných hodinách.

## Diskusia

Meranie hodnôt krvného tlaku v priebehu 24-hodín automaticky, neinvazívne, v častých intervaloch, umožnilo chronobiologický pohľad na fyziológiu a patológiu diurnálnych hodnôt krvného tlaku. Pri sledovaní krvného tlaku u zdravých jedincov v priebehu dňa aj noci sa zistilo, že dochádza k fyziologickému poklesu TK v nočných hodinách (2).

U pacientov s dysfunkciou autonómneho nervového systému cirkadiálny rytmus krvného tlaku chýba (10, 11). Pokles krvného tlaku pri náhlej zmene z ležiacej polohy do stoja, môže



byť prejavom ťažkej sympatikovej denervácie. Počas telesného cvičenia môže dôjsť k zníženiu krvného tlaku následkom poruchy autonómnej regulácie u ťažko postihnutých jedincov. Má to klinické dôsledky, ktoré charakterizujú kardiiovaskulárne prejavy diabetickej neuropatie. Napr. počas celkovej anestézy sú diabetici s rozvinutou kardiálnou autonómnou neuropatiou vystavení zvýšenému riziku kardiiovaskulárnej lability (6), často sa u nich vyvíja hypotenzia počas operácie a vyžadujú zvýšené dávky vazopresorických látok na udržanie primeraného krvného tlaku (1, 6), pri akútnom infarkte myokardu títo pacienti nemusia pociťovať bolesť atď.

V našom súbore diabetikov s rozvinutou KAN sa nezaznamenal nočný pokles krvného tlaku (non-dipping). Zaznamenal sa vrchol vzostupu večer okolo 19 hodiny. V dopoludňajších hodinách je vyznačený skôr pokles krvného tlaku, čo môže svedčiť pre sklon k ortostatickej hypotenzii (8).

### Záver

Aj z našich výsledkov vyplýva dôležitosť diagnostiky kardiálnej autonómnej neuropatie. Zmena stavu ANS spôsobuje aj zmenený diurnálny rytmus krvného tlaku. Kontinuálne monitorovanie krvného tlaku u diabetikov má veľký význam. Myslieť na túto skutočnosť je potrebné, pretože prítomnosť KAN, ako aj tzv. non-dipping sa považuje za zlý prognostický ukazovateľ a závažný rizikový faktor.

### Literatúra

1. Burgos L.: Increased intraoperative Cardiovascular Morbidity in Diabetic with Autonomic neuropathy. *Anesthesiolog.* 70, 1989, č.4., s.591-597.
2. Esler M.: The sympathetic system and hypertension. *J Am Hypertens.* 2000; 13: 99S-105S
3. Gerritsen J., Dekker JM., Tenoorde BJ ET AL.: Impaired autonomic function is associated with increased mortality especially in subjects with diabetes, hypertension, or history of cardiovascular disease. *Diabetes Care*, 2001, 24, p. 1703- 1798.
4. Halberg F.: Chronobiologic engineering, s. 263-297. In: Ensminger W.D., Selam J. L.: *Infusion systems in medicine.* Mount Kisco, Futura Publ. CO. 1987.
5. Huggett R., Scott E., Gilbey S., Stoker J., Mackintosh J., David M.: Impact of Type 2 Diabetes Mellitus on Sympathetic Neural Mechanisms in Hypertension . *Circulation.* 2003;108:3097-3101
6. Kondo K., Matsubara T., Nakamura J., et al.: Characteristic patterns of circadian variation in plasma catecholamine levels, blood pressure and heart rate variability in type 2 diabetic patients. *Diabet Med.* 2002; 19: 359-365
7. Opavský J.: *Autonomní nervový systém a diabetická autonomní neuropatie.* Praha, Galén, 2002, 303s.
8. Purewal TS., Watkins PJ.,: Postural hypotension in diabetic autonomic neuropathy a review. *Diabet. Med* 1995, 12, p.192-200.
9. Takahashi N., Nakagawa M., Saikawa T.: Effect of essential hypertension on cardiac autonomic function in type 2 diabetic patients. *J Am Coll Cardiol.* 2001; 38: 232-237
10. Vinik AL., Maser RE., Mitchell BD., Freeman R.: Diabetic autonomic neuropathy. *Diabetes Care* 26, 2003, p.1553-1579.
11. Wiegmann T.B.: Recognition of Hypertension and abnormal Blood pressure with of ambulatory Blood pressure recordings in type I Diabetes mellitus 39, 1990, č.12.

Recenzent: MUDr. Dušan BESTVINA

### Kontakt:

prof. MUDr. Anton LACKO, CSc.  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
Interná klinika ÚVN SNP Ružomberok - FN  
034 01 Ružomberok  
E-mail: anton.lacko@ku.sk  
lacko@uvm.sk

## Liečebná telesná výchova po gynekologických operáciách

Mária Kopáčiková<sup>1</sup>, Jaroslav Stančiak<sup>1</sup>, Jozef Novotný<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, SR

<sup>2</sup>Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, ČR

### Súhrn

U žien zaznamenávame zvýšený výskyt ochorení ženských pohlavných orgánov nielen zápalových, ale i nádorových. V minulých rokoch boli tieto ochorenia záležitosťou zväčša starších žien, no dnes postihujú v rovnakej miere staršie i mladšie ženy, a nie zriedka si vyžadujú operačný zákrok. Vzhľadom na zvyšujúci sa výskyt ochorení je nevyhnutné poskytnúť ženám komplexnú zdravotnú starostlivosť v oblasti prevencie, diagnostiky a liečby. Súčasťou starostlivosti je liečebná telesná výchova, ktorá pomáha upraviť stav pacientky a zlepšiť funkčný stav predovšetkým brušného svalstva a svalstva panvového dna, čo zlepšuje podmienky pre priebeh operácie a pooperačný výsledok.

**Kľúčové slová:** Gynekologické operácie. Liečebná telesná výchova. Ošetrovatel'stvo.

### Summary

Nowadays in the women we are recording the increased occurrence of either inflammatory and/or tumorous diseases. In the previous years this situation was completely another, it means, more inflammation and tumours in older women. At the present time this occurrence equalized and in many of the women the operation is necessary. For this reason we have to carry out the complex health solicitude in relation to prevent this situation, in does mean, the earlier prevention, diagnostics and therapy.. For this reason healthy physical education (rehabilitation) is very important and it helps to improve either functional stage as well as conditions for better results of operation and after operation period.

**Key words:** Gynecology operation. Healthy physical education . Nursing.

### Úvod

Svetová zdravotnícka organizácia upozorňuje na civilizačné choroby, ktoré súvisia s dnešným moderným spôsobom života. Preto spojenie negatívneho vplyvu znečisteného prostredia a rizikových faktorov ako sú dedičnosť, zlá životospráva a stres zvyšuje riziko vzniku civilizačných chorôb. Množstvo novodobých fenoménov, ktoré ovplyvňujú náš život a mnohé rizikové faktory sa dajú z nášho života odstrániť rozumnou výživou, znižovaním nadváhy a vysokého cholesterolu a dostatkom pohybu. Veľkú časť populácie ohrozuje nedostatok pohybu, ktorý vedie nielen k zníženiu funkčnej schopnosti, ale aj k zníženiu odolnosti organizmu ako celku. Dnešná populácia stráca pružnosť, silu, rýchlosť a vytrvalosť.

U žien zaznamenávame zvýšený výskyt ochorení ženských pohlavných orgánov nielen zápalových, ale i nádorových. V minulých rokoch boli tieto ochorenia záležitosťou zväčša starších žien, no dnes postihujú v rovnakej miere staršie i mladšie ženy, a nie zriedka si vyžadujú operačný zákrok.

Vzhľadom na zvyšujúci sa výskyt ochorení je nevyhnutné poskytnúť ženám komplexnú zdravotnú starostlivosť v oblasti prevencie, diagnostiky a liečby. Súčasťou zdravotnej starostlivosti je liečebná telesná výchova, ktorá pomáha upraviť stav pacientky a zlepšiť funkčný stav predovšetkým brušného svalstva a svalstva panvového dna, čo zlepšuje podmienky pre priebeh operácie a pooperačný výsledok.

### Liečebná telesná výchova pri gynekologických ochoreniach

Liečebná telesná výchova je súčasťou ošetrovatel'ského procesu, ktorý využíva špeciálnych diagnostických a terapeutických metód. Cieľom liečebnej telesnej výchovy je zlepšenie pohybových schopností, psychomotorických funkcií, znovu získanie výkonnosti a zlepšenie celkového zdravotného stavu (3). K zaisteniu komplexnej liečebnej telesnej výchovy využívame všetky dostupné metódy a prostriedky. Medzi tieto metódy radíme pohybovú liečbu, fyzikálnu terapiu, ergoterapiu,

funkčnú diagnostiku a doplnkové metódy (psychologické, pedagogické, sociálne). Z prostriedkov využívame lekárske, technické (prístroje, protézy apod.), pedagogické, sociálne (napr. sociálne dávky), ďalej prírodné prostriedky (klímu, bahná, vody apd.) a využitie voľného času (3).

Liečebná telesná výchova je základným prvkom pohybovej liečby. Jedná sa o telovýchovný proces, využívajúci metodicky a pedagogicky upravenú pohybovú aktivitu u osôb so zmeneným zdravotným stavom. Jej cieľom je fyzická a psychická relaxácia a zvýšenie telesnej zdatnosti pacienta, čo prispieva k zlepšeniu celkového zdravotného stavu.

V gynekológii je vhodným doplnkom ostatných liečebných postupov, pre ktoré sa lekár rozhoduje pri jednotlivých gynekologických ochoreniach. Dobré výsledky sú vtedy, keď sa liečebná telesná výchova kombinuje s fyzikálnou terapiou a vodoliečbou či kúpeľnou liečbou. Zlepšuje zdravotný stav, vplýva na správny vývoj niektorých orgánov a prispieva k pocitu telesnej eufórie. Opodstatnenie má tak v detskom veku, ako aj v puberte a v dospelosti.

Liečebný efekt sa dosahuje tak, že sa cieľovými cvikmi zvyšuje prekrvenie orgánov, zlepšuje sa látková výmena, aktivizuje sa činnosť žliaz s vnútorným vylučovaním, podporuje sa vstrebávanie výpotkov pri zápaloch, zlepšuje sa peristaltika čriev, upevňuje sa svalstvo brušného lisu a panvového dna, podporuje vyprázdňovanie, predchádza obezite, poruchám srdcovocievneho a pohybového aparátu. Liečebná telesná výchova sa uplatňuje pri:

- nedostatočnom vývoji rodidiel,
- bolestiach v krížoch,
- chronických zápaloch vnútorných rodidiel,
- nepravidelných polohách vnútorných rodidiel,
- obezite, ktorá komplikuje liečbu gynekologických ochorení,
- zápche,
- poruche močenia,
- gynekologických operáciách.

Pri cvičení nesmieme nikdy zabúdať, že ženský organizmus má svoje špecifické vlastnosti. Ak začneme ženu posudzovať z gynekologického hľadiska malo by prísť k určitým obmedzeniam a naopak i k doporučeniam určitých cvičebných postupov.

**Fyzikálna terapia** má veľmi široké spektrum účinkov. Základnými podmienkami pre správnu indikáciu fyzikálnej terapie je znalosť mechanizmu vzniku a účinku energie na organizmus a jej kontraindikácie. Je treba správne zvoliť spôsob jej aplikácie, frekvencie, intenzitu, dĺžku jej aplikácie, frekvenciu procedúr prípadne kombináciu fyzikálnych terapií. Musíme dbať na správny postup pri aplikácii konkrétnej fyzikálnej procedúry a zohľadniť individuálne rozdiely vo vnímaní pacientov.

Upacientiek pri gynekologických ochoreniach využívame fyzikálnu terapiu s analgetickými, trofotropnými, spazmolytickými a antiedematóznymi účinkami. Fyzikálna terapia je indikovaná ošetrovujúcim lekárom individuálne podľa stavu pacientky a štádia terapie. Pri liečbe pacientiek s gynekologickým ochorením využívame negatívnu termoterapiu, interferenčné prúdy, laser, biolampu, infračervené žiarenie, liečbu teplom, krátkovlnnú diatermiu, balneoterapiu, klasická masáž.

## Liečebná telesná výchova pri gynekologických operáciách

Gynekologické operácie sa robia buď vaginálne alebo abdominálne. Cieľom liečebnej telesnej výchovy po operácii je:

- zabrániť vzniku pooperačných komplikácií prehĺbením pľúcnej ventilácie, zlepšenie krvného obehu a črevnej peristaltiky,
- cieľenými cvikmi zlepšiť prekrvenie malej panvy so snahou urýchliť hojenie operačného poľa,
- posilniť svaly, ktoré boli operáciou oslabené (svaly dna panvového a brušné svaly),
- oživiť nervovo svalovú koordináciu a zlepšiť celkovú vegetatívnu reguláciu,
- zlepšiť celkovú psychickú a fyzickú kondíciu.

Psychická rovnováha pacientky je dôležitým, veľakrát rozhodujúcim činiteľom pre výsledok operácie. Úlohou sestier, pôrodných asistentiek a zdravotníckeho personálu je, aby láskavosťou, ochotou a veľakrát i trpezlivosťou uľahčili pacientke prechod z civilného života do nového prostredia. Celkové usporiadanie a prevádzka oddelení majú pôsobiť upokojujúcim dojmom, ale zároveň pobyt nemocnej na oddelení pred operáciou zbytočne nepredlžujeme. Lekár pacientke vysvetlí z akých príčin bude voliť operáciu abdominálnou či vaginálnou cestou. Podľa druhu operácie si sestra, pôrodná asistentka po spolupráci s fyzioterapeutom pripraví plán liečebnej telesnej výchovy.

Veľa žien sa pred operáciou zaoberá negatívnymi dôsledkami operácie. Trpia neistotou a obavami z obmedzenia pracovnej schopnosti, zo zníženia spoločenského uplatnenia i vlastnej hodnoty v partnerskom vzťahu, majú strach so sterilitou, frigidity. Staršie ženy majú pochybnosti o sebe ako žene. Účinky liečebnej telesnej výchovy z hľadiska psychologického sa dajú zhrnúť do týchto bodov:

- rozvíjanie telesnej a duševnej energie, uplatňovanie aktivity a sebarealizácie,
- zmeny v emocionálnej oblasti v smere uspokojovania

- a narastania množstva kladných pocitov,
- zmeny postojuv – k sebe a vlastnej chorobe – zvýšenie sebadôvery, sebaistoty, odpútania pozornosti od chorobných príznakov a odklonom od zvýšeného sebazozorovania,
- k druhým – zvýšenie záujmu o druhých,
- k vlastnej budúcnosti – ústupom pesimizmu, nedôvery a súbežným narastaním motívov na vlastné uzdravenie.

Pri predoperačnom vyšetrení vychádzame z anamnézy pacientky a zameriavame sa na vyšetrenie vedľajšieho ochorenia, ktoré môžu skomplikovať pooperačný priebeh (2). Úlohou ošetrovateľstva, pôrodnej asistencie a liečby je pacientku rehabilitovať komplexne, neliečiť len symptóm, chorobu, ale celú osobnosť nielen po telesnej, ale aj po psychickej a sociálnej. Zoznámime pacientku so spôsobmi možného pohybu po operácii. Naučíme ju cviky na zlepšenie krvného obehu, pľúcnej ventilácie, nácvik kašľania a vykašliavania s pridržaním operačnej rany. Snažíme sa odstrániť svalovú dysbalanciu medzi svalmi, ktoré majú tendenciu ku skráteniu a svalmi, ktoré majú tendenciu k oslabeniu a svalov panvového dna.

## Liečebná telesná výchova po operácii

Hlavnou zásadou cvičenia po operácii je, že začíname cvičiť skoro, hneď ako to stav pacientky dovolí. Operačná poloha (základná alebo gynekologická) spôsobuje spomalenie krvného obehu v dolných končatinách a tým vytvára podmienky pre vznik trombov a tromboembolických chorôb. Je nutné zlepšiť krvný obeh. Dosiahneme to cvičením malých kĺbov dolných končatín a izometrickými kontrakciami dolných končatín.

Podávanie celkovej anestézie (intubácia) spôsobí niekedy podráždenie dýchacích ciest (pocity škrabania v krku, kašeľ) a nuseu. Dýchacie cesty je potrebné uvoľniť odkašľaním. Pacientky sa kašľu bránia, pretože spôsobuje napínanie brušnej steny a bolesť v operačnej rane. Odkašľovanie je bez väčších problémov ak fixujeme brušnú stenu. Výhodné je, keď fixáciu brušnej steny zaisťuje sestra, pôrodná asistentka. Nasledujúce dni pokračuje vo fixácii pacientka sama. Po uvoľnení dýchacích ciest začíname dychové cvičenie – hlboké hrudné dýchanie s dôrazom na predĺžený výdych. Takto zbavíme organizmus anestetík a dodáme mu i zvýšené množstvo kyslíka. Cvičenie v deň operácie opakujeme čo najčastejšie, najlepšie každé dve hodiny. Cvičíme krátko (niekoľko minút), ale často.

V 1. deň po operácii opakujeme všetky cviky s predchádzajúceho dňa. Pridávame aktívnu dychovú gymnastiku s pohybmi horných a dolných končatín vo väčších kĺboch. Znova cvičíme i v prípade zavedenia infúzie. Cvičíme 2-3 x denne. Vykonávame ľahkú masáž čriev v smere peristaltiky hrubého čreva.

Veľký význam v mobilizácii pacientky má i skoré vstávanie z lôžka, ktoré môžeme zaradiť miesto jedného cvičenia. Vstávanie z lôžka po operácii spôsobuje väčšiu bolestivosť v operačnej rane, ktorej sa môžeme vyhnúť správnym postupom pri vstávaní. V deň operácie a prvý deň po operácii cvičia všetky operované pacientky rovnako. Od druhého dňa po operácii rozlišujeme, či pacientka bola operovaná vaginálnou alebo abdominálnou cestou.



## Cvičenie po abdominálnych operáciách 2. – 4. deň

U pacientiek je zväčšená citlivosť v oblasti brucha. Vynechávame cviky, ktoré vedú k väčšiemu napínaniu brušnej steny (kontrakcia brušných svalov). Zaraďujeme dychové cvičenia a pohyby horných končatín. Zameriavame sa na cviky bedrových kĺbov, stehenných a sedacích svalov a svalov panvového dna, ktoré podporujú prekrvenie v panve a urýchľujú hojenie, cvičíme v polohe v ľahu na chrbte, na boku, v sede na lôžku.

Od 5. dňa cvičíme i v stoji. Po odstránení stehov z operačnej rany, pokiaľ nie sú komplikácie hojenia, cvičíme brušné svaly. Snažíme sa dosiahnuť optimálneho stavu brušného lisu, aby sme zabránili nerovnováhe medzi silou brušných a chrbtových svalov a tým prípadne i vzniku neskoršieho ortopedického ochorenia chrbtice. Dôležitá je úprava správneho držania tela. Od začiatku dbáme na to, aby pacientka po brušnej operácii nechodila v predklone s pokrčenými dolnými končatinami v kolenách.

V období rekonvalescencie – do 3 týždňov po operácii pacientka pokračuje s liečebnou telesnou výchovou. Cvičebná jednotka trvá 20-25 minút. Koncom tohto obdobia vykonáva spočiatku tlakovú neskôr uvoľňovaciu masáž na jazvu, začína si líhať na brucho. Po troch týždňoch môže pridať cviky v ľahu na brucho, vzpore kľáčmo a začína posilňovať intenzívne brušné svaly. Do 6. týždňov nesmie zdvíhať bremená ťažšie ako 2 kg, môže vykonávať len ľahšie domáce práce. Neskôr môže zdvíhať bremeno do 5kg. Až po troch mesiacoch je doporučená normálna aktivita, vrátane športu a nosenia bremien do váhy 15 kg.

**Starostlivosť o jazvu po abdominálnych operáciách** má urýchliť vstrebávanie infiltrátov v operačnej rane a zabrániť zvrásnenie jazvy. So starostlivosťou o jazvu začíname až po odstránení stehov z operačnej rany a len vtedy, keď je rana zhojená. Pacientku naučíme prevádzať jemnú tlakovú masáž v ľahu na chrbte s pokrčenými dolnými končatinami. Posledný článok ukazováka pravej ruky priloží na okraj jazvy, ľahko stlačí smerom dolu a pritom zakrúži. Potom tlak povolí a posunie ukazováka ďalej. Týmto spôsobom premasíruje jazvu v celom jej priebehu niekoľkokrát denne. Masáž môžeme vykonávať pozdĺžne aj priečne. Hmaty vykonávame v tvare písmena „C“ alebo „S“.

## Cvičenie po vaginálnych operáciách 2. – 4. deň

Pacientky majú niekoľko dní zavedený katéter. Ten sám o sebe spôsobuje nepríjemné pocity v močovej trubici. Volíme teda také cviky, pri ktorých nedochádza k dráždeniu močových ciest pohybom cievky pri cvičení a tým k následnému zápalu, k vzniku opuchu v okolí operačnej rany. Vynechávame pohyby v bedrovom kĺbe a kontrakciu panvového dna.

Zaraďujeme dychové cvičenia, pohyby hornými končatinami, pohyby malých kĺbov dolných končatín a izometrické kontrakcie dolných končatín. Po odstránení katétru cvičíme intenzívne panvové dno, aby sme zapojili opäť do činnosti tie úseky močových ciest, ktoré boli po dobu zavedeného katétra z funkcie vyradené. Cvičením sa snažíme dosiahnuť, čo najlepší stav svaloviny panvového dna. Zabraňujeme ním i prípadným recidívam ochorenia. Cvičenie vykonávame v ľahu na chrbte, boku a v sede, prípadne zaraďujeme výcvik sebaobsluhy.

Od 5. dňa po vaginálnej operácii – ak bol odstránený katéter, pridávame cvičenie v stoji, nacvičujeme chôdzu po rovine.

**Relaxácia** významne ovplyvňuje psychický stav človeka

a tým aj celý proces hojenia. Široké spektrum relaxačných techník umožňuje výber vhodných prostriedkov pre uvoľnenie pacientiek po gynekologických operáciách a tým i napr. znížiť použitie analgetík. K relaxácii môžeme využiť Schulzov autogénny tréning, Jakobsonovu progresívnu relaxáciu, jógové prvky, hudbu, aromaterapiu a mnoho ďalších podľa preferencií pacientky.

**Ergoterapia** je disciplínou zameranou na podporu a dosiahnutie maximálnej sebestačnosti pacientov. Využíva postupy a činnosti pomáhajúce k obnove postihnutých funkcií a tým i k celkovému zvýšeniu kvality života.

U pacientiek po gynekologických operáciách je zameraná na dosiahnutie samostatnosti a sebestačnosti v oblasti aktivít denného života. Je treba zaistiť, aby sebestačnosť pacientky v tejto oblasti dosiahla pôvodnú, príp. vyššiu úroveň čo najskôr, ako základný prvok pre skorý návrat do bežného života. V rámci ergoterapie sa môžeme venovať nácviku osobnej hygieny, obliekania, príjmania a vylučovania potravy, chôdze po rovine i v teréne apod. U pacientiek po gynekologických operáciách nebýva obmedzenie výrazné a väčšinou dochádza k veľmi rýchlemu návratu do pôvodného stavu.

Prvky kondičnej ergoterapie, ktorá usiluje predovšetkým o psychickú rovnováhu pacientky, môžeme využiť hlavne k odreagovaniu pacientky od myšlienok na nemoc či nemocničné prostredie (1). Môžeme odporučiť čítanie, počúvanie hudby, lúštenie krížoviek, ručné práce, výtvarné aktivity, spoločenské hry apod. Činnosti v rámci kondičnej ergoterapie vychádzajú zo záujmov pacientky a majú veľmi výrazný psychologický efekt.

Sociálna starostlivosť je jedna zo základných zložiek uceleného systému ošetrovateľskej starostlivosti. Jej úlohou je zaistenie optimálnej kvality života nemocného resp. zdravotne postihnutého, čo vedie k jeho životnej spokojnosti (1). Sociálna starostlivosť je tak istená vo viacerých rezortoch zahrňujúcich zdravotníctvo, práce a sociálnych vecí, školstvo, štátnu správu a ďalšie nadväzujúce inštitúcie (3).

U žien, u ktorých bola zrealizovaná gynekologická operácia, je predpoklad významnejšieho vstupu zložiek sociálnej starostlivosti je pomerne nízky. I tak však môže u týchto žien dôjsť k rozvoju zásadných komplikácií, ktoré môžu viesť k vzniku trvalých následkov či zdravotného postihnutia. Potom majú tieto pacientky nárok na prostriedky sociálnej starostlivosti podľa druhu a stupňa konkrétneho postihnutia. Medzi prostriedky sociálnej starostlivosti, ktoré sa v týchto prípadoch môžu uplatniť, patria hlavne nemocenské dávky, finančné príspevky (jednorazové či opakované) napr. na rekreáciu či kúpeľnú liečbu alebo na obstaranie kompenzačných pomôcok, priznanie invalidného dôchodku resp. zmenenej pracovnej schopnosti spolu s mimoriadnymi výhodami I.-III. stupňa. Systém sociálnej starostlivosti tiež ponúka a zaisťuje ošetrovateľskú a opatrovateľskú službu, osobnú asistenciu, odborné sociálne poradenstvo, ústavy sociálnej starostlivosti, chránené dielne, sociálne aktivačné služby pre rodiny s deťmi, domovy pre seniorov a mnoho ďalších (1).

Liečebná telesná výchova je subsystém ošetrovateľstva a je súčasťou väčšiny čiastkových ošetrovateľských disciplín. Úlohou ošetrovateľstva je prevencia sekundárnych zmien, včasná mobilizácia a psychická aktivizácia chorých.

Starostlivosť o pacientov vyžaduje jednotnú filozofiu v tímovom prístupe. Nezastupiteľná rola sestry, pôrodnej asistentky v ošetrovateľskom procese, jej spolupráca

s fyzioterapeutom, má veľký podiel na zvyšovaní efektivity ošetrovateľskej starostlivosti o pacientky, najmä na zlepšení ich sebestačnosti. Výsledkom aktívnej ošetrovateľskej starostlivosti by mala byť spokojnosť pacientky odvodená od jej potrieb. Súčasná ošetrovateľská prax prináša však aj negatívne situácie. Na základe klinických skúseností môžeme konštatovať, že sestry často vykonávajú za pacientky pohybové činnosti, ktoré sú schopné realizovať aj sami, v domnienke, že šetria svoj čas. Manipulujú s pacientkami tak, že rušia liečebné úsilie, smerujúce k nezávislosti pacientov. Takýmto prístupom znemožňujú aktívnu spoluprácu pacienta aj vtedy, keď si to želá.

### Záver

U pacientiek po gynekologických operáciách dochádza k oslabeniu brušného svalstva a svalstva panvového dna, čo môže viesť k nežiadúcim zmenám. Vhodné je naučiť pacientky posilňovať svaly panvového dna ako súčasť prevencie a začleniť tieto cviky do denného režimu.

„Športovať treba od narodenia! Je to najlepšia ochrana pred fyzickými a psychickými poruchami tela“. Žijeme vo svete, ktorý sme si usedeli, na chôdzu sme úplne zabudli. Cvičenia, športové aktivity, prechádzky, správna životospráva by mali byť v rámci prevencie samozrejmom súčasťou každého jedinca počas celého života.

### Literatúra

1. Dankovský, J. - Pfeiffer, J. – Švestková, O. 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitácie*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005, 103 s., ISBN 80-244-0609-8
2. Hromádková, J. et al. 2002. *Fyzioterapie*. 1. vydanie, Jinočany: H&H, 2002, 157 s., ISBN 80-86022-45-5
3. Kombercová, J., Svobodová, M. 1995. *Autorehabilitační sestava*. Praha: Gemma 86, 1995, 35 s., ISBN 70-0715-22-3
4. Kudela, M. a kol. 2004. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. Olomouc, 2004, 273 s., ISBN 80-244-0837-6
5. Lewit, K. 2003. *Manipulační léčba v myoskeletální medicíně*. 5. vyd., Praha: Sdělovací technika, spol. s.r.o., 2003, 411 s., ISBN 80-86645-04-5
6. Strusková, O., Novotná, J. 2007. *Metoda Ludmily Mojžišovej*. Praha: Nakladatelství XYZ, s.r.o., 2007, 151 s., ISBN 978-80-7388-021-7
7. Šuška, P. a kol. 2003. *Vybrané kapitoly z gynekologie*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2003, 254s., ISBN 80-223-1818-3
8. Votava, J. 2001. *Léčebná rehabilitace*. In Marek, J., Kalvach, Z., Sucharda, P. et al.: *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Tritom, 2001, 541 s., ISBN 7254-174-9

Recenzent: PhDr. Eva MORAUČÍKOVÁ

### Kontakt:

PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
ul. gen. M. Vesela 21  
034 01 Ružomberok  
E-mail: maria.kopacikova@ku.sk

## Psychosociálne starnutie

Paulína Hudáková<sup>1</sup>, Katarína Zajacová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, <sup>2</sup>NsP Skalica a.s.

### Súhrn

Konkrétne prežívanie starnutia a následného obdobia staroby ja veľmi rôznorodé a závisí najmä od osobnostných črt človeka sformovaných počas celého predchádzajúceho obdobia života. Mnohé charakteristické znaky sprevádzajúce starobu tak každý jednotlivec prijíma a vyrovnáva sa s nimi veľmi individuálne. Na povrch vychádza celoživotná práca na osobnostnom formovaní sa najrozličnejšími skúsenosťami prežitými vo všetkých predošlých fázach života.

**Kľúčové slová:** Staroba. Starnutie. Obdobie staroby. Starý človek. Vývin osobnosti.

### Summary

The real survival of ageing and the subsequent period of old age is very varied and depends mainly on the personal attributes of the man formed during the preceding period of life. The old age is accompanied by many features each individual receives and copes with them very individually. The lifetime work of shaping the personality by the various experience from the previous phases of life comes on the surface.

**Key words:** The old age. Ageing. The old age period. An old man. The development of the personality.

### Úvod

Proces starnutia nesie v sebe množstvo aspektov dôležitých pre osobnosť ako takú, preto ho nemožno podceňovať a považovať za menej dôležitý ako proces osobného zrenia v mladom alebo produktívnom veku. Aj v čase staroby môžeme sledovať neustále vyvíjanie sa osobnosti s ešte intenzívnejším akcentovaním na vnímavosť pre prehodnocovanie doterajšieho života, či motivácií a cieľov, ktoré si človek vytýčil a považoval za dôležité. Práve doba staroby ukazuje v pravom svetle pravdivú charakteristiku osobnosti a odzrkadľuje kvalitu prežívania celého života. Človek už nie je natoľko disponovaný ovládať svoje správanie a vystupovať pred inými v lepšom svetle, čo je skôr charakteristické pre produktívny vek. Vplyvom možných ochorení a neraz aj frustrácií, či možného vnútorného sklamaní sa v sebe samom z nenaplnenia mnohých cieľov sa starý človek stáva slabším a vnútorne labilnejším, čo sa prejaví i na psychike a jeho celkovom správaní. Avšak nemožno poprieť, že pri vysokej kvalite prežívania doterajšieho života a ochotného angažovania sa pre naplnenie životných cieľov, sú ľudia vyrovnanejší, s vďačnosťou a radosťou prijímajú aj obdobie staroby a vnímajú ho ako čas zaslúženého odpočinku. Nie sú natoľko zaťažení melanchóliou za mladosťou ani výčitkami, či pocitmi viny z predošlých negatívnych skúseností. Mnoho krát až v čase staroby, ktorý je akoby zrkadlom predchádzajúceho života, možno vidieť komplex osobnosti ako takej vo všetkých jej oblastiach. Netreba však zabúdať, že aj v tomto období pri poznaní možných negatívnych oblastí je stále čas na uvedomenie si možnosti zmeny, aj keď je ťažšia ako v mladom veku, no neznamená, že by mala byť menej efektívnou. Čas staroby sa však môže stať hodnotným len natoľko, nakoľko mu to sami umožníme.

Psychosociálne starnutie vysvetľuje viacero teórií. Podľa **teórie uvoľnenia (oslobodenia)** je staroba vzájomné odcudzenie (oslobodenie) sa staršej osoby od iných ľudí v jej okolí. Toto oslobodzuje človeka od istých spoločenských tlakov a postupne sa znižuje počet ľudí, s ktorými starý človek udržiava kontakt. Podľa **teórie aktivity** je najlepšie prekonávať starnutie v telesnej a mentálnej aktivite a podľa **teórie kontinuity** si ľudia aj v starom veku zachovávajú svoje hodnoty, zvyky a správanie. Človek, ktorý je navyknutý mať okolo seba veľa ľudí, bude tak žiť aj naďalej, kým ten, ktorý sa nerád styka s druhými, bude mať väčší sklon k odcudzeniu [2].

### Starnutie v kontexte Eriksonovej teórie

Otázku kontinuity a diskontinuity celoživotného vývinu rieši E. H. Erikson (1999) vo svojej teórii pomocou nadväzujúcich psychosociálnych kríz a potenciálnych cností. Prikláňa sa k názoru, že *zdravý* psychický vývin je *kontinuitný*. Od narodenia sa organizmus rozvíja v procese plánovaného rastu prostredníctvom presného sledu zmien v oblasti fyzických, kognitívnych a sociálnych schopností. Charakteristikou tohto procesu je reciprocita, čo znamená, že podmienka kontinuity je zárukou pre úspešné vyriešenie očakávaných kríz, na druhej strane úspešné vyriešenie kríz spätne podporuje kontinuitu.

Na otázku, kedy je jednotlivec starý, odpovedá Erikson jednoducho. Predpokladá určitý moment, v ktorom sa stáva dominantnou nová vývinová ego-kvalita až do takej miery, že vyvoláva vývinovú krízu (krízu v myslení, prežívaní). Vývinovou úlohou v tomto období je podľa neho **integrita ja proti zúfalstvu**. Ľudia, ktorí dosiahnu vnútornú integritu, nazerajú na svet v celistvosti a nachádzajú uspokojenie v splnených cieľoch v minulosti. Smrť vnímajú ako prijateľné ukončenie života, akceptujú „svoj jeden, a len jeden životný cyklus“. Naopak tí, ktorí sú zúfalí, si často myslia, že sa vybrali v živote zlou cestou, a chceli by žiť odznova [2].

V Eriksonovej teórii je každé vývinové štádium založené na všetkých predchádzajúcich. Dozrievanie novej cnosti dáva novú kvalitu všetkým predošlým – „nižším“ – už rozvinutým cnostiam. V danej súvislosti je obdobie staroby a riešenie príslušnej psychosociálnej krízy najnáročnejšie. V momente prechodu do obdobia staroby, teda v momente začínajúceho starnutia, jednotlivec je čoraz intenzívnejšie vystavovaný potrebe riešiť otázku integrity na úrovni prežívania. Schopnosť „byť starostlivý“ – ako cnosť predchádzajúcej životnej fázy – ho už nenaplnia a čoraz intenzívnejšie si uvedomuje potrebu reintegrovať „starostlivosť“ na kvalitatívne vyššiu úroveň a dať jej nový význam.

Erikson ponúka aj charakteristiku postoja, ktorým jednotlivec môže dospieť k najvyššej kvalite ega – k múdrosti, ktorú definuje ako úroveň psychického vývinu, ktorá nie je daná množstvom racionálnych informácií a kapacitou mozgu, ale je sprostredkovaná zmyslovým vnímaním (pomocou nazerania, načúvania, spájania minulého s prítomným i budúcim).

Integrita a múdrosť ako základné charakteristiky sú viazané na obdobie staroby, nie sú však jej produktom a vo vývinovej



dynamike nepredstavujú statické kvality, ktoré sú jednotlivcovi vlastné po dosiahnutí vysokého veku [1]. Naopak, sú aktívnymi procesmi rozvíjajúcimi sa v priebehu celého života. Ako základné charakteristiky sú vyústením všetkých predchádzajúcich vývinových kríz. Z toho vyplýva, že nedostatok integrity v starobe nie je len záležitosťou starého jednotlivca ako takého. Je možné predpokladať, že ak už počas predchádzajúcich životných fáz nedošlo k vyriešeniu a naplneniu relevantných vývinových kríz, ani dosiahnutie integrity v konečnom dôsledku nebude možné. Týmto Erikson naráža na dôležitosť jednoty celej životnej dráhy, čo robí proces záverečného zrenia náročnejším.

S obdobím staroby sú tiež tradične spájané „pocity“ beznádeje a zúfalstva, ktoré nie sú cudzie žiadnemu starému jednotlivcovi, avšak „integrovaneho“ neprekvapujú. Pri objasňovaní podstaty staroby ako vývinovej úlohy Erikson používa analógiu k úlohám dospelosti. Akoby obdobie dospelosti bolo pre nás zrozumiteľnejšie a ľahšie pochopiteľné. Úloha psychického dozrievania v mladosti spočíva v hľadaní komplementárneho protikladu v práci, v medziľudských vzťahoch. Úlohou dozrievania v starobe je hľadať komplementárny protiklad samého seba. Nesprávne pochopenie vedome zvoleného ústupu z aktívneho života – ktorý je pre naplnenie danej vývinovej úlohy nevyhnutný – vedie k formovaniu negatívneho postoja starého jednotlivca k životu ako takému. Dominujú v ňom „pocity“ depresie, zúfalstva, trúchlenia nad stratenými možnosťami, opovrhovanie. Dôsledkom je stagnácia a chýbanie životného zaujatia (integrita verus zúfalstvo) [1].

### Problémy starnúcich ľudí vyrovnáť sa s prejavmi staroby

V starobe sa zvyšuje počet zdravotných problémov, na základe ktorých pacienti vyhľadávajú lekára. Môžeme sa domnievať, že s psychickými ťažkosťami starnúcich ľudí je to podobne. V mnohých prípadoch prichádzajú ľudia za lekárom, avšak v pozadí ich úzkosti je možné často diagnostikovať suspektnú diagnózu, ktorú môžeme obrazne nazvať „neschopnosť vyrovnáť sa s prejavmi starnutia“.

### Žiť znamená starnúť

Paul Tournier (1981) hovorí o starnutí, že žiť znamená starnúť, teda všetci starneme. Dodáva však zároveň, že starnutie je pre mnohých ľudí ťažké, a pre niektorých mimoriadne ťažké. Je našou úlohou hľadať, čím to je, že prijať fakt starnutia je pre toľkých ľudí ťažkou úlohou.

### Šok zo zatvárajúcich sa dverí

V hľadaní odpovedí na otázku o prameňoch ťažkostí ľudí vyrovnáť sa so starnutím, sa zamýšľame, čo sa vlastne starnutím mení. Od detstva do doby dospelosti sme boli zvyknutí na to, že sa nám svet neustále viac a viac otváral. Otvárali sa pred nami možnosti a my sme mohli využiť mnohé z nich. V dobe vrcholu dospelosti sme sa s niektorými úlohami pomerne dobre vyrovnali. Vďaka tomu sme v očiach druhých ľudí i vo vlastných očiach boli „niekto“. Čo sme neboli schopní dokončiť, prenechali sme na neskoršiu dobu, pretože sme žili v domnienke, že na všetko máme veľa času. Potom však príde šok v podobe *odchodu do dôchodku*. A nastáva proces uvedomovania si, že je koniec výstupu po rebríčku kariéry, že sa mnoho dverí zatvára, že veľa vecí, ktoré sme chceli urobiť už nebudeme môcť urobiť. Veľa úloh a plánov už neuskutočnime, a mnohé ostanú len vo forme

žiaducich prianí. Nie je divu, že toto zistenie viedlo mnohých k sebaobviňovaniu. Mohlo sa stať, že sa nášho diela ujal niekto iný, mladší, a mal až diametrálne iné ponímanie toho, čo je nutné urobiť. Zdalo sa nám, že všetky naše úsilia boli zmarené a životná úloha akoby nenaplnená, čo nie je jednoduché prijať. Aj M. Roger Mehl to vyjadruje podobne: „*Dovršení života, avšak nenaplnění životního úkolu – tak nějak vypadá tvář smrti. Je velice těžké přijmout fakt nedokončení započatého díla*“ (Křivohlavý, 2002, s.145).

### Poznanie limitujúcich okolností života

Ak sa objaví v starobe ochorenie a ak ide o ťažké alebo chronické ochorenie, psychická situácia daného človeka sa zhoršuje. Mal pred sebou celý rad nedokončených úloh. Mal svoje plány – čo by ešte chcel urobiť. Domnieval sa, že sa ešte to či ono od neho očakáva, avšak situácia, ktorá nastala, mu dáva tušiť, že všetko už nestihne. Príchod ochorenia je pre neho *mementom mori* (upozornením na možnosť úmrtia). Podobne ako odchod do dôchodku naznačuje, že dvere jeho možností sa pomaly zatvárajú a to všetko sa prejaví na jeho psychike.

### Aceptácia

Termín „akceptácia“ - prijatie, ktorým sa všeobecne vyjadruje tento kritický moment života, pochádza z latinčiny. „Capere“ znamená vziať to, čo dostávam, a „accipere“ potom znamená *prijať so súhlasom to, čo sa ponúka*, buď je to dar, ponuka, zmienka, ospravedlnenie, či pozvanie a pod. Súhlasíť s tým, povedať tomu svoje „áno“ a podľa toho aj konať. Vždy ide o vyjadrenie osobného súhlasu v situácii rozhodovania – o akceptáciu. Ak dôjde u starnúceho človeka k zisteniu, že sa dvere jeho života zatvárajú, a keď je chorý upozornený na blížiaci sa exitus, stojí pred „upratovaním“ – základným – rozhodnutím poslednej etapy svojho života: prijať alebo neprijať túto skutočnosť. Neprijatie má pritom rôznu podobu. Jeden sa snaží v starobe správať ako mladík, iný prepadá izolácii od spoločnosti. Tretí sa upne k práci, aby stihol, čo doposiaľ nestihol urobiť. Možnosť rozhodnúť sa pre prijatie je dané našou slobodou. Nejde však o slobodu vonkajšiu, ale vnútornú (subjektívnu). Človek ju môže, ale nemusí využiť. Kto sa dokáže na seba pozeráť pravdivo v priebehu svojho života, nebude zastierať realitu starnutia a bude ju akceptovať podobne ako celý rad iných objektívnych faktov v priebehu života. Paul Tournier o tom hovorí, že človek sa pripravuje na starnutie v priebehu celého života, a to tým, že sa snaží zaujať pozitívny postoj k životu, t. j. žiť naplno každú jeho etapu. Ľuďom, ktorí boli zvyknutí pozeráť sa na seba objektívne v priebehu života, a boli k sebe pravdiví, sa to darí lepšie.

### Kritérium akceptácie

Ak máme hodnotiť úspešnosť boja o akceptáciu faktu starnutia, potrebujeme určité kritériá. Jedno kritérium môžeme formulovať ako schopnosť prijať objektívne daný vek bez myšlienok typu „to je strašné (nešťastie), aká/ý som stará/ý“. Je vhodné uvedomovať si, koľko máme rokov, a radovať sa z toho, čo ešte môžeme, i keď už nemôžeme všetko tak, ako by sme si to priali [3].

Existujú rôzne stratégie, ako sa vyrovnáť so starnutím. Langmeier predstavuje päť typov podľa S. Reichardovej:

1. Konštruktívna stratégia: charakterizuje ju aktivita, radostný a energický prístup k životu a k blízkym,

vedomie svojich možností a blížiacej sa smrti, schopnosť humoru, schopnosť a vôľa naďalej rozvíjať svoje záujmy.

2. Stratégia závislosti: prevláda pasivita, sklon k závislosti na druhých, strata ambícií, uzatváranie sa do súkromia a strata iniciatívy.
3. Obranná stratégia: vyznačuje sa sklonom k prehnanej aktivite, ktorá má odohnať všetky myšlienky na blížiaci sa koniec života a na vlastné problémy. Charakteristický je sklon k pedantnosti a prehnanej kontrole seba i okolia.
4. Stratégia hostility: je sprevádzaná obviňovaním druhých za svoje neúspechy, agresivitou, podráždenosťou a podozrievavosťou, sťažovaním sa a vyčítaním.
5. Stratégia sebanenávisti: jednotlivci sú agresívni voči sebe, nadmerne sebakritickí, svoj život považujú za zlyhanie a nechceli by ho žiť znova. Smrť berú ako vyslobodenie [4].

Ani v neskorej dospelosti a starobe nie je človek bez vývojových úloh. Podľa Eriksona má poňatie dosiahnuť skutočnú osobnú integritu, ak sa odváži k „prijatiu vlastného behu života, ako niečoho, čo muselo byť a čo nevyhnutne nemohlo byť ináč.“ Takáto integrita je patrná u zrelých ľudí vo všetkých kultúrach. Nedostatok integrity sa prejaví ako strach zo smrti.

Starnutie je sprevádzané komplexnými psychologickými zmenami okrem iného i v prežívaní, v afektívite a celom ponímaní osobnosti. Podľa Lengmeiera sa v starobe znižuje intenzita emócií; človek sa stáva stabilnejším, ale zároveň ľahostajnejším. Osobnosť v starobe smeruje k väčšej introvertnosti, avšak základná štruktúra je zachovaná [4].

V citovom živote stúpa dôležitosť rodiny, pravdepodobne spolu s tým ako ubúda iných možností sebarealizácie. Nedostatok komunikácie spolu s celkovým nedostatkom podnetov a aktivity prispieva k častému vzniku stareckých demencií. Pričom by sa dalo usudzovať, že podobné faktory podporujú i častú stareckú depresiu. Obidva tieto javy výrazne znižujú kvalitu staroby a existuje tendencia predchádzania vo forme tzv. aktivizačných programov [4].

Chápanie vývoja ako interakcie vnútorných a vonkajších vplyvov ústí vo vnímaní ľudskej osobnosti ako bio-psycho-sociálno-spirituálnej bytosti so schopnosťou adaptácie, vrátane vedomej autoregulácie. Na svojej životnej ceste sa človek dostáva do nepretržitého toku životných udalostí. Jednotlivé životné udalosti, ak sú subjektívne hodnotené a prežívané, sú udalosti náročné a životne dôležité, majú na človeka pozitívny alebo negatívny účinok [5].

## Ako pomáhať starnúcim ľuďom prenášať strach zo starnutia?

### Neprikazovať nutnosť akceptácie

Smernice odborníkov pracujúcich so starými ľuďmi znejú jasne: „neprikazovať nikomu, že fakt starnutia musí proste prijať“ – i keď je to práve tento fakt, ktorý rozhoduje, či bude alebo nebude život človeka šťastný a dobrý (kvalitný).

### Nebagatelizovať

Všeobecný súhlas je i v tom, že sa nikdy nesmie znižovať, čo človek hovorí o svojich ťažkostiach. Jeho tvrdenia sa nesmú bagatelizovať – napr. frázou typu „to nič nie je“ alebo „to nie je až také strašné“ a pod.

### Pochopiť

Paul Tournier (1981) hovorí vlastnú skúsenosť pomoci prekonania strachu zo starnutia. Ľudia, ktorí mu najviac pomohli v utrpení starnutia, neboli tí, ktorí problémy starnutia znižovali (minimalizovali), ale tí, ktorí mu prejavili sympatiu v ťažkostiach. Tí, ktorí všetko niesli s ním. Tí, ktorí chápali jeho ťažkosti v celej ich šírke.

### Počúvať a súcítiť

Odporúča sa tam, kde stojíme tvárou v tvár starnúcemu človeku, ktorý má ťažkosti prijať nezmeniteľnú realitu starnutia, je možné vyjadriť „stratégiou“: empaticky počúvať, kde ide o pravú a úprimnú empatiu počúvania nielen ušami, ale aj „srdcom“ [3].

## Záver

Prijatie obdobia staroby nie je iste najľahším, zvlášť, keď v mnohých prípadoch človek na sebe čoraz intenzívnejšie badá známky chorôb a neraz i znižovania sa stupňa sebestačnosti a rôznej miery možnej závislosti na iných, kedy sa realita stáva ťažko prijateľnou. Ak však človek počas celého života investoval vlastné úsilie do vzťahov s najbližšími i so širším sociálnym prostredím, môže sa mu toto úsilie vrátiť vo forme rôznej pomoci, zvlášť psychickej podpory od najbližších, ktorá sa mnoho krát stáva nezaplateľnou a človek zažíva prijatie a vlastnú ľudskú dôstojnosť až do konca svojho života. Neraz sa práve toto obdobie spojené s bolesťou a utrpením stáva dôležitým pri finálnom formovaní osobnosti. Nemožno poprieť, že často krát sa práve starý človek môže stať vnútornou oporou pre svojich najbližších, či už prežíva toto obdobie v relatívnom fyzickom a psychickom zdraví, alebo je odkázaný na pomoc iných. Ak je vnútorne vyrovnaný so svojim životom a usiloval sa o naplnenie svojho životného programu, stáva sa pre svoje okolie povzbudením k motivácii plnohodnotného prežívania života so všetkým nepoznaným, čo so sebou prináša.

## Literatúra

1. Erikson, E. M. 1999. *Životný cyklus rozšírený a dokončený*. Praha: Lidové noviny, 1999. 128 s. ISBN 80-7106-291-X.
2. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo I*. Martin : Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
3. Křivohlavý, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
4. Langmeier, J., Krejčířová, D. 2006. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1284-9.
5. Paulík, K. 2004. *Vývojová psychologie pro doplňující pedagogické studium*. Ostrava: Centrum dalšího vzdělávání PdF OU, 2004. 64 s.

Recenzent: PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ

Kontakt:

PhDr. Paulína HUDÁKOVÁ  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
Hlavná 89  
040 04 Košice  
E-mail: frantiskaph@gmail.com

## Empatie v ošetrovateľskej praxi

Eva Zacharová<sup>1</sup>, Ivan Riedl<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií

<sup>2</sup>Fakultná nemocnica, Trenčín

### Souhrn

Termín empatie je řeckého původu a své místo našel zejména v literatuře psychologické a zdravotnické. Jde přitom o emocionální ztotožnění s viděním, slyšením i chápáním jednání druhých. Je to kognitivní schopnost – schopnost poznávat, porozumět a pochopit důvod, příčinu a účel jednání verbálních i neverbálních projevů druhých. V ošetrovateľskej literatuře se setkáváme s tím, že schopnost reagovat empaticky patří mezi faktory zlepšující vztah mezi sestrou a pacientem. Zde je empatie považována za jeden z nejdůležitějších a současně i nejsložitějších faktorů působících na vzájemnou komunikaci mezi sestrou a pacientem.

**Klíčová slova:** Empatie. Profesionální schopnost. Pacient.

### Summary

The term empathy comes from Greek origin and we can find it especially in psychological and medical literature. It is focused on emotional ego-involvement with seeing, hearing and understanding to behaviour of other people. It is a cognitive ability - the ability to recognize and understand to reasons and purposes of verbal and non-verbal behavioural demonstration of other people. In nursing literature we can find out the ability to react emphatically is one of the factors improving the relation between a nurse and a patient.

**Key words:** Empathy. Professional ability. Patient.

Termín empatie je řeckého původu a své místo našel zejména v literatuře psychologické a zdravotnické. Hartl a Hartlová (200, s. 83) empatii rozumí „*schopnost vcítit se do pocitů myšlení a jednání druhých*“. Jde přitom o emocionální ztotožnění s viděním, slyšením i chápáním jednání druhých. Je to kognitivní schopnost – schopnost poznávat, porozumět a pochopit důvod, příčinu a účel jednání verbálních i neverbálních projevů druhých. Pochopit to, oč usilují, čemu se chtějí vyhnout, co pečlivě skrývají.

Rogerovský přístup zaměřený na člověka chápe empatii jako vcítění. „*Vcítění se do druhého člověka, vidění světa jeho očima tak, jako by byl tím druhým člověkem*“ (Rogers, 1994, s. 83). Empatie je zde definována jako **porozumění jiné osobě přes sebe sama**.

Empatie úzce souvisí se schopností naslouchat a správně vykládat, co si člověk myslí. Ukázalo se, že někteří lidé dovedou nejen sledovat neverbální projevy druhých, ale že jsou schopni jim i rozumět a přiměřeně na ně reagovat. Z takových a podobných zjištění se usuzuje, že v pozadí empatických schopností je určitá vrozená schopnost.

V ošetrovateľskej literatuře se setkáváme s tím, že schopnost reagovat empaticky patří mezi faktory zlepšující vztah mezi sestrou a pacientem. Zde je empatie považována za jeden z nejdůležitějších a současně i nejsložitějších faktorů působících na vzájemnou komunikaci mezi sestrou a pacientem.

Empatie zde bývá definována jako „*schopnost sestry pochopit stav a pocity pacienta a oznamovat mu, že mu rozumí*“ (Sidorová, Jakubíková, 2003, s. 43). Současné ošetrovateľství ve svém holistickém pojetí orientuje svoji pozornost na člověka, na poznání jeho bio-psycho-sociální stránky v celém komplexu. Nejde jen o pochopení nemoci a problémů, které jsou s ní spojené v průběhu diagnosticko-terapeutického procesu (Zacharová, 2007, s. 43). Nestačí jen se vcítit do citového stavu pacienta, to není pravá empatie. Je potřeba pochopit situaci komplexně, uvažovat o ní, umět reagovat na potřeby pacienta, přemýšlet o tom, co pacientovi říci, jak, kdy a kde mu to říci.

Empatie je jednou z podmínek lidského přístupu k pacientovi do ní se řadí:

- vcítění se do duševního stavu pacienta;
- poznání a pochopení prožívání pacienta;
- schopnost emocionálního porozumění toho, jak pacient svoji nemoc prožívá, jak vidí sám sebe ve změněné situaci, co se v něm odehrává;
- vědomý pozitivní vztah k pacientovi;
- sounáležitost s pacientem;
- pozitivní naladění bez kladení podmínek.

Sestra schopna empatie **vstupuje** ve své klinické praxi na chvíli **do subjektivity pacienta** a usiluje o **prožití jeho nálady, myšlenek, emocí, vztahů a pochopení změněných potřeb**. Prostřednictvím vlastního prožívání je **schopna projevit pacientovi porozumění a pochopení**.

Proces empatie, jak bylo uvedeno, probíhá ve třech etapách, které se navzájem prolínají. Předpokladem působení empatie je sociální situace a bezprostřední komunikační kontakt mezi osobou uplatňující empatii (tj. sestrou) a osobou empaticky pochopenou (tj. pacientem). Obvykle se empatie odehrává mezi dvěma osobami, ale může probíhat i mezi více lidmi. Zde však významnou úlohu sehrává bezprostřední komunikace. Empatie může probíhat i tehdy, když slova nejsou vyslovená a stačí pohled očí, drobné gesta, řeč, mimika.

K tomu, abychom pochopili empatii jako samostatný jev, je nutné vědět o úrovních empatie.

Empatie je podstatným prvkem mezilidských vztahů a jejím hlavním cíle a smyslem by mělo být pomoci člověku, který naši pomoc potřebuje. Empatie, která tvoří dvě na sebe navazující složky, poskytuje ucelený obraz o pacientově prožívání, a to v oblasti **poznávací – kognitivní**, tj. v jakém duševním stavu se pacient nachází, jakou má náladu, co potřebuje, co očekává a jaký je způsob jeho myšlení. Umožňuje tím sestře předvídat myšlenkové procesy a reakce pacienta a pomáhá jí sledovat věci z jeho pohledu. **Emocionální složka** představuje již samotné vcítění do stavu pacienta.



Tyto dve složky nemohou existovať oddelene. Navzájom sa prolínajú a determinujú. Empatická sestra usiluje o vnímanie, poznanie a pochopenie vnútorného sveta pacienta a dívá sa na svet jeho pohľadom. Poznanie emócií sa nazýva identifikácia neboli ztotožnenie a v praxi jde o vnútorné naladenie sestry na pacienta. Jeho podstata spočíva v tom, že sestra dovede byť, i keď len malou chvíľkou v roli pacienta, vzdáť sa vlastnej identity. Empatie odráža zážitky a psychický stav, preto jsou emócie na prvom mieste, uvádza Gulášová (2009, s. 10). Pokiaľ pacient zistí, že se jej niekto snaží pochopiť, aby mu pomohol, pak empatii nebrzdí, ale usiluje o spoluprácu, čož je veľmi potrebné v ošetrovateľskom vzťahu. Zaměřenosť na hlbší porozumenie druhého si vyžaduje zvláštne nastavenie, ktoré v sobe zahŕňa jakoby úplné zapomenie na seba.

Predpokladem empatie v ošetrovateľských situáciách je bezprostredný komunikačný kontakt medzi sestrou a pacientom. Empatické pochopenie sestry vyjadruje predovšetkým neverbálnu složku komunikácie. Kladem otázok môže vyvolávať dojem manipulácie do rozhovoru a pacient na túto situáciu nemusí byť pripravený alebo komunikovať nechce. Komunikačné základy empatie teda obsahujú jak neverbálnu, tak verbálnu složku vo vzájomnom vzťahu. V neverbálnej komunikácii jde o dorozumievanie sa a výmenu informácií nezávisle na reči a slove, tj. mimika, gestikulácia, pohľady očí, pohyby rukou a tela, ale i dodržiavanie odstupu pri interakcii. V tejto súvislosti môžeme hovoriť o empatii jako o zvnitřněnlém informačnom propojení medzi človekom a človekom. Vzniká zde vzájomné porozumenie na vyššom stupni, ktoré zohľadňuje individualitu druhého zúčastneného. Empatii teda môžeme chápať jako určitý druh komunikácie. Dialog zde má své miesto a jako otvorená komunikácia je vhodným miestom pre empatii. Uplatnenie empatie v práci sestry by se mělo stát základem pro zkvalitnění vzájomného vzťahu medzi sestrou a pacientom, mělo by vést k porozumeniu a vzájomnému pochopeniu.

Sestra, ktorá je schopna empatie, pôsobí na pacienta pozitívne, keď:

- vzbudzuje v pacientovi jistotu a bezpečie „jsem s vámi“;
- poskytuje citovú pomoc a deľetvajúcu citovú oporu;
- poskytuje pacientovi pocit spoluúčasti „dovedu vás pochopiť“;
- vytvára podmienky pre smysluplný, efektívny rozhovor;
- vzbudzuje v pacientovi pocit chápania spoluúčastníce „konečne mi niekto rozumie, konečne niekto chápe“;
- rýchle rozezná psychické potreby pacienta – vie, čo pro něj může udeľat;
- rozumie odchýlkám v jeho chovaní – umie zvolit nejlepší přístup k němu;
- verí subjektívnym pocitom pacienta – bolesť, strach, úzkosť...;
- rozumie životnú situáciu pacienta;
- pomáha pacientovi zmišňovať tíhu jeho problémů;
- zvyšuje v očíh pacienta kulturu ošetrovateľskej péče.

Keď pacient hovorí se sestrou, ne vždy sděluje vše, co cítí. Pacient však potrebuje mať jistotu, že sestra reaguje na jeho prožívanie, podněty, pripomienky, prosby. Pacient se potrebuje ubezpečiť, že sestra je tu pro něj, že mu naslouchá, že chce pomoci. Empatie je schopnosť, ktorou má v sobe každý človek, jen u každého se projevuje jinak. Obecně se předpokládá, že lidé pracující ve zdravotnické nebo jiné pomáhající profesi mají v sobe větší empatické schopnosti. Tyto schopnosti však nejsou trvalou vlastností, mohou být v různých fázích života ovlivněny událostmi, které prožíváme, nebo životními zkušenostmi, které jsme získali.

Mezi nejčastější činitele, které ovlivňují rozvoj empatie, patří například množství a kvalita životních zkušeností, specifické zážitky, životní orientácia, intenzívna účasť v blízkých a rodinných vzťahoch, životní situácia spojená s konfliktami a napätím, častejšie zmeny spoločenského prostredia, povolania, ve ktorom je neustály styk s ľuďmi, prežité krízové situácie, vhodné rysy rodinnej atmosféry. Činiteľi, ktorí empatii snižujú, je také veľké množstvo. Patrí zde zejména nemoc, záporné emócie, funkčné poruchy, neuspokojené biopsychosociálne a spirituálne potreby, veľká miera zodpovednosti, egoizmu, faktory komplikujúcej komunikácie, duševné choroby, požívanie alkoholu, nevhodné rodinné či pracovné prostredia, spoločenská atmosféra.

## Záver

Empatie ulehčuje interakciu a komunikáciu na úseku zdravotníctva. Záleží na každej sestře, jak dovede empatii rozvíjet a uplatňovat v praxi. Empatická sestra neomezuje, ale ulehčuje vyjadrenie pocitů pacienta, aby mohla pochopiť jeho aktuálny emočný stav. Sestra tyto pocity může chápať, ale ne prožívat. Empatie je veľmi blízká soucitu, a ten může sestru negativně ovlivnit tím, že ztrácí vlastní soudnost a vstupuje do pocitů pacienta a jeho reakci, jako by byly její. Emócie mohou dominovat nad racionálnym hľadiskom, impulzivnosť môže ohroziť vlastnú bezpečnosť a intervencie vo prospech pacienta se stáva neefektívna. Umění sestry proniknout do duše pacienta, být mu na blízku v těžké životní situaci je profesionálnym mistrovstvom, které by měl zdravotník v průběhu své profese zvládnout.

## Literatura

1. Gulášová, I. Etické aspekty v komunitnom ošetrovateľstve. Profese, 2007, 1: 12 – 13.
2. Gulášová, I. Empaticky a citlivo. Sestra, 2004, 6: 19.
3. Gulášová, I. Práva pacienta v SR. Medical practice, roč. II. 2007, č. 1, s. 55 – 56.
4. Gulášová, I. Psychologický přístup a komunikácia sestry s onkologicky chorým pacientom. Kontakt, 2004, : 79 – 86.
5. Gulášová, I. Komunikácia v ošetrovateľstve. Revue ošetrovateľstva a laboratorných metodik, 2000, 2: 69 – 72.
6. Gulášová, I. Telesné, psychické, sociálne a duchové aspekty onkologických ochorení. Martin: Osveta, 2009, 99 s. ISBN 978-80-8663-305-9.
7. Hartl, P., Hartlová, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2008, 776 s. ISBN 80-7078-303-x.
8. Rogers, C. R. Jako byt'sám sebou. Bratislava: Iris, 1995, 386 s. ISBN 80-88778-02-6.
9. Sidorová, E., Jakubíková, M. Komunikácia v ošetrovateľstve. Prešov: Fakulta zdravotníctva, 2003.
10. Zacharová, E. Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Recenzent: doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.

Kontakt:

PaedDr. et Mgr. Eva ZACHAROVÁ, Ph.D.  
Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií  
Syllabova 19, Ostrava – Zábřeh  
E-mail: eva.zacharova@seznam.cz

## Drogy v tehotnosti – aktuálny problém

Marie Břendová<sup>1</sup>, Jozef Novotný<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SZŠ a VOŠ zdravotnícka v Příbrami ČR,  
<sup>2</sup>Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, ČR

### Súhrn

Problém užívania drog sa dotýka ľudí na celom svete. Je to problém nie len historický, ale aj globálny. Drogová závislosť predstavuje čoraz väčší zdravotný a sociálny problém aj v súvislosti s tehotnosťou. Až 80 % drogovovo závislých žien je vo fertilmom veku. Pri sledovaní tehotných, ktoré sú drogovovo závislé, treba brať do úvahy množstvo komplikácií u ženy, vo vývoji prenatálneho dieťaťa a u novorodenca.

**Kľúčové slová:** Droga. Tehotnosť. Prenatálna starostlivosť. Komplikácie.

### Summary

Drug addiction nowadays presents either healthy and/or social problem in connection with pregnancy. 80 % of drug dependent women is in fertile age. When following drug addicted women we have to take into account very many complications during foetal and baby periods.

**Key words:** Drug addiction. Pregnancy. Prenatal welfare. Complications.

### Úvod

Problém užívania drog sa dotýka ľudí na celom svete. Je to problém nie len historický, ale aj globálny. V celom svete rovnako ako u nás žijú tisíce užívateľov drog. Drogy a ich distribúcia predstavuje fenomén prekračovania hranice krajín a kontinentov, ktorá vedie k výrazným medicínskym, sociologickým a ekonomickým dôsledkom.

Reprodukčné zdravie je definované ako stav úplnej fyzickej, mentálnej a sociálnej pohody a nielen chýbanie ochorenia alebo poruchy, vo všetkých prípadoch vzťahujúcich sa k reprodukčnému systému. Z tohto aspektu drogová závislosť predstavuje čoraz väčší zdravotný a sociálny problém aj v súvislosti s tehotnosťou. Až 80% drogovovo závislých žien je vo fertilmom veku. Pri sledovaní tehotných, ktoré sú drogovovo závislé, treba brať do úvahy množstvo komplikácií u ženy, vo vývoji prenatálneho dieťaťa a u novorodenca.

### Drogy

História ľudstva potvrdzuje, že v každej spoločnosti sa užívali drogy s cieľom dosiahnuť zmenu nálady, myslenia a vnímania.

Vo farmaceutickom slovníku je droga charakterizovaná ako surovina upravená na ďalšiu prípravu liekov. Svetová zdravotnícka organizácia definuje drogu ako „akúkoľvek látku, ktorá po vstupe do organizmu je schopná pozmeniť jednu alebo viacero funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku“ (1). Každá droga, či už získaná legálne alebo nelegálne, je predmetom zneužívania. Závislosť je daná tendenciou zvyšovania dávky, psychickou a často aj fyzickou závislosťou na jej účinkoch, neodolateľným želaním, nutkaním alebo potrebou pokračovať v užívaní drogy a získať ju akýmkoľvek spôsobom. Spoločensky neprípustnými drogami dostupnými na našom trhu sú na prvom mieste heroín a pervitín. V našej spoločnosti konzumácia legálnych drog – alkohol, analgetiká, prášky na spanie, cigarety - je bežná, tolerovaná.

### Prenatálna starostlivosť

Prenatálna starostlivosť je charakterizovaná ako účinná starostlivosť zameraná na tehotnú ženu a dieťa v priebehu tehotnosti a pôrodu. Jej cieľ je ovplyvňovaný rozdielnymi prioritami spoločnosti a jednotlivcov. Výsledný efekt je závislý od zdravotnej a sociálnej politiky štátu, ako aj vlastného sociálneho postavenia tehotnej ženy a jej postoja k tehotnosti. Najdôležitejšou úlohou prenatálnej starostlivosti je včasné zistenie akéhokoľvek rizika pre matku a prenatálne dieťa (2).

Riziková tehotnosť možno rozoznať na základe sledovania rôznych faktorov. V každom prípade je potrebné riziko špecifikovať a spresniť jeho možný vplyv na priebeh tehotnosti a pôrodu. Mnohé faktory môžu v priebehu tehotenstva dieťa poškodiť, pričom následky v prvom rade závisia od doby ich pôsobenia. Prítom môže dochádzať k odumretiu plodu, k deformáciám alebo k infekcii dieťaťa s možnými následnými poškodeniami.

Tehotnosť okrem biologických faktorov nepriaznivo ovplyvňujú aj faktory sociálne. Nepriaznivé ekonomické podmienky, vplyv zamestnania, zvýšené pracovné napätie, nedostatok odpočinku a spánku, ako aj fajčenie, alkoholizmus a toxikómánie zvyšujú riziko predčasného pôrodu a znižujú pôrodnú hmotnosť novorodenca (2)

Ak konzumuje tehotná žena drogy ohrozuje život svoj, aj svojho nenarodeného dieťaťa. Väčšina drog prestupuje placentárnou bariérou a priamo ovplyvňuje prenatálne dieťa. Potencionálne poškodenie prenatálneho dieťaťa nesie so sebou mnoho zdravotníckych, etických, ekonomických a legislatívnych problémov.

### Vplyv na priebeh tehotnosti

Tehotné toxikomanky si vyžadujú zvýšenú pozornosť. Tehotnosť u nich nie je plánovaná a je aj nechcená. Vzhľadom na nepravidelný cyklus je zistenie tehotnosti neskoré, je premeškaný čas na skriningové vyšetrenia. Najčastejšou komplikáciou spôsobenou užívaním drog v tehotnosti je potrat,

partus praematurus, predčasný odtok plodovej vody, odumretie plodu, hypotrofičný plod, abrupcia placenty, eklampsia. Výkyvy hladín drogy v krvi matky sú rizikové a nebezpečné. Pomerne častý je výskyt venerických ochorení, hepatitíd a infekcií HIV. Narkomanky sú väčšinou veľmi mladé, vo veľkej väčšine sú slobodné, buď úplne bez partnera, alebo partner je takisto narkoman. Sú bez zamestnania alebo o prácu postupne prišli v dôsledku drogovej závislosti. Prehľbujúca sa závislosť vedie k postupnému sociálnemu správaniu – k prostitúcii a ku krádežiam.

Drogovo závislé tehotné ženy trpia nedostatočnou výživou z týchto dôvodov:

- namiesto jedla si kúpia drogu,
- inhibícia centrálnych mechanizmov riadiacich pocit hladu a sýtosti,
- problémy pri vstrebávaní výživných látok v súvislosti s veľkým poškodením čriev, pankreasu a pečene.

### **Vplyv drog na prenatálne dieťa, novorodenca a dieťa**

Prenatálne dieťa sa stáva pasívnym konzumentom drogy, lebo väčšina drog prestupuje placentou do krvi prenatálneho dieťaťa. Drogy, ktoré počas tehotenstva ovplyvňovali prenatálne dieťa, sa podieľajú na vzniku abstinenčného syndrómu. Abstinenčný syndróm sa môže vyvinúť už v maternici, ak si závislá matka aplikuje látku nepravidelne alebo ju vynechá. Prenatálne dieťa máva abstinenčné príznaky skôr ako matka. Reaguje zvýšenou pohybovou aktivitou, ktorá sa môže vystupňovať do kŕčov a až do intrauterinného úmrtia. Práve výkyvy v hladine drogy sú pre prenatálne dieťa veľmi nebezpečné, lebo kŕče vyvolávajú nedostatočné zásobenie mozgu kyslíkom a jeho možné poškodenie.

K najviac rozšíreným exogénnym škodlivým faktorom patrí fajčenie a alkohol. U tehotných fajčiarok dochádza približne v 30% k poškodeniu prenatálneho dieťaťa. Zvýšené je riziko odlučovania placenty, krvácania v priebehu tehotnosti a predčasný odtok plodovej vody, predčasný pôrod, odumretia prenatálneho dieťaťa. Nikotín negatívne ovplyvňuje metabolizmus a nutričný stav tehotnej ženy, znižuje absorpciu bielkovín a vitamínov. Uvedené faktory sa spolupodieľajú na nízkej pôrodnej hmotnosti novorodencov (3, 4) Tabakový dym spôsobuje poruchu vývinu pľúcnych štruktúr (4). S patologickou štruktúrou súvisí aj zvýšený výskyt náhleho úmrtia dojčiat (SIDS – sudden infant death syndrom). Po pôrode sa u detí stretávame s poruchami popôrodnej adaptácie. Následky toxického účinku nikotínu sa prejavujú u novorodenca tachykardiou, poruchami periférnej perfúzie, príjmu výživy, dráždivosťou, tremorom a zvýšenou reakciou na zvukové podnety (5). Pri náhlom znížení hladiny nikotínu v krvi dieťaťa po narodení môže vzniknúť abstinenčný syndróm (bledosť, zvýšená dráždivosť, tras končatín, tachypnoe, tachypnoe, záchvaty cyanózy a bradykardie). Negatívny vplyv na gravidnú má, samozrejme, aj pasívne fajčenie. Pobyť tehotnej v zafajčených priestoroch zvyšuje okrem iného aj riziko vzniku atopického ekzému a rozvoja alergie v rannom detskom veku (6).

Konzumácia *alkoholu* počas tehotenstva je rozšírená najmä v populácii sociálne slabších žien so základným vzdelaním, vo veku od 20 až 35 rokov, ktoré sú fajčiarky, osamelé a viacrodičky. Pri

priemernej konzumácii 40 g alkoholu a viac denne sa môže vyvinúť syndróm alkoholovej fetopatie. V súčasnosti sa so syndrómom alkoholovej fetopatie rodí 1-3 deti na 1 000. Riziko poškodenia dieťaťa stúpa s dĺžkou trvania a množstvom konzumovaného alkoholu. Pri ťažkej, dlhodobej závislosti na alkohole činí riziko poškodenia až 50 %. Alkohol ako i nikotín zhoršuje prekrvenie fetoplacentárnej jednotky, zvyšuje riziko spontánneho potratu, predčasného pôrodu, porodenia mŕtveho prenatálneho dieťaťa, hypotrofie prenatálneho dieťaťa. Konzumácia alkoholu súvisí so zvýšeným výskytom kongenitálnych maloforiácií, s poruchami rastu, nízkou úrovňou aktivity, syndrómom náhleho smrti, astmy a infekcií dýchacieho systému (7). Dieťa s fetálnym alkoholovým syndrómom sa rodí s typickými príznakmi - zúženými očnými štrbinami, stlačeným koreňom nosa, krátkymi nosnými krídlami, široko posadenými očnicami, mentálnou retardáciou, chybami srdca a malou pôrodnou hmotnosťou.

V dojčenskom veku nie sú zriedkavé ani poruchy spánku a sania. S pribúdajúcim vekom sa zvyrazňuje hyperaktivita, neposednosť, impulzivnosť, neschopnosť koncentrácie pozornosti, rýchle striedanie záujmov. Približne 90% detí má zníženú mentálnu úroveň. Z poznávacích schopností môžu mať deti problémy s riešením aritmetických úloh, priestorovou orientáciou, tvorbou úsudku, abstraktným myslením a môžu byť skombinované so zníženými pamäťovými schopnosťami a poruchou koncentrácie.

Užívanie *heroínu* tehotnou ženou sa prejaví poškodením prenatálneho dieťaťa. Heroín spôsobuje príjemné uvoľnenie a upokojenie, pasívne prežívanie okamihu a odstránenie problémov každodenného života. Pri predávkovaní môže dôjsť k ospalosti, spánku, bezvedomiu až smrti, pretože tlmí centrum dýchania. Pri nedostatku drogy dochádza k abstinenčnému syndrómu, ktorý sa prejavuje bolesťou kĺbov, svalov, potením, vracaním, kŕčmi a teplotou. Tehotenstvo nebýva užívaním heroínu výrazne ovplyvnené, ale často sa končí predčasne. Pri pichaní drogy je prenatálne dieťa ohrozené infekciou. Heroín prechádza placentou k prenatálnemu dieťaťu do jednej hodiny po podaní. Tlmí pohybovú aktivitu prenatálneho dieťaťa a hromadí sa v plodovej vode.

Novorodenec má nižšiu pôrodnú hmotnosť a nižšie Apgar skóre v dôsledku chronického nedostatku kyslíka počas tehotenstva. U týchto novorodencov sa častejšie vyskytujú vrodené vývojové chyby. U päťdesiatich až osemdesiatich percent novorodencov dochádza k abstinenčnému syndrómu do 48 – 72 hodín po pôrode. Neskorší abstinenčný syndróm sa u niektorých novorodencov prejavuje až šiesty deň po pôrode. Abstinenčný syndróm novorodenca sa prejavuje poruchami spánku, kŕčmi, teplotou, kýchaním, hnačkou a vracaním. Deti, ktoré sa narodili matkám závislým od heroínu, majú medzi tretím až šiestym rokom nižšiu telesnú hmotnosť a výšku. Majú aj nižšie IQ.

Zdravie a vývoj dieťaťa sú neoddeliteľne spojené so zdravím matky, s jej výživou a reprodukčnou starostlivosťou, ktorú dostáva. Konzumentky ilegálnych drog bývajú tiež závislé na nikotíne a alkohole, majú nevhodnú životosprávu. Pre stanovenie diagnózy FAS je dôležitý dôkaz konzumácie alkoholu v tehotenstve. Väčšina matiek nepripúšťa pitie ani tých najmenších dávok alkoholu. Ľahšie formy novorodeneckého abstinenčného syndrómu často unikajú pozornosti, pretože majú príznaky podobné hypotrofii prenatálneho dieťaťa a podobné



adaptačné problémy po narodení. Je potrebné zamerať intervencie pôrodnej asistencie na zefektívnenie zdravotno-výchovného pôsobenia pôrodnej asistentky, upozorňovať dievčatá i budúce matky na veľké riziko konzumácie alkoholických nápojov počas tehotenstva v akýchkoľvek množstvách, fajčenia a za ich veľkú zodpovednosť za zdravie svojich detí (9).

Drogovo závislé ženy nevyhľadávajú poradňu pre tehotné a ak sa dostanú ku gynekológovi vyžaduje si to dôkladné odobratie anamnézy. Anamnestické údaje je potrebné priebežne dopĺňať, pretože nejavia ochotu spolupracovať. Pri posudzovaní hľadať vpichy na končatinách. Úspešnosť liečby závisí od vôle ženy zmeniť svoj životný štýl, ochoty podrobiť sa liečbe a prerušiť kontakty s komunitou, kde sa užívajú drogy. Cieľom makroúrovňovej analýzy je zistiť prijímanie nových myšlienok a praktík (stotožnenie sa s myšlienkami a použitie metód ovplyvnenia postoja) podľa špecifik komunity. (10).

Zamerať aktivity pôrodnej asistencie na prevenciu už v rámci predkoncepčnej starostlivosti. Zodpovednosť za prevenciu drogových závislostí má celá spoločnosť, iniciatívu by mali prevziať najmä pôrodné asistentky a všetci zdravotnícki pracovníci, svojím vlastným príkladom ovplyvňovať správanie žien. Pred začiatkom systémového vplyvu na správanie je potrebné analyzovať populáciu, ktorá je cieľovou skupinou vplyvu.(10).

## Záver

Podpora a udržiavanie reprodukčného zdravia je nesmierne dôležitá úloha do budúcnosti. Predstavuje veľkú výzvu pre pôrodnú asistenciu i ošetrovatel'stvo. Ak dokážeme obmedziť užívanie drog v tehotnosti, môžeme predísť aj všetkým negatívnym vplyvom drog na prenatálne dieťa, novorodenca i dieťa.

## Literatúra

1. Stančiak, J. 2008. *Kontrola alkoholu a preventívne prístupy*. In: Základy kontroly tabaku a alkoholu. Úrad verejného zdravotníctva SR, 2008, s. 57-61, ISBN 978-80-7159-168-9
2. Kopáčiková, M. 2007. *Organizácia a systém prenatálnej starostlivosti na Slovensku*. Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistenciacia, roč. V., č.1, 2007, s. 274- 280, ISSN 1336-183X
3. Curtis, K.M.-Savitz, D.A.-Arbuchke, T.E. 1997. *Effects off cigarette smoking caffeine consumption and alkohol intake on fecundability*. Amer J Epidemiol 146, 1997,1, s. 32-41
4. Wagner, C.L. – Katikeni, L.D. et al. 1998. *The impact of prenatal drug exposure on the neonate*. Obstet Gynecol Clin North Amer 25. 1998, 1, s. 169 – 194
5. Cloherty, J. Stark, A.R. 1998. *Manual of neonatal care*. Lippicott, N.Y., 1998, 764 s.
6. Kopáčiková, M., Stančiak, J., Novotný, J.; 2009. *Fajčenie v gravidite – stále aktuálny problém*. In: Boledovičová, M. a kol.: Ošetrovatel'stvo 21. storočia v procese zmien III.: Zborník z medzinárodného sympózia. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009, s. 424-431. ISBN 978-80-8094-554 -1
7. Janosiková, E.H. – Daviesová, J.L. 1999. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť*. Osveta, Martin 1999, 551 s., ISBN 80-7164-081-6
8. Kliment, M. 2007. *Rizikové správanie rodičov počas tehotenstva a po narodení dieťaťa*. Via practica, 2007, ročník 4 (7/8): s. 360 – 362. Dostupné na [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2501](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2501).
9. Stančiak, J.; Novotný, J.; Hrašnová, K. 2007. *Problems of alcoholics' health and nursing care*. Journal of health sciences management and public health Volume 8, Number 1, 2007, 1-198, ISSN 1512 – 0651
10. Brukkerová, D.: *Sociológia zdravia a choroby*. Bratislava: Slovenská Zdravotnícka Univerzita, HERBA s.r.o.2005. 64 s. ISBN 80-89171-29-X

Recenzent: PhDr. Eva MORAUČÍKOVÁ

Kontakt:

Mgr. Marie BŘENDOVÁ  
SZŠ a VOŠ zdravotnícká v Příbrami  
Příbram, ČR

## Práca pôrodnej asistentky v gynekologickej ambulancii

Mária Kopáčiková<sup>1</sup>, Jaroslav Stančiak<sup>1</sup>, Jozef Novotný<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, SR

<sup>2</sup>Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, ČR

### Súhrn

Koncepcia ambulantnej zdravotnej starostlivosti o ženu vychádza z filozofie zdravia a z holistického pohľadu na človeka ako na biopsychosociálnu bytosť, ktorá funguje v interakcii s rodinou, so spoločnosťou a s prostredím v daných socioekonomických a kultúrnych podmienkach. Poskytovanie služieb pôrodnou asistentkou je včlenené do systému zdravotnej starostlivosti na všetkých úsekoch starostlivosti o ženu.

**Kľúčové slová:** Gynekológia a pôrodnictvo. Ambulantná zdravotná starostlivosť o ženu. Pôrodná asistentka.

### Summary

At the present time the conception of ambulatory health care of the woman from philosophical point of view is holistic, which does mean that human is the object of bio-psycho-social entity and in the interaction with the family, the society and the environment is functioning in the social, economic and cultural conditions. The work of the assistant in obstetrics plays the very important role at the all levels of the health care of the woman.

**Key words:** Gynecology and obstetrics. Amulatory health care of woman. Assistant in obstetrics.

### Úvod

Gynekológia a pôrodnictvo je základný medicínsky odbor, ktorý sa zaoberá prevenciou, diagnostikou a liečbou gynekologických chorôb, fyziologickým a patologickým pôrodnictvom. Venuje sa fyziológii a patofyziológii reprodukčného systému ženy vo všetkých obdobiach jej života (2).

Pôrodná asistancia je zdravotná starostlivosť pôrodnej asistentky s odbornou spôsobilosťou o ženu a dieťa počas fyziologického tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, zdravotná starostlivosť o reprodukčné zdravie a poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pri gynekologických a pôrodných chorobách. Pôrodná asistancia sa poskytuje metódou ošetrovateľského procesu v rámci praxe pôrodnej asistencie (6).

Podľa zákona NR SR č. 576/2004 prax pôrodnej asistencie zahŕňa určovanie potrieb pôrodnej asistencie, ošetrovateľských potrieb, zdrojov ich zabezpečovania, spoluprácu s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, starostlivosť o reprodukčné zdravie a výchovu zdravotníckych pracovníkov v pôrodnej asistencii (6).

Ambulantná zdravotná starostlivosť je subsystémom zdravotníckych služieb. Z hľadiska legislatívy Slovenskej republiky termínom „ambulantná zdravotná starostlivosť“ sa nahrádza termín „primárna zdravotná starostlivosť“ (6).

Otázkami primárnej zdravotnej starostlivosti sa zaoberala konferencia v Alma-Ate v roku 1978. Primárna zdravotná starostlivosť bola definovaná ako starostlivosť, ktorá sa poskytuje v rámci zdravotnej starostlivosti pri prvom kontakte s klientom a jej úlohou je pomôcť mu pri riešení problémov, s ktorými prichádza.

Podľa almaatskej deklarácie možno charakterizovať primárnu zdravotnú starostlivosť takto:

- poskytuje sa ako základná zdravotná starostlivosť (preventívna, rehabilitačná, a podporná),
- realizuje sa vedeckými, praktickými a spoločensky prijateľnými metódami a spôsobmi, pričom využíva finančné prostriedky, ktoré jej môže spoločnosť poskytnúť,

- predstavuje prvú úroveň sústavného procesu zdravotnej starostlivosti,
- je všeobecne dostupná všetkým osobám v obci a na mieste, kde sa dajú čo najlepšie uspokojiť ich zdravotné potreby,
- zabezpečuje účasť jednotlivcov a skupín, t.j. právo spoluúčasti na starostlivosti o zdravie a prevzatí osobnej zodpovednosti za vlastné zdravie.

### Ambulantná zdravotná starostlivosť o ženu

Koncepcia ambulantnej zdravotnej starostlivosti o ženu vychádza z filozofie zdravia a z holistického pohľadu na človeka ako na biopsychosociálnu bytosť, ktorá funguje v interakcii s rodinou, so spoločnosťou a s prostredím v daných socioekonomických a kultúrnych podmienkach (4).

Európska konferencia o ošetrovateľstve vo Viedni v roku 1988 zdôrazňuje zameranie ošetrovateľských aktivít „mimo nemocnice“. V zmysle programu Svetovej zdravotníckej organizácie „Zdravie pre všetkých v 21. storočí“ a „Mníchovskej deklarácie z roku 2000 „Sestry a pôrodné asistentky: Sila pre zdravie“ dochádza k posilneniu programov a služieb ošetrovateľskej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodnictvo zameraných na zabezpečenie a prípravu pôrodných asistentiek podieľať sa v plnom rozsahu na rozhodovacom procese na všetkých stupňoch rozvoja a implementácie zdravotnej politiky, k zvyšovaniu úlohy pôrodných asistentiek v primárnej zdravotnej starostlivosti o ženu pri podpore verejného zdravia a rozvoji spoločnosti, k čo najvyššiemu využitiu potenciálu pôrodných asistentiek na poskytovaní širokej škály zdravotníckych služieb (1).

Ambulantná zdravotná starostlivosť v gynekológii a pôrodnictve tvorí najdôležitejšiu súčasť starostlivosti o zdravú populáciu, pretože len zdravá žena môže počať, donosiť a porodiť zdravé dieťa a len zdravá žena môže mať zdravú a úspešnú rodinu v zmysle psychickom, fyzickom aj sociálnom. Sieť zdravotníckych zariadení tvoria štátne a neštátne zariadenia.

Podľa úrovne liečebno- preventívnej starostlivosti je rozdelená na tri stupne – primárnu starostlivosť, sekundárnu starostlivosť a vysokošpecializovanú starostlivosť.

Ambulantná zdravotná starostlivosť o ženu je systémom zdôrazňujúcim služby orientované na klienta nachádzajúceho sa v určitej spoločenskej skupine. Ambulantná zdravotná starostlivosť je sústavná a komplexná starostlivosť zameraná na podporu zdravia a dobrého zdravotného stavu, prevenciu chorôb a poskytovanie starostlivosti ženám, ktorých ochorenia nevyžadujú hospitalizáciu v nemocnici. Poskytovanie služieb pôrodnou asistentkou je včlenené do systému zdravotnej starostlivosti na všetkých úsekoch starostlivosti o ženu. Zariadeniami ambulantnej zdravotnej starostlivosti sú ambulancie odborného ženského lekára. Poskytujú základnú odbornú starostlivosť vrátane sprostredkovania ďalšej odbornej ambulantnej a ústavnej starostlivosti.

Sekundárnu starostlivosť zabezpečujú ambulancie odborného lekára a lôžkové gynekologicko-pôrodné oddelenia. Ide o ambulancie špecializovanej zdravotníckej starostlivosti, prenatálnej starostlivosti, plánovaného rodičovstva, gynekologickej endokrinológie, sterility a infertility, gynekológie detí, senológie a gynekologickej onkológie.

Vysokošpecializovanú starostlivosť zabezpečujú špecializované zariadenia ambulantnej starostlivosti a gynekologicko – pôrodné pracoviská so špecializovaným zariadením ústavnej starostlivosti (gynekologicko-pôrodné kliniky LF a SPAM).

Následná starostlivosť sa poskytuje formou domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Služby v domácnostiach sú zabezpečované agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti, návštevou službou prostredníctvom ambulancií ambulantnej zdravotnej starostlivosti (4).

## Činnosť pôrodnej asistentky

Úlohou pôrodnej asistentky pracujúcej v gynekologickej ambulancii je v súlade s koncepciou gynekológie a pôrodnictva napomáhať ženskému lekárovi pri zabezpečovaní zvýšenej starostlivosti o zdravý vývoj ženskej populácie, pri liečení všetkých gynekologických chorôb, sterility a infertility, pri zabezpečovaní preventívnej starostlivosti o ženy s rizikovou tehotnosťou, pri včasnom vyhľadávaní zhubných nádorov rodidiel, zlepšení prevencie a dispenzarizácie, organizovaní odborne usmerňovanej antikoncepcie, plánovaného rodičovstva. Svojou prácou sa snaží o neustále zvyšovanie zdravotného uvedomenia žien.

Gynekologickú ambulanciu navštevujú ženy pri gynekologických ťažkostiach, či už z vlastnej iniciatívy alebo na odporúčanie ošetrojúceho lekára. Ženy pôrodná asistentka pozýva sama na prehliadky (preventívne alebo kontrolné). Jej prvý kontakt so ženou musí byť humánný, dôstojný, vzbudzujúci dôveru. Hlavnú pozornosť venuje anamnéze osobnej, rodinnej, gynekologickej a súčasným ťažkostiam ženy. Umenie počúvať, nadväzovať vzťahy sa kladne prejaví v procese získavania informácií. Vyplní príslušnú dokumentáciu a záznamy. Záznamy musia byť jasné, stručné a presné.

Pôrodná asistentka je najbližším spolupracovníkom ženského lekára, asistuje lekárovi pri práci, vykonáva pomocné a diagnostické výkony nariadené lekárom. Pripraví ženu na gynekologické vyšetrenie a asistuje pri vyšetrení ženy, pri odberech sterov na cytologické vyšetrenie a na vyšetrenie

mikróbného obrazu poševného. Zapisuje výsledky a vykonáva ostatné administratívne práce pre poisťovňu.

Odoberá biologický materiál na vyšetrenie, zodpovedá za jeho správne označenie a včasné odoslanie do laboratória. Robí základné vyšetrenia moču, meria fyziologické funkcie. Podáva lieky, aplikuje injekcie do kože, pod kožu a do svalu.

Stará sa o plynulú hygienickú prevádzku pracoviska, zabezpečuje dezinfekciu, pre stálu pohotovosť, sterilizáciu prístrojov a nástrojov, zdravotníckeho materiálu a včas ich dopĺňa. Zodpovedá za správne uloženie a uzamknutie liekov, kontroluje ich dobu expirácie, za vybavenie protišokovej súpravy.

Zabezpečuje prenatálnu starostlivosť o ženy s fyziologickou tehotnosťou, poskytuje informácie a služby súvisiace s podporou zdravého rodinného života, o zdravom životnom štýle a o možnostiach genetickej diagnostiky rodičovského páru, o včasnej diagnostike tehotnosti, diagnostikuje tehotnosť a podľa rozhodnutia ženy monitoruje priebeh fyziologického tehotenstva pomocou primeraných klinických a technických skriningových vyšetrení, identifikuje varovné signály abnormalít u matky alebo plodu, ktoré si vyžadujú lekársku starostlivosť, sleduje plod v maternici pomocou stetoskopu, UDOP prístroja a kardiokografu, vyhotovuje a hodnotí kardiokografický záznam, spolupracuje s gynekológom, s inými zdravotníkmi pri definovaní potrieb tehotných žien, poskytuje edukačné programy na prípravu na rodičovstvo a kompletnú prípravu na pôrod vrátane poradenstva v oblasti hygieny a výživy, udrzuje v tajnosti informácie o žene a jej rodine. Sprostredkováva, v prípade potreby, kontakt žien s vládnymi agentúrami a nadáciami.

Vykonáva psychofyzickú prípravu tehotnej ženy na pôrod a podporuje tehotnú ženu a jej rodinu pri výbere miesta a spôsobu pôrodu, zabezpečuje alebo realizuje ošetrovateľskú starostlivosť v pôrodnej asistencii v domácom a v inom prirodzenom sociálnom prostredí žien.

Dnes sa kladie väčší dôraz na zveľaďovanie a uchovávanie zdravianež na liečbu samotnú, a preto sa ľudia domáhajú rozšírenia príslušných vedomostí. Vo svojej činnosti sa prioritne zameriava na výchovu k zdraviu z hľadiska udržania a upevnenia zdravia. Edukuje ženy o dodržiavaní správnych hygienických návykov, životosprávy, o samovyšetrení prsníkov, učí ich využívať túto metódu v prevencii nádorových ochorení prsníkov. V edukačnej činnosti sa zaoberá problémami žien všetkých vekových skupín. K mladším sa obracia s problematikou dospievania, nástupu menarche, výchovy k rodičovstvu, priebehu tehotenstva a šestonedelia, starostlivosti o dieťa a výberu vhodnej metódy plánovaného rodičovstva. Ženy všetkých vekových kategórií upozorňuje na prvé príznaky závažnejšieho gynekologického ochorenia a vedie ich k pravidelným návštevám gynekológa na preventívne prehliadky a včasné zachytávanie závažných príznakov ženských ochorení, hlavne onkologických.

Radí ženám v sociálno-právnych otázkach týkajúcich sa tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, ako aj pri iných gynekologických ochoreniach vo všetkých vekových skupinách a podľa potreby im sprostredkúva sociálno-právnu a psychologickú pomoc.

Monitoruje požiadavky na výskum v ošetrovateľstve, realizuje ho a jeho výsledky využíva v praxi pôrodnej asistencie. Podieľa sa na praktickom vyučovaní v študijnom odbore pôrodná asistencija, spolupracuje so vzdelávacími inštitúciami a inými zdravotníkmi zariadeniami. Dodržiava zásady



etického kódexu sestry a pôrodnej asistentky a udržuje v tajnosti informácie o žene a jej rodine.

Vedie ošetrovateľskú dokumentáciu v pôrodnej asistencii, ktorá je súčasťou zdravotnej dokumentácie, kontroluje a analyzuje záznamy v dokumentácii. Na základe dokumentácie vykazuje činnosti pre potreby zdravotných poisťovní a štatistiky.

Pôrodná asistentka využíva vo svojej práci ako metódu ošetrovateľskej starostlivosti ošetrovateľský proces zameraný na uspokojovanie potrieb žien prichádzajúcich do gynekologickej ambulancie. Ženy prichádzajúce do ambulancie sú jedinečné osobnosti, ktoré majú svoje bio-psycho-sociálne potreby a sú v sústavnej interakcii s prostredím. Pôrodná asistentka musí tieto potreby poznať a stanoviť si priority ich uspokojovania. Zaoberať sa pri svojej práci nielen potrebami tela, mysle a aj ducha, čo je základom holizmu.

### **Záver**

Ošetrovateľstvo nemožno zredukovať iba na techniku a vedecké poznatky, lebo v prostredí úprimného záujmu má iné účinky humor, náklonnosť, podávanie liekov, ako v chladnom neosobnom prostredí. Láskavosť je ústrednou požiadavkou väčšiny ošetrovateľských činností a je základným atribútom pôrodnej asistentky - expertky vo svojom povolání.

### **Literatúra**

1. Fischer, A., Danzon, M. 2001. *Mnichovská deklarácia Sestry a pôrodné asistentky: Sila pre zdravie 17. jún 2000*. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych techník, 2, 2001, 7, s.45, ISSN 1335-5090
2. *Koncepcia gynekológie a pôrodnictva*. 1998. Vestník MZ, ročník 46, čiastka 8-9, 1998
3. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore pôrodná asistencija* uverejnená vo vestníku MZ SR, čiastka 17 – 23, ročník 54, zo dňa 1. apríla 2006. Príloha ZdN č.20/2006
4. Repková, A. a kol. 2007. *Gynekologické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2007, 139 s., ISBN 80-8063-236-7
5. *Výhláška MZ SR č. 470/2006 Z. z., ktorou sa mení vyhláška MZ SR 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom*
6. *Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a zmene a doplnení niektorých zákonov*

Recenzent: PhDr. Mária LEHOTSKÁ

### **Kontakt:**

---

PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
ul. gen. M. Vesela 21  
034 01 Ružomberok  
E-mail: maria.kopacikova@ku.sk

# Problém fetálnej bolesti v ošetrovatel'stve a pôrodnej asistencii

Mária Lehotská

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, SR

## Súhrn

Príspevok poukazuje na jeden z mnohých etických problémov v práci sestier a pôrodných asistentiek – problém fetálnej bolesti. Autorka opisuje situácie kedy sa fetálna bolesť stáva priamym ošetrovatel'ským problémom. V súlade s trendom ošetrovania založeného na dôkazoch a na základe relevantných zdrojov poskytuje stručný prehľad o vývoji názorov na fetálnu bolesť. Poukazuje na niektoré dôkazy existencie fetálnej bolesti a na obdobie kedy môže byť bolesť u plodu vnímaná intenzívnejšie.

**Kľúčové slová:** Fetálna bolesť. Comfort care. Ošetrovanie založené na dôkazoch. Etický problém.

## Summary

The article refers to one of the many ethical problems in the work of nurse and midwifery - the problem of fetal pain. The author describes the situation when the fetal pain issue becomes direct nursing problem. In time with the trend in evidence based nursing and the relevant sources, provides a brief overview of the evolution of views of fetal pain. It also notes the existence of some evidence of fetal pain and the time when the pain can be felt more in the fetus.

**Key words:** Fetal pain. Comfort care. Evidence base nursing. Ethical problem.

Súčasný stav medicínskeho poznania a trend ošetrovania založeného na dôkazoch prinášajú nové poznatky o prenatalnom živote. Poukazujú na fakt, že plod je schopný v pomerne ranných fázach svojho vývoja nie len pohybu, ale prejavuje aj emocionálne reakcie, je pri vedomí a vykazuje fyziologické, behaviorálne a hormonálne odpovede na nociceptívny podnet.

Fetálna bolesť je prevažne medicínsky problém, ale sprostredkované sa môže stať aj ošetrovatel'ským problémom. Ženy niekedy predpokladajú možné utrpenie plodu na základe jeho nezvyčajnej aktivity, či určitých zvukových fenoménov (predčasný pôrod, pôrod dieťaťa s vrodenými vývojovými chybami, interrupcia v druhom trimestri tehotenstva...). Nezriedka sa snažia získať informácie tohto charakteru od sestry, je teda žiaduce, aby sestra, respektíve pôrodná asistentka túto problematiku ovládala, umožní jej to zaujať v reálnej situácii najvhodnejší postoj (Urbanová, 2004).

Problém fetálnej bolesti sa stáva priamym ošetrovatel'ským problémom v situácii prežívania plodu po predčasnom pôrode, následne pri vykonávaní invazívnych zákrokov, resp. po interrupcii v druhom trimestri tehotenstva.

Pri prežívaní plodu po interrupcii v druhom trimestri je lekárska terapia plodu bezpredmetná. Ošetrovatel'ská starostlivosť by sa mala orientovať na zabezpečenie pokojnej smrti bez zbytočného utrpenia, čo znamená poskytnúť tiché, teplé a mäkké prostredie, tzv. comfort care (Urbanová, 2004). Čo môže predstavovať pre ošetrujúceho vážny morálny konflikt.

Comfort care môže byť poskytovaná aj novorodencovi na hranici viability. Môžeme povedať, že sa jedná o starostlivosť zabezpečujúcu dôstojné umieranie. Spočíva predovšetkým v starostlivosti o ticho, teplo, zaistenie šetrnej manipulácie s dieťaťom, v umožnení kontaktu rodičov s dieťaťom, v snahe obmedziť bolestivé výkony. Umožnenie kontaktu s rodičmi, respektíve ich zotrvanie pri umierajúcom (už mŕtvom) dieťati umožňuje nielen saturáciu potrieb dieťaťa, ale predstavuje aj dôležitý medzník v odštartovaní procesu smútenia u rodičov. V súčasnosti je snaha podporiť rodičov k priamemu kontaktu s dieťaťom (hladiť ho, dotýkať sa ho, prihovárať sa). Je samozrejmé, že možnosť kontaktu s dieťaťom je potrebné zväziť

vždy individuálne v každom prípade (vzhľadom na psychický stav rodičov, ich pranie a pod.).

Dokázať existenciu fetálnej bolesti je ťažké preto, že bolesť je vo všeobecnosti definovaná ako subjektívny fenomén.

Včasné (McGraw, 1943), ale aj niektoré súčasné štúdie (Derbyshire, 2003) o neurobiológii fetálneho mozgu poukazujú na neschopnosť plodu vnímať bolesť (prípadne len obmedzene a v neskorých štádiách tehotenstva) pre neprítomnosť, respektíve nezrelosť niektorých mozgových štruktúr (mozgová kôra, talamus, neukončená myelinizácia).

Medzinárodná asociácia pre štúdium bolesti (IASP – International Association for the Study of Pain) v roku 2006 uvádza: „*Akokoľvek nezrelosť alebo hypofunkcia kortikálnych neurónov nemôže vylúčiť výskyt fetálnej bolesti.*“ Najnovšie klinické výskumy poukazujú na fakt, že plod nemôže byť vnímaný ako „malý dospelý“. Doterajšie štúdie nepresne predpokladali, že na vnímaní bolesti počas prenatalného obdobia sa uplatňujú rovnaké neurálne štruktúry ako u dospelých, a to viedlo k nepresným tvrdeniam, že plod nemá schopnosť cítiť bolesť. Tradičný pohľad predpokladal predovšetkým prítomnosť kortikálnej aktivity pre vnímanie bolesti. Viaceré klinické dôkazy potvrdzujú fakt, že senzorická perciepcia a stav vedomia nie sú závislé od kortikálnej aktivity. Napriek totálnej, alebo skoro totálnej absencii mozgovej kôry u detí s hydrocefalom, dochádza u nich ku koordinovanej odpovedi na nociceptívny podnet, ktorá je rovnaká ako u zdravých detí. Subkortikálne štruktúry (predovšetkým talamus), ktorých vývoj začína aj končí skôr ako vývoj a zrenie mozgovej kôry sú pravdepodobne kľúčové pri vnímaní bolesti vo včasných štádiách prenatalného života (IASP, 2006).

Medzi ďalšie anatomické a funkčné predpoklady pre fetálnu bolesť, tak ako ich uvádza odborná literatúra, patria nasledovné skutočnosti:

Kožné receptory sa zjavujú v periorálnej oblasti už v 7. gestačnom týždni a postupne sa rozširujú na tvár, dlane a ruky, neskôr na ostatné časti tela. Rozšírenie kožných receptorov predchádza vývoj synáps medzi senzorickými vláknami a interneurónmi v zadných rohoch miechy, ktoré sa začínajú

objavovať už počas 6. týždňa tehotenstva. Štúdie s použitím elektrónkového mikroskopu a imunocytochemických metód poukazujú na vývoj rôznych typov buniek zadných rohov miechy, na ich synaptické prepojenie a produkciu špeciálnych neurotransmiterov (začiatok pred 13.-14.t.t.), (Anand, 1987).

Neukončená myelinizácia býva vnímaná ako index nedostatočnej zrelosti nervového systému a často používaná k podpore argumentov, že dokonca ani v termíne narodený novorodenec nie je schopný plne vnímať bolesť pre nezrelosť nervového systému.

Inkompletná myelinizácia však len znižuje rýchlosť vedenia bolestivého impulzu. Klinicky túto skutočnosť potvrdzuje fakt, že aj u dospelých dochádza k vedeniu nociceptívneho impulzu cez nemyelinizované (C-polymodálne) a tenko myelinizované (A-delta) vlákna. Navyše kvantitatívne neuroanatomické dáta poukazujú na skutočnosť, že nociceptívne nervové dráhy v mieche a v mozgu podstupujú kompletnú myelinizáciu počas druhého a tretieho trimestra. Pomalšie vedenie vzruchu je navyše kompenzované menšou inter-neuronálnou vzdialenosťou (plod i novorodenec má o 50 % väčšiu denzitu neurónov ako dospelý), (Anand, 1987).

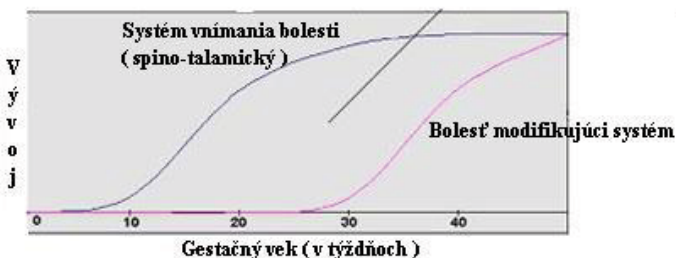
Medzi ďalšie dôkazy existencie fetálnej bolesti, tak ako ich uvádza odborná literatúra patria fyziologické, behaviorálne a hormonálne odpovede na nociceptívny podnet.

Plod reaguje na bolestivý podnet od 16. t.t. (Partch, Kiel), respektíve od 19 t.t. (Fisk) účelným vzdávaním sa od bolestivého podnetu, produkciou stresových hormónov, a zmenou fyziologických funkcií (zvyšuje sa akcia srdca, stúpa TK, sledujeme redistribúciu krvného obehu).

Väčšina nezávislých štúdií potvrdzuje fakt, že počas prenatálneho života človeka existuje dokonca tzv. vulnerabilná perióda, kedy je plod citlivý na bolesť oveľa viac ako po narodení alebo ako v dospelosti. Táto perióda zodpovedá 20. - 30. týždňu gestačného veku.

Unikátnym obdobím z hľadiska vnímania bolesti plodu je obdobie od 20. do 30. týždňa gravidity, kedy plod vníma bolesť oveľa intenzívnejšie ako kedykoľvek predtým alebo potom.

Intenzívnejšie vnímanie bolesti v tomto období je podmienené nerovnomerným dozrievaním jednotlivých neurofyziologických štruktúr. Pre toto vývojové obdobie je charakteristická vysoká denzita nociceptorov v koži (po narodení klesá) a veľmi nízka ochranná vrstva epidermy. Ďalším predisponujúcim faktorom pre intenzívnejšie vnímanie bolesti je nedostatočne funkčný inhibičný systém pre bolesť (Saletan, 2005, White, 2001, Anand, 1987, Ranalli, 1997 in www.gargaro.com).



Obrázok 1 Vulnerabilná perióda vnímania bolesti (spracované podľa: Ranalli, 1997).

Za obdobie funkčnej maturity mozgovej kôry sa predpokladá obdobie od 20 t.t., kedy je možné pomocou štandardnej elektroencefalografie zachytiť elektrickú aktivitu cerebrálnych hemisfér (Anand, 1987, Ranalli, 1997 in www.gargaro.com).

Prvú merateľnú aktivitu ľudského mozgu (prebiehajúcu v talame), ako reakciu na bolestivý podnet, popisujú Reinis a Goldman (1980) v svojej práci „*The Development of the Brain*“ (vývoj mozgu), už medzi deviatym a desiatym týždňom.

In vivo meraná utilizácia glukózy poukazuje na maximálnu metabolickú aktivitu v senzoričných oblastiach mozgu (senzomotorická kôra, talamus, stredný mozog a oblasť mozgového kmeňa), čo je ďalší dôkaz o funkčnej zrelosti týchto oblastí. Za dôkaz zrelosti týchto štruktúr možno považovať aj rôzne formy behaviorálnej aktivity počas prenatálneho života (Anand, 1987).

Viacere a neustále sa zvyšujúce dôkazy o existencii fetálnej bolesti a utrpenia stavajú túto problematiku nielen do pozornosti medicíny, biológie, či fyziológie, ale fetálna bolesť sa stáva predmetom interdisciplinárnych výskumov, súčasne však predstavuje spoločenský, právny, ale i politický problém.

Známe sú mnohé snahy, predovšetkým v USA, o legislatívnu úpravu fetálnej bolesti a jej tlmenia predovšetkým v súvislosti s interrupciami v druhom trimestri (spadá do vulnerabilnej periódy) tehotenstva.

## Literatúra

1. Anand, K. J. S. 1987. Pain and its effects in the human neonate and fetus. In *The new England Journal of Medicine*. ISSN 1527-6546. 1987, vol. 317, no. 21, pp. 1321-1329.
2. Derbyshire, S. W. G. 2003. Fetal „Pain“ – A Look at the Evidence. In *APS Bulletin*. Aug. 2008. vol. 13, no. 4.
3. International association for the study of pain. 2006. Fetal Pain? In *Pain Clinical Updates*. ISSN 1083-0707. June 2006, vol. XIV, no. 2. pp. 1-4.
4. McGraw, M. D. 1943. *The neuromuscular maturation of the human infant*. New York : Columbia University Press. Podľa: Anand, K. J. S. 1987. Pain and its effects in the human neonate and fetus. In *The New England Journal of Medicine*. ISSN 1527-6546. vol. 317. no. 21. pp. 1321-1329.
5. Ranalli, P. 1997. *Does the Fetus Feel Pain?* [on line], [cit. 7.1.2009]. Dostupné na internete: <http://www.gargaro.com/fetalpain.html>.efc.org.
6. Saletan, W. 2005. *I Feel Your Fetus 's Pain*. Aug. 31. 2005. [on line], [cit. 28.8.2008]. Dostupné na internete: <http://www.slate.com/id/2125299>.
7. Urbanová, E. 2004. *Etické problémy spojené s interrupciou v druhom trimestri tehotenstva* (Dizertačná práca). Martin : JLF UK. 2004.
8. White, F. 2001. Are We Overlooking Fetal Pain and Suffering During Abortion? In *ASA Newsletter*. Oct. 2001, vol. 65, no. 10, [on line], [cit. 28.8.2008]. Dostupné na internete: [http://www.asahq.org/Newsletters/2001/10\\_01/white.htm](http://www.asahq.org/Newsletters/2001/10_01/white.htm).

Recenzent: doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.

Kontakt:

PhDr. Mária LEHOTSKÁ  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
ul. gen. M. Vesela 21  
034 01 Ružomberok  
E-mail: maria.lehotska@ku.sk



## Sestra a pacient – účastníci komunikačního procesu

Eva Zacharová<sup>1</sup>, Ivica Gulášová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií  
<sup>2</sup>Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

### Souhrn

Sociální komunikace tvoří teoretickou základnu komunikace v ošetrovatelské péči. Komunikace probíhající mezi sestrou a pacientem je zde nezbytná, nezvratná a neopakovatelná. Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Při komunikaci s pacientem je důležité, aby sestra navodila ovzduší důvěry, které by pacienta uspokojovalo, zbavilo ho pocitu obav a strachu. Ošetrovatelství se zaměřuje na starostlivost o celého lidského jedince, o jeho momentální i potenciální zdravotní problémy, a to nejen na vykonávání lékařských opatření a ošetrovatelských úkonů. Holistické ošetrovatelství respektující etický přístup k pacientovi představuje uvědomění si, že tělesné, psychické a duchovní aspekty jsou vzájemně propletené. Ošetrovatelství je proces nevyhnutelně spojený i s etickým rozhodováním.

**Klíčová slova:** Komunikace. Rozhovor. Etický přístup. Kvalitní vztah.

### Summary

Social communication makes a theoretical base of communication in nursing. Communication proceeding between a nurse and a patient is necessary, conclusive and unrepeatable. Communication is an important aspect of nursing. During communication with a patient a nurse should be able to make confident atmosphere where a patient can feel content and stay without a sense of fear. Nursing is focused on a care of a whole human being including his/her actual as well as possible healthy problems, not only on fulfillment of medical treatment and nursing acts. Holistic nursing respecting ethic approach to a patient means physical, psychical and mental aspects are connected together. Nursing is a process necessarily connected with ethic decision.

**Key words:** Communication. Dialogue. Ethic approach. Quality relationship.

### Úvod

Sociální komunikace tvoří teoretickou základnu komunikace v ošetrovatelské péči. Komunikace probíhající mezi sestrou a pacientem je zde nezbytná, nezvratná a neopakovatelná.

Nezbytnost zdůrazňuje neustále probíhající komunikační proces. Jde o vyjádření toho, že sestra je s pacientem v neustálé interakci, a to buď verbální nebo neverbální.

Nezvrátlostí komunikace se rozumí, že sestra vyslovená slova nebo neverbální signály již nemůže vzít zpět. Musí počítat s tím, že pacient jí nevhodný projev nemusí odpustit.

Neopakovatelnost znamená jedinečnost dané komunikační situaci. Žádná situace se už víc nebude v daném čase a prostředí opakovat.

Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti. Při komunikaci s pacientem je důležité, aby sestra navodila ovzduší důvěry, které by pacienta uspokojovalo, zbavilo ho pocitu obav a strachu. Ošetrovatelství se zaměřuje na starostlivost o celého lidského jedince, o jeho momentální i potenciální zdravotní problémy, a to nejen na vykonávání lékařských opatření a ošetrovatelských úkonů. Holistické ošetrovatelství respektující etický přístup k pacientovi představuje uvědomění si, že tělesné, psychické a duchovní aspekty jsou vzájemně propletené. Ošetrovatelství je proces nevyhnutelně spojený i s etickým rozhodováním.

V současnosti se klade důraz na uplatňování a dodržování práv pacientů. V právní oblasti jde o klasifikaci konání v termínech právního pořádku. Práva pacientů jsou oblastí, která je legislativně upravená. Jejich nedodržování, resp. porušení je sankcionováno. Vynutitelnost soudních rozhodnutí je garantovaná státní mocí.

V etické oblasti jde o pochopení podstaty, jedinečnosti konání a o hledání a nacházení dobra nebo alespoň menšího

zla. Dodržování etických norem není vynutitelné státní mocí. Uplatňuje se tu systém různých nepřímých zpětných vazeb a morálních sankcí jako jsou mravní vědomí, svědomí a veřejné mínění.

Humánní přístup k pacientovi představuje respektování základních principů medicínské etiky při ošetrování pacientů. Uvádějí se čtyři základní principy, které by se měli akceptovat při každém uvažování a rozhodování v oblasti medicíny i ošetrovatelství (Honzák, 1999, s. 72).

- Prospěšnost – předpokládá ze strany sestry konat maximálně dobro pro konkrétního pacienta.
- Neškodnost – předpokládá ze strany sestry vyloučení jakéhokoliv úmyslného i neúmyslného poškození nebo ublížení.
- Autonomie – předpokládá respektování pacienta sestrou jako lidské bytosti ve všech sférách tělesných, duševních, sociálních a duchovních. Autonomie též znamená spolurozhodování pacienta o sobě a svých záležitostech.
- Spravedlnost – předpokládá nedělat rozdíly mezi pacienty, poskytovat zdravotní péči každému, kdo ji potřebuje bez diskriminace.

### Etické principy a jejich uplatňování v komunikaci v interakci sestra – pacient

Sestra svým celkovým přístupem může pacientovi projevit úctu nebo neúctu. Hovoříme, že můžeme pacienta evaluovat nebo devalvovat. Komunikace je v tomto smyslu chápána jako prostředek na dosažení tohoto cíle.

**Evalvace** pacienta znamená projev úcty a vážnosti k pacientově osobě. Jestliže sestra projeví pacientovi úctu, pacient je citově vyrovnanější. Sestra pacienta evalvuje, jestliže:

- se umí za pacienta postavit, např. pokud byl z něčeho nespravedlivě obviněn (i v době, kdy se to stalo v nepřítomnosti sestry);
- s pacientem jedná otevřeně, nic před ním neskrývá;
- se před pacientem neuzavírá do sebe;
- se snaží pacientovi pomoc, jak nejlépe dovede;
- dokáže pacientovi odpustit – velkoryse přehlédnout drobnou chybu či nedostatek v jeho chování;
- má o pacienta skutečný zájem, tj. zájem nefalšovaný;
- pacientovi chyby vyčítá mezi čtyřma očima a nikdy ne před ostatními pacienty nebo zdravotnickým personálem;
- si umí najít čas pro pacienta, i když je zaneprázdněná.

**Devalvace** pacienta znamená projev neúcty k pacientově osobě, projev nevážnosti, případně ponižování osobnosti pacienta. Sestra pacienta devalvuje, jestliže:

- se k pacientovi chová hrubě a necitlivě;
- se pacientovi před ostatními vysmívá;
- se k pacientovi chová ironicky a v kontaktu s ním používá narážky (sarkasmy);
- pacienta šikaneje, dělá mu těžkosti;
- pacienta bezdůvodně osočuje;
- vyslovuje o pacientovi nějaké nepodložené podezření;
- důvěrné informace, které pacient sestře sdělil, zneužívá před zdravotnickými pracovníky nebo pacienty;
- pacienta neprávem obviňuje;
- pacientovi nedovolí, aby se před druhými pacienty, před kterými byl obviněn, bránil.

Komunikaci ovlivňuje věk, společensko-ekonomické postavení, kultura jedince, množství použitých slov, intonace, hlasitost, výška a barva hlasu, tempo a rytmus. Slovy můžeme vyjádřit širokou paletu emocí. Představují značnou část sociální komunikace, mají velkou cenu, informační hodnotu v komunikaci pacient – sestra. Prostřednictvím slov vysvětlujeme, získáváme, přesvědčujeme, povzbuzujeme nebo informujeme o účelnosti odborných postupů při udržování, podpoře a obnově zdraví. Se slovy musí sestra pracovat obratně, uvědoměle, cíleně, protože po vyřknutí je již nemůže přeškrtnout nebo vymazat. Pamatují se déle než napsané. Slova mají obrovskou sílu výchovnou i ovlivňující. Mohou pacienta potěšit i ranit. Rozhovor je pilířem psychosociální komunikace. Mezi ně patří zručnost vést rozhovor. Pro získání zručností vést rozhovor je potřebné seznámit se s teoretickými aspekty rozhovoru a praktický nácvik verbální komunikace formou modelových situací. **Sestra, aby vedla rozhovor správně, musí dodržovat základní psychologické a etické zásady v přístupu k pacientovi** (Gulášová, 2009, s. 27):

- musí znát jméno pacienta a oslovovat jej jménem;
- vyvinout úsilí snížit záporné pacientovy pocity;
- mít schopnost pacienta psychicky podporovat, dát mu najevo, že se svými těžkostmi není sám;
- mít zvýšený zájem o osobnost pacienta;
- vyvinout úsilí o spolupráci s pacientem;
- neustále udržovat oční kontakt s pacientem;
- posilňovat optimismus u pacienta;
- mít trpělivost vyslechnout pacienta;
- umět vyslovit ocenění, pochvalu pacientovi;
- vědět, z jakého sociálního prostředí pacient pochází.

Sestra by neměla mluvit před pacientem o svých problémech a zdravotních těžkostech. Svým vystupováním má přesvědčit pacienta, že má o něj upřímný a čistý zájem. Chování lékaře a sestry během komunikace a jejich následující péče v zájmu pacienta zároveň s odbornými a praktickými vědomostmi rozhodují o tom, jak budou lékař a sestra hodnoceni pacientem. Platí zásada, že pro pacienta je důležitější to, jak se lékař a sestra k němu chovají a jak s ním jedná, než to, co mu říkají. Společným krédem všech zdravotnických pracovníků by mělo být dosažení blaha pacienta, a to nejen v oblasti psychického a sociálního života. Při komunikaci s pacientem je nutné navodit ovzduší důvěry, které by pacienta uspokojovalo, zbavovalo strachu a obav. Psychologické pochopení přechází do hlubokého pochopení, lidského zájmu a tolerance.

Termínem **profesionální komunikace sestry** je vyjádřena **komplexní a náročná zručnost, která vede k osvojení takových způsobilostí a dovedností, které umožní sestře sociální interakci a komunikaci nejen začít, ale i rozvíjet a ukončit**, uvádí Zacharová (2007, s. 112).

K tomu, aby proces komunikace vznikl a produktivně se rozvíjel, musí být splněny tři základní požadavky. První požadavek je **chtít komunikovat**. Ten splňují jak sestra, tak pacient. Převážná většina nemocných chce komunikovat. Jen výjimečně se vyskytnou pacienti, kteří komunikaci odmítají. Problém může nastat u zdravotníků, kteří si neumí přiměřeně zpracovat získané informace, někteří nechťejí komunikovat z různých důvodů, kterými jsou například nezájem o profesi, nízká motivace, nedostatečný rozvoj komunikačních dovedností nebo také profesionální deformace.

Druhý požadavek efektivní komunikace zdůrazňuje, aby sestra i pacient **uměli komunikovat**. Pacient většinou s komunikací nemá problémy, využívá obvyklý způsob, na který byl zvyklý před onemocněním. Sestra však nevystačí s tradičními komunikačními technikami. Neustále si musí rozšiřovat vědomosti a dovednosti o nové poznatky, které bude aplikovat v praxi. Jedná se například o komunikaci s problémovými skupinami pacientů jako jsou agresivní, depresivní pacienti, pacienti pod vlivem návykových látek.

Třetím a posledním požadavkem na zabezpečení průběhu komunikace je vytvoření možnosti ke komunikování, tj. **moci komunikovat**. Tento požadavek nespĺňují nebo splňují jen částečně handicapovaní pacienti s poruchou sluchu, zraku a řeči, ale také demenční pacienti nebo pacienti v bezvědomí apod.

Profesionální využití komunikace v ošetrovatelství má význam nejen při ošetrovatelských zákrocích, ale i při realizaci všech kroků ošetrovatelského procesu. Správně vedený a využívaný komunikační proces může pomoci zdravotníkům a zvláště sestře k získání pacienta ke vzájemné spolupráci.

### **Překážky v komunikaci mezi sestrou a pacientem**

V klinické praxi a pravidelné ošetrovatelské péči mohou vzniknout mezi sestrou a pacientem nejrůznější překážky, které brání kvalitní komunikaci.

Překážky mohou být všeobecného rázu a týkají se obou zúčastněných subjektů. Mezi nejčastější všeobecné překážky efektivní komunikace patří (Gulášová, 2009, s. 11):

**Praktická překážka** způsobená rušivými vnitřními a vnějšími vlivy nebo příliš tichým hlasem sdělovatele zprávy. **Překážka jazyková** bývá dána rychlým nesrozumitelným projevem, ale

také dlouhými větami s množstvím důležitých informací. Je dána i odlišným mateřským jazykem u cizinců. Překážka **emotivní** překrývá soustředěnost, **intelektová** charakterizuje rozdílnost odborného vyjadřování a překážka v chápání poukazuje na různé pochopení komunikačního obsahu. Důležitou úlohu mají i překážky **fyzilogické**, které jsou dány bolestí, únavou, nedostatkem spánku nebo smyslovými poruchami.

Na straně sestry se však mohou vyskytnout i další překážky v komunikaci, mezi které můžeme zařadit nejasné, nepřesné informace, postoje a názory. Polopravdivé informace, únik od tématu nebo vyhýbání se určité problematice. Problémem může být jednosměrnost komunikačního prostoru buď sestrou nebo pacientem, ale také dvoukolejnost, kdy se sestra s pacientem navzájem neposlouchají. Nevhodná je i manipulace, kdy sestra „tlačí“ pacienta do kouta. Neprofesionální je i nadměrné množství informací směrem k pacientovi nebo neetické chování spojené s výsměchem, dvojsmyslností, urážkami pacientů.

Mezi další překážky v komunikačním procesu při realizaci péči můžeme zaznamenat například neochotu vyslechnout pacienta, nadměrné ubezpečování o uzdravení, vnucování vlastních názorů na řešení problémů, zatěžování pacienta vlastními problémy, nadměrné přitakávání, negace emocí, používání odborné terminologie a v neposlední řadě i časový deficit ze strany sestry. Vážnou překážkou a problémem ze strany sestry je bezobsažná komunikace, která vyvolává oprávněný dojem, že ho sestra neposlouchá a nerozumí mu. Při takovém poznání může u pacienta vzniknout lhostejnost, uzavřenost a pacient přestává se zdravotníky spolupracovat.

Také ze strany pacienta mohou vzniknout překážky ve vzájemné komunikaci. V ošetrovatelské praxi se nejčastěji vyskytují situace, ve kterých pacient **neumí, nechce nebo nemůže komunikovat**.

Pacient **neumí** komunikovat například, když je cizinec a nerozumí jazyku nebo se jedná o člověka s nízkou komunikační schopností. Mezi nejčastější důvody, kdy pacient **nechce** komunikovat, řadíme bolest, záporné emoce - strach, úzkost, deprese, nedůvěra k sestře, hospitalismus, maladaptivní projevy, únava, narušená komunikační schopnost – koktavost. Pacient **nemůže** komunikovat při vážném onemocnění – afázie, operacích krku, inkubacích dýchacích cest, při kvalitativních poruchách vědomí a bezvědomí.

Honzák (1999, s. 7) doporučuje dodržování pravidel komunikace a požadavků na chování i pro lékaře (sestry):

- Poslouchejte pacienta vždy pozorně.
- Vysvětlete vše jasně a srozumitelně. Přesvědčte se, zda vám pacient rozuměl.
- Vyperte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, odmítání, vliv druhých).
- Zachovejte vždy důvěrnost informací.
- Respektujte přání pacientů.
- Nekritizujte pacienta veřejně.
- Dejte pacientovi najevo svou emocionální podporu.
- Respektujte pacientovo soukromí.
- S diagnózou a léčbou seznámte pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný.
- Během rozhovoru udržujte oční kontakt.
- Vystupujte před pacientem vždy v nejlepším světle.
- Buďte poctiví a čestní.

Uváděná doporučení, která si obě strany (tedy zdravotníci i pacienti) většinou uvědomují, mohou být základem pro omezení negativ, která se v průběhu vzájemného kontaktu vyskytují. Mnohé problémy, můžeme je nazvat chyby, vznikají právě z nevyjasněné a nedořešené situace, která je v daném okamžiku krizová a oba účastníci ji dostatečně nezvládli. Nepříjemnosti, kritika, invektivy, nedorozumění a neporozumění vyvolávají napětí, nepohodu, při níž vzniká množství chyb a domněnek, které nevrhají dobré světlo na profesionalitu zdravotníků. Na druhé straně pak zdravotníci poukazují na neobjektivnost a nesoudnost pacientů a rodinných příslušníků. Bylo by proto vhodné, aby si obě strany uvědomily vzájemné nedostatky, a tím odbouraly bariéry ve vzájemném vztahu a snížily výskyt možných chyb a omylů v klinické praxi.

Od začátku setkání zdravotníka s pacientem, a dokonce i před ním začíná komunikace, která bude mít pro další vývoj jejich vztahu, a hlavně pro léčení rozhodující význam. Přestože v medicíně hraje nemoc dominantní úlohu, musíme mít na paměti, že je to jen nezávislý a samostatně existující jev. Ve svém okolí nenajdeme izolovanou nemoc, nacházíme však nemocného člověka. Čím dříve si zdravotníci tuto skutečnost uvědomí, tím snáze budou schopni rozlišovat přístup zaměřený na pacienta i na jeho osobnost.

## Závěr

Zvládnutí problematiky komunikace pomáhá sestře rozvíjet kvalitní vztah s nemocným člověkem, ale i v rámci ošetrovatelského týmu. Zlepšení komunikačních schopností významnou mírou přispěje ke zefektivnění vzájemných vztahů na nejširší úrovni, povede ke zvýšení kvality života pacienta a k plnému uspokojování jeho potřeb (Zacharová, 2007, s. 86).

## Literatura

- Gulášová, I. Telesné, psychické, sociálně a duchovní aspekty onkologických ochorení. Martin: Osveta, 2009, 99 s. ISBN 978-80-8663-305-9.
- Gulášová, I. Osobnostné a profesionálne vlastnosti sestry. Sestra 2004, 6: 8 – 9.
- HONZÁK, R. Komunikační pasti v medicíně. Praha: Galén, 1999, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- Zacharová, E. Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Recenzent: RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.

Kontakt:

PaedDr. et Mgr. Eva ZACHAROVÁ, Ph.D.  
Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií  
Syllabova 19, Ostrava – Zábřeh  
E-mail: eva.zacharova@seznam.cz



## Sestra a sprevádzanie pacienta v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti

Paulína Hudáková<sup>1</sup>, Katarína Zajacová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

<sup>2</sup>NsP Skalica a.s.

### Súhrn

Strachom, obavami, či vedomým sa vyhýbaním problematike sprevádzania terminálne chorých s „ospravedlňujúcim“ dôvodom akejsi „bázne“ sa aj sestry často krát pokúšajú „vyzbroit“ zdanlivou nedotknuteľnosťou, vnútorným dištancovaním sa od nepríjemných a ťažkých chvíľ typických pre poslednú fázu života pacientov. Sú neraz blokované strachom, že sa ich budú vnútorne dotýkať krízové existenčné situácie pacientov, ktoré pri ich sprevádzaní vnímajú.

Nie je však ľahké nájsť správnu mieru profesionálneho prístupu k pacientovi, ktorá je pre každú osobnosť individuálne špecifická, má vplyv na jej hodnotový systém, prežívanie a mnohokrát aj na celkové nasmerovanie života sestry.

**Kľúčové slová:** Umieranie. Umierajúci. Sprevádzanie umierajúcich. Paliatívna starostlivosť. Sestra.

### Summary

Nurses often try to „equip“ themselves with a seeming inviolability and inward dissociating from the unpleasant and hard time typical for the last phase of a patient's life. All this is because of fear, apprehension or conscious avoiding the problematic of accompanying the terminally ill with an excusatory reason of some kind of awe. Not once are nurses blocked by the fear of the possibility of being inwardly pained by the critical existential situations of patients which they perceive when accompanying.

Anyhow, it is not easy to find the right amount of professional approach towards the patient because for each personality it is a thing individually specific. It also has an influence on the value system, nursing and often on the general life orientation of the nurse too.

**Key words:** Dying. Dying person. Accompanying the dying. Palliative care. Nurse.

### Úvod

Chronicky chorí pacienti s vedomím prebiehajúceho už posledného – terminálneho štádia ochorenia si vyžadujú špecifickú komplexnú multidisciplinárnu starostlivosť poskytovanú kvalifikovanými odborníkmi, ktorí sú ochotní celou svojou osobnosťou prispievať k zvýšeniu kvality života pacientov a k predchádzaniu rôznych možných negatívnych skúseností a zranení pacientovej osoby.

Aj napriek dokázanému rýchlemu napredovaniu rôznych odborov a vysokej informovanosti všeobecne, sú niektoré témy a situácie života „pochťo zamlčované“, sprevádzané akousi bázňou a zdržanlivosťou pri ich poznávaní, či priamo účasťou na ich prežívaní. Medzi tieto témy nepochybne patrí umieranie; príprava na „odchod“, či „rozlúčenie sa“ so všetkým, čo človeku dávalo zmysel a naplnenie jeho existencii aj napriek obmedzeniu chorobou; sprevádzanie pacientov v poslednej, mnohokrát definovanej ako „najťažšej fáze“ ich života; zvládanie záťaž pri sprevádzaní svojich umierajúcich najbližších, či dokonca osobné prežívanie tohto štádia.

Preto aj tento príspevok je zameraný na požiadavky na osobnosť sestry pri vykonávaní tejto komplexnej starostlivosti, na zvládanie rôznych ťažko sa prijímajúcich okolností, sprevádzajúcich poslednú fázu života zo strany pacienta a jeho najbližších príbuzných, ale aj prijímaní týchto ťažkostí zo strany sestry plne zaangażovanej do ošetrovateľskej starostlivosti. V neposlednom rade má byť tiež povzbudením sestier v ich službe s terminálne chorými pacientmi, ktorá presahuje rámec „zamestnania“ a naberá plný význam pomenovania „poslanie“.

Paliatívna starostlivosť znamená obsiahle opatrovanie, sprevádzanie a starostlivosť o pacientov trpiacich ochoreniami, ktoré sú veľmi často v pokročilom štádiu a nie sú orientované na

vylicenie, ale na kuratívne riešenie. Cieľom tejto starostlivosti je v čo najväčšej možnej miere zvýšiť kvalitu života pacienta a jeho príbuzných zmiernením nielen telesných a psychických, ale aj sociálnych a spirituálnych problémov.

Paliatívna starostlivosť:

- podporuje život,
- smrť a zomieranie vidí ako normálny proces,
- neurýchľuje smrť, ani ju neodďaľuje,
- stará sa o zmiernenie bolesti a ostatných pridružených symptómov, ktoré prinášajú stres,
- integruje psychologické a spirituálne aspekty pri sprevádzaní pacienta,
- ponúka systém podpory pacientov, aby mohli až do smrti ako je len možné žiť čo najaktívnejšie,
- ponúka systém podpory aj pre rodinných príslušníkov v čase prebiehajúceho ochorenia člena rodiny a potom v ich smútku, aby ho mohli ľahšie prekonať.

Paliatívnu starostlivosť rozumieme ako celkovú liečbu a starostlivosť o pacientov, ktorých ochorenie nereaguje na kuratívnu liečbu. Najdôležitejšia je liečba bolesti a ďalších symptómov, no nepodceňuje sa ani riešenie psychologických, sociálnych a duchovných problémov pacienta. Treba ju chápať ako starostlivosť o ľudí, ktorí sa ocitajú na konci života a majú komplexné problémy. Prístup k starostlivosti by bol podmienený posúdením závažnosti symptómov a nie len diagnózou. V mnohých lôžkových zariadeniach je však taký trend, že pacienti sú prijímaní kvôli liečbe akútnych symptómov a potom sú prepustení, čoho následkom je pre niektorých ľudí paliatívna starostlivosť nedostupná [5].

Paliatívna starostlivosť sa vyznačuje týmito znakmi:

- nie je autoritatívna, nerobí rozhodnutia na základe určitých faktov či rigidných princípov a nevnučuje liečbu,
- sústreďuje sa na rady, spolupracuje s pacientom a jeho rodinou,
- potvrdzuje život a umieranie akceptuje ako prirodzený proces, smrť neurýchľuje ani neodsúva,
- poskytuje úľavu od bolesti a iných obťažujúcich symptómov,
- zohľadňuje psychosociálne a duchovné aspekty v starostlivosti o pacienta,
- poskytuje podporný systém pomoci pacientovi, aby žil aktívne až do smrti,
- predstavuje podporný systém rodine pri vyrovnávaní sa s chorobou pacienta, s jeho skorým odchodom a s vlastným zármutkom.

Základnou jednotkou pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti je interdisciplinárny tím [5].

Paliatívna starostlivosť je profesionálna, holistická a interdisciplinárna a má byť poskytovaná všetkým umierajúcim pacientom bez ohľadu na diagnózu či typ zdravotníckeho zariadenia. Ide o kontinuálnu starostlivosť – od všeobecného prístupu po špecializovanú disciplínu [6].

Pacientom v terminálnom štádiu ochorenia by mala byť poskytovaná ošetrovateľská starostlivosť nielen v hospicioch, agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti, na paliatívnych častiach oddelení, ale aj na štandardných oddeleniach [5].

## Osobnosť sestry sprevádzajúcej umierajúceho pacienta

Je nemožné byť expertom v téme umierania a smrti iných ľudí. Niet skutočného miesta a metódy umierania alebo smútenia - z čoho by mohli prirodzene vychádzať mnohé modely doprevádzania umierajúcich, lebo každý človek si musí nájsť svoju osobnú jedinečnú cestu [2].

Sestra ošetrojúca terminálne chorého pacienta musí teda byť dostatočne vnímavá na prejavy, či prípadné skrývanie, či potlačanie pocitov pacienta zohľadňujúc ich podľa rozdielnosti daných vekovým zaradením pacienta a hierarchie ich potrieb. Strach zo smrti u detí, mladistvých a dospelých býva často úplne odlišne definovaný a prejavovaný ako u starších pacientov, ktorí sa skôr obávajú umierania než smrti [6].

Sestry musia na rozhodovaní v závere života pozeráť inak než len ako na klinické rozhodnutie týkajúce sa bezprostredne ochorenia. Pri rozhodovaní na konci pacientovho života musíme brať do úvahy nielen snahu zmierniť utrpenie, ale tiež možnosť, že utrpenie spôsobíme pokiaľ zrealizované rozhodnutia nebudú v súlade s kultúrnym, filozofickým a náboženským presvedčením každého človeka. Všetky tieto faktory ovplyvňujú to, ako jedinec chápe utrpenie, a pokiaľ chcú sestry i ďalší pracovníci v paliatívnej starostlivosti tejto problematike porozumieť, potrebujú viac znalostí než iba tie, ktoré im všeobecne poskytuje zdravotnícka etika [6].

Práca v paliatívnej starostlivosti kladie veľké nároky na psychiku profesionálneho pracovníka, preto vždy treba overiť, či sa pre túto prácu hodí, či spĺňa vyžadované predpoklady, medzi ktoré patrí najmä duševné zdravie, zrelosť osobnosti a určité povahové rysy, ako je schopnosť sebaovládania a trpezlivosť. Výbušní, nepokojní, nevládni a nevyrovnaní ľudia nemajú na tomto úseku práce čo robiť. Nastupujúci pracovník by mal poznať svoju toleranciu k nadlimitným záťažiam, to však neznamená, že by nesmel mať nijaké citlivé miesto, ale mal by o ňom

vedieť on i jeho nadriadený. Ďalšou požiadavkou na osobnosť sprevádzajúcej sestry je schopnosť komunikácie vyžadujúca aspoň akési komunikačné minimum: slušnosť, trpezlivosť, pokojné vystupovanie a seriózne jednanie. Niektoré sestry sa bránia ľútosťou, ktorú pociťujú voči pacientom, a zakrývajú to drsnosťou až hrubosťou, aj keď môžu byť profesionálne zdatné a obetavé. Málokedy však pacient v terminálnom štádiu si takúto obetavosť cení. Skôr si váži vľúdne správanie a menšiu precíznosť než naopak.

Je nutné strátiť sa profesionálnym deformáciám ako je citová plochosť, ktorá môže byť buď hraná, alebo prejavom skutočného citového otupenia. Prejavuje sa cynizmom, netaktným správaním, nevhodným vtipkovaním aj pred pacientom, zbytočným hlasným a verejným, zľahčujúcim rozprávaním o intímnych veciach pacienta, personálu a niekedy i o svojich vlastných [8].

Kto sa cíti byť povolaný k tomu, aby chorého doprevádzal, nutne potrebuje mať základné predpoklady k vytvoreniu účinného terapeutického vzťahu. Predo-všetkým je potrebné naučiť sa trpezlivo aktívne počúvať a byť pre druhého celou svojou osobnosťou prítomným. Ani nevyslovená prosba by nemala byť prepočutá. Cesta k chorému nie je vždy otvorená, a preto je nevyhnutná ochota, v ktorúkoľvek nočnú či dennú hodinu vypočuť jeho pocity, sťažnosti a spolu s ním sa pokúsiť nájsť odpovede na otázky, ktoré ho znepokojujú. Nie je potrebné zvlášť zdôrazňovať, že sa sprevádzajúci musí vystríhať moralizovaniu, dohováraniu a povzbudzovaniu, rovnako ako bagatelizovaniu problémov a ťažkostí. Naopak je dôležité vedieť priznať svoju vlastnú bezradnosť [8].

Zmes rôznych pocitov sestier sprevádzajúcich umierajúcich pacientov, ako sú úzkosť, bezmocnosť, agresivita, pocity viny ich často vedú k vyhybaniu sa izbám umierajúcich. Aj napriek týmto pocitom je potrebné poskytnúť pacientovi základnú psychologickú pomoc: neopúšťať ho, nenechávať ho príliš v jeho samote, častejšie k nemu prichádzať a vypočuť ho. Treba však rozlišovať pocity osamotenosti a reálnej samoty, kedy je pacient skutočne sám. Sesterské intervencie by sa mali pokúsiť týmto, niekedy oprávneným pocitom zabrániť alebo ich urobiť znesiteľnejšími a pacienta podľa možností morálne podporiť [8] a rešpektovať jeho individuálny názor a osobnú ( i veľmi svojráznu ) vieru [3].

Od sestry v starostlivosti o umierajúceho pacienta sa okrem empatie vyžaduje, aby v maximálnej možnej miere dodržiavala najprioritnejšie zásady:

- pravdivo jednáť, neskrývať neistotu a bolesť,
- nič nepreháňať, vnímať a rešpektovať prania pacienta,
- podľa situácie zachovávať blízkosť alebo odstup,
- mať čas pre pacienta, umierajúci vycíti, koľko času sme mu ochotní venovať,
- aktívne počúvať a chápať, hovoriť i mlčať s nádejou ,
- udržiavať pacientovu nádej, pocit istoty, seba dôvery, dôstojnosti a sebaúcty,
- pomáhať pacientovi pri akceptovaní vlastnej straty.

Netreba zabúdať, že vystupňovaná vnímavosť umierajúcich voči okoliu vie veľmi dobre rozlíšiť fasádu, teda predstieranie a pravdivosť ošetrojúceho [1].

Aj keď je realita na hony vzdialená popísanému ideálu, treba pojmy dôstojné umieranie, dôstojná smrť chápať ako výzvu ku kvalitnej zmene [3].

Profesionálny prístup v sprevádzaní terminálne chorých pacientov je veľmi dôležitý. Mnohokrát je obtiažne nájsť jeho správnu hranicu aby sa predišlo zdanlivo nežiaducim negatívnym

vplyvom na osobnosť a emocionálny život sestry, na druhej strane treba uznať, že ak nedopustíme, aby sa nás dotkol osud pacienta, nikdy v tejto práci nevydržíme [6].

Stresujúcim prvkom, ktorý sa objavuje u sestry je projekcia problémov pacienta do vlastného života (rovnaké príznaky = rovnaké ochorenie = rovnaký osud).

V neposlednom rade každá sestra, ktorá dlhodobo poskytuje starostlivosť umierajúcim sa obáva syndrómu vyhorenia. Súčasťou obáv sestry je strata kontroly nad vlastným konaním, obvykle doprevádzaná prejavmi emócií neovplyvniteľnými vlastnou vôľou. Dôsledkom je ľudské a profesionálne zlyhanie.

Sestra rovnako ako umierajúci a jeho rodinní príslušníci prechádza štádiami reakcie na prichádzajúcu smrť. Jej rola je o to ťažšia, že vyrovnanie sa so smrťou vo svojom profesionálnom živote prežíva opakovane. Jednou z možností ako prekonať strach z utrpenia, je byť s ľuďmi, ktorí prechádzajú krízou a pomáhať im. Pre kontakt s ľudským utrpením je však potrebná profesionálna pripravenosť a vybavenie dostatočnými odbornými vedomosťami v oblasti duševnej hygieny. Jedine tak je možné predísť syndrómu vyhorenia, alebo sa ho naučiť zvládať. Poznatky a skúsenosti sestry so zvládaním stresu môžu pomôcť i umierajúcim, rodinným príslušníkom a blízkym pri prekonávaní kritických situácií spojených so smrťou a umieraním [4].

Konečná fáza sprevádzania terminálne chorého pacienta a jeho príbuzných zahŕňa aj starostlivosť o pacienta bezprostredne po jeho posledných chvíľach života. Táto starostlivosť sa nevzťahuje tiež výlučne na pacienta, ale aj na jeho pozostalých príbuzných.

Sestra poskytujúca kvalitnú profesionálnu ošetrovateľskú starostlivosť terminálne chorému pacientovi, vrátane momentu jeho posledného vydychnutia, by si mala byť vedomá základných zásad spojených s rozlúčkou príbuzných i jej samej s pacientom.

Medzi najdôležitejšie patria:

- zachovať rešpekt k mŕtvemu telu rovnako ako k žijúcemu pacientovi,
- dbať na dôstojnosť zomretého pacienta,
- dopriať rodinným príslušníkom dostatok času na rozlúčku s príbuzným,
- prejavovať pochopenie dôležitosti rozlúčky pre nasledujúci proces zármutku,
- povzbudzovať a posmeľovať príbuzných,
- dodávať príbuzným odvalu aktívnou vnútornou podporou,
- brať vážne akékoľvek ich otázky,
- umožniť dostatok času a priestoru na dôstojnú rozlúčku, čo sa týka aj náboženských rituálov rôznych vierovyznaní,
- rešpektovať individualitu a jedinečnosť každej osobnosti v tejto náročnej situácii,
- poznať osobitosti starostlivosti o umierajúceho a zomrelého z pohľadu aspoň najrozšírenejších vierovyznaní,
- poznať možnosti foriem rozlúčky príbuzných,
- rešpektovať rozličné prejavy a reakcie príbuzných na správu o úmrtí ich príbuzného a naučiť sa tiež primerane reagovať,
- poznať úlohy pri sprevádzaní príbuzných v procese smútenia,
- vedieť príbuzným poradiť pri ďalšej organizácii súvisiacej s úmrtím,
- rešpektovať ich rozličné pocity pri stretnutí sa so smrťou príbuzného [7].

Pri sprevádzaní pacienta v posledných chvíľach až do okamihu smrti či už sestrou alebo najbližšou osobou, ktorú si pacient žiadal, nie je najhoršou vecou zármutok, strata alebo zlomené srdce. Horšie je byť prítomný smrti a nebyť týmto zážitkom zmenený [6].

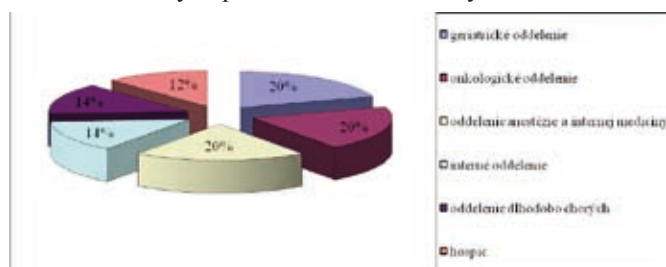
Cieľom prieskumu bolo zistiť mieru profesionálneho prístupu sestier a sprevádzanie pacientov v terminálnom štádiu ochorenia.

Dotazníkovú formu prieskumu sme realizovali na vybranej vzorke 50 sestier pracujúcich na rôznych častiach lôžkových oddelení.

Zamerali sme sa aj na tieto podciele:

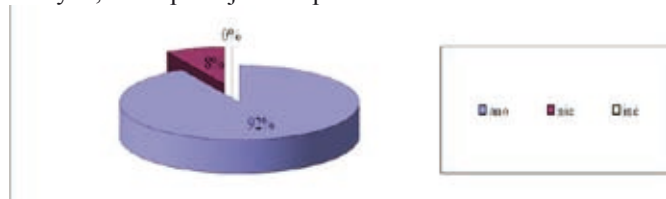
Zistiť mieru profesionálneho prístupu sestier k pacientom v terminálnom štádiu ochorenia.

Zistiť vplyv pracovnej záťaže sestier sprevádzajúcich terminálne chorých pacientov na ich osobný život.



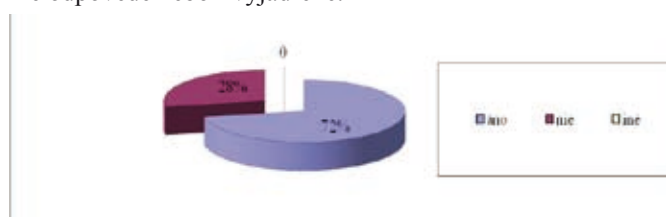
**Graf 1** Oddelenia, na ktorých pracujú respondenti

20 % respondentov pracuje na geriatrickom oddelení, 20 % na onkologickom oddelení, 20 % na oddelení anestézie a internej medicíny, 14 % na internom oddelení, 14 % na oddelení dlhodobých chorých, 12 % pracuje v hospici.



**Graf 2** Sprevádzanie chorých sestrou

92 % respondentov vyjadrilo, že sprevádzanie terminálne chorých patrí do kompetencie sestier, 8 % je opačného názoru, iné odpovede neboli vyjadrené.



**Graf 3** Predpoklady pre sprevádzanie chorých

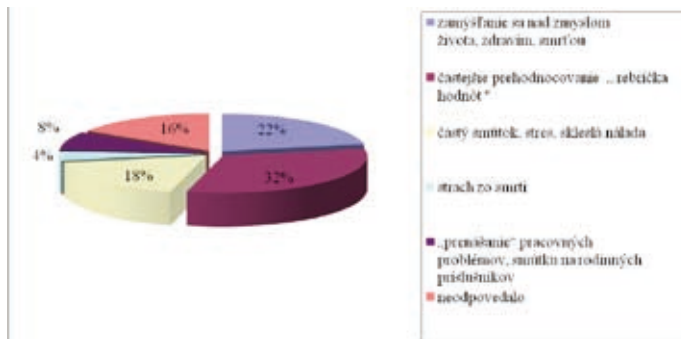
Nutnosť osobnostných predpokladov pre sprevádzanie terminálne chorých uvádza 72 % a popiera 28 % opýtaných. Iné názory vyjadrené neboli.



**Graf 4** Vplyv práce na osobný život sestier

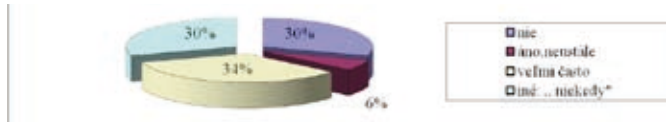
84% opýtaných udáva, že práca s terminálne chorými vplyva na osobný život sestry, 16% udáva, že tento vplyv nevníma.





**Graf 5** Konkrétne vplyvy práce na osobný život sestier

Sestry ktoré uvádzajú, že práca s terminálne chorými má vplyv na osobný život sestier, vyjadrujú konkrétne vplyvy: 32 % uvádza že častejšie prehodnocuje svoj „rebríček hodnôt“, 22 % sa častejšie zamýšľa nad zmyslom života, zdravím a smrťou, 18 % udáva častý smútok, stres, sklесlá náladu, 16% na otázku neodpovedalo, 8 % uvádza, že pracovné problémy a smútok prenášajú na rodinných príslušníkov, 4 % uviedlo, že pociťuje strach zo smrti.



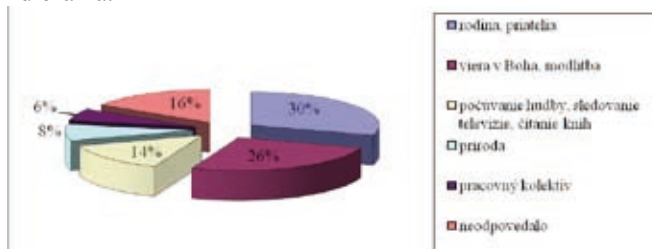
**Graf 6** Výskyt emočnej únavy sestier pracujúcich s terminálne chorými

Neustálu emočnú únavu a depresívne ladenie má 6 %, 34 % má tieto pocity veľmi často, 30 % ich nepociťuje, 30 % v možnosti „iné“ uvádza, že ich pociťuje, ale len niekedy.



**Graf 7** Dopyt tímového zdieľania o emočných ťažkostiach

72 % opýtaných sestier by privítalo pravidelné spoločné tímové zdieľanie a diskusie o emočných problémoch sestier pracujúcich s terminálne chorými, 20 % to nepovažuje za potrebné a 8 % zastáva názor, že emočné problémy nepatria do tímového zdieľania.



**Graf 8** Pozitívne zdroje pre život sestier

Pozitívne zdroje pre svoj osobný a profesionálny život uvádza 30% z respondentov v rodine, priateľských vzťahoch, 26% vo viere v Boha a v modlitbe, 14% v počúvaní hudby, sledovaní televíznych programov a čítaní kníh, 8% v prírode, 6% v pracovnom kolektíve a 16% na otázku neodpovedalo.

## Diskusia

### Miera profesionálneho prístupu sestier k pacientom v terminálnom štádiu ochorenia

Predpoklad, že sestry budú ľudský prístup a empatiu považovať za súčasť profesionality sa 100%- ne potvrdil. Zároveň však 56 % udáva, že nemá dostatok času na komunikáciu s pacientmi, 36 % tento čas má a aktívne ho využíva a 8 % dostatok času potvrdzuje, ale udáva, že radšej sa v tomto čase venuje iným činnostiam

na oddelení. Nie je teda jednoznačné, či čas na komunikáciu s pacientmi je skutočne nedostatočný, alebo je len nevyužitý pre cieľ komunikácie. Celkové komunikačné zručnosti sestier sú podľa výsledkov prieskumu dostatočné, až 84 % sestier dokáže s mrzutými a agresívnymi pacientmi komunikovať trpezlivo, ďalších 8 % reaguje podľa momentálnej vlastnej dispozície, 4 % respondentov reaguje direktívne a rovnako 4 % pacientom mrzutosť a agresivnosť vráti.

Ovládanie sa a neprenášanie vlastných negatívnych rozpoložení vo väčšine prípadov potvrdzuje 76 %, v každom prípade ich potvrdzuje 10 %, málokedy ďalších 12 % a negujú to 2 % opýtaných respondentov.

Všetky opýtané sestry považujú ľudský prístup a empatiu za súčasť ich profesionality a zároveň vo väčšine prípadov udávajú nedostatok času na komunikáciu s pacientmi. Aby však mohli svoj profesionálny prístup upevňovať, je práve komunikácia nevyhnutná. Je veľmi ťažké byť skutočne dostatočne a zároveň správne empatický, pokiaľ čo najlepšie nespoznáme pacienta vo všetkých jeho stránkach, ktoré nám môže odhaliť jedine v osobnej komunikácii. Nikdy nebudeme aktuálne potreby a problémy pacientov poznať z iných zdrojov, ako je vzájomná komunikácia s ním samým. Naše získavanie informácií by nemalo spočívať len z opisovania predošlých dokumentácií.

Vysoko pozitívne hodnotíme profesionalitu prístupu k problémovým pacientom s prejavmi agresie a mrzutosti, kde sa sestry väčšinou usilujú nereagovať na ich spávanie rovnakým spôsobom, ale chvályhodne si volia trpezlivé správanie.

Úsilie o profesionalitu potvrdzuje väčšina sestier aj svojim vlastným ovládaním, kedy dokážu prenášať samé seba a svoje prípadné negatívne rozpoloženia neprenášajú na pacientov, pre ktorých by mali byť skutočnou oporou.

### Zistenie vplyvov pracovnej záťaž sestier sprevádzajúcich terminálne chorých pacientov na ich osobný život

Aj napriek náročnosti úlohy sprevádzania terminálne chorých pacientov 92 % sestier súhlasí s názorom, že toto doprevádzanie patrí do ich kompetencie a 72 % zastáva názor, že na túto úlohu je zároveň nutné mať osobnostné predpoklady. Tieto predpoklady by však mali všeobecne patriť medzi ostatné predpoklady potrebné pre vykonávanie tohto povolania.

Pri práci s terminálne chorými pacientmi sa nedá poprieť vplyv na osobný život sestier, čo potvrdilo až 84 % opýtaných, hoci 16 % tento vplyv popiera. Sestry, ktoré ho vnímajú, bližšie špecifikujú častejšie prehodnocovanie „rebríčka hodnôt“ (32 %), častejšie zamýšľanie sa nad zmyslom života, zdravím a smrťou (22 %), častejši smútok, stres a sklесlá náladu pociťuje 18 %, 8 % udáva „prenášanie“ pracovných problémov a smútku na rodinných príslušníkov, 4 % intenzívnejšie vnímajú strach zo smrti. Tieto vplyvy majú často krát v dôsledku pozitívny charakter, ktorý môže pomôcť sestrám k skvalitneniu vlastného života a k vyššej dôslednosti v rozlišovaní potrebných a menej dôležitých vecí v ich živote. Je však nutné nedať sa extrémne pohltiť negatívnymi vplyvmi, ktoré by uberali sestrám na ich vnútornej kvalite a oberali o energiu potrebnú pri ich práci. Až 24 % sestier udáva extrémnu psychickú záťaž pri práci s terminálne chorými pacientmi, 38 % ju udáva pri ovplyvnení vlastnými ťažkosťami a 24 % túto záťaž nepociťuje. 34 % potvrdzuje veľmi častú emočnú únavu a depresívne ladenie ako dôsledok ich práce, 30 % ich pociťuje, ale len niekedy, rovnako 30 % ich nepociťuje a 6 % udáva, že emočná únavu a depresívne ladenie u nich pretrváva neustále.

Niektoré z týchto aspektov sú priam samozrejme pri vykonávaní tohto náročného povolania, je však nutné uľahčiť sestrám túto záťaž, pomôcť im nájsť si spôsob ako aj z týchto negatívnych vplyvov čerpať pre zosilnenie vnútorného postoja a zároveň dať im možnosť vyjadriť svoje pocity a rozpoloženia,

ktoré sú priam nútené denne znášať.

Až 72 % sestier uviedlo, že by privítali spoločné tímové zdieľania, diskusie o svojich prípadných emočných ťažkostiach, aj keď 20 % to nepovažuje za potrebné a 8 % je toho názoru, že tieto ťažkosti nepatria do tímového zdieľania.

Aby boli sestry schopné naplno vykonávať svoje povolanie, je nutné mať pozitívne zdroje, ktoré by im mali pomáhať pre načerpanie síl pre osobný a profesionálny život. 30 % sestier nachádza tento zdroj v rodine a priateľoch, 26 % vo viere v Boha a v modlitbe, 14 % v počúvaní hudby, sledovaní televízie a čítaní kníh, 8 % v prírode a 6 % v pracovnom kolektíve, 16 % neodpovedalo.

Bez týchto pozitívnych zdrojov by pravdepodobne nebolo možné dlhodobejšie sa naplno venovať poslaniu sestry sprevádzajúcej terminálne chorých pacientov.

## Návrhy pre prax

Výsledky prieskumu nás nasmerovali k záverom, ktoré sú v niektorých oblastiach uspokojivé, no niektoré odzrkadľujú nedostatky vyplývajúce z mnohých faktorov týkajúcich sa samotných sestier, či celkovej organizácie práce na oddeleniach poskytujúcich paliatívnu starostlivosť terminálne chorým pacientom.

Na základe týchto výsledkov nachádzame možnosti tak pre skvalitnenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o terminálne chorých ako aj pre zdravé a pokojné prežívanie osobného a profesionálneho života sestier pracujúcich na týchto oddeleniach:

- zvýšiť úroveň vedomostí sestier o poskytovaní paliatívnej starostlivosti na ktorýchkoľvek oddeleniach,
- prispôbiť manažment práce sestier nielen pre dôkladné vykonávanie ošetrovateľských výkonov a administratívu, ale aj pre dostatok času na komunikáciu s pacientmi,
- povzbudzovať sestry k získavaniu anamnézy komunikáciou s pacientmi, nielen čerpaním z predchádzajúcich dokumentácií,
- podporovať sestry v empatii a ľudskom prístupe k pacientom pre získanie ich dôvery a spolupráce pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti,
- zabezpečiť na oddeleniach dostatok sestier pre adekvátne zastúpenie všetkých ich rolí pre zníženie deficitu času na komunikáciu s pacientmi,
- upevniť povedomie sestier o ich kompetenciách doprevádzania terminálne chorých pacientov v posledných chvíľach života,
- venovať dostatočnú pozornosť nielen pacientom, ale aj ich príbuzným,
- umožniť sestram vyjadriť svoje skúsenosti i ťažkosti pri práci s terminálne chorými pacientmi,
- organizovať na báze dobrovoľnosti spoločné zdieľania a diskusie pre vyjadrenie prípadných emočných ťažkostí sestier sprevádzajúcich terminálne chorých pacientov na ich osobný život a o technikách ich zvládania,
- sprostredkovať sestram odborné poradenstvo pre zvládanie extrémnej psychickej záťaže,
- spoločným úsilím budovať správnu kolegiálnu a jednotnosť sestier,
- umožniť sestram dostatok času na načerpanie fyzických a psychických síl z vlastných pozitívnych zdrojov pre osobný a profesionálny život, upevňovať správnu psychohygienu.

## Záver

Sestra sprevádzajúca pacientov v poslednom období ich života musí zároveň dbať aj o rozvoj svojej vlastnej osobnosti na úrovni odbornej i ľudskej. Tak ako pre pacienta, i pre sestru je veľmi potrebné nielen definovanie svojich vnútorných pocitov, prípadných emocionálnych ťažkostí či pozitívnych skúseností získaných doprevádzaním pacientov v terminálnom štádiu. Je dôležité aj ich zdieľanie na správnom mieste a hľadanie konkrétnych nasmerovaní spôsobom vlastným jej osobnému štýlu, aby vo svojej práci, ktorú možno nazvať poslaním neklesala k malomyselnosti a neutrpela na svojom nielen profesionálnom, ale i osobnom živote.

Akokoľvek horlivo by bola sestra oddaná tomuto svojmu poslaniu, no zabúdala by na vlastný osobný rozvoj a na vlastné osobnostné hranice, jej práca by sa časom mohla stať len automaticky vykonávanou činnosťou bez hlbšieho zmyslu a stala by sa pre ňu výlučne zaťažujúcou. U mnohých sestier je však až paradoxne badateľná ich vnútorná naplnenosť zo svojho povolania, keď dokážu byť pacientovi a jeho rodine pozitívnym zdrojom energie a pre pracovný kolektív, tak nevedome vytyčujú realitu možnosti radosti a pokoja aj v mnohých ťažkých denných situáciách a pacienti sa často dožadujú ich prítomnosti.

Je teda na sestrách, aký spôsob prístupu si samé volia a ktoré hodnoty preferujú, či podceňujú, lebo tento ich prístup dôrazne vplyva na osobnosť pacientov, ktorí tiež opätovne hoc mnohokrát nevedome ovplyvňujú správanie, myslenie, či vnímanie sestier. Sestra a pacient by teda mali mať vedomie rovnocennosti a byť si vzájomnými pomocníkmi, nie brojiteľmi, aby tak paliatívna starostlivosť napredovala k stále ľudskejšej podstate a bola človeku v posledných chvíľach prínosom a obohatením aj napriek vedomiu blízkeho konca pozemského života.

## Literatúra

1. Blumenthal-Barby, K. 1998. *Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich*. Martin: Osveta, 1988.
2. Fredman, G. 2001. *Wenn einer von uns stirbt*. 2001. [online]. [cit.2009-05-21]. Dostupné na internete: <<http://www.gruenewaldverlag.de/wenn-einer-von-uns-stirbt-p-555.html>>
3. Haškovcová, H. 1994. *Ľečarská etika*. Praha: Galén, 1994. 230 s. ISBN 80-85824-03-5.
4. Mlisoniová, B. 1998. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1998. [online]. [cit.2008-05-21]. Dostupné na internete: <<http://www.domaci-pece.info/hospicova-pecel>>.
5. Nemčeková, M a kol. 2004. *Práva pacientov*. Martin: Osveta, 2004. 198 s. ISBN 80-8063-162-X.
6. O'Connor, J, Aranda, S. 2005. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Granda, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
7. Umgang mit der Situation nach dem Versterben eines Patienten. 2008. [online]. [cit.2009-05-21]. Dostupné na internete: <<http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/fachkompetenz/Sektion%20Pfleger%20808%20LLPP%20Situation%20nach%20dem%20Versterben.pdf>>.
8. Vorlíček, J. 1998. *Paliativní medicína*. Praha: Granda, 1998. 480 s. ISBN 80-7254-329-6.

Recenzent: PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ

Kontakt:

PhDr. Paulína HUDÁKOVÁ  
 Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
 Hlavná 89  
 040 04 Košice

# Úloha ošetrovateľstva v podpore zdravia abstinujúceho alkoholika

Michaela Vicáňová<sup>1</sup>, Silvia Rovná<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

<sup>2</sup>Stredná zdravotnícka škola Dolný Kubín

## Súhrn

Pri plnení úlohy sestier v podpore zdravia je dôležité, aby vedeli zabezpečovať služby pre pacientov. Sestry sa môžu ocitnúť v role poradcu, poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti, školiteľa i koordinátora, pričom zmyslom ich práce je podpora zdravia. Podpora zdravia abstinujúceho alkoholika je zameraná na poskytnutie špecifických intervencií.

**Kľúčové slová:** Ošetrovateľstvo. Ošetrovateľský proces. Podpora zdravia. Abstinencia.

## Summary

It is important for meeting nursing duties of health promotion, that nurses are able to provide patients with all necessary services. Nurses can find themselves in roles of advisers, nursing care providers, trainers or coordinators, whereby health promotion is the main point of their work. Teetotal health promotion is focused on providing specific interventions.

**Key words:** Nursing. Nursing process. Health promotion. Teetotalism.

Vznik a vývoj alkoholizmu je starý ako samotné ľudstvo, mení však svoje formy a príčiny. Medzi najčastejšie príčiny, prečo ľudia v dnešnej dobe siahajú po alkohole možno zaradiť stratu istôt a práce, migráciu a turistiku, vyššie nároky v zamestnaní ako aj rozpad tradičných hodnôt a vzťahov. Všetky tieto skutočnosti vedú k stupňovaniu psycho-sociálno-ekonomického stresu s prudkým nárastom civilizačných chorôb vo vzťahu k maladaptácii. Alkoholizmus je choroba, ktorú je potrebné liečiť, pretože človek, ktorý je závislý od alkoholu, je rovnako chorý, ako pacient-diabetik, ktorý je odkázaný na inzulín. Rozdiel medzi alkoholikom a diabetikom je iba v tom, že alkohol zabíja a inzulín lieči. Varovnými signálmi alkoholizmu sú rastúce zdravotné ťažkosti, problémy v rodine, v zamestnaní, v spoločenskom živote. Na konci cesty sa človek ocitne sám na dne. Je na dne fyzických síl, v zlom zdravotnom stave, je na dne psychicky, neschopný začať nový deň bez alkoholu, neplní svoju úlohu v rodine. Mení sa jeho povaha, je podráždený, náladový, trpí depresiami. Okolie, ktoré tolerovalo jeho "nevinný zlozvyk" sa od neho odvracia. Rodina sa za neho hanbí, deti sa ho boja, známi sa mu vyhýbajú.

Ak je táto cesta čím skôr prerušená, tým menej ťažká a zložitá je cesta späť. Potom je väčšia šanca, že sa vstup do bludného kruhu nebude opakovať, že sa táto smutná životná epizóda nerozrastie na chronickú recidivujúcu chorobu. Treba sa rozlúčiť s "priateľom" a naučiť sa žiť každý deň s jeho malými či väčšími starosťami. Alkoholik sa musí naučiť trvalo a úplne zriecť alkoholu. Niet inej cesty (Stančiak 2007).

Podporu zdravia môžeme chápať ako zastrešujúci termín pre rôzne aktivity ošetrovateľstva smerom k jednotlivcom či skupinám. Ciele súčasného ošetrovateľstva sú vyjadrené v myšlienke pomáhať jednotlivcovi, rodine, komunite dosiahnuť a podporiť telesné, mentálne, sociálne zdravie a pohodu v súlade s ich sociálnym a ekologickým prostredím (LEMON 1, 1996). Žiaková, Bašková (2000) hovoria, že k základným cieľom ošetrovateľstva patrí podpora zdravia, prevencia ochorení, udržanie kvality života. V rámci poskytovania zdravotníckych

služieb môže ošetrovateľstvo významnou mierou ovplyvňovať aj životný štýl pacientov.

Sestra počas poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti so zameraním na podporu zdravia usmerňuje pacienta vhodnou stratégiou, ktorá zahŕňa výučbu, poučenie, rady, podporu (Kozierová, et al. 1995). Úloha ošetrovateľstva pri podpore zdravia začínajúceho abstinujúceho alkoholika sa zameriava na zlepšenie jeho zdravia - telesného, psychického, sociálneho. Úloha spočíva v učení pacientov rozoznávať jednotlivé štádiá alkoholizmu, v pomoci pacientovi získať zdravý spôsob života, zdravý životný štýl, ktorý predstavuje novú kvalitu života. Významnou úlohou je tiež pomoc pacientovi v uvedení si dôležitosti dodržiavania abstinencie, diskutovanie s pacientom o nácviku zručností zabezpečujúcich abstinenciu a tým udržanie zdravia. V oblasti sociálneho zdravia sa podpora prelína s pomocou redukovať sociálnu izoláciu pacienta. Dôležité je pomôcť pacientovi, aby po liečbe alkoholizmu bol schopný zvyknúť si na iné schémy správania, naučiť sa dodržiavať abstinenciu v bežnom prostredí, do ktorého sa po absolvovaní liečby naspäť vráti, a zároveň vyčleniť sa z bývalého negatívneho sociálneho prostredia.

Poslaním ošetrovateľstva je nadviazať s pacientom kontakt založený na dôvere, pričom výsledkom je pacientova ochota hovoriť o svojich problémoch. Sestra a ani iní zdravotnícki pracovníci nemajú kritizovať a odsudzovať pacienta zneužívajúceho alkohol. Ošetrovateľská starostlivosť má byť zameraná na poskytnutie základnej ošetrovateľskej starostlivosti vyplývajúcej z pacientovho zdravotného stavu. Nevyhnutné je tiež zabezpečiť potrebnú bezpečnosť pacienta a v neposlednom rade aj odbornú lekársku pomoc. Súčasne sa ošetrovateľské intervencie majú dotýkať aj poskytnutia odborných informácií pacientovi o tom, čo sa s ním deje (Dóci, 2004). Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti má sestra využívať svoje vedomosti a zručnosti na posúdenie zdravotného stavu pacienta, na diagnostiku jeho problémov, plánovanie, realizáciu a vyhodnotenie účinku naplánovaných intervencií. Intervencie



v podpore zdravia začínajúceho abstinujúceho alkoholika majú smerovať na pomoc pacientovi k jeho aktívnemu podielu na starostlivosti o vlastné zdravie (Žiaková, Bašková, 2000).

Používanie metódy ošetrovateľského procesu pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti začínajúceму abstinujúceму alkoholikovi so zameraním na podporu zdravia predpokladá, že pacient má dostatočnú motiváciu a je dostatočne zodpovedný. Posudzovanie abstinujúceho alkoholika je zamerané na to, aby sme u neho zistili, čo podporuje alebo bráni dosiahnuť kvalitu života a podporiť vlastné zdravie. Základom zistenia podpory a upevňovania zdravia je potrebné celkové posúdenie zdravotného stavu pacienta, ktorého súčasťou je celková anamnéza, posúdenie systémov tela, stavu výživy, stravovacích návykov, posúdenie zdravotného rizika a životného štýlu. V rámci posúdenia zdravia a životného štýlu môžeme zisťovať aj anamnézu stresu a spôsob vyrovnávania sa s ním (Kozierová et al., 1995, Bóriková, Fúrová, 2003).

Sestrám k efektívnej ošetrovateľskej práci môže významne pomôcť používanie spoločného jazyka, termínov pre ošetrovateľské diagnózy, ošetrovateľské činnosti a ošetrovateľské výsledky (Boledovičová et al., 2005). U abstinujúceho alkoholika sa môžu vyskytnúť mnohé somatické, psychické, sociálne či duchovné problémy. Preto sa v ošetrovateľskej diagnostike môže u takéhoto pacienta stanoviť akákoľvek ošetrovateľská diagnóza z klasifikačného rámca NANDA. V rámci diagnostiky v oblasti podpory a upevňovania zdravia sa stanovujú ošetrovateľské diagnózy, ktoré sú v klasifikačnom systéme NANDA Taxonómia II zahrnuté v týchto diagnostických doménach: Podpora zdravia, Vnímanie – poznávanie, Vzťahy.

V plánovaní sestra spolu s pacientom plánujú aktivity prospešné na podporu zdravia, ktoré zodpovedajú prioritám a potrebám pacienta. Povinnosťou sestry je poskytnúť informácie potrebné na dosiahnutie zmeny v správaní a konaní. Dôležitým prvkom plánovania je aj stanovenie podporných zdrojov, ako zistenie rodinnej podpory, absolvovanie výchovných prednášok na tému dopadu alkoholu na zdravie, ktorými sa uspokojia potreby o prehĺbenie vedomostí v rámci podpory zdravia. Plánovanie na podporu zdravia treba spracovať podľa týchto krokov:

- Stanovenie cieľov na podporu zdravia, jedinec si vyberie dve alebo tri oblasti, v ktorých chce zlepšiť svoje zdravie.
- Stanovenie možných zmien v správaní. Je nevyhnutné určiť, aké špecifické zmeny správania sú potrebné.
- Stanovenie priorit v zmene správania.
- Zaviazanie sa k zmene konania, napríklad formou písomnej dohody o zmene správania a konania.
- Stanovenie účinného povzbudenie alebo odmeny, ktoré majú motivačný charakter.
- Stanovenie prekážok pri dosahovaní zmeny.
- Vypracovanie harmonogramu uskutočňovaných zmien v konaní a správaní, predstavuje časový harmonogram uskutočňovaných zmien (Kozierová et al., 1995).

V rámci podpory zdravia abstinujúceho alkoholika môžeme naplánovať tieto intervencie:

- Pomôcť pacientovi určiť, či liečba závislosti je pre neho prijateľný cieľ.

- Identifikovať vnútorné alebo externé faktory, ktoré môžu podporiť alebo redukovat' motiváciu v rámci podpory správania zameraného na zdravie.
- Stanoviť priority založené na pacientovej preferencii, na zručnostiach sestry, na dostupných zdrojoch a na pravdepodobnosti úspešného dosiahnutia cieľa.
- Zostaviť písomnú dohodu s pacientom o dodržaní vopred stanovených podmienok a zásad týkajúcich sa liečby a ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s alkoholickou závislosťou.
- Vyhnúť sa použitiu strachu alebo inej odstrašujúcej metódy ako motivačnej stratégie zameranej na motiváciu pacientov k zmene vlastného zdravia a životného štýlu.
- Zdôrazniť význam podpory zdravia s cieľom redukcie telesných, psychických ochorení pre zlepšenie kvality života.
- Viest' pacienta k dodržiavaniu správnych návykov v čase zlepšenia jeho zdravotného stavu a navrhnúť mu, ako treba postupovať pri jeho zhoršení.
- Pomôcť pacientovi vyhodnotiť množstvo času venovaného požívaniu alkoholu v porovnaní s bežnými činnosťami v rámci jeho bežného dňa.
- Monitorovať úroveň zodpovednosti, ktorú pacient získal.
- Povzbudiť pacienta vziať zodpovednosť za vlastné zdravie v takom rozsahu, ako je schopný.
- Pomôcť vytvárať harmonogram, ktorý v budúcnosti bude zabezpečovať väčšiu zodpovednosť pacienta za svoje zdravie.
- Podporiť pacienta, aby vypracoval denník zneužívania alkoholu, ktorý je potrebný na ohodnotenie progresivity ochorenia.
- Podporovať pacienta v precvičovaní procedúr, ktoré bude realizovať v domácom prostredí po ukončení liečby.
- Odporučiť špeciálne poradenstvo, ak je to potrebné, zamerané na podporu pacientovho pozitívneho postoja.
- Upozorniť na možnosti následnej zdravotnej starostlivosti (Bulechek et. al. 2008. (Kelčíková, Maskálová, 2009, Doenges, Moorhouse, 2001).

V realizácii ošetrovateľské stratégie realizujú všetci členovia multidisciplinárneho tímu s cieľom podporovať pacientovu zmenu správania. Pri realizácii plánu, ktorého cieľom je zmeniť správanie a konanie pacienta, patrí k úlohám sestry pomoc zmeniť správanie pacienta jeho podporou, poskytovaním informácií, rád a ponaučení, ako aj skúmaním motivácie jeho konania. Hodnotenie je nepretržitý proces a cieľavedomá činnosť, ktorá posudzuje realizáciu naplánovaných intervencií. V jeho rámci sa vyhodnocujú ciele, posudzuje sa dosiahnutie naplánovaných intervencií (Kozierová et al., 1995). Sestra musí vyhodnotiť ošetrovateľskú starostlivosť a jej vplyv na zdravie pacienta. Prioritné je vyhodnotiť cieľ, ktorým je podpora, zlepšenie a udržanie optimálneho zdravia závislého pacienta (Krišková, Závodná, 2002).

Človek, ktorý sa rozhodol prestať piť, vykročil tak vlastne do nového života, ktorý sa veľmi líši od toho predchádzajúceho. Zmena životného štýlu môže vyprovokovať okolie ku zvýšenému záujmu. Pre abstínujúceho alkoholika to však nie je príjemná vec. Ak neustále cíti kontrolu všadeprítomného pohľadu okolia, potom sa musí prestať báť gigantického oka a začne pozorovať dianie okolo seba pokojným, vyrovnaným pohľadom a naučí sa svoje okolie chápať. Je potrebné, aby začal robiť tak, aby sa bolo na čo pozeráť. Z priateľstva či známosti nemusí byť okamžitý efekt, preto abstínujúci človek musí byť pripravený aj na prijatie neúspechu, vrátane vlastných omylov. Každý kontakt s novým človekom treba považovať za životnú výzvu, ktorá znamená získanie nových, dôležitých skúseností. Ak bude abstínujúci hľadať priateľov, môže si byť istý, že ich skutočne nájde. Ak bude konať dobro, prestane mu záležať na verejnej mienke. Všadeprítomný pohľad okolia stratí zmysel a abstínujúci človek ho prestane vnímať, o to predsa ide (Stančiak 2008).

## Literatúra

- Boledovičová, M., Krištofová, E., Horváthová, K., Zaťková, M. 2005. Očakávané výsledky noc pri edukácii dojčenia. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve*. Eds. J. Čáp, K. Žiaková, M. Nemčeková, E. Holmanová. Martin : Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovateľstva, 2005, s. 230 – 242. ISBN 80-88866-32-4.
- Bóriková, I., Fúrová, A. 2003. Posudzovacie, hodnotiace a meracie škály a techniky v ošetrovateľskej praxi. In Žiaková, K., Galajda, P., Šutarík, E. et al. *Ošetrovateľstvo vo vnútornom lekárstve*. Martin : Jesseniova lekárska fakulta UK, 2003. s. 31 – 32. ISBN 80-88866-28-6.
- Bulechek, G.M., Butcher, H.K., McCloskey Dochterman, J. 2004. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 4th Edition, St. Louis: Mosby, 2004. p. 911. ISBN 0-323-02392-4.
- Dóci, I. 2004. Zneužívanie psychotropných látok. In Kafka, J. et al. *Mentálne zdravie, psychiatria a ošetrovateľstvo*. Košice : Mercury – Smékal, s.r.o., 2004. s. 186 – 195. ISBN 80-89203-01-9.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, spol. s r. o., 2001. 576 s. ISBN 80-247-0242-8.
- Kelčíková, S., Maskálová, E. 2009. Neefektívna podpora zdravia. In Gurková, E., Žiaková, K., Čáp, J. et al. *Výbrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009, s. 11 – 15. ISBN 978-80-8063-308-0.
- Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. 1995. *Ošetrovateľstvo I, 2*. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- Krišková, A., Závodná, V. 2002. *Kurikulá pre vzdelávanie lekárov prvého kontaktu v starostlivosti o drogovovo závislých v rámci projektu Groupe Pompidou*. Bratislava : ÚV SR, 2002. 205 s.
- Lemon I. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1996. Brno : IDVPZ, 1996. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
- Stančiak, J., Hrašnová, K., Novotný, J., Jánský, P. 2007. Intoxikácie a návykové látky u jedincov vo vyššom veku. In *Vliv ošetrovateľství na současnou ošetrovateľskou teorii a praxi*. PB tisk, s.r.o. Příbram 2007, s. 225 – 232, ISBN 978-80-239-8943-4.
- Stančiak, J.; Novotný, J.; Hrašnová, K. Problems of alcoholics' health and nursing care. In *Journal of health sciences management and public health* Volume 8, Number 1, 2007, 1-198, ISSN 1512 – 0651.
- Žiaková, K., Bašková, M. 2000. Podpora zdravia a prevencie ako jedna z možností zlepšenia kvality života. In *Moderný medicínsky manažment*. Martin, 2000, roč. 7, č. 3, s. 2-7. ISSN 1335-2326.

Recenzent: PhDr. Jaroslav STANČIAK, PhD., MPH

## Kontakt:

PhDr. Michaela VICÁŇOVÁ  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
ul. gen. M. Vesela 21  
034 01 Ružomberok  
E-mail: michaela.vicanova@ku.sk

## Etické problémy pri odbere orgánu od mŕtveho darcu

Ivica Gulášová<sup>1</sup>, Ján Breza, ml.<sup>2</sup>, Ján Breza<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

<sup>2</sup>Lekárska fakulta Univerzita Jána Amosa Komenského, Bratislava

<sup>3</sup>Urologická klinika s centrom pre transplantácie obličiek, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

### Súhrn

Transplantácia obličiek z tiel mŕtvych darcov prináša mnohé etické problémy týkajúce sa tak darcu, ako aj príjemcu obličky. Autori vo svojom príspevku zamerali pozornosť na dva etické problémy – (etické dilemy), ktoré vystupujú do popredia pri odbere obličiek od mŕtvych darcov – etické problémy v súvislosti s definíciou mozgovej smrti a etické problémy v súvislosti s udelením alebo neudelením súhlasu darcu s odberom obličky (obličiek) po smrti. V Slovenskej republike je prijatý a platný spôsob *opting out* – predpokladaný súhlas. Ďalej popisujú základné kritéria mozgovej smrti i zákony vzťahujúce sa k definícii mozgovej smrti ako odumretia celého mozgu s pevne stanovenými kritériami na diagnostiku mozgovej smrti. Pozornosť venujú i problematike súhlasu jednotlivca k narušeniu integrity zomretého človeka, ktorá je závislá od kultúrnych hodnôt, ekonomických a sociálnych faktorov a hlavne od zavedeného transplantáčného systému v krajine. Uvádzajú tri hlavné prístupy k darovaniu obličiek, ktoré sa v súčasnosti využívajú na celom svete: informovaný súhlas (*opting – in*), predpokladaný súhlas (*opting – out*), vyžadovaný súhlas (*required request*).

**Kľúčové slová:** Transplantácia obličky. Darca obličky. Prijemca obličky. Kadaverózna oblička. Etická dilema. Mozgová smrť. Legislatíva.

### Summary

Transplantation of kidneys from the body of the dead donors bring several ethical problems relating to the giver, as well as to receiver of kidney. The authors directed their attention to two ethical problems – dilemmas, which perform in the foreground at taking of kidneys from dead givers – ethical problems in relation with the definition of the brain death and ethical problems in relation with granting or non – granting of the consent of the giver with taking of kidneys after his death. In Slovak Republic is accepted and valid the way „*opting out*“ – the supposed consent. Further they describe the basic criteria of the brain death, as well as the laws relating to the definition of the brain death – as dying of the whole brain with exactly stated criteria for diagnosing of the brain death. They give their attention also to the question of the consent of the individual towards the violating of the integrity of the dead man, which depends on the cultural dignities, economical and social factors, and mainly on the transplantation system prevailing in the country. The authors present three main approaches to the giving of kidneys, which are used at the present time all over the world: the informed consent, the assumed consent, the required consent.

**Key words:** Kidney transplantation. Giver of kidney. Receiver of kidney. Cadaverous kidney. Ethical dilemma. Brain – death. Legislature.

### Úvod

Zdravotnícka etika je súčasťou etického subodboru nazývaného bioetika, ktorá sleduje základné etické princípy v oblasti biológie. Etiku v zdravotníctve môžeme nazvať aj ako normatívnu etiku, ktorá vychádza z jednoznačných a vopred daných zásad súvisiacich s vnútornou mravnosťou medicíny. Základy lekárskej etiky vychádzajú z Hippokratovskej tradície a z tradícií veľkých náboženstiev. Hippokratove myšlienky a zásady vzťahu zdravotníckeho pracovníka k pacientovi sú založené na úcte k životu a láske k človeku, zdravotnícka činnosť sa v nich chápe ako umenie a poslanie. Povolanie zdravotníka má mnohé špecifiká a bez pochyby kladie veľmi vysoké nároky na osobu, ktorá ho vykonáva (Cifra, 2005). Zdravotnícka etika ako profesijná etika sa zaoberá nielen mravnými normami a etickými hodnotami a ich realizáciou, ale aj mravnými požiadavkami, ktoré určujú správanie, vzťahy, vzory charakteristické pre osoby vykonávajúce povolanie v odbore zdravotníctva (Munzarová, 2005). Je súborom zásad ľudského správania. V zdravotníctve zohráva veľmi dôležitú úlohu.

Základom každej etiky bez ohľadu na to, aký filozofický smer sa ňou zaoberá, je slobodná vôľa človeka a dve pravidlá. Prvým pravidlom je svedomie takzvané vnútorné pravidlo a druhým sú etické normy chápané ako vonkajšie pravidlo. Pri riešení etických problémov sa medzi jednotlivcami veľmi ťažko dosahuje zhoda v názoroch. Práve preto boli v minulosti

zavedené do etiky štyri základné princípy, ktoré by nás mali usmerňovať v starostlivosti o chorého človeka. Medzi tieto princípy patrí princíp nepoškodzovania (*nonmaleficencie*). Tento princíp vyžaduje požiadavku, aby zdravotnícky personál obmedzil a predchádzal možným rizikám pri preventívnom, diagnostickom a liečebnom procese. Potom nasleduje princíp dobročinnosti (*beneficencie*), ktorý vyžaduje požiadavku, aby konanie zdravotníckych pracovníkov bolo vždy vedené v záujme života a zdravia pacienta, teda vždy v záujme pre jeho dobro. Obsahuje základné pravidlá lekárskeho konania, a to ochranu života, obnovenie zdravia, zlepšenie kvality života a úľavu od utrpenia a bolesti. Tretím princípom je princíp autonómie jednotlivca, ktorý predpokladá záujem zdravotníckeho personálu o existenciu jednotlivca, snahu vysvetliť mu zrozumiteľným spôsobom problematiku jeho zdravotného stavu a snažiť sa tak získať jeho informovaný súhlas. Usmerňuje nás v uvedomovaní, že pacient nie je iba príjemca lekárskeho informácií a v tom, že názor pacienta je potrebné zohľadňovať v diagnostickej aj liečebnej praxi. Posledným princípom je princíp spravodlivosti v poskytovaní indikovanej zdravotnej starostlivosti. Vytvára akýsi ideál, ktorý je obmedzovaný nielen ekonomickými, ale aj ľudskými a geografickými možnosťami, ktoré znižujú reálnu dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Tieto štyri základné princípy tvoria základ všeobecnej morálky (Vlček, 2007).



Etika v zdravotníctve by sa nemala brať na ľahkú váhu už len z toho dôvodu, že sa zaoberá problémami týkajúcich sa nie len jednotlivcov, ale aj celej komunity. Zahrňuje v sebe i uvedenie si skutočnosti, že človek je viac ako len telesná schránka. To môžeme konštatovať bez ohľadu na to, či veríme v existenciu duše alebo nie. Človek je totiž to viac ako idividuum. Je to osoba, ktorá je charakterizovaná niekoľkými vzťahmi. Je to vzťah k sebe samému, vzťah k druhým ľuďom, k svetu okolo nás i ku skutočnosti, ktorá nás presahuje, teda k Bohu (Krchovová, Radkovský, 2001). Vzťah dvoch jednotlivcov tu zohráva významnú úlohu. Je to vzťah medzi pomáhajúcim človekom a človekom trpiacim, vzťah medzi človekom, ktorý nielen uzdravuje, ale sa aj stará o trpiaceho človeka v situáciách bez akejkoľvek nádeje na záchranu života a tým človekom, ktorý sa mu zveruje vo svojej tiesni a utrpení, ktorý mu dôveruje (Munzarová, 2005).

Pri porušení etických noriem rešpektíve pravidiel, ako je porušenie spoločenských predstáv o humánnom, dôstojnom, čestnom správaní sa zdravotníckeho personálu, v duchu úcty ku každému ľudskému životu od jeho začiatku až do konca sa vyvodzuje etická zodpovednosť. V histórii medicíny sa vyskytlo veľa príkladov, keď etická zodpovednosť hrala kladnú, ale aj zápornú úlohu. Stavovskou povinnosťou zdravotníckeho pracovníka je profesionálna starostlivosť o zdravie tak jedinca, ako aj spoločnosti v súlade so zásadami ľudskosti, v zmysle úcty k ľudskému životu s rešpektovaním dôstojnosti každého ľudského jedinca. Hodnotenie etických postojov je zložitá, a preto boli v našej spoločnosti vytvorené etické komisie, ktoré posudzujú etické otázky a porušenie etických princípov pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti (Parmly, 2001). Etická komisia sa skladá zo zdravotníckych pracovníkov, z pracovníkov iných profesií, ktorých odbornosť sa vyžaduje pre činnosť etickej komisie a z osôb bez odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania alebo v oblasti výskumu. Tvoria ju najmenej päť členov. Pri porušení niektorých princípov je možné udeliť rôzne sankcie. Etická komisia je povinná viesť záznamy o činnosti a dokumentovať prípady, v ktorých dôjde k porušeniu princípov etiky (Vlček, 2007). Etické hodnoty majú svoj základ v uspokojovaní potrieb človeka a spoločnosti. Človek má právo rozhodovať o otázkach svojho zdravia, ale tiež aj osobnú povinnosť sa o svoje zdravie starať. Má tiež právo na pomoc spoločnosti, aby si mohol svoje zdravie udržať, znovu ho získať alebo sa adekvátnym spôsobom vyrovnáť s nepriaznivým zdravotným stavom (Zeman, 1993).

Problém transplantácie a darcovstva obličiek sa v posledných rokoch stal páčivým problémom lekárskej etiky. Transplantácie orgánov sa vo svojich etických, sociálnych a ekonomických dôsledkoch dotýkajú celej spoločnosti. Reprezentujú akt sociálnej a individuálnej solidarity. „**Náhrada životne dôležitých poškodených orgánov orgánom zdravým orgánom otvorila kapitolu a perspektívy modernej medicíny a etiky** (Caban, 2000).“ Transplantácie orgánov a prenosi tkanív by mali byť založené na jasných etických pravidlách v rámci náležitej právnej štruktúry. Zavedenie transplantácií orgánov do klinickej praxe priniesli celý rad problémov technického, imunologického, právneho, náboženského ako aj morálneho

charakteru. Najzávažnejšie etické problémy sú spojené s otázkou darcov. Morálna stránka problematiky odberov a transplantácií orgánov sa výrazne líši podľa toho, či ide o prenos orgánu od živého darcu alebo od mŕtveho. Práve od toho sa následne odvíjajú etické problémy, ako sú napríklad: otázka stanovenia smrti jedinca, nedostatok darcov, nelegálne obchodovanie s orgánmi, odmeňované alebo dobrovoľné darcovstvo, kritéria pridelovania orgánov, informovaný súhlas darcu.

## Etické problémy pri odbere orgánov od mŕtveho darcu

Mŕtvi darcovia sú najčastejším a v niektorých prípadoch (napr. transplantácia srdca, pečene) jediným zdrojom orgánov pre transplantačné účely. Telo darcu, ktorý zomrel, je za určitých podmienok zdrojom hodnôt, ktoré môžu zachrániť život alebo pomôcť viacerým pacientom. Darovanie orgánu v prípade smrti sa vžilo, ako niečo správne. Transplantácia tkanív a orgánov z tiel mŕtvych nám prináša mnohé etické problémy týkajúce sa tak darcu, ako aj príjemcu orgánu. V nasledujúcich kapitolách sa budeme venovať dvom hlavným problémom, ktoré vznikajú pri odbere orgánov, tkanív od mŕtveho darcu. Sú to otázky, ktoré sa zaoberajú definíciou smrti a ďalej tie, ktoré sa sústreďujú na súhlas darcu s odberom orgánov a tkanív po smrti.

## Otázka definície smrti jedinca

Základným okruhom problému je otázka definície smrti jedinca. Od nepamäti bola smrť potvrdzovaná na základe skúseností. Zástava dýchania a srdcovej činnosti, prítomnosť znakov vedúcich k rozkladu celého tela v minulosti znamenala smrť človeka. S postupným rozvojom znalostí a možností predovšetkým v oblasti resuscitácie, v prípadoch umelého udržiavania dýchacích funkcií alebo krvného obehu vznikajú nové otázky súvisiace so smrťou. Kedy môžeme prehlásiť človeka za mŕtveho? Ako správne definovať smrť? Kedy môžeme odpojiť chorých od prístrojov, pokiaľ sú na nich závislí? Je možné ukončiť liečbu u pacientov v dlhodobom bezvedomí, pokiaľ je ich mozog rôznym spôsobom poškodený a pritom nie je žiadna nádej na zlepšenie tohto stavu? Môžeme udržiavať „mŕtveho“ človeka pri „živote“ za účelom odobratia orgánov, tkanív k transplantácii? Ako dlho? Čo nám môže zaručiť, že sa jedná o nezvratné zmeny? To sme načrtli len pár problematycznych otázok, o ktorých sa diskutuje a polemizuje v našej spoločnosti. Od šesťdesiatych rokov minulého storočia sa objavujú neustále nové kritéria na definíciu smrti (Munzarová, 2005). Vo väčšine krajín je smrť mozgu definovaná ako smrť jedinca, pričom jeho dýchanie možno zabezpečiť napojením na umelú ventiláciu. Súčasná intenzívna terapia umožňuje udržať krvný obeh a dýchanie aj po zániku všetkých mozgových funkcií prostredníctvom prostriedkov modernej resuscitácie. Pokiaľ je tento stav trvalý, označuje sa ako mozgová smrť a stotožňuje sa so smrťou jedinca. V tejto súvislosti môžu vzniknúť z morálneho aspektu dva etické problémy. Prvým problémom je nebezpečie, že v záujme záchranu života príjemcu sa predčasne ukončí resuscitačná starostlivosť o možného darcu (Jurašková, 2003). Avšak v takomto prípade by sa nemalo zabúdať na to, že potenciálny darca orgánu má právo na život, ktoré by mu

nemalo byť odopreté. Na jednej strane je úcta k jednému životu a k jeho záchrane a na druhej strane je morálna stránka odobratia životne dôležitého orgánu od darcu, ktorého nesmieme nijako poškodiť na živote, či mu ublížiť alebo obmedziť jeho právo na život (Valenta, Třeška, Hasman, 1999). Odber orgánu z tela darcu pred jeho smrťou by bol aj napriek úmyslu zachrániť život inej osobe nielen neetický a nehumánny, ale aj protizákonný, preto sa takýto postup jednoznačne odmieta (Cifra, 2005). Druhý problém predstavuje možnosť neúmerného predlžovania obdobia klinickej smrti, aby sa získal čas na prípravu k transplantácii.

Diskutabilným problémom je uznanie mozgovej smrti ako smrti jedinca vzhľadom k tomu, že po stáročia sa za kritérium smrti považovalo trvalé zastavenie dýchania a srdcovej činnosti. S definíciou mozgovej smrti, ako smrti jedinca súhlasí väčšina svetových náboženstiev ako sú katolícke, protestantské, židovské a tiež niektoré islamské náboženstvá. Medzi krajiny, ktoré neuznávajú mozgovú smrť ako smrť jedinca patrí napríklad Japonsko (Jurašeková, 2003).

Právne uznaná smrť mozgu je nevyhnutnou podmienkou k odberu a použitiu funkčne schopných orgánov od mŕtvych darcov pre účely transplantácie. Základným technickým a medicínsko – právnym problémom je definícia diagnostických kritérií na určenie a overenie mozgovej smrti. „Právnu úpravu transplantácií obsahuje zákon č.576/2004 Z.z o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v ustanoveniach 35 až 39 (2. s 293).“ Zákon definuje mozgovú smrť ako odumretie celého mozgu a presne stanovuje kritéria na diagnostiku mozgovej smrti (Vestník MZSR).

**Medzi základné klinické kritériá stanovujúce mozgovú smrť patria:**

- hlboké ireverzibilné bezvedomie,
- úplná strata všetkých mozgových reflexov,
- neprítomnosť spontánneho dýchania,
- strata reaktivity na vonkajšie a vnútorné podnety (Caban, 2000).

### Konfirmačný test

Vykonáva sa na potvrdenie a na jednoznačné stanovenie klinickej diagnózy mozgovej smrti. Je to dôkaz zastavenia mozgovej cirkulácie prostredníctvom medicínskych zariadení na meranie činnosti mozgových funkcií (mozgová panangiografia, elektroencefalografia, vyšetrenie sluchových kmeňových evokovaných potenciálov). Tieto konfirmačné testy sú alternatívami, stačí vykonať jeden z nich. Výber testu závisí od príčiny, charakteru poškodenia mozgu a od možnosti nemocničného zariadenia. Test vyberá konzílium, ktoré stanovilo mozgovú smrť (Vestník MZSR). Lekári, ktorí diagnostikujú mozgovú smrť, nesmú byť zainteresovaní do priebehu odberu a transplantácie obličky (Caban, 2000).

Keď je spoľahlivo a jednoznačne diagnostikovaná mozgová smrť jedinca, môže sa pristúpiť k odobratiu obličky od mŕtveho darcu a k prenosu - transplantácii – obličky do nového organizmu. Tieto kritériá majú vylúčiť prístupy protiviace sa kresťanskej morálke pri získavaní orgánov z darcov (Jurašeková, 2003).

Dôležitý problém sa vyskytuje v zjednotení koncepcie

smrti tak, ako ju definujú rôzne disciplíny – napríklad filozofia, teológia, právo, biológia a medicína. Je zrejmé, že akákoľvek definícia okamžiku smrti je iba otázkou konsenzu, pretože smrť je v biologickom zmysle proces a nie len okamžik (Munzarová, 2005).

### Otázka súhlasu k narušeniu integrity zomretého človeka

Medzi obtiažno riešiteľný problém patrí otázka súhlasu k narušeniu integrity mŕtveho tela odberom orgánov. Na to, aby došlo k narušeniu integrity mŕtveho tela musí byť v prvom rade stanovená smrť mozgu podľa právnych predpisov. Darcovstvo a transplantácie orgánov sú lekárske zákroky, ktoré si vyžadujú plnú účasť spoločnosti. Nastolená etická otázka, ako a či je nutné získavať informovaný súhlas k narušeniu telesnej integrity mŕtveho sa v rôznych krajinách rieši rôzne a to v závislosti od ich kultúrnych hodnôt, ekonomických a sociálnych faktorov a hlavne od zavedeného transplantačného systému v krajine (KES, Brusel, 2007). Nie všetky krajiny vo svete majú zavedený rovnaký transplantačný systém.

**K darovaniu orgánov po smrti existujú vo svete tri hlavné prístupy:**

- informovaný súhlas (opting in),
- predpokladaný súhlas (opting out)
- vyžadovaný súhlas (required request).

### Informovaný súhlas

Informovaný súhlas (Opting in) je systém, pri ktorom sa vyžaduje súhlas darcu (príbuzného) s odberom tkaniva ešte pred jeho smrťou. Vyžaduje sa tu aktívny prístup potenciálneho darcu. Potencionálni darcovia by mali nosiť stále pri sebe preukaz darcu orgánov, ktorý svedčí o ich súhlase k narušeniu telesnej integrity po smrti (Parmly, 2001). Tento systém sa uplatňuje napríklad v Nemecku, USA, Kanade, Japonsku, Holandsku (Klimajová, 2004). Spôsobom informovaného súhlasu je podporované autonómne rozhodovanie každého jedinca v závažných otázkach, rovnako tak aj solidarita s ostatnými ľuďmi, hlavne s tými, ktorí trpia.

Je vhodné, aby sme sa nad slovom darca skutočne zamysleli. V bežnom jazyku nazývame slovom darca takého človeka, ktorý druhému dobrovoľne a z lásky niečo dáva. Prejavuje tým svoj vrelý a kladný vzťah k obdarovanému. Pojmom „darca“ môžeme oprávnenne nazvať takého človeka, ktorý vyjadri počas svojho života súhlas s darovaním svojich orgánov po smrti. Človek obdaruje niekoho, koho vôbec nepozná a tým prejavuje svoju vlastnú solidaritu a ľudskosť voči ostatným ľuďom žijúcich v našej spoločnosti. Snáď väčšina z nás súhlasí, že orgány už mŕtvemu človeku nemôžu nijako pomôcť a naopak môžu zachrániť životy ľudí, ktorí trpia a čakajú na tento dar. Rozhodnutie o darovaní vlastných orgánov predstavuje dosť veľkú záťaž pre každého jednotlivca a to hlavne v mladosti. Núti to človeka uvažovať o svojej vlastnej smrteľnosti a o svojej smrti. Často krát tu je prítomný strach zo zneužitia orgánov (Munzarová, 2005).

Tento spôsob súhlasu nie je moc výhodný, pretože nemôže zabezpečiť dostatočný zdroj orgánov. Väčšina ľudí nie je žiadnym

spôsobom zainteresovaná do problému transplantácií a nemá preto dostatočnú motiváciu k takémuto skutku. V tomto smere by mala byť zabezpečená široká informovanosť a predovšetkým výchova spoločnosti o význame darovania orgánov a tkanív (Munzarová, 2005). Chýbanie súhlasu darcov je možné v niektorých krajinách nahradiť súhlasom najbližších príbuzných. Je to značne náročný prístup, ktorý si vyžaduje v krátkej dobe, ktorá ešte umožňuje odber tkanív a orgánov, zaistiť kontakt s príbuznými, ktorým sa musí oznámiť úmrtie ich blízkej osoby a zároveň získať súhlas k odberu orgánov.

### Predpokladaný súhlas

Väčšina európskych krajín prijala systém uznávajúci tzv. predpokladaný súhlas (opting out) (Valenta, Třeška, Hasman, 1999). Je to systém, kde zákon predpokladá súhlas darcu s odberom a prenosom orgánov po jeho smrti. Pokiaľ osoba počas svojho života nevydala vyhlásenie, že s odberom a prenosom orgánov nesúhlasí, predpokladá sa automaticky súhlas k narušeniu osobnej integrity po smrti a môže jej byť príslušnými lekármi v prípade smrti odobratý orgán, resp. tkanivo na zákonom určené účely (Cifra, 20).

Ak zomretý nezanechal nejaký doklad, príbuzní mŕtveho darcu nemajú právo odmietnuť odber jeho orgánov. V prípade mladistvých od 18. rokov alebo osôb zbavených svojprávosti musí počas ich života vyjadriť nesúhlas s odberom orgánov po smrti ich právny zástupca (Klimajová, 2004). Účelom tejto právnej úpravy je pochopiteľne zvýšenie počtu potenciálnych vhodných darcov, ktorých je stále nedostatok, pre potreby čakajúcich príjemcov. Každý môže počas svojho života vylúčiť zásah do svojej telesnej integrity pre prípad smrti (okrem výnimiek stanovených zákonom), ak vyjadri počas svojho života svoj nesúhlas s odobratím a použitím jeho orgánov predpísaným spôsobom bez ohľadu na to, či ho k tomu motivuje vyznanie, presvedčenie alebo akékoľvek iné dôvody. Právo na zachovanie telesnej integrity si v civilizovanej a kultúrnej spoločnosti takúto možnosť voľby zasluhuje (Cifra, 2005) predpokladaného súhlasu sa uplatňuje v krajinách ako sú: Rakúsko, Francúzsko, Grécko, Španielsko, Fínsko, Nórsko, Švédsko, Slovensku, Belgicko, Slovinsko, Luxembursko, Maďarsko, Česko, Slovenská republika (Klimajová, 2004).

„**Telesná integrita, ako osobnostné právo materiálneho charakteru, má ochranu podľa Ústavy SR i podľa Občianskeho zákonníka**“ (Cifra, 2005). Osoba môže disponovať svojou telesnou integritou voľne, v prípade ak dodržiava podmienky ustanovené zákonom. Ak občan Slovenskej republiky nesúhlasí s odberom orgánov po smrti, počas svojho života má možnosť a právo napísať vyhlásenie o odmietnutí odberu orgánov a tkanív po jeho smrti s osvedčeným podpisom a evidovať ho v SCOT (Slovenské centrum orgánových transplantácií) (Klimajová, 2004).

**SCOT koordinuje transplantácie orgánov a tkanív v celej Slovenskej republike. Spadá pod ministerstvo zdravotníctva.**

**Jeho úlohy spočívajú:**

- vo vedení Národného transplantáčného registra – tzv. čakacie listiny, register darcov a príjemcov orgánov

- v laboratórnej činnosti: imunologické a imunogenetické vyšetrenia (HLA-typizácia, cross-match...) pacientov čakacej listiny, darcov orgánov a iných pacientov
- vo vedení registra osôb, ktoré písomne vyjadria nesúhlas darovať orgány po smrti (tzv. register nedarcov) (SCOT) .

V súčasnosti je v registri nedarcov v Slovenskej republike zaregistrovaných približne dvesto osôb (Webster, 2006). Nesúhlas je možné kedykoľvek odvolať, pri odvolaní nesúhlasu sa postupuje analogicky, ako pri vyhlásení o nesúhlase. Pred každým odberom orgánov, tkanív z tela mŕtveho darcu je poskytovateľ povinný overiť si, či potencionalny darca nie je vedený v Registri nedarcov (Kováč, 2005). Výhodou tohto spôsobu je, že prakticky každý, kto zomrie v nemocnici spĺňa dané lekárske kritéria, a tak sa môže po smrti stať darcom orgánov. Veľmi málo ľudí aktívne vyjadruje počas života nesúhlas s odmietnutím darovať orgány, tkanivo. Systém predpokladaného súhlasu uľahčuje aj prácu lekárom, ktorý sa v prípade úmrtia nemusia zaoberať citlivými otázkami napríklad ako požiadať o darovanie orgánov príbuzných.

**Pri uplatňovaní systému predpokladaného súhlasu vzniká etický problém, či si darca naozaj uvedomuje to, že bude darcom.** Súhlas je jedna vec a nenamietanie je druhá vec. Súhlas je prejavom autonómie jedinca iba vtedy, ak je uvedomelý a slobodný. Neprítomnosť námietok nemusí znamenať slobodné chcenie (Munzarová, 2005). Darca by mal byť oslovený, či chce byť naozaj darcom. Len malá časť z obyvateľstva si uvedomuje problematiku týkajúcu sa darcovstva orgánov. Väčšina obyvateľov SR však nevie, že bez ich vyjadreného písomného nesúhlasu možno v prípade ich úmrtia vykonať zásah do ich telesnej integrity za účelom odberu orgánov a tkanív (Cifra, 2005). Uplatňuje sa tu zásada, že neznalosť zákona neospravedlňuje. Kvôli našej nevedomosti nemožno nič namietat (Klimajová, 2004). Právna úprava prezumovaného súhlasu je jedným z ustanovení, ktoré svedčí o pretrvávajúcom paternalistickom prístupe v zdravotníctve (Cifra, 2005). Aby ľudia dôverovali tomuto systému, je potrebné informovať spoločnosť o danej problematike a vychovávať ju k solidarite s inými. Je potrebné, aby sme rozširovali vedomosti spoločnosti v otázkach transplantácií a darcovstva orgánov. Takisto dôležité je aj to, aby sme povzbudzovali ľudí k tomu, aby hovorili otvorene o darcovstve orgánov, o svojich pocitoch k danej téme a aby sa oboznámili so želaniami svojich príbuzných.

### Vyžadovaný súhlas (Required request)

Ide o systém, v ktorom platí zásada, že každý potencionalny darca má byť dopredu oslovený, či chce byť skutočne darcom. Každý má predsa právo prejaviť svoj názor osobnej voľby. Pri tomto spôsobe by bol určite dodržaný rešpekt k vôli zomretého a aj názor rodiny by mohol byť patrične zohľadnený. Otázne pri používaní tohto systému ostáva, kedy by sme mali potencionalneho darcu osloviť, či súhlasí s darovaním orgánov. Pri vstupe do nemocnice? V takom okamžiku ľudia bývajú vystrašení a ich rodina sa bojí o život blízkeho človeka. Preto je veľmi malá nádej, že by takéto oslovenie viedlo k úspechu alebo



vôbec k rozhodnutiu v názore na vhodnosť takéhoto konania. Vznikajú tu ďalšie problematické situácie. Napríklad situácia, že potencionálny darca by nespĺňal kritéria na darovanie orgánov a tkanív. V takom prípade by nebol oslovený o darovstve a mohol by sa cítiť ponížený, opovrhnutý, bezcenný. Ďalšou problematickou situáciou sú prípady náhle zomretých ľudí, napríklad autonehody. Pri automobilových nehodách dochádza často k úmrtiu mladých a zdravých ľudí. Je samozrejmé, že títo ľudia už nemôžu byť oslovení o rozhodnutí darovať orgány a rovnako možno pochybovať o vhodnosti osloviť príbuzných, ktorým musíme zároveň oznámiť informácie o úmrtí blízkeho človeka (Munzarová, 2005). Systém vyžadovaného súhlasu kladie najväčšie nároky na zdravotnícky personál a stavia ho neraz do psychologicky nevýhodnej a citlivej situácie (Klimajová, 2004).

## Záver

Kto nepozná bližšie problémy pacientov s obličkovým zlyhaním a ich životné „útrapy“, problematika darovstva obličiek od mŕtvych darcov mu je vo väčšine prípadov (ako to vyplynulo i z našich prieskumov) vzdialená a neatraktívna. Spoločnosť je ešte veľmi veľa dlžná pacientom s obličkovým zlyhaním, pre ktorých transplantácia obličky znamená „vykúpenie“ z ich nie ľahkých problémov a neporovnateľne inú, lepšiu kvalitu života pacientov. Medializácia a zvýšenie úrovne informovanosti širokej laickej, ale i zdravotníckej verejnosti je úlohou, ktorej naplnenie predpokladá zvýšený záujem spoločnosti o uvedení problematiku.

## Literatúra

1. Caban, P. Prípustný čas transplantácie životne dôležitých orgánov z morálno-medicínskeho hľadiska. In referáty student (online). Banská Bystrica. 2000. s.1-3 , Dostupné na internete: <http://referaty.superstudent.cz/medicina/pripustny-7269;as-transplantacie-zivotne-dolezitych-organov-zmoralno-medicinskeho930.html>
2. Cifra, A. Transplantácie a určovanie momentu smrti. In Psychiatria ( online ). č.1. roč.XII. 2005 . (cit. 12-01-06 ). Prehľadová práca. s. 41- 46 .Dostupné na internete: <http://www.sappress.sk/psychiatria/12-01-06.pdf>
3. Jurašková, Z. Život a smrť. In Čajka pre dievčatá (online), č. 8, Dostupné na internete: [http://www.donbosco.sk/archiv/cajka/cajka-2003\\_10.pdf](http://www.donbosco.sk/archiv/cajka/cajka-2003_10.pdf)
4. Klimajová, M. Prístup verejnosti k transplantácii orgánov (online) . (cit. 2004) . Nové Zámky. Stredoškolská odborná činnosť. 2004 Dostupné na internete : <http://www.szskalvarianz.edu.sk/soc/2004/mklimajova/kadodbprog.htm>
5. Komisia Európskych spoločenstiev, Darovstvo orgánov a transplantácie: politické kroky na úrovni EÚ. In Eur-lex.europa (online). Brusel 2007. (cit. 30-5-2007). Dostupné na inernete : [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/sk/com/2007\\_0275sk01.doc](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/sk/com/2007_0275sk01.doc)
6. Kováč, P. et al. 2005. Súdne lekárstvo pre právnikov. 1.vyd. Bratislava: IURA EDITION, 2005. 332s. ISBN 80-8078-024-2

7. Krchovová, I. Radkovský, F. Transplantace – dar života. In Stěžeň (online).2001. č.2 .Dostupné na internete: <http://www.znovu.cz/sdat/201/st201.htm#darzivota>
8. Munzarová, M. 2005. Zdravotnícka etika od A do Z., 1.vyd. Praha :GRADA, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2
9. Parmly, M.E. Sale of Human Organs in China. In state.gov (online), 2001. (cit.21-06-2001), Dostupné na internete : <http://www.state.gov/g/drl/rls/rm/2001/3792.htm>
10. Valenta, J. Třeška, V. Hasman, D. Etické problémy transplantací orgánů. In Rozhledy v chirurgii, ISSN 0035-9351, 1999, roč.78., č.2, s. 47-49.
11. Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. (online). Čiastka 1 - 5. roč.55 (cit.25-1-2007). Dostupné na internete: [http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/3e6b545e2697a78cc1256f970033e1b0/\\$FILE/vestnik0701.pdf](http://www.health.gov.sk/redsys/rsi.nsf/0/3e6b545e2697a78cc1256f970033e1b0/$FILE/vestnik0701.pdf)
12. Vlček, R. Lekárska etika, jej základné princípy. In Ošetrovateľský obzor, ISSN: 1336-5606, 2007, roč. IV., č.3, s. 79 – 81
13. Zeman ,M. 1993 Chirurgická propedeutika. Praha: GRADA , Avicenum ,1993. 356 s. ISBN 80-85623-45-5
14. Webster. Život je najkrajší dar – „oblička nad zlato“. In Mamatata (online). TASR. (cit. Marec 2006). encyklopedický článok . ISSN 1336-2755. Dostupné na internete : <http://www.mamatata.sk/index>.

Recenzent: doc. PhDr. Vladimír LITŤVA, PhD., MPH

## Kontakt:

doc. PhDr. Ivica GULÁŠOVÁ, PhD.  
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce  
sv.Alžbety, n.o.,  
Bratislava

## Spôsob komunikácie u sluchovo postihnutých osôb

Marcela Ižová

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

### Súhrn

Sluchovo postihnutý pacient je v ošetrovateľskej praxi vystavený pôsobeniu množstva stresujúcich faktorov. Efektívnou komunikáciou môžeme zamedziť zhoršeniu zdravotného stavu u sluchovo postihnutého pacienta. Nedostatok informácií spôsobuje, že sluchovo postihnuté osoby pre ich spôsob dorozumievania sa považujú mnohí aj v dnešnej dobe za mentálne postihnutých. Kvalitná ošetrovateľská komunikácia sa nedá realizovať bez potrebných teoretických vedomostí a praktických zručností nadobudnutých odbornou praxou.

**Kľúčové slová:** Komunikácia. Sluchovo postihnutý pacient. Hovorená reč. Posunkovanie. Odzeranie. Písaná reč. Prstová abeceda.

### Summary

Hearing impaired patients in nursing practice exposed to stressful number of factors. Effective communication can prevent deterioration of health status hearing in the affected patient. Lack of information makes the hearing impaired people to their way of understanding is considered by many even today for the mentally disabled. Quality nursing communication can not be implemented without the necessary theoretical knowledge and practical skills acquired by professional practice.

**Key words:** Communication. Hearing impaired patient. Spoken word. Posunkovanie/ Gesticulation. Lip-reading. Written word. Finger alphabet.

Sluchové postihnutie so sebou prináša širokú škálu problémov v rôznych oblastiach. „*Nepočujúci má narušenú celistvosť vnímania prostredia vzhľadom k tomu, že má nefunkčný sluchový analyzátor. Prostredie, v ktorom sa pohybuje je neustále plné rôznorodých zvukov*“ (Korčeková, 2006, s. 69). U nepočujúcich vystupujú do popredia vibračné pocity, vizuálna pozornosť, uchovávajú sa najmä javy prežité vizuálne, citovo a slovné pochopenia, ktoré mu pomáhajú lepšie sa orientovať.

**Komunikačná bariéra** je primárny dôsledok straty sluchu. Je to bariéra v medziľudskej komunikácii a v získavaní informácií. Táto bariéra sa môže prejavovať v rôznom rozsahu (Vančová, Tarcsiová a kol., 2007).

My počujúci ako majoritná spoločnosť nepoznáme „svet ticha“ sluchovo postihnutých osôb. Bojíme sa s nimi komunikovať v súvislosti s tým, že neovládame posunkovú reč. Voči sluchovo postihnutým osobám máme často mylné predsudky. Namiesto toho, aby sme sa snažili pochopiť ich svet, v ktorom žijú a pomôcť im, tak mi ich radšej ľutujeme sa separujeme do úzadia. Sluchovo postihnutí nepotrebujú a nechcú našu ľútosť a prehnajú starostlivosť o nich. Pomáhame im spôsobmi, ktoré sluchovo postihnutým osobám viac škodia, ako pomáhajú. Potrebujú cítiť, že aj my počujúci chápeme ich „svet ticha“ a snažíme sa robiť a robíme všetko preto, aby sa medzi nami počujúci cítili v spoločnosti ako rovnocenní jedinci (Urbár, 2007).

**a) Hovorená reč sluchovo postihnutých** - pre začlenenie sluchovo postihnutého jedinca do života počujúcej spoločnosti je potrebné, aby sa naučil základy orálnej reči. Dorozumievací proces má zložky výkonnú a percepčnú. Výslovnosť slov, viet, vetných celkov produkuje výkonná zložka dorozumievania (aktívna reč). O pasívnej reči hovoríme pri percepčnej zložke, ktorá nám umožňuje vnímať reč (Vašek, 2001).

Vnímanie reči u sluchovo postihnutých osôb neprebíha cestou sluchu, ale vnímanie reči sa kompenzuje hmatom, zrakom, kinestetickým vnímaním a reziduálnym sluchom. U sluchovo postihnutých osôb je úroveň hovorenej reči rozličná, nakoľko kompenzačné mechanizmy nikdy nedokážu nahradiť zdravý

sluchový orgán. Stupeň, typ sluchového postihnutia, vek, kedy k postihnutiu došlo, kvalita a včasnosť špeciálno-pedagogickej starostlivosti, včasné pridelenie kompenzačných pomôcok majú veľký vplyv pri osvojovaní si reči sluchovo postihnutými osobami (Tarcsiová, 2005). Hovorená reč sluchovo postihnutých osôb má svoje zvláštnosti po stránke technickej, gramatickej, obsahovej, sociálnej. U osôb s rovnakou sluchovou stratou, ktorú získali v rovnakom období, môžeme pozorovať rozličnú úroveň hovoreného jazyka. Hovorená reč sluchovo postihnutých má svoje charakteristické prvky:

- intenzita hlasu v priebehu hovorenia kolíše,
- umelo vytvorený hlas má väčšinou neprirodzenú polohu, prevažuje tvrdý hlasový začiatok,
- výrazné sú poruchy rezonancie reči a iné modulačné faktory,
- nepozná synonymá, hononymá, nepozná odlišnosti významu pri zmene dĺžky samohlásky,
- nesprávny rytmus reči narušuje jej plynulosť,
- malá slovná zásoba sa prejavuje u väčšiny nepočujúcich, (individuálnym spôsobom),
- nepozná tvaroslovie, agramatická,
- známe slovo nerozozná v inom tvare,
- nepozná konvenčné pravidlá spoločenského styku,
- nepozná frazeológiu a obrazné pomenovania chápe doslova,
- pre osoby, ktoré nie sú so sluchovo postihnutými osobami v každodennom styku je ich reč málo zrozumiteľná až nezrozumiteľná (Tarcsiová a kol., 2001).

U nedoslýchavých môže byť hovorená reč veľmi dobrá bez výraznejších chýb, ale môžeme sa stretnúť aj s jedincami, ktorých hovorená reč pripomína hovorenú reč nepočujúcich. Pri percepčnej nedoslýchavosti býva narušená výslovnosť vysokých hlások, narušené bývajú aj samohlásky. Po zvukovej stránke je reč nápadná narušeným prízvukom, nesprávnym rytmom. Reč je monotónna, spomalená až brblavá. U postihnutých s prevodovou nedoslýchavosťou nemusí byť reč nápadná, nakoľko sa dobre

lieči a dá sa korigovať načúvacím aparátom. Niekedy pozorujeme nesprávny slovný prízvuk, melódiu a dynamiku výslovnosti (Tarciová, 2005).

**b) Posunková reč** „*Pekná posunková reč má svoj rytmus a v najvyššom štádiu pripomína estetický, umelecký pohyb – tanec rúk*“ (Csonka, Mistrík, Urbár, 1986, s. 93). Posunkový jazyk má formálnu a obsahovú stránku prejavu. Formálna stránka - presne určené pohyby rúk, prstov, ich poloha a postavenie. Obsahová – pohybom vyjadrený obsah s dôrazom na výraznú charakteristiku pojmu. Posunkový jazyk nepozná ohýbanie, skloňovanie a časovanie. Trojstupňová gramatika sa člení na gramatiku slov, viet a textu. Jednoduchým priradovaním pojmov sa tvoria štylistické a syntaktické celky. Slová sú tvorené určitým pohybom, kde je určená poloha prstov a rúk, v presne určenom priestore sa vyjadri charakteristická črta pojmu. Posunková reč má pohybovo vizuálnu formu a pozostáva z posunkov (Csonka, 1998). Slovná zásoba posunkovej reči obsahuje väčšinu takých posunkov, ktoré dokáže rozlíštiť a vie čítať v konkrétnej situácii každý účastník rozhovoru aj počujúci. Posunky pomocou ktorých sa pomenúva môžu byť: deiktické (ukazovacie), symbolické (naznačujúce), ikonografické (zobrazovacie), konvenčné (zaužívané), kontaktové (nadväzovacie), i zložené. Špeciálnou rečou sa označuje posunkovanie. Reč rúk, prstov a celého tela s rečou hovoriadla a orálnou rečou spája posunkujúci pri posunkovaní. Mimika zohráva nenahraditeľnú funkciu. Nahrádza výraz, ktorý sa nedá vyjadriť posunkami. Samotnou mimikou sa zjemňujú a spresňujú pohyby rúk. Keďže sa posunková reč realizuje v konkrétnej situácii a v konkrétnom prostredí hovoríme, že je rečou situačnou. Neutrálna a centrálna poloha rúk pri posunkovaní je poloha pred hruďou. Subjektívne tvorené posunky môžu pri komunikácii spôsobovať šumy, ktoré adresáta brzdia pri čítaní. Neodporúča sa tiež spomalené tempo, neprirodzená artikulácia, rozhadzovanie rukami, prehnaná až kŕčovitá mimika. Nám počujúcim sa zdá, že rýchlosť posunkovej reči je pomalšia, ako rýchlosť bežnej reči. Toto tvrdenie neplatí, pretože posunková reč môže dosahovať oveľa väčšiu rýchlosť ako bežná reč. Hranice viet sa pri posunkovaní naznačujú prestávkami (Csonka, 1998), (Csonka, Mistrík, Urbár, 1996). Priestor, ktorý je vymedzený horizontálne aj vertikálne a obklopuje posunkujúcu osobu sa nazýva posunkový priestor. Dôležité je akým smerom sa produkuje, kde sa posunok vytvára, aký veľký je posunok, pretože často ovplyvňuje obsah výpovede (Vančová, Tarciová a kol., 2007).

Posunková reč má svoje osobitosti. Nepočujúci jedným posunkom znázorňujú viac možností. Posunkovou rečou sa podáva menej informácií a tiež sú obmedzené výrazové možnosti posunkovej reči. Posunky sa vyznačujú nepresnosťou (Požár, 2007).

**c) Odzneranie** - zdravý počujúci človek si neuvedomuje, čo pre neho znamená sluch. Zvuky okolo seba vníma ako samozrejmosť. Veľakrát si to uvedomí až vtedy, keď náhle stratí sluch. Ak by sme stratili sluch ako počujúci v tej chvíli pridáme až o 60 % informácií. Strata sluchu výrazným spôsobom zasahuje do života takto sluchovo postihnutého človeka. Okrem komunikačnej bariéry vzniká deficit v orientačných schopnostiach to znamená, že sluchovo postihnutý jedinec nemôže dopĺňať zrakovú orientáciu sluchom. Sluchové postihnutie predstavuje aj výraznú psychickú záťaž „život vo väzení ticha“, čo má za následok pre sluchovo postihnutého obmedzenie sociálnych vzťahov a stretávanie sa s ľuďmi (Slowík, 2007).

„*Odzneranie je sledovanie reči v priestorových dimenziách. Odzneranie možno chápať ako komplexné čítanie z pohybov*

*celého tela, z pózy hovoriaceho, zo striedania vzdialenosti medzi komunikujúcimi, z prestávok reči, z článkovania viditeľných hovoriadla*“ (Grausová, 1988, s. 9, s. 10).

Naučiť sa dobre odzerať znamená pre sluchovo postihnutého jedinca taký problém, ako je pre nás počujúcich naučiť sa cudzí jazyk. Ak má prebiehať rozhovor medzi počujúcim a sluchovo postihnutým, musíme zabezpečiť, aby sa osoba, s ktorou sa chceme rozprávať otočila tvárou k nám. Dosiahneme to kontaktoвыми posunkami, ktoré nahrádzajú oslovenie a označujú tiež začiatok reči pri odzneraní. Nesmieme zabudnúť tiež na okolie, pohyb celým telom, prestávky v reči, mimiku, situáciu. Tieto faktory dokresľujú samotné odzneranie. Aj keď odzneranie pre nás počujúcich sa zdá ľahké nie je tomu tak, pretože nácvik odznerania si vyžaduje dlhý čas. Základom odznerania je, aby hovoriaci dostatočne otváral ústa. Pri odzneraní sa ľahšie odznerajú dlhšie slová ako krátke, lebo pri analyzovaní slova viac hlások poskytuje väčšiu optickú oporu. Ak ten, ktorý hovorí používa pri komunikácii so sluchovo postihnutým ťažké slová, tak sluchovo postihnutý ich pri odzneraní nelúšti ale slová, ktoré nie sú mu jasné si sám doplní podľa zmyslu vety. Dobré viditeľné a pre výslovnosť určitej hlásky typické miesta artikulačných orgánov nazývame optická opora. Viditeľné artikulačné orgány sa delia na pohyblivé a pevné. K pohyblivým patria pery, sánka, jazyk. Horná čeľusť, zuby a ďasná patria k pevným. Pri odzneraní je dôležité si uvedomiť, že nie každá tvár vyjadruje to čo cíti. Je dôležité si to uvedomiť, pretože aj pri odzneraní existujú výnimky. Napríklad inak môžu rozprávať ľudia po náhlej cievnnej mozgovej príhode ako zdraví ľudia, citový výraz tváre je tiež iný u nevidiacich, ako u vidiacich, iný výraz tváre má tvár psychicky chorých pacientov, ako tvár zdravých ľudí (Grausová, 1998). Veľmi často sa stáva, že bývajú problémy s odzneraním, keď komunikácia prebieha s viacerými ľuďmi. Kým sluchovo postihnutý jedinec zistí, kto hovorí, veľakrát nezachytí začiatok vety a unikajú mu podstatné súvislosti. Pri komunikácii viacerých osôb je veľmi časté skákanie do reči, ktoré sťažuje proces odznerania. Komunikujúci môžu používať pri komunikácii takzvané vsuvky, ktoré nesúvisia s témou a odzneranie sťažujú (Tarciová, 2005).

„*Odzneranie je najčastejším spôsobom komunikácie medzi počujúcou majoritou a minoritou sluchovo postihnutých*“ (Tarciová, 2005, s. 129).

**d) Prstová abeceda** - „*Prstová abeceda je najznámejším systémom prstových znakov, ide o produkovanie písmen abecedy a podmienkou je znalosť hovoreného jazyka*“ (Tarciová, 2007, s. 62).

U nás sa začala používať v 60. rokoch tohto storočia v materských školách pre nepočujúcich. Na jej označenie sa používajú rôzne pojmy, ako manuálna abeceda, daktylná forma reči, daktylografia, daktylotika, daktylna abeceda. Znázorňuje tvar veľkého písmena, tlačeného alebo písaného. Znaky sa vykonávajú jednou, alebo dvoma rukami. Podľa toho rozoznávame jednoručnú a dvojručnú prstovú abecedu. Pri jednoručnej prstovej abecede znaky vykonáva vždy dominantná ruka. Prstovú abecedu nevytvorili pre svoju potrebu sami nepočujúci, ale cieľom počujúcich pedagógov bolo, aby sa zrak využil pri tvorbe a rozvíjaní orálnej reči. Prstová abeceda sa uplatňuje v bežnej komunikácii a tiež pri vzdelávaní sluchovo postihnutých detí. Prevláda názor, že prstová abeceda je viac využívaná mladšími sluchovo postihnutými osobami. Mladí využívajú skôr jednoručnú prstovú abecedu a starší dvojručnú prstovú abecedu. Ľahšie sa vníma dvojručná prstová abeceda, pretože je pomalšia, zrozumiteľnejšia a zreteľnejšia. Vo svete



je viac rozšírená jednoručná prstová abeceda. Využitie prstovej abecedy má široký záber. Využíva sa pri zemepisných názvoch, menách a priezviskách, pri názvoch obcí, miest, pri slovách, na ktoré ešte nie je posunok, pri neznámych slovách. Štýl, akým zúčastnení komunikujú, úroveň ako ovládajú hovorený jazyk komunikujúci, vek, pohlavie zúčastnených pri komunikácii, komunikačná téma, ako ovládajú prstovú abecedu účastníci komunikačného aktu – sú faktory, ktoré ovplyvňujú využitie prstovej abecedy v bežnej komunikácii. Pri prstovej abecede je rýchlosť reči asi iba 60 slov za minútu. Preto sa neodporúča používať prstovú abecedu na bežnú komunikáciu. Prstová abeceda má tiež svoje obmedzenia pri používaní. Dôležité je poznanie jazyka v jeho písanej podobe. Výraz, aj keď je presne vyjadrený nezaručuje jeho pochopenie. Prstovou abecedou nie je možné vyjadriť city (Tarciová a kol., 2001), (Tarciová, 2005), (Vančová, Tarciová a kol., 2007), (Vašek, 2006), (Tarciová, Hovorková, 2002).

**e) Písaná reč sluchovo postihnutých - najdôležitejším zvukom pre človeka je reč. Zaznamenávame ju pomocou písma. Sluchovo postihnutým osobám umožňuje písaná reč komunikovať v mnohých náročných situáciách. Pri komunikácii s počujúcimi ľuďmi často nahrádza posunkovú reč alebo nezrozumiteľnú ústnu reč sluchovo postihnutých osôb, ktorej počujúci nerozumejú. Pri odzeraní reči dopĺňa medzery, ktoré vznikajú. Sluchovo postihnutým osobám umožňuje získavať informácie v písanej forme, ktoré sú nevyhnutné pre ich ďalšie vzdelávanie. Písaná reč sa uplatňuje pri titulkovaní televíznych programov. Neoceniteľné miesto má písaná reč aj v obohacovaní duševného života sluchovo postihnutých osôb cez kultúrne hodnoty, ktoré sú vyjadrené písanou formou. Sluchovo postihnutí používajú najviac podstatné mená a slovesá. Slová, ktoré píšu sluchovo postihnutí sú často s chybami. Zamieňajú alebo vynechávajú hlásky, napríklad pašta – pošta. Veľmi často sa objavujú slová, ktoré nemajú zmysel, napríklad hara, u mezka. Robia chyby pri používaní diakritických znamienok. Prevažujú jednoduché vety nad súvetiami. Používajú nadbytočné slová, ktoré často nesúvisia s obsahom. V písomnom prejave sluchovo postihnutých osôb chýba priama reč a používajú oznamovacie vety (Vašek, 2001), (Tarciová, 2005).**

Pri komunikácii s pacientom, ktorý má problémy so sluchom musíme dodržiavať pravidlá. Nevyhnutné je dbať na dobrú viditeľnosť úst – neatáčať sa chrbtom, nezakrývať si ústa, dodržiavať optimálnu vzdialenosť. Nepočujúci človek si udržuje väčšiu vzdialenosť, aby dobre videl a mohol využívať znakový jazyk. Nedorýchavý človek na rozdiel od nepočujúceho sa snaží využiť zvyšok sluchu a preto uprednostňuje kratšiu vzdialenosť, čím však môže narúšať sestre alebo inému zdravotníckemu pracovníkovi proxemickú zónu. Ako náhle sluchovo postihnutý pacient využíva naslúchací aparát je dôležité vytvoriť optimálne prostredie, odstrániť komunikačné šumy na zrealizovanie úspešnej komunikácie (napr. vypnúť rádio, televíziu, mobil a pod.). Skôr než začneme hovoriť s jedincom, ktorý je sluchovo postihnutý upozorníme na seba očným kontaktom a potom sa prejavíme verbálne. Hovoríme jednoducho, pomaly, zreteľne a nekričime. Počas rozhovoru je nutné realizovať spätnú väzbu. Niektorí sluchovo postihnutí ľudia si počas rozhovoru robia poznámky. Treba si vtedy uvedomiť, že sa pacient nemôže súčasne venovať priamej komunikácii a papieru. Ak zistíme, že nám pacient nerozumel, skúsime spomínanú myšlienku zopakovať resp. použiť iné slová na vyjadrenie tej istej myšlienky. Pri rozhovore môžeme používať mimiku a gestá (nie však prehnane), pacienti to len privítajú. S využitím gest a mimiky musíme dávať pozor na ich význam.

Rešpektujeme, že každý z nás je „iný“. Každý sluchovo postihnutý je osobnosť, ktorý si zaslúži našu úctu, vážnosť a rešpekt v každej situácii. Skúsme sa viac pozerať na svet očami sluchovo postihnutých a pochopíme, že ich „svet ticha“ nie je vôbec jednoduchý.

#### Literatúra

1. Csonka, Š. 1998. *Svet v posunkoch*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1998. 156 s. ISBN 80-08-02034-2
2. Csonka, Š., Mistrik, J., Urbár, L. 1986. *Frekvenčný slovník posunkovej reči*. 1. vyd., Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1986. 295 s
3. Dynáková, Š. 2005. *Neslyším vás, ale jsem tady...* . In.: Sestra. č. 11/2005. s.18. ISSN 1210-0404
4. Grausová, T. 1988. *Učím sa odzerat' lebo už nepočujem*. 1. vyd. Bratislava: Horizont, 1988. 120 s
5. Korčeková, A. 2006. *Psychické problémy u sluchovo postihnutých*. In.: Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík. roč. XII. č.2/2006. s.68-70. ISSN 1335-5090
6. Požár, L. 2007. *Základy psychológie ľudí s postihnutím*. 1. vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. 184 s. ISBN 978-80-8082-147-0
7. Slowik, J. 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3
8. Tarciová, D. a kol. 2001. *Rukovät' tlmočníkov posunkovej reči*. Nitra: Effeta – Stredisko sv. Františka Saleského, 2001. 125 s. ISBN 80-968584-3-2
9. Tarciová, D. 2005. *Komunikačný systém sluchovo postihnutých a spôsoby prekonávania ich komunikačnej bariéry*. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 2005. 222 s. ISBN 80-969112-7-9
10. Tarciová, D. a kol. 2007. *Ranná starostlivosť o nepočujúce dieťa (Spomienky rodičov, ktorí to už majú za sebou)*. Nitra: Effeta – Stredisko sv. Františka Saleského, 2007. 103 s. ISBN 978-80-89245-07-9
11. Urbár, L. 2007. *Problémy nepočujúcich ľudí z pohľadu počujúceho človeka*. In: *Život n/Nepočujúcich a osôb s kochleárnym implantátom*. Ed. Vojtechovský, R. Bratislava: SNEPEDA, 2007. s. 15. ISBN 978-80-969695-0-0
12. Vančová, A., Tarciová, D. a kol. 2007. *Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl*. Bratislava: Univerzita Komenského, Pedagogická fakulta, Katedra špeciálnej pedagogiky, 2007. 168 s. ISBN 978-80-89113-30-9
13. Vašek, Š. 2001. *Špeciálna pedagogika pre 3. ročník stredných odborných škôl*. 1. vyd. Bratislava: Media Trade, 2001. 109 s. ISBN 80-08-03050-X

Recenzent: doc. PhDr. Helena KADUČÁKOVÁ, PhD.

#### Kontakt:

PhDr. Marcela IŽOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
ul. gen. M. Vesela 21  
034 01 Ružomberok  
E-mail: izova@ku.sk

## Súčasnú možnosti ošetrovania seniorov

Zuzana Hudáková

Fakulta zdravotníctva Katolickej univerzity v Ružomberku

### Súhrn

Problém starnutia a starých ľudí sa týka nás všetkých, či už sa staráme o starého človeka na Slovensku alebo v inej krajine. Pre súčasnú demografický trend je typická klesajúca pôrodnosť a nárast skupiny starých ľudí. Seniorom niekedy nie je venovaná taká starostlivosť a opatera, akú by si zaslúžili. Staroba je nevyhnutnou perspektívou každého človeka. Zostáva len otázne, ako ju kto prijme. Každý človek má svoju životnú cestu, svoje vlastné hodnoty, postoje, presvedčenia a mnohoraké potreby. Je vždy svojráznou, neopakovateľnou ľudskou bytosťou v telesnej, duševnej, sociálnej a duchovnej dimenzii svojej existencie, ktorú musíme ako zdravotníci vždy rešpektovať a vážiť si ju.

Práca definuje ciele a úlohy geriatrickej sestry týkajúce sa ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov a autor sa zaoberá aj poslednou fázou života starého človeka z etického hľadiska a imidžom sestry pri starostlivosti o geriatrického pacienta v dvoch zemiach Európskej únie Slovensku a Rakúsku.

**Kľúčové slová:** Imidž sestry. Geriatrický pacient. Ošetrovateľská starostlivosť. Kvalita starostlivosti.

### Summary

The problem of getting old and old people concerns all of us if we take care of an old person in Slovakia or in another country. Sinking of childbirths and growing of the group of old people are typical for the present demographic trend. It isn't sometimes paid such attention and care which would be merited for them. Old age is the unavoidable perspective of every human. There is just a question how it will be accepted by a concrete person.

Every human has his/her life way, his/her own values, attitudes, confidence and various needs. It is always an individual, unrepeated human being in the physical, psychical, social and spiritual dimension of his/her existence which we – as nurses must always respect and appreciate.

The work defines aims and tasks of the geriatric nurse concerning the nursing care of seniors and the author deals also with the last phase of life of an old person from the ethical point of view and with the image of the nurse by the care of the geriatric patient in two countries of the European Union in Slovakia and in Austria.

**Key words:** Image of the nurse. Geriatric patient. Nursing care. Quality of care.

Profesia sestry zastáva v spoločnosti určitú pozíciu, t.j. polohu alebo postavenie v rámci jednotlivých profesií. Túto polohu významne ovplyvňuje imidž povolania, teda všeobecná predstava o sesterskom povolaní, ale aj prestíž povolania. Sestra musí získať také poznatky, aby bola dostatočne flexibilná, kompetentná a zodpovedná za svoju prácu (Farkašová, 2005, s. 9). Roly sestry sú určené objektívnymi danosťami spoločnosti a sú historicky podložené. Len málo profesií v poslednom období prekonalo také zmeny ako povolanie sestry. Dosiahnutie a udržanie štandardu ošetrovateľskej starostlivosti vyžaduje od sestier nové vedomosti a širšie spektrum poznatkov, a to

predovšetkým vo vzťahu k problémom ktoré obklopujú a sprevádzajú chorobu, zdravie jedinca či skupiny (Farkašová, 2005).

### Kompetencie sestier

Kompetencie sestier legislatívne upravuje Vyhláška MZ SR č. 364/2005. Vyhláška určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne - zahŕňa najmä posudzovanie, diagnostiku, plánovanie, realizáciu a hodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti uskutočňovanej metódou ošetrovateľského procesu (Farkašová, 2005).

### História a súčasnú trend v geriatrickej

*Tabuľka 1 Porovnanie generickej a profesionálnej starostlivosti*

<i>Tradičný systém- ľudová starostlivosť (Generic/Emic Care/Cure)</i>	<i>Profesionálny systém- profesionálna starostlivosť (Profesional/Etic Care/Cure)</i>
V centre stojí človek ako celistvá bytosť. Je humanisticky orientovaná, používa celistvý a integrovaný prístup, ktorý kladie dôraz na sociálne vzťahy, jazykové zázemie a životný štýl.	V centre stojí chorý človek, pacient.
Opiera sa o praktické skúsenosti kultúry, životného štýlu, vieru, hodnoty a svetonázor príslušníkov kultúr. Ľudia používajú známe praktiky a odkazy. V popredí je starostlivosť a ošetrovanie.	Vedecky orientovaná, opiera sa o vedecké poznatky, používa cudzie termíny, prístupy, diagnostické a terapeutické výkony.
Zameriava sa na prevenciu chorôb a smrti a dodržiavanie kultúrnych rolí, praktík a tabu.	Zameriava sa na nápravu telesného a duševného stavu, poskytuje útržkovité a neintegrovane služby. V popredí je liečba, diagnostika, medikácia.
Pri poskytovaní starostlivosti využíva domáce prostredie, domáce zdroje, rodinu, komunitu. Je realizovaná bez použitia technológie, dáva prednosť ľudovým liečivám a osobným vzťahom.	Starostlivosť sa poskytuje v zdravotníckych zariadeniach, nemocniciach, nie v domácom prostredí. Klienti sú vystavení neznámym technikám a cudzím ľuďom. Sústreďuje sa na terapiu chorôb a postihnutí a na patologické javy.

<i>Tradičný systém- ľudová starostlivosť (Generic/Emic Care/Cure)</i>	<i>Profesionálny systém- profesionálna starostlivosť (Profesional/Etic Care/Cure)</i>
Využíva domáce liečivá a vlastných ošetrovateľov, ktorí sú finančne nenákladní. Používa spôsob komunikácie, ktorý je danej skupine vlastný.	Cena za profesionálne služby je značne vysoká. Využíva odosobnenú komunikáciu. Používa modernú techniku a diagnostické testy.
Limituje používanie modernej techniky.	Používa vedecky podložené procedúry.
Profesionálnu službu nevyužíva.	

Spracované podľa (Leininger, 2002, s. 61)

## Priority súčasnej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov

Cieľom súčasnej ošetrovateľskej starostlivosti je udržať starého človeka čo najdlhšie v jeho pôvodnom prostredí, zo zachovaním jeho sebestačnosti, zmiernením utrpenia a udržaním kvality života na maximálnej možnej úrovni. Úlohou sestry je posudzovať mieru sebestačnosti alebo závislosti od pomoci iných na základe posúdenia funkčného stavu. Medzi **aktivity denného života** ktoré sestra posudzuje, patrí jedenie, umývanie, obliekanie, motorika, schopnosť udržať moč a stolicu, sebaopatera v súvislosti s vyprázdňovaním moču a stolice. Medzi **aktivity s použitím pomôcok** patrí príprava jedla, hospodárenie s peniazmi, nakupovania, použitie telefónu, domáce práce. V rámci **sociálneho stavu** sa sestra zaujíma o rodinu (postavenie starého človeka v rodine, vzťahy, citové väzby, či žije s rodinou, alebo sám a pod.), o susedské a priateľské vzťahy, bytové podmienky, finančné zabezpečenie, sieť dostupných sociálnych služieb, využívanie sociálnych služieb starým človekom.

### Geriatrická sestra spolupracuje:

- s ostatnými členmi tímu, napr. s rehabilitačnou sestrou, diétnou sestrou, lekárom- geriatrom, psychologom, s príbuznými,
- s rôznymi zariadeniami poskytujúcimi služby starým ľuďom, napr. geriatrickým centrom, hospicom, domovmi- penziómi pre dôchodcov,
- s organizáciami, napr. s klubmi dôchodcov, cirkevnými spolkami, dobrovoľníkmi, agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

**Geriatrická sestra plánuje a realizuje** aktivity zamerané na prevenciu ochorení a ich komplikácií, podporu a udržanie zdravia. Medzi najčastejšie aktivity patrí edukácia, poradenstvo, obhajoba, organizácia starostlivosti, vykonávanie základných ošetrovateľských techník, spolupráca s ďalšími členmi tímu, inštitúciami a s rodinnými príslušníkmi. Jedna z významných oblastí práce sestry je starostlivosť o zomierajúceho a poskytnutie pomoci a podpory pozostalým. Práca geriatrickej sestry zahŕňa aj politickú aktivitu- obhajovanie práv starých ľudí vo všetkých úrovniach (Hanzliková, 2004, s. 214).

## Ciele a úlohy gerontologického ošetrovateľstva

Ciele gerontologického ošetrovateľstva vychádzajú z *Koncepcie odboru ošetrovateľstva* a zameriavajú sa na pomoc geriatrickému pacientovi a jeho rodine, pri tých činnostiach, ktoré prispievajú k podpore zdravia, uzdraveniu alebo pokojnému dôstojnému zomieraniu a smrti.

## Ústavná zdravotná starostlivosť o geriatrického pacienta

Geriatrické oddelenia sú súčasťou nemocníc s poliklinikou II. a III. typu a fakultných nemocníc, ktoré zabezpečujú geriatrickým pacientom akútnu špecializovanú geriatrickú starostlivosť s diferenciálnou diagnostikou a liečbou prevažne interných

ochorení so zhodnotením aktuálneho funkčného potenciálu (Poledníková, 2006).

## Formy ústavnej starostlivosti v SR

**Oddelenia pre dlhodobu chorých a liečebňa pre dlhodobu chorých:** poskytuje liečebno-preventívnu starostlivosť o pacientov ktorých stav si nevyžaduje intenzívne vyšetrenie, vyžaduje si liečbu, rehabilitáciu, ošetrovanie a nácvik bežných denných činností.

**Ošetrovateľské oddelenie:** poskytuje špeciálny druh nemocničnej starostlivosti vysoko závislým pacientom, ktorých stav je natoľko stabilizovaný, že nepotrebujú každodennú lekársku starostlivosť. Starostlivosť na tomto oddelení vykonávajú sestry a pomocný personál. Lekár vykonáva vizity raz do týždňa.

**Geriatrické centrum:** poskytuje komplexnú geriatrickú starostlivosť a ošetrovateľsko- opatrovateľské služby. Predstavuje nadregionálnu starostlivosť o pacientov vo veku nad 65 rokov.

**Geriatrická klinika:** poskytuje nadregionálnu starostlivosť pacientom vo veku nad 65 rokov, ale zároveň plní pedagogické a výskumné úlohy.

**Gerontopsychiatrické oddelenia:** sú súčasťou psychiatrických oddelení, psychiatrických kliník a psychiatrických liečební. Poskytujú starostlivosť u pacientov s duševnými poruchami (Poledníková, 2006, s. 18).

## Inštitúcie poskytujúce dlhodobú starostlivosť geriatrickému pacientovi

Jednou z významných súčastí ošetrovateľskej starostlivosti v geriatrickej, je dlhodobá starostlivosť. V zahraničí sa dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť poskytuje v inštitúciách a v domácom prostredí. Medzi inštitúcie, ktoré poskytujú túto starostlivosť patria ošetrovateľské domy a hospice. V ošetrovateľských domovoch sa poskytujú ošetrovateľské služby vrátane rehabilitácie a sociálnej služby. Cieľom starostlivosti tohto typu je dosiahnutie maximálneho pocitu súkromia, dosiahnuteľného stupňa sebestačnosti a sebaúcty. V Slovenskej republike sa poskytuje inštitucionálna starostlivosť v domovoch – penziónoch pre dôchodcov, domovoch dôchodcov, geriatrických centrách, kluboch dôchodcov a domáca ošetrovateľská starostlivosť (Hanzliková, 2006, s. 217).

**Domáca starostlivosť je starostlivosť poskytovaná človeku v jeho prirodzenom sociálnom prostredí.** Je integrovaná forma starostlivosti, preto sa označuje aj ako komplexná domáca starostlivosť. Pozostáva z odbornej zdravotnej starostlivosti poskytovanej klientovi na základe indikácie ošetrovateľského lekára prostredníctvom špeciálnych tímov, agentúr domácej starostlivosti a domácej pomoci, ktorú zabezpečujú agentúry domácej starostlivosti na základe aktuálnej sociálnej diagnózy klienta (Hanzliková, 2004, s. 247).



Tabuľka 2 Vzorový plán k zlepšeniu komunikačných schopností

<b>Supervízia:</b>	Požiadajte skúsenú osobu- napr. sestru-konzultantku, psychológa, sociálneho pracovníka o supervíziu.
<b>Spolupráca s pacientom a jeho rodinou:</b>	Pravidelne sa pýtajte pacientov, či už hovorili o všetkých svojich problémoch.
<b>Pracovný denník:</b>	Zaveďte si denník, do ktorého si budete zapisovať svoje skúsenosti, čo si myslíte, že ste urobili dobre a v čom sa potrebujete zlepšiť.
<b>Podpora zo strany kolegyň:</b>	Pri rozhovoroch s pacientmi požiadajte o pomoc skúsenú kolegyňu a konzultujte s ňou svoje zápisky v denníku.
<b>Semináre:</b>	Pokiaľ máte na pracovisku odborné semináre, zaradte do programu kazuistiku zameranú na komunikáciu.
<b>Ujasnenie problémov:</b>	Pri každom kontakte s pacientom si overte, či viete o všetkých jeho problémoch.
<b>Konzultácie špecialistu:</b>	Na poradách pravidelne diskutujte o tom, či vaši pacienti nevyžadujú pomoc špecialistu.
<b>Vzdelávanie:</b>	Udržujte a pravidelne si doplňujte znalosti a zručnosti.
<b>Duševná rovnováha:</b>	Dajte si do poriadku vlastný život, naučte sa relaxovať

Spracované podľa (Connor, 2003, s. 40)

### Odchýlky a poruchy v staršom veku v psychickej oblasti

Čoraz viac ľudí sa dožíva sedemdesiatky, osemdesiatky, ba dokonca deväťdesiatky. A čo je ešte dôležitejšie, tešia sa zo života. Zistilo sa, že mnohé stavy, ktoré sa kedysi pripisovali starnutiu, sú spôsobené zlou výživou, nedostatkom pohybu, spoločenskou izolovanosťou a liečiteľnými ochoreniami. Vývinové krízy podporuje spôsob, akým sa spoločnosť na starobu pozerá. Ľudia sa obávajú vlastného starnutia až kým nemusia, neakceptujú neskoršie obdobia životného cyklu.

*Syndróm prázdneho hniezda* znamená pocity osamelosti a depresie, ktoré prežívajú mnohí rodičia najmä matky, keď najmladšie dieťa opustí domov (Wood, 1997). Hoci sa vláda usiluje vyriešiť problém nákladov na starostlivosť o starších ľudí, bremeno neprestáva ležať na rodinných príslušníkoch, najmä na ženách. Mnohým rodinám chýbajú informácie o službách a v tejto oblasti môže sestra poskytnúť vhodné poradenstvo.

*Odchod do dôchodku* sa definuje ako spoločnosťou uznané zanechanie zamestnania. Dôchodok však v mnohých dôležitých aspektoch predstavuje mnohostrannú zmenu. Ďalšou stratou súvisiacou s odchodom do dôchodku je prerušenie priateľstiev a vzťahov so spolupracovníkmi. Táto podstatná strata môže spôsobiť pocity osamelosti a zavrhnutia.

### Záver

Povolanie sestry nie je ani zďaleka také romantické, ako uniforma, ktorá ho charakterizuje. Na našu prácu sa v súčasnom systéme zdravotnej starostlivosti kladú vysoké nároky, nie je dostatočne ohodnotená, ohrozujú ju aj vzťahy na pracovisku, nedostatok pozitívnej spätnej väzby, sklony k patologickému perfekcionizmu, prejavy zlosti a niekedy aj nepriateľstva. Cez všetky tieto úskalia však sestra musí v ošetrovateľskej starostlivosti starého človeka pozeráť na to, aby ostal čo najdlhšie v jeho pôvodnom prostredí so zachovaním jeho sebestačnosti, zmiernením utrpenia a udržaním kvality života na maximálnej možnej úrovni.

### Literatúra

1. Farkašová, D. 2005. *Ošetrovateľstvo teória*, slovenské vyd. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
2. Hanzlíková, A. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*, 2. slovenské vyd. Martin : Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
3. Mitschová, K.: Rola sestry v súčasnosti, In: *Sestra* 12/05, roč. IV., 2005, s. 11 ISSN 1335-9444
4. Poledníková, L. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*, slovenské vyd. Martin : Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

Recenzent: RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.

Kontakt:

PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
034 01 Ružomberok  
E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

# Spoluúčasť podporných osôb pri starostlivosti o pacienta v bdelej kóme

Mária Novyzedlaková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

## Súhrn

Coma vigile je stav, ktorý si vyžaduje pri starostlivosti o pacienta, kvalifikovanú sestru, a v následnej starostlivosti obetavých, edukovaných rodinných príslušníkov, aby starostlivosť o pacienta bola maximálne koordinovaná a účinná. Súčasný trend ošetrovania pacienta vo vegetatívnom stave sa presúva z nemocnice do domáceho prostredia, ktoré je dôležité pre udržanie kvality života. Vyžaduje to však efektívnu edukáciu príbuzných i podporných osôb. Na základe výsledkov prieskumu sme zistili, že príbuzní majú deficit vedomostí a zručností pri ošetrovaní pacienta v domácom prostredí. Je nevyhnutné im poskytnúť praktickú pomoc pri starostlivosti o chorého, možnosti edukácie a psychickej i sociálnej podpory.

**Kľúčové slová:** Coma vigile. Podporné osoby. Edukácia.

## Summary

Coma Vigile is state which are claim near care about patient qualify nurse and in consecutive care attached and well educated familiar member, with the view of care about patient it was maximum coordination and effective. Contemporary tendency treatment of patient at vegetal state myself swupper from hospital to domestic environment. Exact it active education supporting person. Following results of research we are find out, that relations they have deficit knowledge and skill near treatment patient in domestic environment. I tis inevitable them offer practical help near care about ill, decision and mental and social support.

**Key words:** Coma Vigile. Supporting person. Education.

**Coma vigile, vegetatívny stav,** bdelá kóma – je stav špecifického bezvedomia/ hlboké poruchy vedomia/, keď chorý nie je schopný kontaktu s okolitým svetom.

Bdelá kóma je stav, kedy mozog stráca všetky funkcie, ktoré spočívajú na podmienených reflexov, čiže na skúsenostiach. Zachované môžu byť nepodmienené reflexy, ako sú hltanie, trávenie, či vylučovanie, úchop. Charakteristickým prejavom vigilnej kómy, je zachovaná bdelosť, ale žiadny kontakt s okolím a žiadna reakcia na vonkajšie podnety. Vigilné epizódy sa postupne skracujú, až vymiznú, a pacient ostáva v trvalom bezvedomí.

**Apalický syndróm** - ide o vyšší stupeň vigilnej kómy, keď sú u pacienta prejavy extrémnej svalovej hypertónie. Vo väčšine prípadov je prítomná flexia horných a extenzia dolných končatín.

Apalický syndróm (vegetatívny stav) – zachovaný rytmus bdenia a spánku, chýba však schopnosť vnímania reality. Pri otvorených očiach žiaden kontakt, žiadne cielené sledovanie pohľadom, občas otočenie hlavy a očí na optické a sluchové podnety. Pri stimulácií mľaskanie, zívanie, grimasovanie, tachykardia, tachypnoe. Pozitívny palmo-mentálny, sací, úchopový reflex. Generalizované zvýšenie svalového tonu. Ojedinelé a necielené spontánne pohyby, občasné myoklonie. Inkontinencia moču a stolice. Zachované vegetatívne funkcie sú niekedy nedostatočné. Ak apalický syndróm trvá veľmi dlho prechádza do perzistentného vegetatívneho stavu. Doba prežívania je rôzna, z literatúry je známy stav ženy, ktorá takto prežila 47 rokov (Bohuš a kol. 1992).

**Locked-in- syndróm-** ďalšia forma špeciálnej poruchy vedomia, pacient je kvadruplegický, v rámci lézie ventrálneho Pontu. Pacienti nemôžu hovoriť, ale prítom počujú. Zachovaná je kortikálna činnosť, teda všetkému rozumejú. Takýto pacienti komunikujú neverbálnym spôsobom napr. žmurkanie (Firmen a kol. 2004).

Termín ako coma vigile, alebo apalický syndróm je užívaný prevažne v európskych krajinách. V anglosaskej literatúre sa používa termín perzistentný vegetatívny stav (PVS)

a permanentný vegetatívny stav (PMVS). Tieto termíny je možné akceptovať ako všeobecne používaný pojem odpovedajúci patofyziologickej podstate coma vigile, či apalický sy, ktorý môže taktiež rozlíšiť pravdepodobnú možnosť uzdravenia alebo zotrvanie vo vegetatívnom stave (Bohuš a kol. 1992).

**Perzistentný vegetatívny stav-** ide o vegetatívny stav, ktorý trvá viac ako 1 mesiac po akútnom traumatickom alebo netraumatickom poškodení mozgu. U týchto pacientov je možná úprava vegetatívneho stavu

**Permanentný vegetatívny stav-** ide o vegetatívny stav ak trvá bez známkov reverzibility 3 mesiace a dlhšie od vzniku netraumatického poškodenia mozgu ( napr. pri globálnej mozgovej hypoxii ako následok kardiovaskulárneho zlyhania) alebo 12 mesiacov po vzniku traumatického poškodenia mozgu. Sú to pacienti u ktorých nie je možná úprava VS ( Drábková, 2008).

## Klinické kritéria pre stanovenie diagnózy coma vigile

Na diagnostikovanie coma vigile/ apalický syndróm/ sa využívajú tieto kritéria:

- pacient nevykazuje žiadne známky vedomia, uvedomovanie si seba samého a svojho okolia a nie sú prítomné žiadne interakcie s okolím,
- neprítomnosť zámerných, chcených, reprodukovateľne behaviorálnych odpovedí na vizuálne, sluchové, taktilné a bolestivé podnety,
- nie je prítomná slovná, jazyková produkcia a nie sú známky porozumenia,
- intermitentná bdelosť je prítomná v rámci abnormálneho cyklu spánok – bdelosť,
- pretrvávajú hypotalamická a kmeňová autonómna aktivita, ktorá dovoľuje prežiť s lekárskou a ošetrovateľskou starostlivosťou,
- je prítomná kompletná inkontinencia,
- sú prítomné variabilné miechové reflexy i reflexy hlavových nervov.

Symptomový komplex vegetatívneho stavu sa skladá zo zánikových príznakov:

- limbickej kôry a podkôrových limbických štruktúr
  - . fyziologické poruchy spánku a bdenia
  - . strata emočných reakcií
- deliberačných príznakov na podklade autonómnej funkcie medzmozgu a mozgového kmeňa
  - . dekortikačné a flekčné postavenie končatín
  - . otáčavé pohyby hlavy a trupu
  - . orálne automatizmy
  - . axiálny a paraaxiálny syndróm
  - . vegetatívne príznaky
- systémových a ložiskových príznakov
  - . extrapyramídové a pyramídové príznaky
  - . postihnutie hlavových nervov
  - . psychoorganické syndrómy
  - . sfinkterové poruchy
  - . poruchy citlivosti (Bohuš a kol. 1992).

Všetky činnosti ošetrovateľského personálu a celého tímu smerujú k podpore, udržaniu a zachovaniu zdravia. Ošetrovateľská starostlivosť je individualizovaná a špecifická, závislá od situácie každého jednotlivca. Intervencie sú zamerané na uspokojovanie biologických, psychologických, sociálnych a duchovných potrieb človeka. Cieľom je zabezpečiť čo najvyššiu úroveň kvality života.

Špecifickosť ošetrovateľských problémov je daná zmenami v telesnej, psychickej a sociálnej oblasti. U pacienta sa tak môžu vyskytovať ošetrovateľské problémy, ktoré môžu byť tak aktuálne, potenciálne, ale najčastejšie majú charakter permanentných problémov a vyžadujú neustále sesterské intervencie.

Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti si nemôžeme predstaviť bez aktívnej účasti rodiny. Rodinní príslušníci sú neustále informovaní o zmenách v zdravotnom stave, celkovom postupe zdravotníckej starostlivosti (medicínskej aj ošetrovateľskej). Rodina môže na tomto základe robiť rozhodnutia týkajúce sa spôsobu podpory, udržiavania a zachovávanía zdravia kompletného vyhľadávania pomoci zdravotníckeho personálu a využitia dostupnosti zdrojov starostlivosti.

Umiestnenie pacienta vo vegetatívnom stave v domácom prostredí je jedným z možných východísk pri riešení problému, kde pacienta s danou diagnózou umiestniť. Vyžaduje to však účinnú zdravotnú výchovu príbuzných i podporných osôb.

Podľa SZO je rodina základnou jednotkou starostlivosti o svojho príbuzného. Zdravotnícky pracovníci sa usilujú poskytovať starostlivosť s integrovaním príbuzných do starostlivosti. Pri poskytovaní starostlivosti príbuznými je dôležité poznať – rodinu, ktorá sa bude starať o chorého, potreby členov rodiny, intervencie. Členovia rodiny nemusia byť vždy spojený pokrvným alebo právnym zväzkom. Rodinu môžu tvoriť manželia, rozvetvené príbuzenstvo, priatelia, alebo susedia. Každá rodina má svoju jedinečnú biografiju, ktorá je tvorená pôvodom, vzťahmi, hodnotami všetkých členov. Každý člen rodiny má svoje potreby, záväzky, osobnú históriu, ciele. Členovia rodiny, ktorí nemajú uspokojené vlastné potreby, nie sú schopní starať sa o pacienta a často sami majú fyzické a psychické problémy.

Pri starostlivosti o chorého v domácom prostredí pre podporné osoby je dôležité:

- Uistenie sa o tom, že pacient netrpí, aby bola rodina schopná vyrovnáť sa so súčasnou situáciou.
- Mať dostatok informácií o chorom, ako sa starať o chorého, zaistiť mu pohodu, ako riešiť vedľajšie účinky liečby, ako rozprávať s ostatnými členmi o pacientovej chorobe, aké zmeny očakávať v zdravotnom stave pacienta a ako nadviazať kontakt s pacientom.
- Praktickú pomoc pre rodinu, podporné osoby starajúce sa o pacienta potrebujú praktickú pomoc. Pri zapojení rodiny do starostlivosti o pacienta musíme brať do úvahy fyzické možnosti členov rodiny. Pre pocit, že sa musia starať o svojho príbuzného prepínajú svoje sily a následne môže dôjsť k vyčerpaniu, izolácii a pocitu vyhorenia. Starostlivosť o chorého doma môže znamenať pre rodinu i finančnú záťaž. Členovia rodiny musia často prerušiť zamestnanie aby sa mohli postarať o svojho príbuzného. Náklady na starostlivosť môžu byť vysoké čo vedie k stupňovanej stresu, ktorý už členovia rodiny prežívajú.
- Potreba emocionálnej podpory. Rodina potrebuje pomoc pri vyrovaní sa so situáciou, s neistotou v súvislosti s prognózou ochorenia, prípadne i neodvratnou smrťou pacienta. Sestry musia byť schopné zachytiť problémy, rozprávať navzájom s príbuznými a zdieľať s nimi nevy povedané obavy.
- Vhodné a účinné intervencie. Sestry majú možnosť plánovať, realizovať a hodnotiť stratégie, ktoré rodinám pomáhajú. Sú to stratégie zamerané na pohodu pacienta, informovanosť rodiny, emocionálnu podporu a praktickú pomoc rodine (O'Connor, Aranda, 2005).

Hlavným cieľom empirického zisťovania je zistiť snahu a ochotu príbuzných k starostlivosti o pacienta v domácom prostredí a zmapovať úroveň vedomostí a manuálnych zručností pri uspokojovaní potrieb pacienta.

## **Prieskumný súbor**

Prieskumnou vzorkou boli príbuzní pacienta v coma vigile hospitalizovaní na OAIM a na JIS Neurologického oddelenia VNŠP a.s. v Levoči. Prieskumu sa zúčastnilo 16 respondentov.

## **Metodika zberu údajov:**

Na zistenie rozsahu vedomostí a zručností, prípadných deficitov starostlivosti o pacienta v bezvedomí, sme použili empirickú metódu dotazník.

## **Ciele prieskumu:**

- zistiť záujem príbuzných o možnostiach starostlivosti o pacienta v domácom prostredí
- zistiť úroveň vedomostí u príbuzných o potrebách pacienta v coma vigile
- zistiť úroveň zručností pri ošetrovaní pacienta v coma vigile

## **Stanovenie hypotéz**

**H1: Predpokladáme, že záujem postarať sa o pacienta, závisí od informovanosti príbuzných**



## H2: Predpokladáme, že príbuzným pacientov v coma vigile, chýbajú skúsenosti a zručnosti pri poskytovaní starostlivosti o chorého

### Vyhodnotenie získaných údajov:

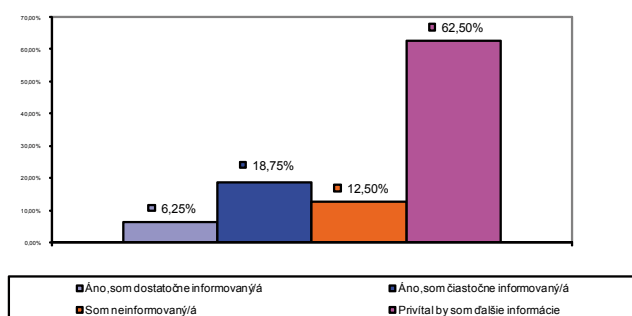
Na základe vyhodnotenia prieskumu sme zistili:

Najviac respondentov bolo s pacientom v príbuzenskom vzťahu a to 4 - otec, 2- matka, 3 – stará matka, 1 – dieťa, 1 – strýko, čo predstavovalo 68,75 % respondentov, 25% nebolo v príbuzenskom vzťahu a 6,25% opatrovateľka. Vzdelanie respondentov - 50 % malo stredoškolské vzdelanie, 31,25% ukončené učňovské vzdelanie a 18,75 % vysokoškolské vzdelanie. Vek respondentov - vo veku 50 – 60 rokov bolo 37,5 %, respondentov vo veku 40 – 50 rokov 25 % a 18,75% opýtaných má viac ako 60 rokov, 6,25% respondentov bolo vo veku od 20 – 30 rokov. Priemerný vek bol 51,8.

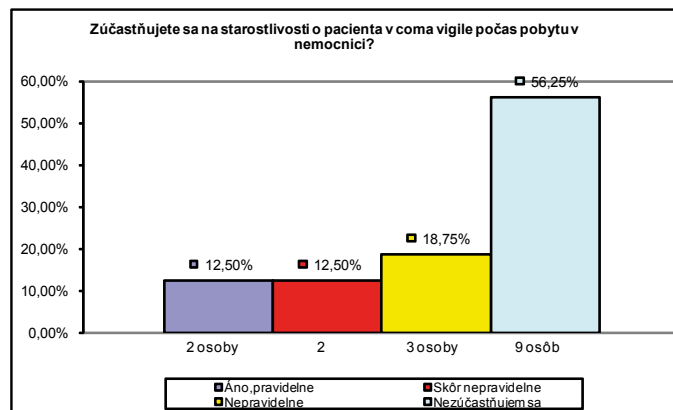
## H1: Predpokladáme, že záujem postarať sa o pacienta sa bude zvyšovať s informovanosťou príbuzných

- Väčšina príbuzných 62,5 % by o prognóze ochorenia privítala viac, resp. ďalšie informácie. Hodnotenie informovanosti o ochorení coma vigile podľa odpovedí respondentov, je 6,25 % dostatočne informovaná, čiastočne informovaných je 18,75 % neinformovaných je 12,5 % respondentov. 81,25 % respondentov sa stretla s takýmto zdravotným postihnutím po prvý krát. 12,5 % počulo o takomto stave po prvý krát.
- Prognóza zdravotného stavu - nie je prechodný vyjadrili 31,25 % oslovených, nevedelo posúdiť 18,75%, 31,25% verí, že tento stav je prechodný.
- Len 12,5 % respondentov sa zúčastňuje na starostlivosti o pacienta v nemocnici, na starostlivosti o pacienta sa nezúčastňuje 56,25 % respondentov, nepravidelne sa zúčastňuje 15,5 % respondentov.
- Zdravotný stav príbuzného značne zasahuje až v 43,75% respondentov do plnenia životných rolí, nezasahuje 18,75 % a úplne zasahuje až obmedzuje 15,5 % opýtaných.
- Až v 14 prípadoch, čo je 87,5 % respondentov, spôsobuje starostlivosť o pacienta v coma vigile v domácom prostredí problém, v starostlivosti doma problém nevidí 12,5 %.
- 37,5 % opýtaných by sa o pacienta nevedela postarať doma, ale až 31,25 % respondentov, by to za prítomnosti zdravotníka skúsila. Hypotéza sa potvrdila.

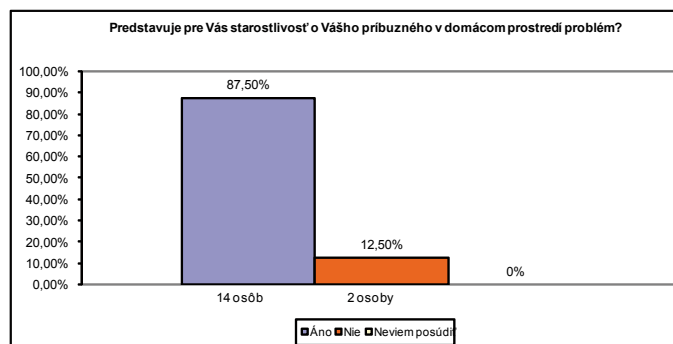
Máte podľa Vás dostatok informácií o prognóze ochorenia u Vášho rodinného príslušníka?



Graf 1



Graf 2



Graf 3

## H2: Predpokladáme, že príbuzným pacientov v coma vigile, chýbajú skúsenosti a zručnosti pri poskytovaní starostlivosti o chorého.

- 12,5 % respondentov nevedeli vymenovať, čo patrí do starostlivosti o pacienta v coma vigile, 37,5% uviedli stravovanie, 43,75% hygienu a osobný kontakt uviedli 6,25 % opýtaných.
- Polovica respondentov 50 %, by si vedelo pripraviť pomôcky na kúpeľ pacienta a 50 % opýtaných udalo že to nezvládne. V 6 prípadoch 37,5 % by sa o to v prítomnosti zdravotníckeho pracovníka pokúsili.
- Kŕmiť sondou pacienta príbuzní neskúšali. 62,5 % respondentov by to v prítomnosti sestry s inštruktážou skúsila. Podľa udania respondentov, by kŕmenie sondou nezvládlo 31,25%.
- Do starostlivosti o dýchacie cesty zaradili 18,75 % starostlivosť o nos, starostlivosť o dutinu ústnu udalo 12,5 %, nevedelo sa vyjadriť 6,25 % a dýchanie uviedli 6,25 % respondentov.
- Najväčší problém pri starostlivosti o príbuzného respondenti udávajú strach v 6,25 %, zaneprázdnenosť uviedlo 6,25 %. Všetko udalo 75 % opýtaných.
- Príbuzní nepoznajú koncept bazálnej stimulácie, nevyužívajú prostriedky neverbálnej komunikácie, 18,75% respondentov vôbec nekomunikuje s pacientom, 12,5 % sa pacienta nedotýka, ale 25 % respondentov komunikuje slovom.
- Respondenti majú záujem o starostlivosť o svojho príbuzného počas hospitalizácie 56,25 %, rozhodne áno udalo 6,25 %, skôr nie 12,5 %, nevedelo sa vyjadriť 25 % respondentov.

- Príbuzní boli podľa ich vyjadrenia spokojní v 68,75 % so starostlivosťou o pacienta v nemocnici. Rozhodne nespokojných bolo 12,5% opýtaných.
- Ako možnosť ďalšej starostlivosti o svojho príbuzného uviedlo 50% respondentov domácu starostlivosť. Služby ADOSu by využilo 12,5%. Hospic by oslovilo 12,5% respondentov. O sociálnom zariadení by uvažovalo 25% opýtaných. Hypotéza sa potvrdila.

### Diskusia

Na základe odpovedí respondentov sme zistili, že príbuzní majú deficit vedomostí a zručností pri ošetrovaní pacienta a je nutné ich edukovať o:

- o základnom ochorení, prognóze a komplikáciách
- nevyhnutnosti podávania stravy sondou a technikách podávania, nácviku zručností
- o nutnosti a význame polohovania pacienta, prevencii dekubitov
- význame a dôležitosti toalety DC a nácviku manuálnych zručností, prevencii komplikácií, odsávanie
- hygienickej starostlivosti o pacienta v coma vigile a praktických úkonoch, nácviku zručností
- o nutnosti a význame polohovania pacienta, prevencii dekubitov
- technikách a význame konceptu bazálnej stimulácie
- o význame a potrebe a dôvode osobného kontaktu a osobnej starostlivosti o pacienta v coma vigile
- o technikách na odbúranie stresu, únavy, vyčerpanosti
- o možnostiach sociálnej podpory
- o možnostiach konzultácie s rodinou

Edukácia je veľmi dôležitým aspektom ošetrovateľskej praxe. Predstavuje významný spôsob zlepšenia kvality života jednotlivca aj skupiny. Ak chceme dosiahnuť pozitívnu zmenu u jednotlivca či skupiny, musíme využívať výchovnú a vzdelávaciu stránku edukácie.

Sestra je jedným z významných subjektov edukácie. Túto rolu však nie je možné vykonávať bez adekvátnej profesionálnej prípravy, pričom úspech sestry- edukátorky, závisí od jej osobnostných a vzdelanostných predpokladov.

Jednou z úloh sestry edukátorky je správne posúdiť edukanta, vyhodnotiť jeho schopnosť a pripravenosť k výučbe, vyhodnotiť bariéry, ktoré by mohli narušiť proces edukácie. Organizovať výučbu zodpovedajúcu potrebám edukanta, schopnosť prakticky realizovať edukáciu. Empatia a pozitívna regulácia svojho správania, verbálne a neverbálne komunikačné zručnosti priaznivo ovplyvňujú edukačný proces.

### Záver

Vykonávať edukáciu príbuzných pacienta v coma vigile na oddeleniach anestézie a intenzívnej medicíny je zdĺhavý a náročný proces. Obsahuje značné množstvo nových informácií, nových manuálnych zručností, ktoré potrebujú dlhší čas na osvojenie si a praktizovanie. Negatívne na výchovno- vzdelávací proces pôsobí aj fakt, že v minulosti bola starostlivosť o pacienta vložená do rúk inštitúcií, no v súčasnosti sa presúva skôr do prirodzeného prostredia. Od zdravotníckych pracovníkov sa očakáva, že sú pripravení na prácu s rodinou. Jedným z možných riešení by bola starostlivosť o pacienta v jeho domácom

prostredí, kde by mal ideálne podmienky, individuálny režim a starostlivosť, za predpokladu, že podporné osoby pacienta sú dostatočne vedomostne a manuálne zručné a majú sociálne istoty. Od príbuzných sa očakáva, že sa vyrovnajú s každodennou starostlivosťou o pacienta, zmenou svojej role i rozdelením úloh medzi jednotlivými členmi rodiny.

### Literatúra

1. Bohuš, O. a kol. 1992. *Anestéziológia, resuscitácia a intenzívna starostlivosť I*. Martin: Osveta, 1992. 410 s. ISBN 80-217-0436-5
2. Drábková, J., 2008. *Referátový výber z anestéziológie resuscitace a intenzívnej medicíny 4-5/2008*. Praha: Národní lékařská knihovna v Prahe, 2008. ISSN 1212-3048
3. Firment, J., Studená, A. a kol. 2004. *Anestéziológia a intenzívna medicína*. Košice: UPJŠ, 2004. 370 s. ISBN 80-7097-562-8
4. Magerčiaková, M. 2007. *Edukácia v ošetrovateľstve I*. Ružomberok: FZ KU v Ružomberku, 2007. 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
5. O'Connor, M., Aranda, S. 2005. *Paliatívna péče*. Praha: Grada, 2005, s. 221 – 229. ISBN 80 – 247 – 1295 – 4.
6. Závodná, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. 2. preprac. dopl. Vyd. Martin: Osveta, 2005. 95 s. ISBN 80-8063-193-X
7. Semanová, A. 2009. *Edukácia príbuzných pacienta v coma vigile*. Bakalárska práca. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva, 2009, 89s.

Recenzent: doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.

### Kontakt:

PhDr. Mária NOVYSEDLÁKOVÁ  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
ul. gen. M. Vesela 21  
034 01 Ružomberok  
E-mail: novyzedlakova@ku.sk

## Prevenčia HIV/AIDS v profesii sestry

Mariana Magerčíaková<sup>1</sup>, Terézia Mišenková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

<sup>2</sup>Ústredná vojenská nemocnica SNP v Ružomberku - fakultná nemocnica, Neurologická klinika

### Súhrn

Prevenčia HIV/AIDS je stále veľmi aktuálnou a diskutovanou problematikou. Vzhľadom k tomu, že ide o nevyliciteľné ochorenie, do popredia vystupuje nevyhnutnosť preventívnych aktivít. Prevenčia HIV/AIDS sa dotýka aj profesie sestry. Sestry by mali mať dostatočné vedomosti o infekcii HIV a rozvinutom ochorení AIDS, predovšetkým o spôsoboch prenosu infekcie HIV a opatreniach zameraných na prevenciu jej šírenia v podmienkach zdravotníctva. V článku sú prezentované výsledky prieskumu zameraného na oblasť prevencie nákazy HIV infekciou pri výkone povolania sestry, t. j. pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, na základe ktorého sme stanovili niekoľko návrhov pre prax.

**Kľúčové slová:** Infekcia HIV. AIDS. Prevenčia. Sestra.

### Summary

Prevention of HIV / AIDS is still very current issues and discussed topics. Given that this is an incurable disease, there is need for preventive action. Prevention of HIV / AIDS concerns also the professional nurse. Nurses should have sufficient knowledge about HIV and AIDS developed, particularly about ways of transmission of HIV infection and measures to prevent its spread in terms of health. The article presents the results of the survey in the area of prevention of HIV infection in the professional nursing, i.e. the provision of nursing care, whereby we provide some suggestions for practice.

**Key words:** HIV infection. AIDS. Prevention. Nurse.

### Úvod

Problematika HIV/AIDS je stále veľmi aktuálna. Nakoľko ide o nevyliciteľné ochorenie, do popredia vystupuje nevyhnutnosť preventívnych aktivít. Aj v zdravotníckych zariadeniach je prevencia prenosu infekcie HIV mimoriadne dôležitá. Nakoľko nie je praktické ani želané, aby sa určil každý s HIV, je potrebné pacientov brať ako potenciálne infikovaných, teda rovnako ako pri iných prenosných ochoreniach (SZO, 1997). „HIV sa môže prenášať krvou nakazených pacientov na príslušníkov zdravotníckeho personálu, ktorí ho ošetrojú. Určitá možnosť nákazy teda hrozí. Reálne existujú dve cesty vstupu infekcie:

- priamy úraz ostrým nástrojom alebo ihlou,
- sliznicou alebo spojkovým vakom“ (Hájek a kol., 2004, s. 45).

Prevenčia HIV/AIDS sa dotýka aj profesie sestry. Sestry by mali mať dostatočné vedomosti o infekcii HIV a rozvinutom ochorení AIDS, predovšetkým o spôsoboch prenosu infekcie HIV a opatreniach zameraných na prevenciu jej šírenia v podmienkach zdravotníctva. Problematiku HIV/AIDS je možné v profesii sestry ponímať z viacerých hľadísk, a to:

- **Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti** a kontakt s biologickým materiálom pacienta- patrí sem nielen ošetrovateľská starostlivosť o HIV pozitívnych pacientov a pacientov s rozvinutým ochorením AIDS, ale sestra má každého pacienta vnímať ako potenciálne infikovaného. Súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti je aj identifikácia rizikového správania pacienta z hľadiska HIV infekcie (fáza posudzovania) a návrh riešení- pacient identifikuje rizikové oblasti, ktoré je ochotný zmeniť.
- **Edukačná činnosť** a vzor sestry v oblasti prevencie HIV/AIDS- uplatňuje sa s ohľadom na pracovisko, na ktorom sestra pôsobí (najmä u mladých ľudí s aktuálnym

alebo potenciálnym rizikovým správaním).

- **Participácia na spoločensky prospešných aktivitách**- sestry (aj študenti ošetrovateľstva) sa môžu podieľať na rôznych projektoch, kampaniach, programoch a podobne, ktoré sa týkajú oblasti prevencie HIV/AIDS (napr. Národný program prevencie HIV/AIDS, projekt HAP SČK, atď.).

### Prieskumný problém

Prieskum sme zamerali na oblasť prevencie nákazy HIV infekciou pri výkone povolania sestry, t. j. pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Vytýčili sme si tieto problémy:

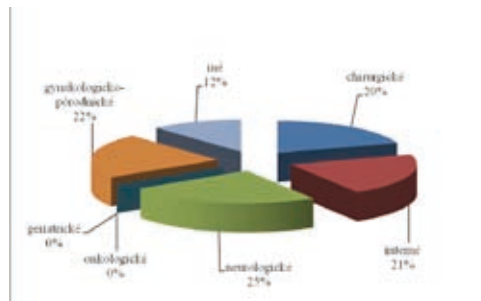
- Aká je úroveň a spôsoby ochrany sestier pred HIV infekciou?
- Ako sestry vnímajú rozdiel v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti HIV pozitívnemu a HIV negatívnemu pacientovi?
- Majú sestry rešpekt pred nákazou HIV?

### Metodika a súbor

Na získanie relevantných údajov sme použili empirickú metódu zberu údajov- anonymný dotazník, ktorý obsahoval celkom 17 položiek.

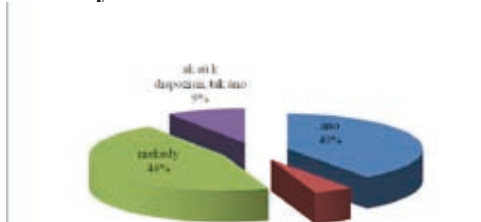
Súbor respondentov tvorilo 85 sestier vo veku od 21 do 58 rokov; priemerný vek respondentov bol 39 rokov. Výber respondentov bol zámerný. Hlavným zaraďujúcim kritériom do prieskumného súboru bol výkon profesie sestry. V prieskumnom súbore bolo 84 žien a 1 muž. 37 respondentov malo dosiahnuté vysokoškolské vzdelanie a 48 respondentov stredoškolské vzdelanie. Rozdelenie sestier podľa pracovísk znázorňuje graf 1 (poznámka: možnosť iné predstavuje očné a ORL oddelenie).





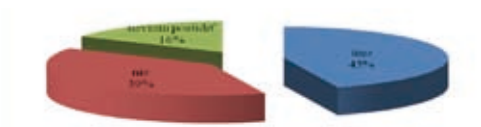
Graf 1 Rozdelenie sestier podľa pracovísk

## Prezentácia výsledkov



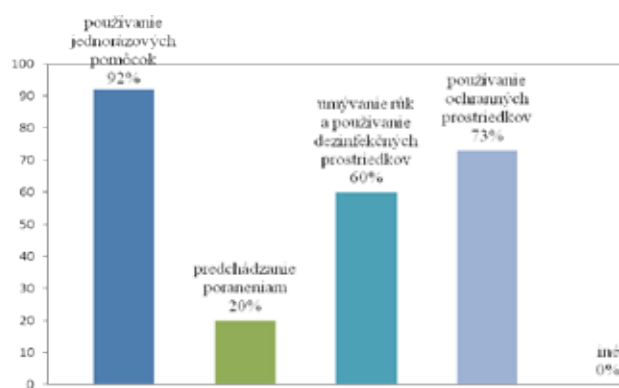
Graf 2 Používanie jednorazových rukavíc pri kontakte s biologickým materiálom

Jednorazové rukavice pri kontakte s biologickým materiálom používa 34 respondentov (40 %), nepoužívajú ich 4 respondenti (5 %), niekedy ich používa 39 respondentov (46 %) a ak sú k dispozícii, používa ich 8 respondentov (9 %).



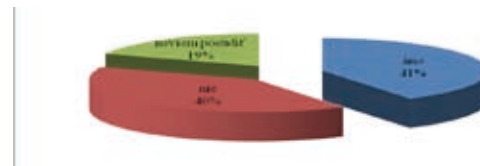
Graf 3 Dostatočná ochrana pred HIV infekciou pri výkone povolania

Z 85 respondentov 38 (45 %) uviedlo, že sú pri výkone svojho povolania dostatočne chránení pred HIV infekciou, 33 respondentov (39 %) si myslí, že sú nedostatočne chránení a 14 respondentov (16%) ochranu pred HIV infekciou pri výkone povolania nevie posúdiť.



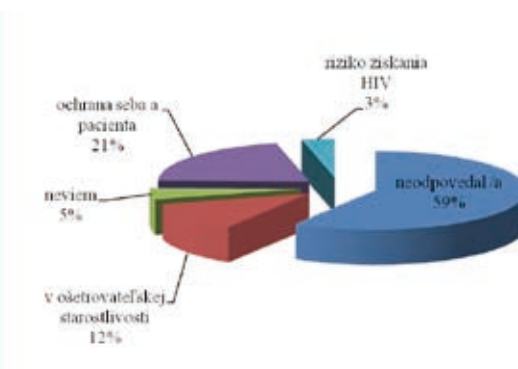
Graf 4 Spôsoby ochrany pred HIV infekciou

Spôsoby ochrany, ktoré respondenti využívajú sú: používanie jednorazových pomôcok- 78 respondentov (92 %), prevencia poranení- 17 respondentov (20 %), umývanie rúk a používanie dezinfekčných prostriedkov- 51 respondentov (60%), používanie ochranných prostriedkov- 62 respondentov (73 %). Niektorí respondenti uviedli viaceré možnosti odpovede.



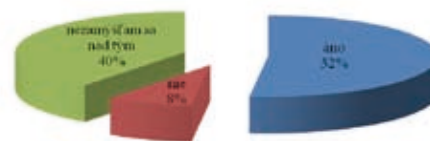
Graf 5 Rozdiel medzi poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi HIV pozitívnemu a pacientovi HIV negatívemu

35 respondentov (41 %) si myslí, že je rozdiel medzi poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti HIV pozitívnemu pacientovi v porovnaní s HIV negatívnym pacientom. 34 respondentov (40 %) rozdiel v poskytovaní starostlivosti nevidí. Tento rozdiel v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti nevie posúdiť 16 respondentov (19 %).



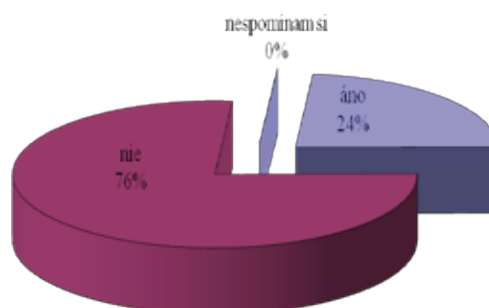
Graf 6 Rozdielne oblasti v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti HIV pozitívnemu a HIV negatívemu pacientovi

50 respondentov (59 %) neodpovedalo na otázku týkajúcu sa konkrétnych rozdielov v ošetrovateľskej starostlivosti o HIV pozitívneho a HIV negatívneho pacienta. Rozdiel v ochrane seba a pacienta uviedlo 18 respondentov (21 %), v ošetrovateľskej starostlivosti 10 respondentov (12 %), v riziku nákazy HIV infekciou uviedli 3 respondenti (3 %) a odpoveď „neviem“ volili 4 respondenti (5 %).



Graf 7 Strach z nákazy HIV infekciou

Strach z nákazy HIV má 44 respondentov (52 %), naopak strach nepociťuje 7 respondentov (8 %) a 34 respondentov (40 %) sa nad touto skutočnosťou nezamýšľa.



Graf 8 Testovanie respondentov na HIV

Na HIV bolo testovaných 20 respondentov (24 %), naopak anti-HIV protilátky nemalo vyšetovaných 65 respondentov (76 %).

## Diskusia

„Vírus HIV sa môže prenášať v zdravotníckych zariadeniach z pacienta na pacienta, z pacienta na zdravotníckeho pracovníka a zo zdravotníckeho pracovníka na ďalšieho pacienta. Pri každom z nich závisí riziko prenosu od výskytu infikovaných jedincov v populácii, frekvencie vystavenia sa kontaminovaným zdravotníckym nástrojom, charakteru týchto kontaktov, relatívnej infekčnosti vírusu a od koncentrácie vírusu v krvi“ (SZO, 1997).

Realizovaný prieskum poukázal na niektoré nedostatky pri ochrane sestier pred HIV infekciou. Iba 40 % respondentov využíva vždy pri kontakte s biologickým materiálom jednorazové rukavice, 46 % respondentov iba niekedy. Tento fakt môže byť ovplyvnený nedostatočným materiálom vybavením jednotlivých pracovísk, ale tiež nezodpovedným prístupom sestier ku ochrane svojho zdravia pri práci. Podobný počet respondentov (45 %) v prieskume uviedol, že sú pri výkone svojho povolania dostatočne chránení pred HIV infekciou, naopak 39 % respondentov si myslí, že sú chránení nedostatočne. Medzi najčastejšie spôsoby ochrany respondenti zaradili používanie jednorazových pomôcok (92 %), používanie ochranných prostriedkov (73 %), umývanie rúk a používanie dezinfekčných prostriedkov (60 %) a prevenciu poranení (20%). Podľa odporúčaní Medzinárodnej rady sestier a Svetovej zdravotníckej organizácie je potrebné do ošetrovateľskej praxe zahrnúť všeobecné opatrenia. Zdravotnícke zariadenia musia zabezpečiť, aby ich všeobecné opatrenia boli v súlade s národnými usmerneniami, smernicami SZO a odporúčaniami Medzinárodnej rady sestier (SZO, 1997).

V našom prieskume nás tiež zaujímala oblasť vnímania rozdielov v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti HIV pozitívnemu pacientovi v porovnaní s HIV negatívnym pacientom, nakoľko by sestry tento rozdiel rozlišovať nemali a vždy by sa mali zodpovedne chrániť. 41 % respondentov si myslí, že je rozdiel a 40 % respondentov rozdiel v poskytovaní starostlivosti nevidí. Rozdiely sa podľa respondentov týkajú ochrany seba a pacienta (21 %), ošetrovateľskej starostlivosti (12 %) a rizika nákazy HIV infekciou (5 %). Kapounová (2007) uvádza, že ľudia s HIV infekciou potrebujú rovnakú starostlivosť ako všetci ostatní pacienti. Pokiaľ však budeme pamätať na to, že každý pacient môže byť infekčný, a budeme sa podľa toho správať, riziko nákazy zdravotníckeho personálu sa výrazne zníži. „Riziko prenosu HIV sice v zdravotníckych zariadeniach existuje, ale je mimoriadne nízke vtedy, keď sa všeobecné smernice a ošetrovateľské predpisy neprestajne dodržiavajú“ (SZO, 1997).

Na motiváciu sestier ku ochrane pred HIV infekciou pri výkone povolania môže mať vplyv aj rešpekt pred touto infekciou. Strach z nákazy HIV má 52% respondentov, naopak strach nepociťuje 8% respondentov a 40% respondentov sa nad touto skutočnosťou nezamýšľa. S HIV infekciou súvisí aj otázka testovania na HIV. Anti-HIV protilátky malo vyšetované iba 24% respondentov z nášho prieskumného súboru. Podceňovanie preventívnych opatrení pri výkone profesie sestry môže byť ovplyvnené aj tým, že „situácia HIV/AIDS na Slovensku je relatívne priaznivá a zatiaľ lepšia ako v okolitých krajinách Európskej únie. Naša krajina má výhodu v tom, že infekcia HIV/AIDS ešte nenadobudla alarmujúce rozmery“ (Mikas in Zdravotnícke noviny, 2008, s. 7).

## Záver a návrhy pre prax

Zdôrazňovanie prevencie HIV/AIDS v profesii sestry je nevyhnutné predovšetkým na pracoviskách, kde sú sestry exponované práci s biologickým materiálom, ostrými nástrojmi, otvorenými ranami, ale tiež ošetrovaniu HIV pozitívnych pacientov. Pre zlepšenie tejto oblasti navrhujeme predovšetkým:

- motivovať sestry k zodpovednej ochrane svojho zdravia pred prenosnými ochoreniami pri pracovných činnostiach, aby pacienta vnímali vždy ako potenciálne infikovaného a využívali aj adekvátne spôsoby ochrany pri rôznych výkonoch,
- viesť sestry k používaniu ochranných pracovných prostriedkov a jednorazových pomôcok pri kontakte s biologickým materiálom; tiež ku správnej manipulácii s biologickým materiálom, ako aj pomôckami ním znečistenými,
- na jednotlivých pracoviskách zabezpečiť dostatok jednorazových pomôcok a ochranných pracovných prostriedkov,
- dbať na prevenciu poranení pri práci s ihlami a inými ostrými nástrojmi,
- použité jednorazové pomôcky (ihly, striekačky a iné) vyhadzovať do určených nádob, t. j. zodpovedné separovanie a nakladanie s odpadom,
- po kontakte s biologickým materiálom umývať ruky dezinfekčným mydlom a vodou,
- dôsledne vykonávať mechanickú očistu, dezinfekciu a sterilizáciu nástrojov, prístrojov, pracovných plôch a podobne,
- organizovať pre sestry (predovšetkým z najrizikovejších pracovísk) vzdelávacie aktivity týkajúce sa problematiky HIV/AIDS (semináre, workshopy a podobne).

## Literatúra

1. Hájek, M., Novák, K., Sedláček, D., Pazdiora, P.: *HIV/AIDS v chirurgických oborech*. Praha: Grada Publishing, 2004, 80 s., ISBN 80-247-0857-4
2. Kapounová, G.: *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007, 352 s., ISBN 978-80-247-1830-9
3. *Národný program prevencie nákazy HIV/AIDS v Slovenskej republike na rok 2004- 2007*. [citované 2.12.2008]. Dostupné na internete: <<http://www.health.gov.sk/redys/rsi.nsf>>
3. Prioritou zostáva prevencia. In: *Zdravotnícke noviny*, roč. 13, 2008, č. 19, s. 7, ISSN 1335-4477
4. Svetová zdravotnícka organizácia: *Komplexný program o AIDS. Prevenčia HIV a starostlivosť pre sestry a pôrodné asistentky*. Martin: Osveta, 1998, 108 s., ISBN 80-8063-001-1
5. Svetová zdravotnícka organizácia: *LEMON III*. Bratislava: Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, 1997, 193 s., ISBN 80-967818-2-0

Recenzent: doc. MUDr. Anna LESŇÁKOVÁ, PhD.

Kontakt:

PhDr. Mariana MAGERČIAKOVÁ  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
ul. gen. M. Vesela 21  
034 01 Ružomberok  
E-mail: magerciakova@ku.sk

## Psychologický prístup pri ošetrovaní seniora

Mária Kopáčiková<sup>1</sup>, Jaroslav Stančiak<sup>1</sup>, Jozef Novotný<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, SR  
<sup>2</sup>Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, České Budějovice, ČR

### Súhrn

Starnutie populácie a predlžovanie strednej dĺžky života je najvýznamnejším demografickým fenoménom dvadsiateho a dvadsiateho prvého storočia. Rast počtu starých ľudí a pokles počtu detí je pre ľudstvo nový fenomén, ktorý je spojený s celým radom závažných sociálnych, psychologických a ekonomických následkov, ktoré významne ovplyvňujú život jednotlivcov ako i celej spoločnosti. K tomu, aby ošetrovanie seniorov bolo kvalitné a efektívne, je potrebné v ošetrovateľskej praxi uplatňovať správny psychologický prístup.

**Kľúčové slová:** Starnutie a staroba. Senior. Psychologický prístup. Psychologická pomoc.

### Summary

The population of seniors is growing up and is the most important demographic phenomenon of the 20th and 21st century. The increased number of seniors and decreased number of pubescent and adolescents is for the world population new phenomenon. The aforementioned phenomenon is very tightly joint with many important social, psychological and economic consequences, they significantly influence the life of the whole world society. For this reason the senior nursing should have the best quality and effectiveness and the nursing practice must necessary realize the proper psychological approach.

**Key words:** Growing older. Older age. Senior. Psychological approach. Psychological help.

### Úvod

V posledných desaťročiach nastáva významný posun vo vekovej skladbe obyvateľstva. K hlavným prejavom vývoja v poslednom storočí patril pokles dožičeneckej úmrtnosti, zníženie pôrodnosti a predlžovanie strednej dĺžky života. Starnutie populácie a predlžovanie strednej dĺžky života je najvýznamnejším demografickým fenoménom dvadsiateho a dvadsiateho prvého storočia. Rast počtu starých ľudí a pokles počtu detí je pre ľudstvo nový fenomén, ktorý je spojený s celým radom závažných sociálnych, psychologických a ekonomických následkov, ktoré významne ovplyvňujú život jednotlivcov ako i celej spoločnosti. Podiel osôb nad 60 rokov reprezentuje v našej spoločnosti najrýchlejšie sa zvyšujúca časť obyvateľstva. Predpokladá sa, že v roku 2020 by mal podiel seniorov v populácii dosiahnuť hranicu 19,8 %.

V roku 1982 sa uskutočnilo *Svetové zhromaždenie OSN o starnutí vo Viedni* a v roku 2002 *druhé Svetové zhromaždenie OSN v Madride*, kde boli prezentované závery *Valencijského fóra*, ktoré sa zaoberali výskumom a praktickými otázkami starostlivosti o starých ľudí. Závery tohto stretnutia stanovili tri okruhy priorit. Posledná z priorit sa zaoberá vytvorením vhodného prostredia umožňujúceho zachovať seniorom svoju identitu a nezávislosť.

### Starnutie a staroba

Starnutie je prirodzenou etapou života. Ľudský organizmus v každej fáze svojho života vykazuje určité vlastnosti, charakteristické pre danú vekovú kategóriu. Po dosiahnutí vrcholu zrelosti začína postupne funkčná schopnosť organizmu klesať a sily začnú ubúdať. Najvýraznejšie sa to prejavuje starnutím tkanív, tieto sa buď vôbec nenahrádzajú, alebo sa nahrádzajú menejcennými tkanivami. Ide o dlhodobý proces, ktorý sa označuje ako starnutie a ktorý vykazuje veľké interindividuálne rozdiely (6).

Fyziologické starnutie je normálne obdobie života, ako detstvo, dospelosť a pod. Charakterizované je dobrým duševným

a fyzickým zdravím, schopnosťou pracovať, udrжанím kontaktov a záujmov o okolité dianie až do vysokého veku. Za týchto okolností sa zmeny rozvíjajú postupne a rovnomerne vo všetkých systémoch, pri súčasnom prispôbení sa ku klesajúcim možnostiam.

Svetová zdravotnícka organizácia v roku 1990 prijala program „Zdravé starnutie“ ako proces optimalizácie príležitostí pre fyzickú, sociálnu a duševnú pohodu počas celého života tak, aby sa predlžovala očakávaná dĺžka života prežitého v zdraví. Podľa Hulanskej (2005), doteraz neexistuje jednotná definícia staršieho veku. Spravidla možno za starší vek označiť ľudí, ktorí dosiahli 65 rokov a viac“ (4).

Starnutím rozumieme zvyčajne súhrn zmien v štruktúre a funkciách organizmu, ktoré podmieňujú jeho zvýšenú zraniteľnosť a pokles schopnosti či výkonnosti, a ktoré kulminujú v terminálnom štádiu a v smrti. Starnutie je proces zákonitý, všeobecný, postupný, deštruktívny, ireverzibilný so vznikom vnútorných premien živej hmoty, ktoré nevyhnutne vedú k zániku jednotlivca. Rozvoj a rýchlosť starnutia sú druhovo špecifické. V priebehu starnutia nastávajú zmeny v fyzickej, psychickej a sociálnej oblasti. Zhoršuje sa sociálne a ekonomické zabezpečenie. Menia sa vzťahy v rodine. Zjavuje sa pocit osamotenía a izolácie. Senior sa stáva závislým od iných pri uspokojovaní svojich potrieb.

Staroba je poslednou ontogenetickou vývinovou etapou. Súvisí so všetkým predchádzajúcimi obdobiami, pričom každé obdobie v nej niečo zanechalo. Staroba nie je chorobou. Kým staroba je vnútorná a nemožno jej zabrániť, choroba je javom zvrätým (5). Podľa Krčméryho (2004), biologický vek zohľadňuje funkčný potenciál jedinca. Takáto diagnostika stupňa procesu starnutia na podklade objektívnych údajov je nejednotná a naráža na značné ťažkosti. Preto sa v praxi používa kalendárny vek, ktorý je ľahko stanoviteľný, ale z hľadiska biologického nespoľahlivý (6).

V priebehu starnutia dochádza v organizme k poklesu viacerých psychických funkcií. Psychika starého človeka však



závisí od viacerých faktorov. V prvom rade je to somatický stav a stupeň pokročilosti aterosklerotických zmien. Významne ju ovplyvňuje aj prostredie, v ktorom jedinec žije, sociálny stav a spoločenské väzby. Prejavy psychického starnutia sú v zmene osobnostných rysov, v znížení poznávacích schopností, v spomalení psychomotorického tempa (spomaľujú sa psychické pochody a predlžuje sa reakčný čas), v zhoršení pamäti, v nižšej koncentrácii pozornosti ale aj vo zvýšení vytrvalosti, v stálosti názorov, v múdrosti, v rozvahe a tolerancii. Do popredia vystupujú základné povahové rysy. Je to spôsobené znížením až vymiznutím spoločenskej korekcie. V mladosti menej nápadné povahové črty sa akcentujú – šetrnosť sa mení na lakomstvo, opatrnosť v nedôverčivosť až konzervativizmus. Častá je extrémna introvezia vyúsťujúca do samotárstva. Zvýrazňuje sa egocentrizmus. Emocionalita javí tendenciu k oplošteniu. Typický je pokles empatie, schopnosti vžiť sa do situácie iných ľudí. Tvorivá schopnosť začína klesať najčastejšie po 40 – tom roku života. Stupeň poklesu je individuálny a mnohí ľudia majú zachovalú kreativitu až do vysokého veku (6).

Staroba so sebou prináša závažné zmeny sociálneho postavenia. Je obdobím najčastejších životných strát. Veľkým problémom v starobe je strata partnera a rovesníkov. Taktiež je namáhavá i starostlivosť o chorého partnera a ťažká je i adaptácia na svoje vlastné zdravotné problémy. Sociálne starnutie prebieha pod obrazom adaptácie na odchod do dôchodku, na zmenu sociálneho postavenia, zmenu životného programu a akceptácie sociálnych dôsledkov poruchy zdravia (2).

Na pozadí staroby sa stretávame s etickými dôrazmi, ktoré pripomínajú zachovanie ľudskej hodnoty napriek starnutiu a starobe. Starnúci človek je osobnosťou, ktorá stále rastie, stále sa učí a stále má určitý potenciál k životu. Jeho život neustále obsahuje kladné momenty a sľubné nádeje. Má zameranie do budúcnosti. Chce byť šťastný, radostný a prežívať potešenie. Je osobnosťou, ktorá si zasluhuje rešpekt a úctu. Jeho úlohou je syntetizovať múdrosť, ktorú získal počas svojho dlhého života z bohatých skúseností svojho života. Chce túto múdrosť formulovať tak, aby bola zachovaná ako jeho odkaz budúcim generáciám.

K týmto javom pristupuje aj vysoký výskyt chorôb a distability, ktoré nepriaznivo ovplyvňujú dĺžku života a sebestačnosť starých ľudí. Seniori aj napriek tomu, že majú ťažkosti menej vyhľadávajú lekára z vlastnej iniciatívy a nežiadajú včasnú pomoc. Príčinou je chybný názor, že starnutie sprevádzajú ťažkosti. Trpia často depresiou alebo inou mentálnou poruchou, ktorá potláča ich iniciatívu a schopnosť konať rýchlo a rozhodne. K tomu môže pristúpiť aj nízky životný štandard, poruchy pohyblivosti, pokles vnímania bolesti. K vážnym okolnostiam u seniorov patrí samota, opustenosť a izolácia. Tieto negatívne faktory sú najčastejšou príčinou deprivácie.

Pokles fyzických a mentálnych schopností môže niekedy budiť dojem, že starobou sa všetko stráca, že sa stráca radosť zo života a rešpekt pred sebou samým z pohľadu samostatnosti. Ale aj starý človek sa teší zo získavania skúseností, múdrosti, pohody a pokoja. Pre starnúceho človeka je dôležité osvojiť si pozitívnu filozofiu, udržať si zdravie, k čomu ho treba motivovať už dávno predtým ako zostarol. Zlé zdravie starobe sľubnú šancu neponúka.

## Senior ako pacient

Prijatie do nemocnice a pobyt v nej je pacienta staršieho veku životnou udalosťou, ktorá výrazne vplýva na jeho psychiku. Pre seniora, navyknutého na určité stereotypy je

hospitalizácia hlbokým zásahom do jeho života. Môže mať dokonca aj tragické následky, náhlu smrť. Ľudia vyššieho veku majú zníženú frustračnú toleranciu. Zhoršenie psychického stavu pri adaptácii na nemocničné prostredie, nepriaznivo ovplyvňuje priebeh vlastného somatického ochorenia. Dôraz kladieme na individuálny citlivý prístup k pacientovi a na rešpektovanie štádia jeho momentálnej adaptácie. Snahou a cieľom psychologickéj pomoci je vytvorenie kompenzačných a reštitučných mechanizmov, v snahe zabrániť vzniku nežiaducich psychických zmien, ktoré vyplývajú z hospitalizácie a z doby liečenia. Vytvorenie psychicky kladného, vzájomného vzťahu medzi sestrou a chorým starým človekom - seniorom nie je iba cieľom, ale priamo prostriedkom k dosiahnutiu cieľa. V prehľade možností psychickéj pomoci chorému človeku prvoradý dôraz kladieme na činy a v druhom rade na neverbálne prejavy.

Všetkých chorých môžeme charakterizovať ako subjekty, ľudské osobnosti v tiesňovej, ba priamo v kritickéj životnej situácii. Tým vopred uznávame a vyčleňujeme voľný priestor pre rozvoj zmien v správaní. Je samozrejme našou ľudskou i ošetrovateľskou snahou, aby sme tieto zmeny v duševnej sfére, z nášho hľadiska videné ako nežiaduce poruchy, zmiernili, dokonca im predišli. Zvoliť správnu formu je nielen súčasťou umenia, ako jednat' s pacientom staršieho veku, ale i skúseného ohodnotenia, kde končia možnosti empatie a komunikácie a kde je potrebné zvoliť iné opatrenia. Senior - pacient v kritickom stave má vždy zmenenú psychiku. Poruchy správania sú dané individualitou pacienta, ktorá je špecifická. Táto individuálna zložka správania dominuje hlavne v psychickej reakcii seniora na životnú záťaž. Musíme erudovaným spôsobom navrhnuť všetko, čo pokladáme za najvýhodnejšie pre jeho skoré uzdravenie. Či naše doporučená prijme, závisí už na jeho rozhodnutí a jeho rodinnom zázemí. Oboje musíme kladne ovplyvňovať a posilňovať.

Etickým a psychickým aspektom starostlivosti o chorých seniorov je v súčasnosti právom venovaná veľká pozornosť i keď v praxi sú mnohokrát prehliadané a nedocenené. Je pochopiteľné, že pri ošetrovaní sú tieto disciplíny prioritné, ale v modernom ponímaní starostlivosti, ak má byť úspešná musia mať vedomosti o psychických a somatických procesoch rovnaký podiel. Etické aspekty nemožno prehliadať, lebo etika ošetrojúceho personálu, priamo ovplyvňuje terapiu.

Ošetrovanie chorých seniorov je náročné nielen fyzicky, ale prináša i emocionálne problémy. Vyžaduje si zrelú osobnosť tých, ktorí sa na procese ošetrovania zúčastňujú. Ošetrojúci personál si musí všímať aj také okolnosti, ako je pacientovo emocionálne zázemie, či ho navštevujú príbuzní a priatelia, aby sa predišlo úplnej izolácii. Základným znakom odolnosti voči náročným situáciám je emociálna stabilita, prejavujúca sa v schopnosti prispôsobiť svoje správanie vzniknutej situácii, integrovanosťou osobnosti, sociálnou aktivitou a jasnou životnou orientáciou.

Pozitívnym prvkom starostlivosti je psychohygiena. Môže pôsobiť na celkový charakter psychických zmien, zasahuje do subjektívneho prežívania starnutia, do problémov, ktoré

s ním súvisia. Je netaktne a nesprávne pripomínať starobu ľuďom vyššieho veku. Naopak, je našou povinnosťou uľahčovať prípadné negatívne prežívanie involúcie. Počítame pritom s neurolabilitou a prevenciou neurotických porúch alebo s precitlivosťou. Zameriavame ošetrovateľské intervencie na podporu prirodzenej vitality a mobilizáciu duševnej energie pacienta.

Pre ošetrovateľský personál je dôležité, aby sa vedeli zblížiť so starým človekom. Pri rozhovore pozerajú im do očí a hovoria z blízka, aby pacient dobre počul hlas. Nie je správne stáť a hovoriť so seniorom, ktorý sedí a ktorému pozeranie nahor robí ťažkosti. Navyše táto poloha môže v chorom vyvolať pocit poníženia. Reč musí byť zreteľná, pomalšia a hlasitá. Ak sa pozornosť zníži, otázku treba pokojnou formou zopakovať. Priateľský dotyk rukou sa dobre prijíma, hlavne ak je pacient zmätený alebo má pocit osamelosti.

Pri ošetrovaní treba pamätať na to, že senior je oveľa vnímavejší na ľudskú účasť k svojmu zdravotnému stavu. Ohľad na potrebu ľudskej spoluúčasti musí byť však veľmi

taktný, aby nepodporoval nozofóbiu a aby pacient netyranizoval svoje okolie. Všeobecne sa teda vyžaduje pri ošetrovaní seniorov plne a citlivo rešpektovať poznatky gerontológie a dodržiavať konkrétne zásady zaobchádzania s touto skupinou pacientov. Staráť sa o nich so záujmom, láskou trpezlivosťou a porozumením. Správať sa voči nim úctivo, zdvorilo a čo najochotnejšie. Vykonávať svedomite, presne a spoľahlivo všetko, čo je v prospech chorého. Pomôcť im zbaviť sa obáv o vlastné zdravie, odstrániť ich neustále sebaopozorovanie. Vzbudiť u nich pocit užitočnosti, dať im na javo, že nám na nich záleží, že s nimi spolucitíme. Chrániť ich pred úplnou nečinnosťou, zbaviť ich rozčuľujúcich podnetov, hluku. Dbáť na to, aby sme ich nezranili nevhodnou poznámkou. Získať ich záujem, realizovať potrebnú rehabilitáciu, masáž. Vytvoriť prostredie s množstvom pozitívne motivujúcich prvkov.

Ak má byť psychologická pomoc staršiemu chorému pacientovi účinná, musíme brať do úvahy niekoľko zásad a tie v psychologickom prístupe k starému chorému pacientovi aj dodržiavať:

- Brať ohľad na momentálny psychický stav pacienta. Je nutné mať na zreteli čo sa v danej chvíli v psychike chorého odohráva. Krízové situácie obvykle poodhalia starostlivo skrývané stránky psychiky chorého. Senior nie je schopný sa ovládať a žiada nás o pomoc.
- Nevšimáť si sprievodných, sekundárnych, psychických prejavov a úplne sa sústrediť na zvládnutie vzniknutej kritickej psychickej situácie, ktorá súvisí so zmeneným psychickým stavom.
- Zjednotiť pôsobenie všetkých zúčastnených osôb, ktoré prichádzajú s pacientom do kontaktu.

Na psychiku pacienta má významný vplyv aj rodina. Pri stretnutiach na ošetrovacích jednotkách je treba príbuzných aktivizovať, zoznamovať ich s liečbou, starostlivosťou a komplexnou rehabilitáciou pacienta. Záleží na profesionalite, takte a diplomacii sestry, aby u príbuzných vzbudila záujem o pacienta a ochotu spolupracovať. Hlavným cieľom psychologického ovplyvňovania je získať pacienta s ochorením k spolupráci.

## Formy psychologickéj pomoci

Sestry využívajú v realizácii psychologickéj pomoci tieto základné formy:

**Čin** – každý čin sestry – teda ten, ktorý urobí, tak i ten, ktorý neurobí, prípadne ho urobí neskôr má svoj psychologický vplyv na chorého seniora. Je zameraný na konkrétneho pacienta. V mnohých prípadoch je sledovaný aj inými, najčastejšie spolupacientmi.

**Vzťah k pacientovi** - Postoj sa prejavuje všetkým, čo človek robí aj nerobí. Bezpodmienečná úcta k seniorovi a láskavý prístup k nemu dávajú možnosť lepšieho sebaopoznania, možnosť rastu seniorovej sebadôvery a sebaakceptácie. Psychicky teplá atmosféra dáva chorému seniorovi možnosť pomerne voľne a slobodne sa podeliť s niekým o svoje bolesti, trápenia, obavy a strach.

**Slovo** – Dialóg nie je len výmena informácií, názorov a postojov. Hlavne je spoločným hľadaním cesty, orientácie. Rozhovor stojí a padá na tom, ako kvalitné je naše načúvanie. Ide v ňom o pochopenie a porozumenie toho, čo počujeme - načúvanie ušami – počutím (slová), načúvanie očami – videním (výraz tváre) a načúvanie srdcom (tretím uchom – milovaním).

## Záver

Psychologický prístup k seniorovi pri ošetrovaní je zložitý. Na kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť vplyva aj samotná osobnosť sestry. Záleží na jej ľudských, morálnych, odborných a psychologických schopnostiach, ktoré môže využívať pri zabezpečovaní návratu pacienta do normálneho života a udržania jeho psychickej rovnováhy. Za významné prvky v pôsobení sestier na psychický stav seniorov pokladáme: psychohygienu, komunikáciu, empatiu, priaznivé interakčné a interpersonálne vzťahy.

V súčasnosti sa zdôrazňuje humanizácia medicíny. Preto frázu „musíme pomáhať“ nahradíme predsvzatím „chceme pomáhať starému a chorému človeku“. V takýchto situáciách sú náklonnosť a zmysel pre povinnosť neraz dôležitejšie ako vedomosti. Ak budeme vedieť spojiť vedomosti s láskou, ošetrovateľská starostlivosť dosiahne vyššiu úroveň.

## Literatúra

1. Baštecká, B., Goldmann, P. 2001. *Základy klinickej psychologie*. Praha: Portál, 2001, 440 s., ISBN 80-7178-550-4
2. Hegyi, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: SAP, 2001, 128 s., ISBN 80-88908-80-9
3. Hegyi, L., Krajčík, Š. 2006. *Geriatría pre praktického lekára*. 2. vydanie. Bratislava: Herba, 2006, 364 s., ISBN 80-89171-36-2
4. Hulanská, K. 2005. *Starnutie*. In: *Mám 65+ a teší ma, že žijem zdravo*. 1. vydanie. Bratislava: ÚVZ SR, 2005, 75 s., ISBN 80-7159-156-4
5. Kráľovská, V. 2005. *K niektorým psychosociálnym aspektom starnutia*. In: *Mám 65+ a teší ma, že žijem zdravo*. 1. vydanie. Bratislava: ÚVZ SR, 2005, 75 s., ISBN 80-7159-156-4
6. Krčméry, S. a kol. 2004. *Interná medicína II*. Bratislava: SAP, 2004, 196 s., ISBN 80-89104-41-X
7. Křivohlavý, J. 2001. *Psychologie zdraví*. 2. vydanie, Praha: Portál, 2001, 279 s., ISBN 80-7178-774-4

Recenzent: PhDr. Mária LEHOTSKÁ

Kontakt:

PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.  
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku  
ul. gen. M. Vesela 21  
034 01 Ružomberok  
E-mail: maria.kopacikova@ku.sk

# Psychosomatický doprovod při léčbě sterility v centrech asistované reprodukce

Kateřina Ratislavová, Lucie Kašová

Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

## Souhrn

Nechtěnou bezdětnost a její léčbu můžeme označit za kritické životní období v životě ženy, celého páru. Léčba neplodnosti většinou vytváří somatickou nepohodu, psychickou zátěž, ovlivňuje partnerství, sexuální život, sociální a pracovní vztahy. Autorky se v příspěvku zabývají možnostmi psychosociální podpory párů již před a během léčby sterility v centrech asistované reprodukce, uvádějí nejnovější výzkumy v této oblasti. Upozorňují na doporučení zahraničních odborníků na psychosomatickou medicínu při doprovodu léčeného páru a na využití podpůrných psychoterapeutických metod v oblasti léčby sterility, které jsou zaměřeny především na redukci negativních pocitů, podporu partnerství a sociální oporu.

**Klíčová slova:** Sterilita. Psychologická podpora. Psychologické a sociální faktory v léčbě sterility. Negativní životní události. Psychoterapie.

## Summary

Unwanted infertility and its therapy may be specified as a critical period in woman's life or a couple. The therapy of infertility usually causes somatic discomfort, psychical burden, is influential on partnership, sexual life, social and work relations. In this article the authors are engaged in possibilities of psycho-social support of the couples already before and during the sterility treatment in the centres of assisted reproductive technologies, they present the newest researches in the field of knowledge. They refer to recommendation from foreign psychosomatic experts by following the couple during the therapy and to usage of supportiv psychoterapeutic methods in infertility therapy, which are orientated especially to reduction of negativ feelings, support of partnership and social support.

**Key words:** Intertility. Psychological counselling. Psychological and social factors in treatment of infertility. Negative life events. Psychotherapy.

## Úvod

O sterilitě hovoříme, nedojde-li k početí u páru po uplynutí jednoho roku, pokud je splněna podmínka pravidelného nechráněného pohlavního styku (doporučeno 3-4 krát týdně). Kobilková, Mašata (2005) uvádějí, že 10 – 15 % manželství je nedobrovolně bezdětných a Wischmann (2003) uvádí, že jen 3 %- 9 % párů v současné době nechtěně bezdětných zůstává. Každý třetí pár s přáním otěhotnět čeká na těhotenství déle než jeden rok.

Z 35-45 % jsou příčiny sterility na straně ženy, z 30-40% na straně muže. V 15-30 % případech jsou postiženi oba partneři a v 5-10 % jde o „idiopatickou sterilitu“, tedy o neplodnost z neznámých příčin. Není nalezena zjevná organická příčina sterility ani u muže, ani u ženy.

Důvodem přibývajících zájmu psychosomaticky orientovaných lékařů o problematiku neplodnosti je razantní vývoj technologií v péči o neplodné páry. V současné době se rodí asi 3 % dětí po in vitro fertilizaci (IVF). Kromě šťastně naplněného přání mít dítě s sebou ale přináší reprodukční medicína řadu psychosociálních a etických problémů.

## Před zahájením léčby sterility v centru asistované reprodukce

Většinou se touha po založení rodiny u páru rodí postupně a bez předchozích pochybností, že by s otěhotněním mohly být problémy. První měsíce bez ochrany nebývá očekáváno, že dojde k otěhotnění ihned. Ale v určitém okamžiku začíná lehký neklid a sledování menstruačního cyklu u ženy zesílí. Prvním doporučením bývá měření bazální teploty, následují další vyšetření a stále specializovanější diagnostické postupy. Ve chvíli, kdy je stanovena diagnóza „sterilita“, přichází emoční krize, pocity viny, pokles sebevědomí, hledání viníka v páru,

narušení sexuálního života a diagnóza má i své dopady sociální. Jsou páry, které reagují trpělivě, klidně a jiné, které mají pocit, že se „hroutí celý svět“. Přichází smutek, bezmoc, strach, frustrace, pocity viny. Mohou přijít partnerské problémy. Pokud je příčina sterility prokázána u jednoho z partnerů, ten většinou prochází sebeobviňováním, pocity viny („Kvůli mně teď nebude mít partner/ka děti.“ „Proč jsem lépe nevyлéčila tehdy ten záněť?“ „Proč jen jsem šla na tu interrupci?“), pocity „trestu“ za nějaký svůj předchozí čin apod. Druhý partner se v této fázi většinou snaží být druhému oporou, snaží se nevyčítat. Muž a žena prochází krizí identity („Jsem skutečný muž/žena, když nemohu mít děti?“), ztrácí kontrolu nad vlastním plánováním života, nad svojí životní cestou, některé páry se setkávají poprvé v životě s tím, čemu říkáme „osud“. Pro pár může být taková krize také výzvou, něco společně překonat, společně prožít těžké chvíle, společně toužit a usilovat. Co je ale nejprve postiženo je sexuální život páru. „Sex podle plánu“ naruší sexuální touhu, ubývá spontaneity a uvolněnosti v sexuálním styku, posilují se předchozí sexuální problémy. Další negativní vlivy jsou patrné v oblasti sociálních kontaktů. Především ženy vnímají velmi bolestně každé těhotenství nebo narození dítěte svých kamarádek a známých. Mohou se začít vyhýbat kontaktům s nimi, reagují izolací a tomu zas příbuzní a přátelé nerozumí, protože často neznají pozadí tohoto odstupu. Někdy je mladý pár také pod tlakem svých rodičů, kteří se již těší na příchod vnoučat. Ztráty, které pár vnímá a které jsou spíše fantazijní a symbolické, nejsou ritualizovány a okolí nedává velkou podporu. (Rohde, Dorn, 2007) Stav sterilního páru je ještě komplikován cílenou a časově náročnou léčbou. Stranou jdou nároky povolání, sociální kontakty, osobní přání. 41 % ze 195 dotazovaných pacientek referovalo o potížích v zaměstnání v souvislosti s IVF léčbou



(Wischmann, 2003, s.128).

Psychometrická vyšetření sterilních žen ukazují ve srovnání s kontrolní skupinou na vyšší hladinu neuroticismu, anxiety, depresivity, emoční nestability, hostilních pocitů, ztráty kontroly nad svým životem, poruchu sebepojetí, narušení interpersonálních vztahů. (Čepický, 1999)

Rohde (2007, s.115) pro psychosomatický doprovod sterilního páru před zahájením léčby doporučuje:

- zpracování diagnózy „neplodnost“,
- objasnění motivace touhy po dítěti a její realistické začlenění do hodnotového systému,
- zpracování ambivalentních pocitů,
- realistická očekávání v závislosti na individuální situaci,
- podrobné vysvětlení průběhu léčby s upozorněním na možné fyzické i psychické potíže,
- alternativní životní možnosti, strategie a plány,
- budování vztahu důvěry mezi pacientem a lékařem.

„Sterilita“ má pro každého svůj vlastní individuální význam, své vlastní dopady. V počátku psychosomatické léčby by měl být zjištěn laický pohled na problém ze strany bezdětného páru. Představy klientů jsou jedinečné, neexistují v nějaké předem připravené formě, jsou výsledkem různých faktorů, spouštěčů a podnětů. Představy jsou jistě ovlivněny kulturou, náboženstvím, rasou, ale i sociální skupinou, vlastní zkušeností apod.

Důležitou otázkou na počátku léčby je motivace touhy po dítěti. Řada autorů se shoduje na tom, že jde o jednu z klíčových otázek, která by měla být zodpovězena ještě před zahájením léčby. Neuhaus (2000) upozorňuje na některé kontroverzní momenty v léčbě sterilních párů a paradoxní reakce: přerušeni těhotenství po „úspěšné“ léčbě sterility, užívání preparátů potlačujících ovulaci po mikrochirurgických operacích zaměřených na refertilizaci apod. Stejně tak Chvála (2006, s.7) píše: „Mezi ženami, které usilují o těhotenství za každou cenu včetně složité in vitro fertilizace, se tu a tam najdou ženy, které brzy poté, co přišly do jiného stavu, žádaly o provedení interrupce. Jistě jich není mnoho, ale můžeme na nich dobře vidět, jak samo přijetí mateřství je složitá záležitost, kterou nelze zjednodušit na pouhou techniku oplodnění.“

Zvláštní pozornost je věnována tedy motivaci touhy po dítěti a očekáváním kladeným na vytoužené dítě. Proč je „mít vlastní dítě“ pro Vás tak důležité?

Rohde, Dorn (2007, s.116) doporučují nabídnout oběma partnerům ke znázornění jejich touhy po dítěti (význam přání mít dítě) škálu od 1 do 10. Jde o pomůcku, která ukáže zřetelně na váhu touhy po dítěti v partnerství nebo na její vývoj. Autorky uvádějí, že nejčastěji se hodnoty před zahájením léčby pohybují mezi 8-9, ne zřídka 10 bodů (záleží také na délce doby „zkoušení“ otěhotnět, kterou má pár za sebou). U většiny žen je tedy touha po dítěti velmi silná a její analýza může v psychosomatické léčbě upozornit na problematrické oblasti. Sama touha po dítěti není jedinou hnací silou, jediným motivem, jde i o část osobnostního vývoje. Důležité je si uvědomit, že existují i nevědomé děje, které mohou být zcela odlišné od zjevného přání ženy. Mohou nevědomě existovat obavy z těhotenství, porodu a života s dítětem, které brání splnění přání. Tress W. a kol. (2008) doporučuje při léčbě sterility dokonce provedení psychologického vyšetření, odebrání biografické anamnézy,

psychodiagnostické vyšetření páru na počátku léčby neplodnosti spolu s orgánovým vyšetřením. Příčiny „idiopatické“ či funkční sterility mohou být i v páru jako takovém, nikoliv v jednotlivci. „Nabízí se otázka, zda je dobré prolamovat operativně či invazivně nevědomou obranu těhotenství místo toho, aby byl poskytnut čas pro kauzální psychoterapii. Jak silné mohou být nevědomé síly odporu při vědomé touze po dítěti, dokládají vysoké počty potratů a předčasných porodů i poruchy těhotenství po oplodnění in vitro.“ (Tress a kol.,2008, s.207)

Odborníci upozorňují na „patologickou touhu po dítěti“ (nadměrnou, neurotickou), někdy také hovoří o „mesiášské naději“ (dítě vše vyřeší a vše bude lepší) nebo je vysněnému dítěti předem „naordinována“ určitá funkce ze strany rodičů (náhrada za zemřelého sourozence apod.). Takový postoj partnerů (nebo jednoho z partnerů) vyžaduje cílené vysvětlení během psychosomatické léčby a je potřeba opatrnosti ve volbě invazivních metod léčby sterility. (Neuhaus, 2000) Stává se, že se vyvíjí nežádoucí vztah mezi pacientkou, která chce dítě za každou cenu a lékařem, který v takovém případě považuje dítě za jediný možný úspěch své léčby. Přitom k překonání krize může vést sama psychosomatická léčba neúměrné touhy po dítěti, i když se dítě nenarodí. Proto by měla být součástí práce v centru asistované reprodukce i supervize zdravotnického týmu například formou Bálintovských skupin.

Pacientky, které se léčí na neplodnost, mají často pocit, že nemohou ukázat žádné **ambivalentní pocity** ve vztahu k rodičovství a dítěti. Ty jsou ale s rodičovstvím v určité míře vždy spojeny a je potřeba o nich také promluvit, připustit je. Mluvit o výhodách a nevýhodách „mít vlastní dítě“ je důležité pro adaptaci na další životní události a patří do psychosomatického poradenství před započatím léčby i během ní. Ambivalentní pocity se během léčby mění. Dítě může být idealizováno a ambivalence není připuštěna v době, kdy zůstává touha nenaplněna; ale i v případě úspěšné léčby může dojít k pocitům zklamání, když nejsou běžné ambivalentní pocity připuštěny.

Na počátku léčby jsou většinou pacientky poučeny o **možných vedlejších účincích** svým gynekologem. Při psychosomatickém pohovoru by však měla být tato otázka znovu otevřena a směřována hlavně k psychosociálním problémům a vedlejším účinkům léčby na oblast psychiky a sociálních rolí.

- Narůstající psychická zátěž při neúspěchu léčby
- Časová zátěž
- Organizační problémy (pevně stanovené termíny).
- Sdělení o léčbě svému přímému nadřízenému, nejbližším příbuzným nebo přátelům (může snižovat napětí)
- Životní styl – neměnit extrémně (nezanedbávat koníčky, zájmy, pracovní povinnosti).

Otázka realistických očekávání v terapii a alternativních životních plánů je dalším tématem psychosomatického rozhovoru již před začátkem léčby. Čepický (1999) uvádí, že pacientky mívají spíše tendenci své naděje na otěhotnění nadhodnocovat. To může mít na jednu stranu kladný vliv na redukci stresu v terapii, ale na druhé straně může vést k maladaptivnímu chování a rozhodování.

Rohde, Dorn (2007) doporučují již na počátku terapie a během ní otevřít téma neúspěchu léčby. Opakované vytváření realistického náhledu na léčebné šance, závislé často na věku

a somatickém stavu, se zdá být prospěšné. Pacientky pak nepropadají tak snadno „demotivaci“, nejsou tak silně fixovány na touhu mít dítě a neupouští od jiných životních alternativ. Většinou samozřejmě každý pár prochází léčbou v napjatém očekávání a touha po dítěti spíše roste, ale rozhovorem o možném neúspěchu můžeme předejít alespoň těžkým krizím při nezdaru v léčbě. Autorky doporučují i probrat možnost **adopce či života bez dítěte**. Upozorňují však na to, že je velmi obtížné k takovému rozhovoru pár motivovat, protože je zcela jinak zacílen, přesto to považují za důležité. V této fázi (před léčbou nebo na jejím začátku) si také bezdětní partneri daleko lépe vybaví pozitivní aspekty jejich soužití bez dítěte; činnosti, které je spojují; plány, které mají. Později to pro partnery nemusí být vůbec jednoduché, najít, co je vlastně dříve spojovalo, jaké aspekty patřily k jejich dřívějšímu radostnému a naplněnému životu bez dítěte.

### Psychosomatický doprovod páru během léčby sterility v centru asistované reprodukce

- Podrobné vysvětlení nálezů a zajištění dostatečných informací během léčby, zacházení s psychickou zátěží, relaxační techniky, strategie zvládnání stresu a různých problémových situací.
- Krizová intervence a podpora při frustrujících léčebných cyklech, plánování terapeutických rozhovorů.
- Zahnutí přestávek v léčbě do plánu terapie.
- Partnerské poradenství s důrazem na rozdíly v komunikačních strategiích, rozvoj vzájemného porozumění partnerů.
- Rozvaha nad ukončením terapie po neúspěšném cyklu nebo opakovaném nezdaru, rozhovor o definitivním ukončení léčby, o procesu truchlení, o rozdílech truchlení mezi mužem a ženou, o nalezení nového směru.

Stres, který se při léčbě sterility vyskytuje, se projevuje na třech základních rovinách: somatické, psychické a interpersonální. Podle různých zdrojů se vyskytují psychické potíže při léčbě u 25 – 60% sterilních párů. (Koryntová, 2002) **Psychická zátěž** vzniká nejen díky vedlejším účinkům hormonální léčby, ale pramení i z pravidelných kontrol a především z doby čekání na... Čekání na ovulaci, na odebrání vajíček, na jejich oplodnění in vitro, čekání po embryotransferu, zda se vajíčko uhnízdí v děloze, tedy zda dojde k otěhotnění a v lepším případě čekání, zda těhotenství bude prosperovat. Po té, co se vyvine ve zkumavce embryo, zažívají často pacientky pocit euforie („Tedž už jsme skoro rodiče.“) a za nejnepříjemnější součást léčby považují pak čekání dva týdny na těhotenský test a začátek menstruace v neúspěšném cyklu (70% nezdar). Žena po takovém neúspěchu prožívá podobné pocity jako žena po potratu, truchlí, ale sociální okolí nedává takovou podporu. Emoce jdou nahoru a dolů, střídá se období naděje a zármutku, někdy je toto prožívání označováno jako „emoční horská dráha“. Charakteristické průvodní jevy jsou beznaděj, zoufalství, deprese, hněv, pocity viny, pokles sebehodnocení, narušení interpersonálních vztahů, nespokojenost se sexuálním životem. Více než polovina sterilních žen (v dotazníku SCL-90-R) vykazuje hodnoty, které se pokládají za známku psychiatrické patologie. (Čepický, 1999) Úzkost pacientky bývá nejvyšší v prvním a posledním léčebném cyklu. S novými léčebnými pokusy ubývá síly, mysl bývá více zaměřena na přání mít dítě

a může dojít k neadaptivním reakcím a postupnému upadání do depresivního stavu. Rohde, Dorn (2007, str.122) popisují rozvoj negativní depresivní spirály při léčbě sterility takto: diagnóza sterility - počátek terapie - doufání, naděje, víra – úzkostné očekávání – žádné těhotenství – další pokusy – další neúspěchy – komunikační problémy, partnerské problémy, narušení sexuální oblasti – ztráta naděje – zoufalství – **deprese**. V psychosomatické péči je tedy nutné již během celého procesu nabízet strategie a hledat zdroje z osobního nebo sociálního okolí, které by mohly ženě a páru pomoci. V nabídkách odborné pomoci bývají kromě psychoterapeutických rozhovorů také relaxační techniky, mentální trénink, praktické postupy zvládnání stresu, asertivita, skupinová psychoterapie apod. Možná nejdůležitější podporou ze strany zdravotníků je individuální a vlídný přístup, nabídka autentického otevřeného vztahu, podávání vysvětlujících informací, poskytování možnosti explorační emocí pro postižený pár.

Ojedinele se můžeme v terapii sterilního páru setkat s akutní psychickou dekompenzací, která vyžaduje krizovou intervenci. V takovém případě je pak doporučována z psychoterapeutických důvodů určitá „přestávka“ v terapii neplodnosti, pokud není klientka tlačena věkem. Může pak v období klidu znovu nabýt emoční odstup, tělesně i psychicky zregenerovat, načerpat síly. Doporučuje se využít čas k dovolené, ke koníčkům, k posílení partnerství a sexuality bez termínového kalendáře. Také dovolit si určitý čas truchlit patří k tomuto období. Neuhaus (2000) doporučuje obecně zahrnutí přestávek v terapii sterility do léčebného plánu.

**Partnerský vztah** během léčby neplodnosti je základním psychickým zdrojem, proto je důležité o něj pečovat. Před počátkem intenzivní léčby neplodnosti přichází pár většinou stmelen společnou touhou po dítěti, to se však může během léčby měnit. Doporučena je otázka: „Co se ve vašem partnerském soužití diagnózou neplodnost změnilo?“. Jsou páry, které i z neúspěšné léčby odcházejí s pocitem intenzivního partnerství, ale jiná partnerství mohou být zkušeností narušeny nebo mají minimálně pocit těžké zkoušky jejich vztahu. Čepický (1999) uvádí, že program přímo negativně ovlivňuje manželství a sexuální vztah. To se však po úspěšném otěhotnění upravuje. Ve Freemanově studii (1985, In Wischmann, 2003) uvedlo 48% žen léčených na sterilitu a 15% jejich partnerů, že neplodnost byla pro ně nejhorší krizí v jejich životě. Velmi často je emocionální napětí tak silné, že pár léčbu přeruší. Wischmann (2003) uvádí, že téměř dvě třetiny párů nevyužijí všech nabídek léčebných cyklů i přes neúspěchy. Jako důvod uvádějí především emocionální zátěž během asistované reprodukce.

Žena je považována za zranitelnějšího člena sterilního páru a je při asistované reprodukci také více zatížena než partner. Žena reaguje úzkostlivěji, je méně spokojená se situací, má nižší sebeúctu a větší obavy z léčby a jejího selhání. Přesto byla zjištěna velká úzkost během celého procesu vyšetřování a léčby jak u žen, tak u mužů. (Koryntová, 1999) Důležitým aspektem, který ovlivňuje také psychosomatické poradenství, jsou rozdílné komunikační strategie žen a mužů. Ženy mají větší potřebu než muži vyjadřovat své emoce, plakat, být podpořeny rodinou, přáteli, hovořit s partnerem otevřeně a stále znovu o své touze po dítěti, o perspektivách, což je opět spojeno i s intenzivním emočním doprovodem. Ne zřídka mají zkušenost,

že se partner takovým rozhovorům vyhýbá, stáhne se, někdy dokonce nabývají ženy pocit, že se muž více zaměří na svoji profesi, zůstává déle v práci a že není ženě k dispozici jako opora nebo nechce být s tímto tématem konfrontován. Žena získává pocit, že muž zdánlivě méně prožívá jejich situaci, a muž je zneklidněn emočními výlevy své ženy, dochází k nepochopení mezi nimi. Z hlubší analýzy ale může vyplynout, že za chováním partnera se skrývá bezmoc a depresivní naladění. Muži skutečně často obtížněji vyjadřují své pocity navenek, neví jak reagovat na nářky své ženy, stahují se tedy do izolace, častěji se u nich mohou objevit psychosomatické potíže. Proto je důležité během psychosomatického doprovodu tyto způsoby chování vysvětlit, vést pár k porozumění, ať již během individuálních nebo párových rozhovorů.

Napětí v páru a okolnosti léčby neplodnosti poznamenají vždy **oblast sexuality**. Některé výzkumy ukázaly (Grieb a kol., 1997 In Rohde, 2007, s.125), že u mužů se se stále zvyšujícím tlakem na naplnění touhy po dítěti objevují již velmi brzy problémy v oblasti sexuality (např. poruchy erekce, ztráta libida, předčasná ejakulace). Muž může pohlavní styk prožívat bez skutečné sexuální touhy, mechanicky. Problémy, které mohou vést k ještě většímu napětí v páru, nastávají, když psychický tlak způsobí u muže poruchy erekce. Při IVF léčbě referovalo až 60% žen o narušení sexuálního citění (Wischmann, 2003, s.128). Poruchy v partnerském soužití a v oblasti sexuality také narůstají při depresivní reakci ženy při neúspěchu v léčbě (snížení sexuální touhy a vzrušivosti).

## Psychoterapeutická pomoc při léčbě sterility

Mezi systematicky prozkoumané psychologické intervence patří relaxační techniky, hlubinně orientovaná psychoterapeutická pomoc a behaviorální terapie. Psychoanalytická pomoc zatím nebyla systematicky evaluována. Během psychoterapie bylo především redukováno emoční napětí u žen v průběhu léčby. U mužů nebyl tento efekt tak významný. Vliv na otěhotnění během léčby sterility byl prokázán především u behaviorální terapie a relaxačních metod, což potvrdila prospektivní kontrolovanou studii Domar (2000, s.805-811). Ve výzkumu byla skupina 184 nechtěně bezdětných žen. Ženy se pokoušely o těhotenství 1-2 roky a byly sledovány ve studii po dobu jednoho roku. Skupina žen byla náhodně rozdělena na skupinu žen podporovaných kognitivně behaviorální psychoterapií (10 sezení, kognitivní restrukturalizace, poradenství v oblasti zdravé výživy a životního stylu, „Mind/Body program“), na skupinu ošetřovanou pomocí standardních podpůrných psychoterapeutických metod (autogenní trénink, progresivní svalové relaxace, imaginace, jógy atd.) a třetí byla kontrolní skupina rutinně ošetřovaných žen. Obě intervenční skupiny byly ve srovnání se skupinou kontrolní vyhodnoceny jako účinné. V obou psychoterapeuticky ošetřovaných skupinách byla hranice otěhotnění 55% a 54% oproti 20% v kontrolní skupině. Systematicky však vliv psychoterapeutických metod na otěhotnění není dosud dostatečně prozkoumán.

## Závěr

Neplodnost má multifaktoriálně podmíněnou strukturu a psychické faktory mohou hrát velmi významnou roli. Nechtěná bezdětnost, ale i její léčba vytváří velký psychický

tlak na oba partnery. Je tedy poměrně důležité nabídnout včas psychosomatický doprovod páru, který má za cíl snížení zátěže, prevenci vzniku depresivní spirály, zabránění stigmatizace z následného doporučení psychologické nebo psychiatrické péče v pozdější fázi léčby.

Čepický (1999) uvádí, že psychoterapie jako pokus o kauzální léčbu nemá význam, ale naproti tomu podpůrná psychoterapie je velmi žádoucí a zlepšuje výsledky i v takových případech, jako je např. mikrochirurgická rekonstrukce vejcovodů. Psychoterapeutická pomoc v centrech asistované reprodukce je v České republice zatím výjimkou. Hovoří se většinou o velkém množství sterilních párů, velkém týmu spolupracovníků a finanční náročnosti léčby při asistované reprodukci. Za rizikové z psychologického pohledu je označováno asi 15-20% párů, kde je zátěž obzvlášť velká a kde je psychoterapie nutná. Jedná se většinou o případy žen (párů), u kterých se manifestují psychické potíže, je obzvlášť silná zátěž díky nemožnosti mít vlastní dítě, není připouštěna žádná jiná životní alternativa kromě vlastního potomka, je vyvíjen silný tlak na další zákroky při neúspěšné léčbě, je nutný zásah po úspěšném otěhotnění např. redukce počtu embryí apod.

Proč je i v zahraničí psychoterapeutická pomoc, jejíž nabídka je zde běžná, tak málo páry využívána? Wishmann (2003, s.130) ve výsledcích internetové ankety neplodných párů uvádí, že jedna třetina párů má strach ze stigmatizace při vyhledání psychosociální podpory; asi 18% mělo strach z emoční destabilizace; asi jedna pětina dotázaných nepovažovala psychologickou pomoc za nutnou, věřila vlastním schopnostem situaci zvládnout; a 20% dotázaných nevědělo, co si pod možností pomoci představit (objevil se zde deficit informací o možnosti psychosociální podpory). V současné době se doporučuje základní psychosomatické vzdělávání lékařů a porodních asistentek, které v oblasti reprodukční medicíny pracují, aby byla zajištěna pomoc somatická i psychosociální a aby nedocházelo ke stigmatizaci pacientek tím, že budou odeslány k psychoterapeutické léčbě k dalšímu odborníkovi. Také nedojde k navýšení nákladů léčby o přítomnost klinického psychologa v týmu.



## Literatura

1. Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J. 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-031-7.
2. Cousineau T., Domar A.D. 2007. *Psychological impact of infertility*. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology. 01/05/2007; 21, s.293-308. ISSN: 1521-6934.
3. Čepický, P. 1999. *Somatická onemocnění ženského genitálu*. In: Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví, Moderní gynekologie a porodnictví 8, č.3.
4. Domar A.D., Clapp D., Slawsky E.A., Dusek J., Kessel B., Freizinger M. 2000. *Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women*. In: Fertility and sterility 01/05/2000, s.805-11. ISSN: 0015-0282
5. Koryntová, D. 1999. *Psychosomatické aspekty sterility*. In: *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Sborník prací celostátní konference ČGPS ČLS JEP. Praha: Euroagentur, LEVRET,1999, s.85-91.
6. Chvála, V., Knop, J., Štuplová, I., Machander, R.A., Machanderová, J., Tichá, B. 1992. *Co s nevyvělitelnou sterilitou?*. In: Moderní gynekologie a porodnictví 2, č.1.
7. Chvála, V.2006. *Psychosomatická gynekologie a sexuologie II.část*. In: Psych&Som, č.2, [online] 2006 [cit.2008-02-04]Dostupné z: [http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006\\_2/praxe\\_206.htm](http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_2/praxe_206.htm)
8. Kaplan, H.S. 2006. *Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. ISBN 3131179724.
9. Koryntová, D.2002. *Psychosomatika sterility*. In: Moderní gynekologie a porodnictví 11, č.4.
10. Kowalcek, I.2004. *Psychosomatische Aspekte des unerfülltes Kinderwunsches*, [online] 2004 [cit.2008-01-04].Dostupné z:<<http://www.meb.uni-bonn.de/frauen/BR-BAYERN/Muenchen/Kowalcek.pdf>>
11. Líbalová, Z. 2005. *Funkční poruchy v gynekologii a porodnictví*. In: Chromý K., Honzák R. a kol. Somatizace a funkční poruchy, s.159-181. Praha: Grada. ISBN 80-247-1473-6.
12. Neuhaus, W.2000. *Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Enke im Thieme-Verl.,s.29-34. ISBN 3-13-118021-8.
13. Pawson, M.E., Cockburn, J. 2007. *Psychological Challenges in Obstetrics and Gynecology*. London: Springer, s.263-275. ISBN 978-1-84628-807-4
14. Rohde, A., Dorn, A. 2007. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie*. Stuttgart: Schattauer GmbH, s.112-131. ISBN978-3-7945-2460-0.
15. Sanders, K.A., Bruce, N.W.1997. *A prospective study of psychosocial stress and fertility in women*. In: Hum. Reprod., 12, s.10, ISSN 2324-2329
16. Tress, W., Krusse, J., Ott, J. 2008. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, s.197-207. ISBN 978-80-7367-309-3.
17. Wischmann, T. 2003. *Psychozoiale Aspekte bei Fertilitätsstörungen*. In: Der Gynäkologe, č.2, 36, s.125-136. ISSN 0017-5994
18. Wischmann, T. 2008. *Psychologische Aspekte bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch*. In: Gynäkologie, Geburtsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie 4,s.194-209. ISSN 1614-8533.

Recenzent: RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.

## Kontakt:

Mgr. Kateřina RATISLAVOVÁ  
Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni  
Nám.Odboje 18  
323 21 Plzeň  
E-mail: [ratislav@kos.zcu.cz](mailto:ratislav@kos.zcu.cz)

## Posúdenie komunity adolescentov a jej potrieb

Silvia Rovná<sup>1</sup>, Michaela Vicáňová<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Stredná zdravotnícka škola Dolný Kubín

<sup>2</sup>Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

### Súhrn

Východiskom pri upevňovaní zdravia adolescentov je celkové posúdenie zdravotného stavu. Možnosť posudzovania a objektivizácie údajov o adolescentovi v rámci podpory zdravia a prevencie je aj podľa diagnóz z NANDA International. Informačná pyramída poskytuje užitočnú štruktúru na organizovanie zozbieraných informácií pri identifikácii zdravotných rozdielností týkajúcich sa zdravia a priorit v komunite adolescentov. Po zozbieraní potrebných informácií a overení za aktívnej účasti adolescenta je nevyhnutné jasne sformulovať súčasné konanie a postoje adolescenta a uviesť si potrebné zmeny konania.

**Kľúčové slová:** Komunita. Adolescent. Informačná pyramída. Potreby komunity. Posudzovanie.

### Summary

General health reviewing is the starting point of the teenagers health consolidation. It is possible to make data appraisal and objectification about teenagers according to NANDA International diagnosis within the frame of health promotion and prevention. Information pyramid gives a useful structure to organize all the information which are collected by identification health differences connected with health and priorities in teenagers community. After necessary information collecting and its checking with active teenagers participation, it is important to define clearly current teenagers activities and attitudes and to realize necessary changes.

**Key words:** Community. Teenager. Information pyramid. Community needs. Reviewing.

Komunitný assessment je kľúčový element vo šetrotateľskom procese. Ako klient tu vystupuje komunita adolescentov. Sestra pri posudzovaní potrieb komunity:

- identifikuje zdravotné aktíva a pasíva komunity,
- identifikuje vysokorizikové skupiny v komunite,
- zbiera údaje dôležité pre plánovanie v komunite (Oermann, 1991).

Posudzovanie a hodnotenie komunitného zdravia zahŕňa zhromažďovanie relevantných existujúcich údajov, vytrieďovanie chybných údajov a interpretáciu údajov (Hanzlíková, 2006).

Posudzovanie zdravotných potrieb komunity adolescentov delíme na dve oblasti:

### 1. Charakteristika spôsobu práce sestry v komunite, zameranej na jej rozvoj.

Spracovanie tejto oblasti si vyžaduje dodržiavanie princípov rovnosti, participácie a medzirezortnej spolupráce. Posudzovanie je potrebné začínať z hľadiska vedomostí, ktoré majú adolescenti a nie zdravotníci. Treba aktívne bojovať proti zaznávaniu a diskriminácii, hľadať silné stránky komunity a dbať na dostupnosť zdravotníckych pracovníkov v komunite. Pri posudzovaní je potrebné zachovať určitú formu posudzovania komunity.

### 2. Spôsoby posudzovania rozdielností zdravotného stavu v rámci komunity.

Do tejto oblasti radíme názory na zdravie jednotlivých členov komunity. Posudzujeme skladbu a sociálnu úroveň obyvateľstva (náboženstvá, etnické zloženie), sociálne rozdielnosti a rozdiely zdravotného stavu, zabezpečenie a dostupnosť sociálnej, obchodnej a informačnej siete. Posudzujeme fyzikálne prostredie, zdravotnú starostlivosť, pracovnú príležitosť členov komunity. Zameriavame sa aj na významné dni v komunite a realizované aktivity, jej sociálne, politické a ekonomické prostredie. Hodnotíme dostupnosť zdravotníckych, environmentálnych a sociálnych služieb v rámci

komunity. Sledujeme a hodnotíme aj efekt stratégií zdravia, zameraných na zdravie adolescentov (Lemon 1, 1997).

Podľa Hanzlíkovej et al. (2002) je východiskom pri upevňovaní zdravia celkové posúdenie zdravotného stavu. Jeho súčasťou sú:

- demografické údaje – vek, pohlavie, sociálno-ekonomický status, vierovyznanie, rasa, etnikum,
- telesný a duševný zdravotný stav,
- zemepisné a geografické charakteristiky,
- životný štýl,
- systém a dostupnosť zdravotnej starostlivosti,
- iné organizácie poskytujúce zdravotnú a sociálnu starostlivosť,
- spôsob a efektívnosť komunikačného a informačného systému,
- možnosť na rekreáciu a oddych,
- priemysel,
- spôsob zabezpečenia bezpečnosti,
- štátna správa, samospráva,
- ekologická situácia.

V porovnaní podľa autorov Bullougha, B., Bullougha, V. (1990) sa údaje v rámci posudzovania rozdelia do nasledujúcich skupín:

- a) definovanie skupiny – skupina adolescentov,
- b) opis komunity – pohlavie, vek – adolescenti, zamestnanosť rodičov a sociálno-ekonomická situácia v rodine, vzdelanostná úroveň rodičov, typ školy, etnický pôvod, vierovyznanie,
- c) identifikácia štruktúr, ktoré organizujú komunitu – škola, orgány štátnej správy a samosprávy, polícia, neformálne vedúce osobnosti komunity, iné organizácie – poradne, štruktúra rodiny,
- d) identifikácia rizikových faktorov ovplyvňujúcich zdravie komunity, vývoj chorobnosti, výskyt infekčných chorôb, ekologická situácia,
- e) identifikácia možností pre ovplyvnenie rizikových

faktorov v komunite, sociálne služby, zdravotnícke služby, možnosti na oddych a rekreáciu – športoviská.

Posudzovanie a objektivizáciu údajov o adolescentovi, zameranom na posúdenie podpory zdravia a prevencie, je možné spracovať podľa klasifikačného systému ošetrovateľských diagnóz NANDA International. V danom klasifikačnom systéme sú ošetrovateľské diagnózy popisujúce problémy podpory zdravia zahrnuté najmä v doménach: podpora zdravia a vnímanie – poznávanie.

Následne uvádzame tri ošetrovateľské diagnózy - Hľadanie zdravého životného štýlu, Neefektívna podpora zdravia a Deficit vedomostí, spolu so súbormi posudzovania a následnej objektivizácie, nutnej na ich potvrdenie:

Ošetrovateľská diagnóza - **Hľadanie zdravého životného štýlu**

Na potvrdenie danej ošetrovateľskej diagnózy je potrebné:

- Posúdiť oblasti prispievajúce k podpore a udržiavaniu zdravia (raciálna výživa a kontrola hmotnosti, pravidelné cvičenie, zvládanie stresu, abúzus návykových látok, aktivity zamerané na prevenciu ochorení – preventívne prehliadky vzhľadom na vek a riziko).
- Zistiť u jednotlivca názory na zdravie a jeho schopnosť udržiavať ho (zistiť rodinnú anamnézu u jednotlivca, náchylnosť na prítomnosť rizikových faktorov neprenosných ochorení, vedomosti a vnímanie špecifických ochorení – kardiovaskulárne ochorenia, rakovina, respiračné ochorenia, ochorenia detského veku, infekcie a ochorenia zubov, závažnosť ochorenia, dôležitosť včasnej detekcie ochorenia).
- Zistiť u jednotlivca predchádzajúce aktivity podporujúce zdravie (interakcia s poskytovateľmi zdravotníckej starostlivosti, vplyv rodiny, sociálnych skupín, masmédií, skupiny rovesníkov).
- Identifikovať bariéry (napríklad financie, geografická poloha) a výhody vzhľadom na udržiavanie zdravia (vedomosti, postoj a zručnosti, ktoré sú potrebné na to, aby jednotlivec ovládal činnosti, prostredníctvom ktorých môže praktizovať zdravý životný štýl).
- Identifikovať sociálne faktory a environmentálne faktory, ktoré jednotlivec vníma ako faktory podporujúce zdravie (Maskalová, Kelčíková, 2009).

Ošetrovateľská diagnóza - **Neefektívna podpora zdravia**

Východiskom posúdenia a objektivizácie údajov pre udržanie zdravia je celkové posúdenie zdravotného stavu jednotlivca, ktoré zahŕňa:

- Zdravotnú anamnézu a zdravotné riziko.
- Fyzikálne vyšetrenie jednotlivca.
- Posúdenie životného štýlu.
- Zistenie postoja k starostlivosti o zdravie – pomocou nástrojov:
  - *Model zdravotného uvedomenia* – Health Belief Model, ktorý posudzuje individuálne vnímanie zdravia, modifikujúce faktory a premenné, ktoré pravdepodobne vplyvajú na iniciačnú činnosť ponímania zdravia.
  - *Index posúdenia vlastného zdravia* – Health Self – Determination Index, ktorý vychádza z multidimenzionálnosti motivácie a obsahuje škálu položiek so štyrmi, vzájomne súvisiacimi faktormi ako vlastné posúdenie zdravia, vlastný

postoj k zdraviu k zdravotným návykom, vedomie svojej kompetentnosti v otázkach svojho zdravia a schopnosti reagovať na vnútorné a vonkajšie podnety.

- *Index pohody* – Wellness Index, ktorý je určený na posúdenie životného štýlu a jeho cieľom je zistiť vplyv momentálneho spôsobu života na zdravie a poskytnúť podnet pre rozhodnutie jednotlivca zmeniť návyky a životný štýl.
- Zistenie výskytu rizikových faktorov prenosných ochorení u jednotlivca, príp. rodiny.
- Posúdenie bezpečnosti prostredia (škola, domov).
- Realizovanie preventívnych skriningových vyšetrení.
- Zistenie finančných problémov, kultúrnych vzorcov, ktoré môžu ovplyvňovať komplianciu adolescenta.
- Posúdenie funkčnosti rodiny (vzťahy v rodine, silné a slabé stránky).
- Identifikáciu podporných skupín (Kelčíková, Maskalová, 2009).

Ošetrovateľská diagnóza - **Deficit vedomostí**

Na potvrdenie tejto ošetrovateľskej diagnózy je potrebné zistiť:

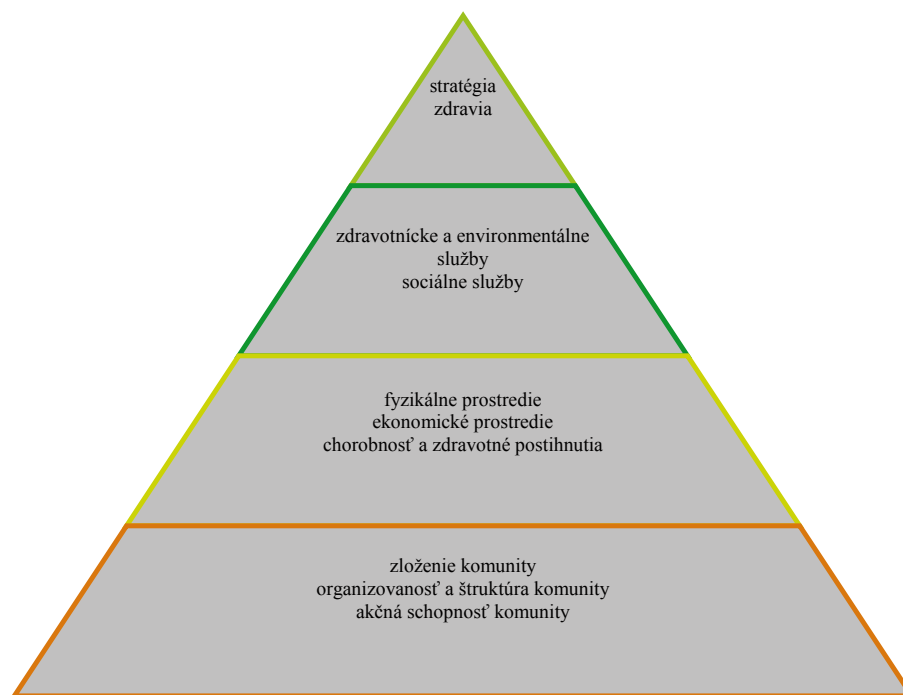
- Ochotu učiť sa a individuálnu potrebu poznania členov komunity.
- Úroveň vedomostí adolescenta vo vzťahu k špecifickej oblasti starostlivosti.
- Momentálnu schopnosť učiť sa členov komunity.
- Preferované spôsoby učenia sa členov komunity.
- Osobné faktory – determinanty procesu edukácie (vek, pohlavie, sociálne a kultúrne vplyvy, náboženstvo, životné skúsenosti, úroveň vzdelania).
- Bariéry v edukácii – jazykové bariéry, fyzické faktory (dyslexia), fyzický stav (akútne ochorenie, intolerancia aktivity), obťažnosť materiálu, ktorý je potrebný na naučenie sa.
- Úroveň psychomotorických zručností členov komunity.
- Možnosti a podmienky pre učenie vzhľadom na súčasnú situáciu.
- Motiváciu adolescenta a jeho rovesníkov (individuálne motivačné faktory).
- Priority adolescenta v edukácii (čo vníma ako potrebné pri výbere a podávaní informácií, preferencie, potreby a hodnotový systém adolescenta) (Bašková, 2009).

Informačná pyramída poskytuje užitočnú štruktúru na organizovanie zozbieraných informácií pri identifikácii zdravotných rozdielností týkajúcich sa zdravia a priorit v komunite (pozri obrázok 1).

Metódy zberu údajov sa delia do dvoch, vzájomne sa dopĺňajúcich kategórií: na metódy priameho zberu od komunity a na metódy, ktoré čerpajú už z vopred získaných a zaznamenaných údajov o komunite (Hanzlíková et al, 2006). Výber metód závisí od veľkosti komunity, účelu, časového faktora, počtu osôb zainteresovaných do zberu informácií, dostupných zdrojov informácií a finančných nákladov (Hanzlíková, 2002).

Po zozbieraní potrebných informácií a overení za aktívnej účasti adolescenta je nevyhnutné jasne sformulovať súčasné konanie a postoje adolescenta a uvedomiť si potrebné zmeny konania. Zvažujú sa informácie o zdravotných problémoch a stupni klientovej zodpovednosti za svoje zdravie a súčasnej pozitívnej starostlivosti o zdravie (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).





Obrázok 1 Informačná pyramída (Lemon 1, 1997)

Na porozumenie získaných informácií je potrebná analýza, ktorá zahŕňa kontrolu jednotlivých informácií z viacerých zdrojov. Je ideálne, ak ide o participačný proces, t. j. o aktívne zapojenie všetkých zúčastnených členov komunity. Stanovenie prioritných opatrení na základe analýzy údajov je posledným krokom posudzovania zdravotných potrieb komunity (Lemon 1, 1997).

#### Literatúra

1. Bašková, M. 2009. Deficit vedomostí. In: Gurková, E., Žiaková, K., Čáp, J. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009. 242 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
2. Bullough, B., Bullough, V. 1990. *Nursing in the Community*. St. Luis: Mosby Company, 1990. 712 p. ISBN 0-8016-6065-3. Podľa: Rybárová, L. 2007. Uplatnenie metódy ošetrovateľského procesu v komunitnej ošetrovateľskej praxi. In: *Molisa 4 Medicínsko – ošetrovateľské listy Šariša*. Ed. Šanta, M. et al. Prešov: FZ PU Prešov, 2007. s. 137 – 139. ISBN 978-80-8068-622-2.
3. Hanzlíková, A. et al. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 279 s. ISBN 80-8063-213-8.
4. Hanzlíková, A. et al. 2002. *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia I. diel.* Bratislava: UK Bratislava, 2002. 175 s. ISBN 80-223-1533-8.
5. Kelčíková, S., Maskálová, E. 2009. Neefektívna podpora zdravia. In: Gurková, E., Žiaková, K., Čáp, J. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009. 242 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
6. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. 1995. *Ošetrovateľstvo I*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
7. Lemon 1. 1997. *Učebný materiál pre ošetrovateľstvo*. Bratislava: SK SZP, 1997. 160 s. ISBN 80-967818-0-4.
8. Maskálová, E., Kelčíková, S. 2009. Hľadanie zdravého životného štýlu. In: Gurková, E., Žiaková, K., Čáp, J. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, 2009. 242 s. ISBN 978-80-8063-308-0.
9. Oermann, M. H. 1991. *Professional Nursing Practice: A Conceptual Approach*. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1991. 330 p. ISBN 0-397-54851-6.

Recenzent: RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.

Kontakt:

PhDr. Silvia ROVNÁ  
Obrancov Mieru 1780/3-8  
026 01 Dolný Kubín  
E-mail: rovnasilvia@centrum.sk





KRÁSA OKOLO NÁS







ISSN 1337-723X

