Ružomberské zdravotnícke dni 2019 - XIV. ročník

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

pod záštitou

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

Vedecký výbor medzinárodnej konferencie

prof. Jose Manuel AGUILAR-PARRA, PhD. (Španielsko)
prof. MUDr. Anton LACKO, CSc. (Slovensko)
prof. MUDr. Anna LESŇÁKOVÁ, PhD. (Slovensko)
prof. Dr. Inga MILLERE, PhD. (Lotyšsko)
prof. nadzw. Dr hab. Grażyna NOWAK – STARZ (Poľsko)
doc. MUDr. Jozef DOMENIK, PhD., MPH (Slovensko)
doc. PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD. (Slovensko)
doc. MUDr. Ján LEPEJ, CSc. (Slovensko)
doc. PhDr. Mgr. Vladimír LITTVA, PhD. MPH (Slovensko)
doc. MUDr. Milan MINARIK, PhD. (Slovensko)
doc. PhDr. Helena KADUČÁKOVÁ, PhD. (Slovensko)
doc. MUDr. Ivan SOLOVIČ, CSc. (Slovensko)
doc. RNDr. Jaroslav TIMKO, PhD. (Slovensko)
dr n. hum. Halina KRÓL (Poľsko)
Ing. Mgr. Imrich ANDRÁSI (Slovensko)
MUDr. Jaromír TUPÝ, PhD. (Slovensko)
PeadDr. RNDr. Mária NOVÁKOVÁ, PhD. (Slovensko)
PhDr. Vlasta DVOŘÁKOVÁ, PhD. (Česká republika)
PhDr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD. (Slovensko)
PhDr. Eva MORAUČÍKOVÁ, PhD. (Slovensko)
PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD. (Slovensko

Ružomberské zdravotnícke dni 2019 – XIV. ročník

Zborník z medzinárodnej konferencie

MUDr. Jaromír Tupý, PhD., prof. MUDr. Anton Lacko, CSc.,
PeadDr. RNDr. Mária Nováková, PhD., Ing. Mgr. Imrich Andrási

VERBUM

Ružomberok 2019

© VERBUM – vydavateľstvo KU

Zostavovateľ

MUDr. Jaromír Tupý, PhD., prof. MUDr. Anton Lacko, CSc.,
PeadDr. RNDr. Mária Nováková, PhD., Ing. Mgr. Imrich Andrási

Redakčná rada

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

Recenzenti

doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva, PhD., MPH.
doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
MUDr. Adrian Kališ, PhD.
PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
PhDr. Marek Šichman, PhD.
Ing. Lukáš Zachar, PhD.

Sadzba
Ing. Ján Svorad

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

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

ISBN 978-80-561-0699-0

OBSAH

Fázový model neurorehabilitácie 8
Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků v české republice 23
Wpływ cukrzycy typu 2 na sytuację zdrowotną i społeczną pacjentów - przegląd piśmiennictwa 28
Masívna transfúzia a protokol masívnej transfúzie 36
Lingvistická validace dotazníku jacelonattributed dignity scale (jads) 38
Vplyv fyzioterapie pri korekcii pes planus u predškolských detí 40
Edukácia pacientov s glaukómom 43
Malnutrícia a enterálna výživa u geriatrických pacientov 45
Funkcjonowanie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów przed i po zabiegach fizjoterapeutycznych 50
Kvalita trombocytových prípravkov v závislosti od ich prípravy 52
Problem uzależnień wśród dzieci i młodzieży 56
Vplyv preväzov na vznik infekcie v mieste chirurgického zákroku 69
Výrazne ľahšia liečba bolesti 71
Rak szyjki macicy – stan wiedzy młodych kobiet, a wykazywane postawy prozdrowotne 73
Využitie meracích a hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o pacientov s demenciou 75
Jakość życia i sprawność fizyczna u kobiet z osteoporozą 77
Úloha hepcidínu v mechanizme anémií chronických ochorení 79
Etika a mimoriadne udalosti vo verejnom zdravotníctve 93
Starość i śmierć w percepcji współczesnego społeczeństwa 95
Kliešťami prenášané infekcie a informovanosť populácie 106
Podpora sebestačnosti seniorov v ústavných zariadeniach 108
Fenomenologické odkrytie zmyslu života človeka 111
Asistovaná reprodukcia cez prizmu súčasnej legislatívy 119
Identyfikacja z przyszłą rolą zawodową studentów kierunku pielęgniarstwo 124
Manažment pacienta s anafylaktickou reakciou zdravotníckym záchranárom 133
Fenotypová individualizácia antihypertenzívnej liečby s využitím hemodynamických parametrov impedančnej kardiografie za účelom racionálnej farmakoterapie 139
Využitie fytoterapie u seniorov 141
Odpowiedzialność fizjoterapeuty w polsce za wykonywane leczenie 142
Liečba prietrží vykonávaná na našom pracovisku 144
Upadki u osób starszych - przyczyny, konsekwencje, zapobieganie 145
Možnosti chirurgického ošetrenia zlomenín hrudnej a driekovej chrbtice 155

Starość i śmierć w percepcji współczesnego społeczeństwa 157
Význam fyzioterapie pri svalovej dysbalancií u pracujúcich sestier.....168
Nordic walking jako sport dla pacjentów – przegląd piśmiennictwa naukowego 170
Neuropsychologická rehabilitácia pacienta po cievnej mozgovej príhode - kazuistika 177
Wpływ aktywności fizycznej na wybrane wskaźniki zdrowia młodzieży.....185
Vplyv jednostranne zaťažujúceho športu na vybrané parametre postury športovca.....187
Akceptacja rozpoznanej cukrzycy wśród pacjentów leczonych w oddziale internistycznym 189
Indikovanosť výjazdov k diagnóze výzvy – bolesti na hrudníku 201
Čo všetko dokáže tuberkulóza.....203
Zdrowie w systemie wartości młodzieży w okresie adolescencji 209
První zkušenosti s dual source ct ve fn ostrava 211
Využitie informačno - komunikačných technológii v práci sestry na Slovensku
a v Čechách 212
Zooterapia jako forma wspierania rozwoju dzieci niepełnosprawnosprawnych 219
Faktory ovplyvňujúce šírenie nozokomiálnych nákaz v ústavných zdravotníckych
zariadeniach.....228
Zastosowanie terapii tkanek miękkich w leczeniu następstw urazów obręczy
kończyny górnej i kończyny górnej 230
Motivace u studentů zdravotnických oborů pregraduálního vzdělávání 241
Výhody a nevýhody zrýchlených foriem rehabilitácie u ortopedických pacientov 243
Klostrídiová infekcia – stále narastajúce nebezpečie.....245
Výskyt netuberkulóznych mykobaktérií na Slovensku.....247
Vliv vybraných faktorů na hodnocení důstojnosti hospitalizovaných seniorů.....249
Dieta bezglutenowa – kiedy ją stosować – przegląd piśmiennictwa.....252
Psychometrická validizace dotazníku pdi-cz u pacientů bez kognitivního deficitu,
kteří nejsou v terminální fázi nemoci.....262
Prevalencia plochonožia u detí v predškolskom veku 5 – 6 rokov 264
Ocena skuteczności wybranych zabiegów elektroleczniczych w leczeniu dolegliwości
bólowych kręgosłupa.....266
Stratifikácia ošetrovateľskej starostlivosti o hemodialyzačné cievne prístupy 268
Rola rodziny w opiece nad osobą starszą.....270
Jazyková validizace dotazníku snap (spiritual needs assessment for patients) 281
Posudzovanie migrény z ošetrovateľského aspektu 283
Utrzymywanie abstynencji i doświadczenie negatywnych zdarzeń życiowych a nasilenie
glodu alkholowego.....289
História, súčasnosť a budúcnosť výučby rádiologických asistentov 291
Problem nietrzymania stolca u osób starszych 299

Metastázy chrbtice, ich diagnostika a chirurgická liečba 312
Informovanosť verzus edukácia pacienta 314
Moderné a experimentálne prístupy v chirurgickej liečbe ochorení štítnej žľazy 316
Závislosť medzi časom poskytovania kardiopulmonálnej resuscitácie a jej kvalitou.....318
Nefarmakologická liečba a jej využitie v komplexnej starostlivosti o seniorov 321
Ocena wydolności osób starszych przy użyciu skali barthel 323
Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu ochorenia 325
Výsledky chirurgickej liečby pri mts chrbtice 331
Manažment pooperačnej starostlivosti.....332
Biofeedback – nefarmakologická terapia s potenciálom 338
Profilaktyka ostrych zespołów bólowych kręgosłupa – edukacyjna rola pielęgniarki 340
HPV infekcia a vakcinácia 355
Etické princípy ošetrovateľskej starostlivosti v ados 364
5-ročný spondylochirurgický manažment pacienta s onkologickým ochorením.....372
Preventive medical examinations of polish youth – facts 373
Meranie oxidu dusnatého vo vydychovanom vzduchu u detí 374
Sedentary lifestyle and the problem of obesity 376
Konsekwencje zdrowotne nałogu nadużywania alkoholu w grupie pacjentów świętokrzyskiego centrum psychiatrii w morawicy.....378
Wpływ wczesnej specjalizacji sportowej na asymetrię ciała.....380
Możliwości oddziaływania na styl życia młodzieży.....382
Register autorov.....385

FÁZOVÝ MODEL NEUROREHABILITÁCIE

The PhaseModel of eurorehabilitation

Štefan Madarász[1,2], Zuzana Droppová[1]

[1]Neurologická klinika, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok- FN
[2]Fakulta zdravotnictva, Katolicka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

V posledných desaťročiach počet pacientov s ťažkým získaným poškodením nervového systému vykazuje narastajúcu tendenciu. Príčiny sú rôzne - trauma, cievne mozgové príhody, infekcie, mozgové nádory atď. Vďaka urgentnej, intenzívnej a ošetrovateľskej starostlivosti a moderným postupom v liečbe a v diagnostike veľa pacientov, ktorí v minulosti by neboli prežili tieto poškodenia prežívajú, často krát ale s ťažkým funkčným deficitom, ktorý vyžaduje intenzívnu starostlivosť, aby dosiahli po ukončení akútnej lekárskej starostlivosti čo najlepšiu kvalitu života a sebestačnosti. Na dosiahnutie tohto cieľa ale chyba na Slovensku komplexná neurorehabilitácia, a pacienti často krát po 2 - 3 týždňovom pobyte na doliečovacích oddeleniach skončia bez výraznejšieho zlepšenia v rôznych ústavoch pre dlhodobo chorých alebo sú prepustení domov, bez toho, aby mali zabezpečenú adekvátnu neurorehabilitačnú starostlivosť. Je to závažný medicínsky, sociálny aj ekonomicky problém, ktorý legislatíva doteraz nevyriešila.

Ďalším problémom je skutočnosť, že v existujúcich rehabilitačných zariadeniach často krát skôr uprednostňujú pacientov „ľahších“ ako neurologického pacienta s ťažkým deficitom vzhľadom k tomu, že platby zo strany poisťovni sú rovnaké za pacienta s ľahkým postihnutím a za pacienta ťažkým neurologickým deficitom.

Autor poukazuje na nutnosť vybudovania neurorehabilitačných pracovísk na Slovensku s legislatívnym zakotvením prijatia pacientov na tieto pracoviska diferencovane, s vopred stanovenými indikačnými kritériami prijatia, vopred stanoveným trvaním a intenzity starostlivosti, a s vopred definovaným diferencovaným finančným zabezpečením starostlivosti zo strany poisťovní. Ako príklad demonštruje organizáciu rehabilitačného procesu podľa takzvaného fázového modelu rehabilitácie, ktorý dlhé roky úspešne funguje v Nemecku s viacerými výhodami najmä pre pacientov.

Kľúčové slová: Získané poškodenia mozgu. Neurorehabilitacia. Fázový model neurorehabilitácie.

Abstract

In recent decades the number of patients with severe acquired brain damage has increasing tendencies - trauma, stroke, infections, brain tumors, etc. Thanks to urgent, intensive, nursing care and innovations in evaluation and treatment options, many people, who would have died in past, survive. However, often times with severe functional deficits, which are needed to overcome with time and more medical care, to gain the best quality of life and self-sufficiency. But for gaining this goal Slovakia is missing complex neurorehabilitation, so patients after short 2-3 weeks hospitalization are left without significant improvement in the long-term care facility, or are released home without adequate neurorehabilitation rocess. It is a serious medical, social and economic problem that has not been addressed by legislative yet.

Another problem is fact that in existing rehabilitation facilities, are often preferred 'lighter' patients than patients with severe neurological deficits. This is because payments by insurance companies are the same for a patient with mild disability as for a patient with severe neurological deficit.

The author points out the necessity of building neurorehabilitational facilities in Slovakia with the legal basis of hospitalization of patients to these facilitis differently, with predetermined acceptance criteria, predetermined duration and intensity of care and with predefined differentiated financial security of care by insurance companies. As an example, he demonstrates the organization of the rehabilitation process according to the so-called phase model of rehabilitation, which has been operating successfully in Germany for many years with several benefits, especially for patients.

Key words: Acquired brain damage. Neurorehabilitation. Phase model of neurorehabilitation.

Práca je podporená projektom EÚ Mechanizmy a nové markery vzniku a priebehu cirkulačných porúch mozgu ITMS 26220220099

Úvod

Slovenská republika je jednou zo štátov v Európe majúcich najvyššiu morbiditu napr. na cievne mozgové príhody (CMP) a mortalitu 2-3 x vyššiu ako v ostatných európskych štátoch [1] [2]. Napr. ischemické mozgové príhody (I63 podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb - MKCH) na Slovensku patria medzi ochorenia, ktoré sú veľmi častou príčinou hospitalizácií, 390,4/100000 obyvateľov [3], mnoho krát s následnou ťažkou disaptibilitou (disabilita je zníženie funkčných schopností na úrovni tela, jedinca alebo spoločnosti, ktorá vzniká, keď sa občan so svojím zdravotným stavom - zdravotná kondícia stretne s bariérami

prostredia – definícia podľa WHO) [4] [5] a mortalitou, ktorá je na Slovensku takmer 3 x väčšia ako vo vyspelých štátoch Európy [6], [7].

Narastajúcu tendenciu vykazuje v posledných rokoch aj počet pacientov s ťažkým získaným poškodením nervového systému z iných príčin ako je cievna mozgová príhoda (CMP) - traumy, infekcie, mozgové nádory, demyelinizačné a degeneratívne ochorenia CNS atď, ktorých stav taktiež vyžaduje intenzívnu rehabilitačnú liečbu od prvých dní po vzniku poškodenia. Napr. niektoré štúdie odhadujú, že viac ako 40% pacientov, ktorí boli hospitalizovaní v dôsledku stredne ťažkého až ťažkého traumatického poškodenia mozgu (TBI) vykazuje dlhodobú disaptibilitu. V USA (Spojené štáty americké) sa prevalencia pohybuje od 3,2 do 5,3 milióna ľudí, tj viac ako 1,1 % obyvateľov USA s ťažkým traumatickým poškodením mozgu. Vo Švajčiarsku sa odhaduje výskyt závažnej TBI okolo 10,58 na 100 000 obyvateľov za rok. Pre USA odhadujú ročné náklady na TBI na viac ako 221 miliárd amerických dolárov. Teda nielen z hľadiska postihnutého jednotlivca, ale aj z ekonomického hľadiska je nutné podporovať zotavenie postihnutých jednotlivcov a pomôcť im znovu získať nezávislosť prostredníctvom optimalizovanej rehabilitačnej starostlivosti a to od skorej rehabilitácie pacientov so zníženým vedomím po reintegráciu pacientov do sociálneho a profesionálneho prostredia [8].

Neurorehabilitácia

V súčasnej dobe sa veľmi často stretávame s pojmom neurorehabilitácia najmä v zahraničnej odbornej literatúre, menej často v slovenskej. Obsah tohto pojmu však býva chápaný rôzne. Veľmi často je pod týmto pojmom vnímaná každá fyzioterapia prevádzaná s neurologickým pacientom, čo nie je správne. Obsah neurorehabilitácie je omnoho komplexnejší. Neurorehabilitácia je zložitý a väčšinou dlhodobejší proces, ktorý je zabezpečovaný multidisciplinárnym rehabilitačným tímom kam patrí rehabilitační lekár, neurológ, neurochirurg, ortopéd a ďalší odborníci podľa charakteru postihnutia pacienta, psychológ, resp. neuropsychológ, fyzioterapeut, ergoterapeut, logopéd, sociálny pracovník, protetik, zdravotné sestry, dietológ a aj členovia rodiny pacienta atď.[9].

V roku 1996 iniciovala Európska federácia neurologických spoločností (The European Federation of Neurological Societies, (EFNS) vytvorenie štandardov neurorehabilitáce [10]. Pod vedením prof. M. Barnesa sa založila pracovná skupina, ktorej úkolom bolo zistiť stav neurorehabilitácie v Európe. Záverom práce tejto skupiny sa stali doporučené štandardy pre neurorehabilitáciu [11] [12].

Už od r. 1990, čiže 29 r. existuje Svetová spoločnosť pre neurorehabilitáciu. V rámci spoločnosti rehabilitačnej a fyzikálnej medicíny napr. v Čechách bola založená sekcia neurorehabilitace, čo na Slovensku chýba. Chýba aj sieť akútnych neurorehabilitačných oddelení podobných spinálnym jednotkám pre pacientov s poškodením miechy. Systémové

zmeny v rehabilitácii pacientov po poškodení nervového systému by mali byť podporené najmä legislatívne, čo chýba [9].

Svetová zdravotnícka organizácia (OSN) – Regionálny úrad pre Európu, v máji 1998 v Kodani prijala Deklaráciu zdravia ľudí vo svete pod názvom Zdravie 21 - zdravie pre všetkých v 21. storočí. Ide o dokument pre Európu v ktorom sa odporúča, ako by sa postupne mali meniť zdravotne sociálne systémy v Európe. Napríklad odporúča vo všetkých nemocniciach, kde sú život zachraňujúce oddelenia zriadiť rehabilitačné lôžkové oddelenia [13] [14]!

1. december 2006 Valné zhromaždenie OSN prijalo Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím a jeho Opčný protokol (ďalej len „Dohovor“). Dohovor vstúpil v platnosť 3. mája 2008, a prezident Slovenskej republiky dohovor ratifikoval 28. apríla 2010. Dohovor nadobudol platnosť pre Slovenskú republiku 25. júna 2010 [15]. Táto dohoda v článku 26 sa venuje habilitácii a rehabilitácii, a píše sa - „aby sa umožnilo osobám so zdravotným postihnutím dosiahnuť a udržať si maximálnu možnú samostatnosť, uplatniť v plnej miere telesné, duševné, sociálne a profesijné schopnosti a dosiahnuť plné začlenenie a zapojenie do všetkých oblastí života. Na tento účel zmluvné štáty zriadia, podporujú a rozširujú komplexné habilitačné a rehabilitačné služby a programy, najmä v oblasti zdravotníctva, zamestnanosti, vzdelávania a sociálnych služieb [14] [16].

Na Slovensku koncepcia odboru fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie bola uvedená do praxe Vestníkom ministerstva zdravotníctva (VMZ)1995, čiastka 14-15, str. 105 28.6.1995 [17]. Žiaľ nerieši starostlivosť o pacientoch so získanými poškodeniami nervového systému, s ťažkým funkčným deficitom, nerieši potreby zriadenia včasných neurorehabilitačých lôžok, nerieši kritéria prijatia pacientov na tieto lôžka, nerieši ani formu zabezpečenia dlhodobej komplexnej neurorehabilitačnej starostlivosti pre týchto pacientov s ťažkou disaptibilitou [17].

FÁZOVÝ MODEL NEUROREHABILITÁCIE

Z etických a zdravotne - politických dôvodov je základnou požiadavkou aby pacienti so získaným poškodením nervového systému s dizabilitou dosiahli po ukončení akútnej lekárskej starostlivosti čo najlepšej kvality života a sebestačnosti, ktorá by im umožnila opäť nájsť svoje miesto v spoločnosti [18]. Rehabilitácia predstavuje jeden zo systémových, medzinárodne uznávaných konceptov „návratu ku zdraviu“ a / alebo ku zvýšeniu kvality života ľudí s dlhodobou či trvalou zmenou zdravotnej kondície. Je to proces, jeho cieľom je umožniť osobám s disabilitou, aby dosiahli a zachovali si optimálnu fyzickú, zmyslovú, intelektovou, psychickou a sociálnu úroveň funkcií a poskytnúť im prostriedky pre zmenu ich života k dosiahnutiu vyššej úrovne nezávislosti. Rehabilitácia môže zahrnovať opatrenia pre zaistenie a obnovu funkcií alebo opatrení kompenzujúce stratu alebo absenciu funkcie alebo funkčného obmedzenia [19]. Vzhľadom k tomu, že na Slovensku neurorehabilitační proces nie

je do dnešného dna jasne štruktúrovaný, najmä v oblasti rehabilitácie ťažko postihnutého neurologického pacienta, prináša to množstvo problémov pri zabezpečení neurorehabilitačnej starostlivosti u týchto pacientov:

1. Títo pacienti zostávajú týždne, niekedy i mesiace v akútnom nemocničnom zariadení, vzhľadom k tomu, že neexistujú rehabilitačné centra, ktoré by boli schopné zabezpečiť najmä akútnu lekársku starostlivosť behom rehabilitačného procesu. Jedná sa hlavne o skupinu pacientov s poruchami vedomia alebo v bezvedomí, ktorí sú na umelej ventilácii, alebo sú závislí na dialýze alebo majú akútne neuropsychiatrické problémy [18] – **chýbajú tzv. lôžka včasnej rehabilitácie!**
2. Neexistujú neurorehabilitačné centrá v pravom slova zmyslu
3. Rehabilitačné centrá často krát nie sú doteraz ani pre potreby týchto pacientov vhodne vybavené.
4. Na Slovensku zatiaľ neexistuje väčšinou ani neurorehabilitačný tým vyškolených špecialistov, ktorí by boli schopní spojiť potreby akútnej medicíny a neurorehabilitácie u pacientov so získaným poškodením nervového systému
5. Nie je legislatívne zabezpečený štatút neurorehabilitačných pracovísk, prijem a doba trvania liečby na týchto oddelenia, diferenciácia a forma poskytnutej rehabilitačnej starostlivosti a diferencované financovanie neurorehabilitačnej starostlivosti v jednotlivých prípadoch.

Dobrým príkladom pre organizáciu rehabilitačného procesu v týchto prípadoch je tzv. fázový model neurorehabilitácie, ktorý je už roky úspešne praktizovaný v Nemecku. Tento model pomohol optimalizovať štruktúru rehabilitačných zariadení, a umožnil transparenciu rehabilitačného procesu nie len pre lekára a pacientov, ale taktiež pre zdravotné poisťovne [18]. Fáza, do ktorej pacient má byť zaradený je pevne definovaná, rovnako ako doba a intenzita terapie, podľa ktorej sa riadia aj denné náklady [20].

Fázový model neurorehabilitácie rozlišuje:

Fázu A - akútna fáza ochorenia

Fázu B - fáza včasnej rehabilitácie, behom ktorej musí byť ešte v prípade nutnosti zabezpečená intenzívna starostlivosť

Fázu C - fáza v ktorej je pacient už schopný v terapii spolupracovať

Fázu D - fáza rehabilitácie po ukončení ranej mobilizácie

Fázu E – fáza intenzívnej liečebnej rehabilitácie a rehabilitácie pracovnej

Fázu F - fáza rehabilitácie, v ktorej sú nutné dlhodobé podporujúce terapeutické aktivity, ktoré stav pacienta zachovávajú [18] [21] [22] [23].

FÁZA A – fáza akútneho ochorenia - prebieha v zariadeniach akútnej starostlivosti. Behom tejto fáze sa začínajú prvé formy rehabilitačnej terapie, ktoré sa zamerajú na [18] profylaxiu

sekundárnych komplikácií a včasnú mobilizáciu. Rehabilitačná liečba je vykonaná najčastejšie v oblasti fyzioterapie a ergoterapie. [20].

FÁZA B – fáza včasnej rehabilitácie, behom ktorej musí byť ešte v prípade nutnosti zabezpečená intenzívna starostlivosť.

- **Príjem pacienta do fáze B - Barthelovej index 0 –35 bodov -** do tejto fáze sú prijímaní pacienti v kóme alebo ťažkými poruchami vedomia, následkom ťažkého poškodenia centrálneho nervového systému (CNS). Dôvodom tohto postihnutia môže byť traumatické poškodenie mozgu, porucha mozgového prekrvenia, mozgové krvácanie, stavy po kardiopulmonálnej reanimácii s difúznou hypoxiou mozgu, zápaly CNS, tumory, intoxikácie, pacienti s inými ťažkými neurologickými poruchami ako je locked-in syndróm, Guillainov-Barrého syndróm, vysoké transverzálne lézie miechy atď.
- **Prijímacie kritéria do fáze B: -** primárna akútna terápia je ukončená, aktuálne nie sú potrebné žiadne operatívne intervencie, nie je prítomná sepsa, nie je prítomná floridná osteomyelitída, stabilný intrakraniálny tlak, kardiopulmonálne funkcie sú aspoň v ľahu stabilizované, chýba schopnosť aktívnej spolupráce, pacient je plne odkázaný na ošetrovateľskú starostlivosť, vo väčšine prípadov nutnosť výživy pacienta pomocou sondy a vo väčšine prípadov inkontinencia. V rámci organického psychosyndrómu môže byť pacient nebezpečný sám sebe alebo druhým. Vedľajšie ochorenie nesmie obmedzovať priebeh rehabilitačnej terapie
- **Terapeutické ciele vo fáze B -** zlepšenie vedomia a naviazanie komunikácie a kooperácie, počínajúca mobilizácia, zmenšenie stupne poškodenia centrálneho a periférneho (PNS) nervového systému, zamedzenie sekundárnym komplikáciám, posúdenie rehabilitačného potenciálu, plánovanie ďalšieho zabezpečenia rehabilitácie
- **Liečebné úkoly vo fáze B -** pokračovanie v lekárskej starostlivosti tak, ako bolo realizované vo fáze A, funkčná priebežná diagnostika poškodenia CNS a PNS, terapia novo vzniknutých ochorení a komplikácií, nepretržité sledovanie pacienta neuromonitorovaním, zahájenie sekundárnej profylaxie
- **Rehabilitačné úkoly vo fáze B -** funkčná a priebežná diagnostika, aktívna ošetrovateľská starostlivosť a cielená funkčná terapia k zamedzeniu sekundárnych komplikácií, podpora motoriky a senzoriky, kontrolovane stimulujúca terapia, facioorálna terapia (FOT), základný tréning aktivít denného života (ADL), poradenská činnosť, posúdenie a umožnenie ďalších fáz rehabilitácie
- **Intenzita terapie vo fáze B -** 4-6 hodín denne cielenej rehabilitačnej ošetrovateľskej starostlivosti, tu ako aktivujúca činnosť niekoľko krát denne lekárska vizita funkčná terapia dohromady niekoľko hodín denne, často krát s viacerými terapeutmi spoločne

- **Doba terapie vo fáze B -** u väčšiny pacientov až po dobu 6 mesiacov, pri zvláštnej indikácii a prognóze aj dlhšie. Pokiaľ pri nenarušenom priebehu terapie nie je poznateľné žiadne funkčné zlepšenie, musí byť fáza B ukončená. Výnimky sú u detí u ktorých môže byť potrebná i oveľa dlhšia doba terapie, 1 rok a niekedy i dlhšie! U pacientov s prerušeným priebehom rehabilitácie vychádzame najprv z 8 týždňového sledovania k vyjasneniu rehabilitačného potenciálu!
- **Prepustenie pacienta z fáze B -** podľa priebehu ochorenia je indikované pokračovanie v rehabilitácii buď vo fáze C alebo vo fáze F. Niekedy sa tiež plánuje opätovné prijatie pacienta do fáze B alebo C [18] [19].

FÁZA C – fáza včasnej mobilizácie v zmysle postprimárnej rehabilitácie. Vedľa pokračujúcej liečbe primárneho ochorenia a vedľajších ochorení musí byť priebeh ochorenia úzko kontrolovaný.

- **Prijímacie kritéria do fáze C - Barthelovej index je 35 - 75 bodov**. Pacient pri prijatí do tejto fáze už nie je odkázaný na intenzívnu starostlivosť a umelé dýchanie. Musí sa o neho ale intenzívne starať aj zo strany ošetrovateľskej. Vedomie pacienta v tejto fáze je väčšinou jasné, pacient je schopný adekvátnej reakcie na výzvu. Pacient je čiastočne mobilizovaný, je schopný aktívne sa zúčastniť opakovaných denných terapií, ktoré majú trvanie priemerne 30 min. Vedľajšie ochorenia nesmú brzdiť ďalšiu mobilizáciu. Pacientovi nehrozí v tejto fáze seba zranenie alebo spôsobenie zranenia iným [18] [24].
- **Liečebné úkoly vo fáze C** - rozsiahla rehabilitačná terapia je smerovaná v tejto fáze na pokiaľ možno čo najvyššiu samostatnosť v aktivitách denného života – ADL tréning. Súčasne sa terapia zameriava tiež na znovu obnovenie základných funkcií nervového systému ako napr. psychický stav, afekt, motivácia, orientácia, pozornosť, pamäť, komunikácia, senzomotorika, koordinácianácia
- **Rehabilitačné úkoly vo fáze C -** zistenie rehabilitačného potenciálu, zabezpečenie ďalších rehabilitačných krokov, vykonávajú sa priebežne funkčná diagnostika, aktivujúca rehabilitačná starostlivosť, cielená funkčná terapia
- **Terapeutické ciele vo fáze C -** obmedzenie sekundárneho poškodenia, terapia funkčných deficitov
- **Rehabilitačné úkoly vo fáze C -** facioorálna terapia v rámci logopédie, tréning samostatnosti v rámci ergoterapie, zlepšenie mobility v rámci fyzioterapie, predpisovanie a prispôsobenie individuálnych pomôcok, psychologická podpora pri spracovaní následkov ochorenia, poradenská činnosť pre pacienta a pre rodinných príslušníkov
- **Intenzita terapie vo fáze C -** intenzitu terapie je možné porovnávať s intenzitou terapie vo fáze B t.j. 4-6 hodín denne cielenej rehabilitačnej ošetrovateľskej starostlivosti, denne sa

vykonávajú lekárske vizity, terapia prebieha hlavne vo forme terapie jednotlivca, ale už je možné ju vykonávať čiastočne vo forme malých skupín

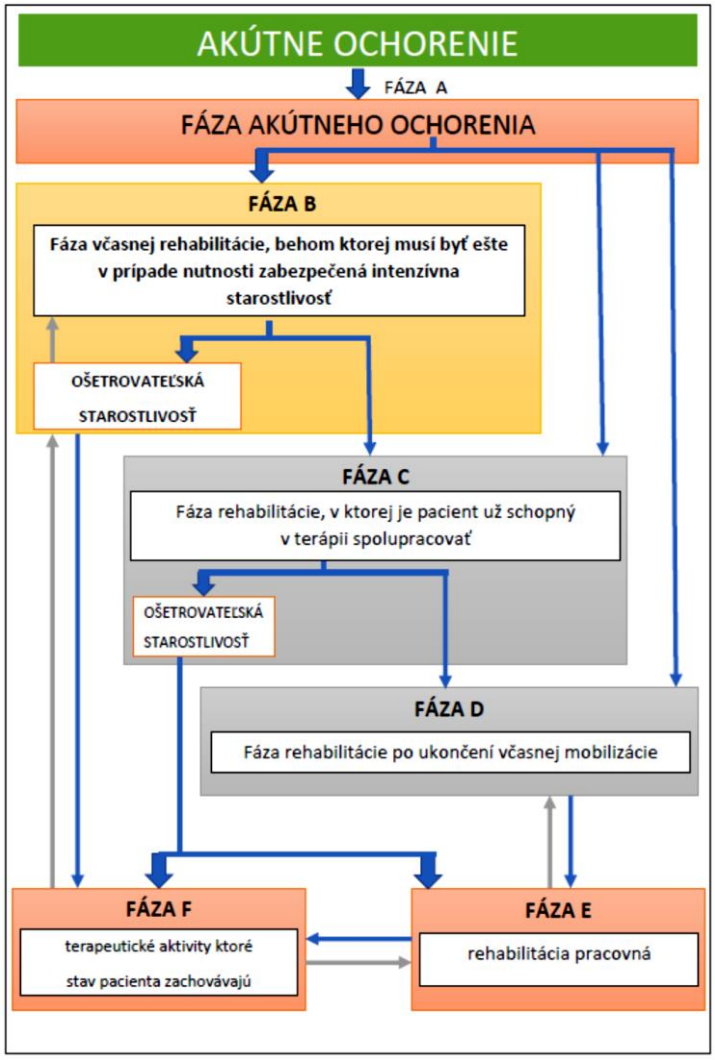
- **Doba terapie vo fáze C -** vo väčšine prípadov 8 týždenný interval pozorovania k zisteniu rehabilitačného potenciálu pacienta, niekedy táto fáza trvá až 6 mesiacov najmä u detí
- **Prepustenie pacienta z fáze C -** podľa priebehu rehabilitácie pokračuje pacient s ďalšou liečbou vo fáze D. Niekedy, keď stav to umožňuje v denných stacionároch alebo vo fáze E, prípadne vo fáze F. V prípade, že pacientov stav sa zlepší, pacient znova môže byť preložený do fáze C [18].

FÁZA D – fáza včasnej rehabilitácie je definovaná ako fáza tradičnej lekárskej rehabilitácie po ukončení včasnej fáze mobilizácie.

- **Prijímacie kritéria do fáze D - Barthelovej index 65 a viac bodov** a pacient je behom celej doby rehabilitácie schopný a ochotný pri terapii spolupracovať a učiť sa terapeutickým obsahom. Pacient je v aktivitách denného života ADL samostatný, ošetrovateľská starostlivosť je nutná už len vo výnimočných prípadoch
- **Terapeutické ciele vo fáze D – v popredí terapeutických cieľov stoja -** mentálne poruchy ktoré sú relevantné tak pre denný život pacienta ako aj pre jeho zaradenie do pracovnej činnosti, pacient je v aktivitách denného života ADL samostatný, ošetrovateľská starostlivosť je nutná už len vo výnimočných prípadoch
- **Rehabilitačné úkoly vo fáze D -** úkony v oblasti kuratívnej medicíny sú porovnateľné s fázou C
- **Terapeutické ciele vo fáze D -** obnovenie funkcií CNS ktoré sú nutné pre aktívny život v spoločnosti, zlepšenie zvyšných funkčných deficitov, stratégie ku kompenzácii a adaptácii zostávajúcich postihnutí, redukcia nutnosti ošetrovateľskej starostlivosti, umožnenie sociálnej reintegrácie. V prípade plánovaného opätovného zaradenia do pracovnej činnosti alebo do školy, musí sa vykonať cielená analýza možnosti zaradenia pacienta a schopnosti jeho pracovnej činnosti. Pacienti sú ešte psychologicky podporovaní pri spracovaní následkov ochorenia a pri plánovaní ďalšieho života, zabezpečuje sa poradenstvo rodinným príslušníkom, posúdenie nutnosti pomôcok v domácom prostredí. Funkčná terapia je realizovaná formou terapie jednotlivca alebo formou skupinovej terapie. Lekárske vizity už nie sú potrebné vykonávať denne. Terapia môže prebiehať buď v rámci lôžkového zariadenia, alebo v dennom stacionári, v rámci dvojtýždennej fáze intenzívneho sledovania sa zameriavame na zistenie zostávajúcich funkčných deficitov.
- **Doba terapie vo fáze D -** podľa závažnosti funkčných deficitov môže terapia trvať vo fáze D až po dobu 6 mesiacov, najmä v prípadoch, keď je plánovaná pracovná rehabilitácia. Ďalšia terapia je vykonávaná ambulantne v rámci terapeutických ambulancií alebo ako pracovná rehabilitácia vo fáze E.

– **Prepustenie pacienta z fáze D -** ďalšia terapia je vykonávaná ambulantne, po časovom odstupe je možné pacienta opäť prijať do fáze D [18] [20] [24].

FÁZA E – fáza zachovania účinku doterajšej rehabilitácie. Obsahuje po ukončení intenzívnej rehabilitácie fáze B až D takú terapiu, ktorá slúži k upevneniu a zafixovaniu dosiahnutých úspechov liečebnej rehabilitácie. Terapia obsahuje rôzne formy profylaxie s cieľom zamedziť vzniku sekundárnych komplikácií následkom funkčného postihnutia [24] [23].



***Obr.1** Fázový model neurorehabilitácie v Nemecku [22].*

FÁZA E – fáza zachovania účinku doterajšej rehabilitácie. Obsahuje po ukončení intenzívnej rehabilitácie fáze B až D takú terapiu, ktorá slúži k upevneniu a zafixovaniu dosiahnutých výsledkov liečebnej rehabilitácie. Terapia obsahuje rôzne formy profylaxie s cieľom zamedziť vzniku sekundárnych komplikácií následkom funkčného postihnutia [24] [23].

- **Prijímacie kritéria do fáze E -** pacient je v tejto fáze plne orientovaný a vo väčšine prípadov plne mobilizovaný [18]. Pri podpore ďalšieho plánovania aktivít je nutná aspoň čiastočná flexibilita pacienta, ktorý by mal byť schopný základnej orientácie v nových situáciách.
- **Terapeutické ciele vo fáze E -** hlavným cieľom v tejto fáze je podpora sociálnej integrácie, rovnako ako integrácie do pracovného resp. študijného života. U pacientov s poruchami psychického stavu je nutné popri terapeutickej podpory cielených aktivít podporovať aj ich samostatnosť. Lekárske kontroly postačia formou konziliárnej služby alebo v rámci ambulantnej starostlivosti. Úroveň možného funkčného zlepšenia už bola dosiahnutá a preto sa terapia v tejto fáze zameriava na udržiavanie doteraz dosiahnutých výsledkov, na profylaxiu sekundárneho poškodenia, využívanie kompenzatórnych stratégií. Pacient by mal byť motivovaný k aktívnemu zvládnutiu svojich deficitov, udržanie zlepšenia stavu, psychickej a duševnej vyrovnanosti. Zabezpečuje sa integratívna podpora v rodinnom, školnom a sociálnom prostredí. Zabezpečujú sa technické pomôcky pre život v domácom prostredí napr. stavebné úpravy, a podpora aktivít v povolaní ako aj vo voľnom čase pacienta [18] [20] [24] [23].

FÁZA F – stav pacienta vyžadujúci stále ošetrovanie. V tejto fáze rehabilitácie sú nutné dlhodobé podporujúce terapeutické aktivity, ktoré sa snažia udržať stav pacienta na súčasnej úrovni. Stará sa tu o pacientov, ktorí prešli cez všetky intenzity terapie tak vo fáze akútnej, tak v predchádzajúcich fázach rehabilitácie, a zostali postihnutí ťažkými funkčnými deficitmi.

- **Prijímacie kritéria do fáze F -** pacient je s ťažkým komplexným poškodením, ktorí nie sú schopní samostatného života, pacienti s poruchami vedomia, pacient s apalickým syndrómom. Preloženie do fáze F je možné z ktorejkoľvek inej fázy. V prípade zlepšenia funkčného stavu je umožnené ihneď, kedykoľvek opätovné prijatie pacienta do predchádzajúcej fáze B-E so všetkými možnosťami intenzívnej rehabilitácie
- **Rehabilitačné úkoly vo fáze F -** dlhodobá niekedy stála starostlivosť, vykonávajú sa aktivujúce terapeutické prvky a terapia s dôrazom na profylaxiu sekundárneho poškodenia
- **Možnosti rehabilitácie v rodinnom kruhu -** starostlivosť v rodinnom kruhu je síce s technickou a terapeutickou podporou možná, hrozí ale vo väčšine prípadov vyčerpanie celej rodiny, takže vhodnejšie sú kombinované formy umiestnenia pacientov s intervalmi s možnosťou rodinnej starostlivosti

Fáza F sa delí na fázu F1 a na fázu F2:

Fáza F1 - vychádzame z toho, že pacient má ešte latentný rehabilitačný potenciál. Usiluje sa o ďalší vývoj individuálneho rehabilitačného potenciálu. Súčasne je nutné využiť všetky možnosti terapie k zamedzeniu sekundárnych komplikácií, ako sú dekubity, kontraktúry, infekcie. Trvanie fázy F1 má byt ohraničená dobou 2 rokov. Terapeuticky plán obsahuje fyzioterapiu, manuálnu terapiu, fyzikálnu terapii a ergoterapiu, je možne v niektorých prípadoch

využiť tréning základných neuropsychologických funkcií. Hlavnou doménou fáze F1 je pokračovanie v multimodálnej stimulácii, ktoré boli zahájené už vo fáze B, a vo fáze F je vo väčšine prípadov vykonaná rodinnými príslušníkmi, ktorí absolvovali odborné školenie terapeutmi. V prípadoch zlepšenia stavu je možné pacienta opäť prijať do predchádzajúcich rehabilitačných fáz podľa aktuálneho stavu pacienta. Z tohto dôvodu sú nutné pravidelné kontroly stavu pacienta.

Fáza F2 – starajú sa o pacientov s ťažkým poškodením CNS, pokiaľ sa jedna o ťažké pretrvávajúce komplexné poškodenie a vychádza sa len z veľmi malého rehabilitačného potenciálu. V popredí záujmu tejto fáze stoji časovo neobmedzená starostlivosť o pacienta, zabezpečenie a udržanie dosiahnutých výsledkov. Aj v tejto fáze je v jednotlivých prípadoch funkčné zlepšenie možne, z toho dôvodu sú i tu doporučené priebežné kontroly stavu [18] [24].

Súhrn a diskusia

V Slovenskej republike morbidita a mortalita napr. na choroby obehovej sústavy vrátane cievnych mozgových príhod patrí medzi najvyššie v celej Európe, a výskyt úmrtnosti na tieto ochorenia dosahuje 2-3 x vyššiu ako v rozvinutých priemyselných štátoch európskych [1] [2] [6], [7]. Následkami CMP ale aj ostatných získaných poškodeniach nervového systému je mnoho krát ťažká disaptibilita, ktorá vyžadujú komplexnú, multioborovú a dlhodobú neurorehablitáciu [3].

Aj napriek tomu že Koncepcia odboru fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie bola pripravená už v roku 1992 [25], a v legislatíve bola zakotvená[17], problém multidisciplinárnej, dlhodobej rehabilitačnej starostlivosti o ťažko postihnutých neurologických pacientoch sa nevyriešil, a dlhodobo sa ani nerieši na Slovensku. Naopak! V roku 2011 na základ Záväzku vlády prehodnotiť a reštrukturalizovať minimálnu sieť poskytovateľov zdravotnej starostlivosti za ministra zdravotníctva MUDr. Ivana Uhliarika (KDH) došlo k ďalšiemu zániku niektorých oddelení v nemocniciach - medzi nimi zanikli aj niektoré rehabilitačné lôžka, čo napokon viedlo k tomu, že z 1050 lôžok v roku 2007 napokon zostalo na Slovensku v r. 2015 len 800, v r. 2016 844 lôžok [7] [26]. Nie je potom čomu sa diviť, keď napr. v Žilinskom kraji aktuálne máme 14 rehabilitačných lôžok, čo absolútne nepostačuje pre takmer 700000 obyvateľov kraja. A stále hovoríme o rehabilitačných lôžkach, kým vo svete a v okolitých štátoch v tejto súvislosti sa diskutuje o neurorehabilitačných lôžkach [27].

Už v júni 1997 boli publikované štandardy v neurologickej rehablitácii (Standards in neurological rehabilitation) profesorom Barnesom MP et al. [12] a Svetová zdravotnícka organizácia v máji 1998 v Kodani prijala „ Deklaráciu zdravia ľudí vo svete pod názvom Zdravie 21 v ktorom sa odporúča, ako by sa postupne mali meniť zdravotne sociálne systémy v Európe. Napríklad odporúča vo všetkých nemocniciach, kde sú život zachraňujúce oddelenia

(ARO, JIS) rehabilitačné lôžkové oddelenie [13] [14]! Túto deklaráciu prezident Slovenskej republiky ratifikoval 28. apríla 2010[15].

Táto dohoda v článku 26 sa venuje habilitácii a rehabilitácii, kde sa odporúča aby sa umožnili osobám so zdravotným postihnutím dosiahnuť a udržať si maximálnu možnú samostatnosť, uplatniť v plnej miere telesné, duševné, sociálne a profesijné schopnosti a dosiahnuť plné začlenenie a zapojenie do všetkých oblastí života. Na tento účel zmluvné strany zriadia, budú podporovať a rozširovať komplexné habilitačné a rehabilitačné služby a programy, najmä v oblasti zdravotníctva, zamestnanosti, vzdelávania a sociálnych služieb tak, aby tieto služby a programy sa začínali v čo najskoršej etape a boli založené na multidisciplinárnom posúdení individuálnych potrieb pacienta
[14] [15] [16].

Napriek tomu, že existujú odporúčania na vytvorenie multidisiplinárnej rehabilitačnej starostlivosti prispôsobenej potrebám pacienta a štandardy pre neurorehabilitáciu, naša legislatíva nerieši ani lôžka včasnej rehabilitácie, ani problematiku neurorehabilitácie ako takú, a potom musíme sa uspokojiť so skutočnosťou, že pacient s ťažkým neurologickým deficitom nemá zabezpečenú akútnu rehabilitačnú starostlivosť na požadovanej úrovni vzhľadom k tomu, že neexistujú včasné lôžkové rehabilitačné oddelenia ako sú vytvorené napr. v Českej republike [20] [28] [29]. Nie je zabezpečená ani následná rehabilitačná starostlivosť tzv. obdobie včasnej mobilizácie v zmysle postprimárnej rehabilitácie ale nie sú zabezpečené ani možnosti včasnej rehabilitácie resp. dlhodobej rehabilitačnej starostlivosti na udržanie pacienta v stabilizovanom stave.

Samostatnú kapitolu tvoria pacienti s veľmi ťažkým neurologickým deficitom, s poruchami vedomia, ktorí mnoho krát sa umiestňujú na rôzne pracoviská dlhodobej starostlivosti, kde prichádzajú o nádej zlepšenia stavu vzhľadom k tomu, že hospice a oddelenia pre dlhodobo chorých nespĺňajú kritéria pre zabezpečenie multidisciplinárnej, intenzívnej dlhodobej neurorehabilitácie.

Pravdou je aj skutočnosť, že „ťažkého pacienta“ nikto nechce už len z toho dôvodu, že pri nediferencovanej, legislatívne nezabezpečenej platbe zo strany poisťovní každé pracovisko si radšej prijme pacienta s minimálnym deficitom, ako pacienta s ťažkým neurologickým postihnutím bezvedomí.

Podobné problémy s rehabilitáciou a so zabezpečením neurorehabilitačnej starostlivosti pacientom so získanými poškodeniami nervového systému mali aj v okolitých štátoch na prelome storočia, napr. v Nemecku. TU po zavedení tzv. fázového modelu rehabilitácie, neurorehabilitácie väčšinu problémov či zo strany poisťovní alebo zo strany zabezpečenia dlhodobej rehabilitačnej starostlivosti pacientom s ťažkým neurologickým deficitom už od akútneho štádia vyriešili [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24].

Záver

Autori v príspevku poukazujú na nedostatky v rehabilitačnej starostlivosti na Slovensku u pacientov s ťažkým neurologickým deficitom pri získaných poškodeniach nervového systému a ako príklad možného riešenia problému uvádzajú možnosti tzv. fázového modelu neurorehabilitácie, ktorý úspešne používajú v Nemecku. Pomocou fázového modelu neuroehabilitácie sa im podarilo prijímať pacientov do jednotlivých fáz podľa pevne stanovených podmienok, s pevne stanovenou dobou starostlivosti v jednotlivých fázach, s pevne stanovenou intenzitou terapie v danej fáze a s pevne stanovenými kritériami preplácania denných nákladov. Zavedenie tohto modelu viedlo k výraznému rozvoju včasnej intenzívnej neurorehabilitácie a počet lôžok pre ťažko postihnutých neurologických pacientov so zýskaním pošodením CNS v období r. 2002 – 2006 sa desať násobil!

Sme presvedčený, že pri vypracovaní legislatívy pre neurorehabilitáciu a zohľadnení skúseností kolegov v iných krajinách aj na Slovensku je možné vytvoriť a uviesť do praxe podobný model fázovej rehabilitácie v prospech ťažko postihnutých neurologických pacientov!

Používané skratky

ADL	aktivity denného života (Activity of Daily Living)
ARO	Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny
CMP	cievna mozgová príhoda
CNS	centrálny nervový systém
EFNS	The European Federation of Neurological Societies
FOT	facioorálna terápia
JIS	Jednotka intenzívnej starostlivosti
OSN	Svetová zdravotnícka organizácia
PNS	periférny nervový systém
MKCH	medzinárodná klasifikácia chorôb
TBI	ťažké traumatické poškodenie mozgu
USA	Spojená štáty americké
VMZ	Vestník ministerstva zdravotníctva
WHO	World Health Organization

Literatúra

1. MADARÁSZ Š. *Kardio a cerebrovaskulárna mortalita na Slovensku za posledných 25-30 rokov. SJHS, 2012;3(1):32-47.*
2. MADARÁSZ, Š., BLAŽÍČEK P. *Hladiny adiponektínu u pacientov so sclerosis multiplex, s diabetickou polyneuropathiou, s neuropathiou inej etiológie a s ischemickou náhlou*

cievnou mozgovou príhodou a jeho vzťah k niektorým rizikovým faktorom aterosklerózy. Zdravotnícke štúdie, 2015; 8(1) 19.-31.

3. Štatistika hospitalizovaných v SR 2017. Bratislava, Slovakia: Edícia zdravotnícka štatistika; 2018.
4. PFEIFFER J., ŠVESTKOVÁ O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Publikace Světové zdravotnické organizace WHO*. České vydání. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Praha, Česká republika: Grada Publishing, a.s., 2001.
5. ŠVESTKOVÁ O., ANGEROVÁ Y., SLÁDKOVÁ P. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) – kvantitativní měření kapacity a výkonu.* Cesk Slov Ne urol N 2009; 72/105(6): 580–586.
6. Štatistika príčiny smrti. Eurostat. [online]. http://ec.europa.eu/eurostat/ statisticsexplained/ index.php/Causes_of_death_statis-tics/sk#Choroby_obehovej_s. C3.BAstavy.
7. Madarász Š., Andráši I., Šanta M. *Neurológia pre zdravotnícke nelekárske odbory.* Brno, Česká republika, Tribun EU s.r.o., 2018.
8. OBERHOLZER M. AND MÜRI R.M. *Neurorehabilitation of Traumatic Brain Injury (TBI):A Clinical Review.* Med. Sci. 2019; 7, 47; doi:10.3390/medsci7030047.
9. ANGEROVÁ Y., ŠVESTKOVÁ O., SÜSSOVÁ J., VÉLE F., SLÁDKOVÁ P. A LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace.* Cesk Slov Neurol N 2010; 73/106(2): 131–135.
10. SÜSSOVÁ J. *Vývoj neurorehabilitace v České republice v kontextu se světovou neurorehabilitací.* Neurol. praxi 2013; 14(3): 125–127.
11. ŠVESTKOVÁ O. *Základní principy současné neurorehabilitace.* Neurol. praxi 2013; 14(3): 136–139.
12. BARNES MP., GERSTENBRAND F., GILHUS N. et al. *Standards in neurological rehabilitation.* Behavioural Neurology, 1997; 10, Sl-S7.
13. Zdravie 21 - zdravie pre všetkých v 21. storočí. 1999. [online] http://www.szu.sk/userfiles/file/FVZ/Katedra%20riadenia/Zdravotna%20politika/zdravie_21.pdf
14. PFEIFFER J., ŠVESTKOVÁ O. *Má složitý vývoj rehabilitace vliv na její současné postavení v zdravotním systému v České republice?* Rehabil. fyz. Lék., 2014; 21 (1):44–48.
15. Zbierka zákonov č. 317/2010, str. 2618, č. 122. 317 Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky. [online]. www.zbierka.sk
16. MIŠOVÁ I., STAVROVSKÁ Z., ZÁHORCOVÁ V. *Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím (s komentárom vybraných článkov)*. Bratislava, Slovakia. ZPMP v SR. 2009.

17. Vestník MZ SR čiastka 14 – 15/1995, číslo SLP-1406/95, zo dňa 28. júna 1995: *Koncepcia odboru fyziatrie, balneológie a liečebnej rehabilitácie (uvádza vyššie uvedené definície troch pododborov).*
18. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Fázový model neurorehabilitace.* Cesk Slov Ne urol N 2012; 75/ 108(6): 689– 693.
19. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Rehabilitace pacientov v komate. Praha*, Galén, prvé vydanie, 2013.
20. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace.* Praha, Galén 2005.
21. ŠVESTKOVÁ O. *Rehabilitace jako celospolečenský proces a fázový model neurorehabilitace pro pacienty po cévní mozkové příhodě (CMP).* In.: Madarász Š., Madarászová E. Neurorehab 2018. Monografia s tematickým zameraním na neurorehabilitáciu. Blažov, Slovakia: ALMIL s.r.o, 2018.
22. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha, Galén 2009, prvé vydanie, s. 148.
23. HAGOVSKÁ M. *Prehľad neurológiem a neurorehabilitácie pre fyzioterapeutov*. Košice, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, druhé prepracované a doplnené vydanie, 2014.
24. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Rehabilitace po náhlé cévní mozkové příhode.* Praha, Galén, prvé vydanie, 2015, s. 182.
25. ČELKO J. *Návrh koncepcie odboru fyziatrie, Balneológie a liečebnej rehabilitácie*. Rehabilitácia, XXV/1992, 2.(2) : 6.
26. Posteľový fond v SR 2016, Ročník 2017 ZŠ-49/2017, Národné centrum zdravotníckych informácií. Bratislava, 2017.
27. ŠVESTKOVÁ O. *V naší zemi se postupně prosazuje nové, moderní pojetí rehabilitace. Skok do reality - speciální noviny o legislativě pro zdravotně postižené.* [online]. http://www.infoposel.cz/tisk.php?idm=clanky&idc=1043333990
28. Metodický pokyn - *cerebrovaskulární péče v Čr. Seznam center se statutem komplexní cerebrovaskulární centrum a statutem iktové centrum směrování pacientů s cévní mozkovou příhodou.* Věstník MZ ČR, 2010, částka 8, s. 6 - 11.
29. Péče o pacienty s cerebrovaskulárním onemocněním v České republice. Věstník MZ ČR, 2010, částka 2, s. 2 – 13.

Kontakt:
MUDr. Štefan Madarász, PhD.
Neurologická klinika, ÚVN SNP Ružomberok - FN
ul. gen. Vesela 21
034 26, Ružomberok
e-mail: madaraszs@gmail.com

REGISTRACE NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V ČESKÉ REPUBLICE

Registration of Non-medical Healthcare Workers in the Czech Republic

Lada Nováková, Vlasta Dvořáková

Vysoká škola polytechnická Jihlava, Česká republika

Abstrakt

Registr nelékařských zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu začal upravovat zákon č.96/2004 Sb., který nabyl platnosti v dubnu 2004. Významná změna v registraci nelékařských zdravotnických pracovníků nastala novelou zákona v září 2017, kdy vznikINárodní registr zdravotnických pracovníků.Do registru vnášejí informace například vzdělavatelé, poskytovatelé zdravotních služeb a jiné subjekty určené zákonem.

Klíčová slova: Nelékařský zdravotnický pracovník. Registr.

Abstract

The Register of Non-medical Health Professionals Eligible for Professional Purposes without Professional Supervision began to be amended by Act No. 96/2004 Coll., Which came into force in April 2004. A significant change in the registration of non-medical healthcare workers was introduced by an amendment to the Act in September 2017, when the National Register of Healthcare Workers was established. The register includes information such as educators, health service providers and other entities designated by law.

Key words: Non-medical healthcare worker. Register.

Regulovaným povoláním nebo činností se rozumí takové povolání nebo činnost, pro jejichž výkon jsou právními předpisy členského státu Evropské unie (EU) předepsány určité požadavky, bez jejichž splnění nemůže osoba toto povolání či činnost vykonávat (například stupeň a obor vzdělání, praxe, bezúhonnost, zdravotní způsobilost, pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou výkonem předmětné činnosti atp.).Určení, která povolání a činnosti budou regulované v jednotlivých členských státech, je v působnosti těchto států. Důsledkem toho každý členský stát reguluje jiný počet povolání a činností, má jiný rozsah této regulace a u

každého povolání a činnosti se požadavky liší. Česká republika reguluje cca 330 povolání a odborných činností a s tím velmi často souvisí i příslušný registr [1].

Registr nelékařských zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povoláníbez odborného dohledu začal upravovat zákon č.96/2004 Sb., který nabyl platnosti v dubnu 2004. Řízením registru bylo určeno Národní centrum ošetřovatelství a nelékařskýchzdravotnických oborů (NCO NZO) Brno. Po splnění podmínek registrace bylo vydáváno Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. V tomto obdobíbyla registrace dobrovolnou záležitostí. Od března 2006 bylo ukončeno tzv.přechodné období, kdy registrace nebyla podmínkou k výkonu povolání bez odborněhodohledu. Během 2 let přechodného období měli nelékařští zdravotničtí pracovníci možnost zažádat o vydáníosvědčení splněním 3 podmínek. Doložení zdravotní způsobilosti, bezúhonnosti aprokázáním odborné způsobilosti k výkonu povolání. Vydávání osvědčení od dubna 2006 mělo přísnější pravidla. Mimo již výše zmíněných tří podmínek bylo doložení 40kreditů získané za celoživotní vzdělání. V případě, kdy uchazeč nesplňoval podmínkuzískání 40 kreditních bodů nebo podmínku doložení výkonu zdravotnického povoláníminimálně 1 rok v posledních 6 letech, existovala možnost získání osvědčení po úspěšnémvykonání zkoušky prokazující znalosti z oboru [2].

Významná změna v registraci nelékařských zdravotnických pracovníků nastala novelou zákona od září 2017, kdy došlo ke vzniku Národního registru zdravotnických pracovníků (NR-ZP). Registrje neveřejný, dostupný pouze pro instituce či osoby definované v zákoně č. 372/2011 Sb.o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).Předávánídatjeukotvenovevyhlášceč.373/2016Sb.opředávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému. Správcem NR-ZP je Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZISČR) [3].

Zákon vymezuje zápis / čtení údajů o zdravotnických pracovnících:

- lékaři, zubní lékaři, farmaceuti podle zákona č. 95/2004Sb. *o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceut*ave znění pozdějších předpisů
- nelékařští zdravotničtí pracovníci (NLZP) podle § 5 až § 42 zákona č. 96/2004 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* ve znění pozdějších předpisů
- dosažené vzdělání (odborná způsobilost, kmen, specializovaná způsobilost, zvláštní odborná způsobilost)
- zaměstnání u poskytovatele zdravotních služeb (výkon povolání).

Do registru zdravotnických pracovníků vnášejí informacezapisovatelé **dosaženého vzdělání zdravotnického pracovníka,** provádí zápis základní odborné způsobilosti, dosaženého specializačního vzdělání, certifikovaných kurzů jsou to - Vysoké školy, vyšší

odborné školy, střední školy. Dále informace poskytuje **Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví** (IPVZ), který zapisuje dosažené specializační vzdělání, certifikované kurzy apod. lékařů, zubních lékařů, farmaceutů a nelékařských zdravotnických pracovníků.**Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů** (NCONZO) provádí zápis o dosaženém specializačním vzdělání, certifikovaných kurzech. Rovněž **další akreditované instituce** například někteří poskytovatelé zdravotních služeb (PZS). Poskytovatel předává do registru data za každého zdravotnického pracovníka, který je u poskytovatele zaměstnán (je v jakémkoli pracovním poměru)a poskytuje zdravotní služby-vykonává zdravotnické povolání (ÚZIS ČR).

Údaje předávají poskytovatelé za všechny osoby odborně způsobilé k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta a za zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu nelékařského zdravotnického povolání po získání odborné způsobilosti nebo odborné a specializované způsobilosti, které jsou u poskytovatele zaměstnány. Údaje předávají poskytovatelé do **30 pracovních dnů** po zahájení, přerušení či ukončení zdravotnického zaměstnání. Tato lhůta platí i v případě nových nástupů, změny zaměstnavatele a ukončení zaměstnání u poskytovatele. V případě nových skutečností a změn v již uvedených údajích (například příjmení osoby) se údaje předávají taktéž do 30 dnů ode dne, kdy tato změna nastala (ÚZIS ČR).

Od dubna 2019 nabyla účinnost novela zákona č. 372/2011 Sb., která mimo jiné **rozšiřuje seznam** povinných položek Národního registru zdravotnických pracovníků. Níže je uveden dopad na jednotlivé instituce, které dle zákonné povinnosti předávají údaje do Národního registru zdravotnických pracovníků.

Vzdělavatelé (například vysoké, střední a vyšší odborné školy a akreditovaná zařízení) - bez dopadu, není potřeba hlásit žádné nové položky.

Poskytovatelé zdravotních služeb - nově dojde k povinnému hlášení následujících položek:

- druh pracovněprávního vztahu,
- týdenní pracovní doba (ÚZIS ČR).

Předpoklad počátku povinného hlášení těchto údajů ze strany PZS je říjen - listopad 2019. V souvislosti s hlášením těchto nových povinných položek budou poskytovatelé zdravotních služeb lůžkové péče řádně informováni (alespoň 2 měsíce před počátkem hlášení) o nové podobě datového rozhraní.Zdravotnický pracovník má možnost prohlížet zadané údaje o své osobě. Doplnit může pouze své kontaktní údaje a vytvořit si výpis o dosaženém vzdělání (PDF - elektronický podpis). Aktuálně existují dvě základní možnosti jak nahlédnout a zkontrolovat vlastní údaje v registru. Přes svého zaměstnavatele, kdy se jedná ve většině případů o zaměstnance personálního odboru, který pravidelně zapisuje informace o zaměstnání do registru. Daná osoba (personalista) má již přístup do registru

a zaměstnanec si nemusí však podat svoji osobní žádost. Osoba (personalista)může pořídit elektronický výpis údajů v z registru v PDF. Pokud zaměstnanec neví, jaká osoba zaměstnavatele může výpis pořídit, může se zaměstnanec obrátit na Helpdesk ÚZIS ČR. Druhá možnost je podáním vlastní žádostio přístup do registru.Zdravotnický pracovník vyplní na stránkách ÚZIS ČR žádost o přístup do registru. Po odeslání žádosti a jejím zpracování obdrží zdravotnický pracovník elektronickou cestou aktivační údaje pro získání přístupu do registru. Po aktivaci účtu získává zdravotnický pracovník přístup k veškerým údajům vedeným o své osobě v registru (ÚZIS ČR).

Obsah Národního registru zdravotnických pracovníků je přístupný

a) vzdělávacímu zařízení, akreditovanému zařízení, ministerstvu, nebo pověřené organizaci, které jsou editorem údajů o zdravotnickém pracovníkovi v rozsahu odstavce 1 písm. f) a g), v rozsahu údajů uvedených v těchto ustanoveních,
b) poskytovateli nebo poskytovateli sociálních služeb v rozsahu údajů o jeho zaměstnancích, včetně hostujících osob, podle odstavce 1 písm. a) až j)al) až m), a to za účelem zajištění poskytování zdravotních služeb a ověřování plnění požadavků na personální zabezpečení poskytovaných zdravotních služeb,
c) komoře v rozsahu údajů podle odstavce 1 vedených o jejích členech, za účelem výkonu její činnosti,
d) zdravotní pojišťovně v rozsahu údajů podle odstavce 1 písm. a), b), f), g), i), j)al), a to za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění,
e) ministerstvu v rozsahu údajů podle odstavce 1 písm. f) až m), a to za účelem výkonu státní správy v oblasti kontroly dostupnosti a kvality zdravotních služeb, f)příslušnému správnímu orgánu v rozsahu údajů podle odstavce 1 písm. a), b), f)a g) až m) ,a to za účelem výkonu jeho činnosti,
f) Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv v rozsahu údajů o lékařích, zubních lékařích a farmaceutech podle odstavce 1 písm. a), b), f), j)al), at o za účelem výkonu státní správy v oblasti lékové politiky,
g) zdravotnickému pracovníkovi v rozsahu údajů o něm vedených.

Výkon povolání bez odborného dohledu

Novela zákona č. 96/2004 Sb. zrušila vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. **Osvědčení se od září 2017 nevydávají a neprodlužují se platnosti již dříve vydaných osvědčení.** Režim výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu však zůstává zachován.Výkon povolání bez odborného dohledu se řídí podle ustanovení § 4 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb., kde je uvedeno, že se**za výkon povolání bez odborného dohledu považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý**. Tento zákon a prováděcí právní předpis stanoví činnosti, které zdravotnický

pracovník může vykonávat bez indikace, které vykonává na základě indikace a které pod přímým vedením. **Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání** se řídí dle § 3 odst. 1 zákona č. 96/2004 Sb., kde je stanoveno, že **způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka má ten, kdo:**

a) má odbornou způsobilost podle tohoto zákona, nebo jemuž byla uznána způsobilost k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu povolání jiného odborného pracovníka v souladu s ustanoveními hlavy VII nebo VIII tohoto zákona,
b) je zdravotně způsobilý,
c) je bezúhonný.

Byl také zrušen kreditní systém spjatý s vydáváním osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Cílem upuštění od kreditního systému bylo dát profesnímu vzdělávání reálný a v praxi realizovatelný základ, aby bylo fakticky přínosné pro kvalitu poskytování zdravotních služeb a bylo tak zúčastněnými stranami také vnímáno.

Povinnost celoživotního vzdělávání zůstává zachována v souladu s čl. 22 písm. b) směrnice 2005/36/ES. Vnitřní**systém plánování a kontroly celoživotního vzdělávání**svých zaměstnanců **musí zajistit každý poskytovatel zdravotních služeb** a tato povinnost by měla být kontrolována zejména v rámci hodnocení kvality poskytované zdravotní péče.

Literatura:

1. MERHAUTOVÁ I. Celoživotní vzdělávání není jen o kreditních bodech. *Sestra,* 2008; 18(10): 10.
2. PROKOPIUSOVÁ D. Registrace a konec přechodného období. *Sestra,* 2006; 16(5):17.
3. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Národní registr zdravotnických pracovníků 2019[online]. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z http://www.uzis.cz/node/7131.

Kontakt:

PhDr. Lada Nováková, PhD.
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Katedra zdravotnických studií
Tolstého 16, Jihlava
e-mail: lada.novakova@vspj.cz

WPŁYW CUKRZYCY TYPU 2 NA SYTUACJĘ ZDROWOTNĄ I SPOŁECZNĄ PACJENTÓW - PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

The Impact of type 2 Diabetes on Health and Social Situation of Patients – Literature Review

Anna Kuniczkowska-Szklarek, Agata Kowalska, Grażyna Nowak-Starz

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Wstęp : Cukrzyca stanowi istotny problem epidemiologiczny na świecie. Obserwuje się wzrost zachorowań, co spowodowane jest niską aktywnością fizyczną, epidemią otyłości, niewłaściwą dietą oraz stylem życia, jak i starzeniem się społeczeństwa**.**

Celem pracy jest analiza sytuacji zdrowotnej i społecznej pacjentów z cukrzycą typu 2 w oparciu odostępną literaturę. W pracy podjęto tematykę związaną z wpływem nawyków żywieniowych pacjentów z cukrzycą typu 2 na ich sytuację zdrowotną, społeczną oraz jakość życia. Zwrócono uwagę na konieczność stosowania dietoterapii u pacjentów, dostosowaną do stanu zdrowia pacjenta. W kolejnej części zawarto kwestię aktywności fizycznej i jej znaczenia we właściwym leczeniu cukrzycy. Wykazano, iż holistyczne podejście do pacjenta ma ogromny wpływ na jego jakość życia

Wnioski. 1.Cukrzyca jako problem epidemiologiczny wymaga holistycznego podejścia do pacjenta, dostosowanego do jego potrzeb. 2. Niezwykle ważna jest dietoterapia oparta o zasady zdrowego żywienia oraz aktywność fizyczna, których celem jest normalizacja glikemii oraz redukcja masy ciała. 3. Znaczny wpływ na jakość życia pacjentów ma ich tryb życia oraz powikłania choroby.

Słowa kluczowe: Cukrzyca typu 2. Sytuacja zdrowotna i społeczna. Przegląd literatury.

Abstract

Background. Diabetestype 2 is a major epidemiological problem allover the world. Nowadays, anincrease in frequency of occurrencediabetesisobservedand itiscaused by lowphysicalactivity, epidemic of obesity, inappropriate diet and lifestyle, as well as aging of the society.

Theaim of the studyisananalysis the health and socialsituationof patientswith type 2 diabetesbased on the availableliterature.The subject of the studyisrelated to the influence of patients with type 2 diabeteseatinghabitson theirhealth, socialsituationas well astheirquality of

life. Attention was paid to need for dietotherapy for patientswhichisadjusted to theirstate of health. Thenext partcontains the anissue of the necessity ofphysicalactivityand importance in the propertreatment of diabetes. The textshowsthata holisticapproach to the patientshas a hugeimpact on theirquality of life.

Conclusions.1.Diabetes type 2 as anepidemiological problem requires a holisticapproach to the patientstailored to theirneeds.2. It isextremely to providethe patientsdietotherapybased on the principles of healthyeating and to recommendphysicalactivitywhichaimisnormalization of glycemia and weightreduction. 3. The lifestyle and presence of complicationshave a significantimpact on the quality of patients life.

Key words: Diabetestype 2. Health and socialsituation. Literaturę review.

Wstęp

Cukrzyca (diabetesmellitus, DM) należy do grupy metabolicznych chorób przewlekłych. Charakteryzuje się podwyższonym stężeniem poziomu glukozy we krwi, co spowodowane jest zaburzonym wydzielaniem i/lub oddziaływaniem na organizm insuliny produkowanej przez trzustkę. Przewlekle podwyższony poziom glukozy- hiperglikemia- doprowadza do upośledzenia czynności i struktury narządów chorego, takich jak: oczy, nerki, nerwy obwodowe, serce oraz naczynia krwionośne. Jest chorobą zaliczaną do tzw. chorób cywilizacyjnych, a za przyczyny jej rozwoju uznaje się nieprawidłową dietę, niski poziom aktywności fizycznej, spożywanie alkoholu, stres oraz palenie tytoniu [1]. Cukrzyca typu 2 obecnie stanowi znaczący problem epidemiologiczny na całym świecie.

Z roku na rok obserwuje się wzrost zachorowań, jak również powikłań wynikających z choroby, co stawia wyzwanie przed systemem opieki zdrowotnej. Problem ten jest szczególnie dostrzegalny w krajach wysokouprzemysłowionych oraz wysokorozwiniętych, co wiąże się z niską aktywnością fizyczną, epidemią otyłości, niewłaściwą dietą oraz stylem życia. Wpływ na liczbę zachorowań ma również związek ze starzeniem się społeczeństwa. W roku 2000 International DiabetesFederation (IDF) oraz World Health Organization (WHO) oszacowały w przybliżeniu liczbę chorych na cukrzycę na około 151-171 milionów. Natomiast w roku 2015 IDF opublikowała statystyki, z których wynika, że problem cukrzycy na świecie dotyczy już 415 mln ludzi, w tym blisko 60 mln w Europie. Ostatni raport z roku 2017 pokazuje, że liczba ta wzrosła o kolejne 10 mln. Według danych szacunkowych do 2040 roku liczba chorych może wzrosnąć do 642 milionów, czyli o blisko 230 milionów chorych więcej, niż w chwili obecnej. Pozwala to założyć, iż blisko co dziesiąta osoba na świecie stanie się cukrzykiem[1,2,3].

W Polsce problem cukrzycy dotyka coraz większej ilości osób, a problem z diagnozowaniem tejże choroby wynika z bezobjawowości choroby, która często w postaci

bezobjawowej trwa latami. Szacuje się, iż w Polsce dotkniętych cukrzycą jest około 2,3 miliona chorych, a zapadalność szacuje się na 7,6% [2]. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w Polsce z roku na rok wzrasta również liczba zgonów spowodowanych cukrzycą, lub też powikłaniami tej choroby. W 2006 roku w Polsce bezpośrednio z powodu cukrzycy lub jej powikłań zmarło nieco ponad 6 tys. osób, natomiast w roku 2016 było to już ponad 8 tys. osób [4]. Z rosnącą liczbą zachorowań zwiększa się też liczba powikłań cukrzycy spowodowanych toksycznością hiperglikemii. Hiperglikemia uszkadza tkanki powodując niepełnosprawność lub doprowadzając do śmierci [1].Obrazuje toskalę problemu jakim jest upowszechnienie cukrzycy, jak i powikłań z nią związanych.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza sytuacji zdrowotnej i społecznej pacjentów z cukrzycą typu 2 w oparciu o dostępne piśmiennictwo naukowe.

Wpływ nawyków żywieniowych na jakość życia i sytuację zdrowotną chorych

Ważnym aspektem w leczeniu, jak i jakości życia pacjentów chorych na cukrzycę ma dietoterapia. Pomaga ona nierzadko zredukować masę ciała obniżając tym samym wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Index) , jak również ustabilizować parametry metaboliczne organizmu, co przyczynia się bezpośrednio do zmniejszenia ryzyka powikłań [4].Wykazano bowiem, iż utrata masy ciała o około 5% umożliwia lepszą kontrolę glikemii i opóźnia rozwój choroby.Utrata o 10% poprawia wydzielanie endogennej insuliny, pomaga zmniejszyć insulinooporność, zwiększa skuteczność leków hipoglikemizujących oraz pozwala obniżyć ciśnienie krwi i poprawić profil lipidowy pacjenta. Taki poziom utraty masy ciała ma również korzystny wpływ na liczbę zgonów z powodu cukrzycy i otyłości[1]. Celem dietoterapii u pacjentów z cukrzycą jest więc utrzymanie stanu metabolicznego w granicach normy, zapobieganie oraz leczenie już istniejących powikłań, jak również poprawa stanu ogólnego poprzez dobrze zbilansowaną dla danego pacjenta dietę uwzględniającą jego zapotrzebowanie, typ cukrzycy, aktywność czy przyjmowaną przez niego farmakoterapię. Dieta powinna uwzględniać styl życia pacjenta i jego uwarunkowania kulturowe. U osób w podeszłym wieku warto zwrócić uwagę na podaż białka oraz zmniejszenie podstawowej przemiany materii spowodowane wiekiem, jak również potencjalne niedobory żywieniowe [5].Ważne jest, aby dążyć u pacjenta do minimalizowania groźnej otyłości brzusznej, a co za tym idzie znormalizowania obwodu pasa, który wynosi właściwie <80 cm dla kobietoraz<94cmdlamężczyzn. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego żywienie osoby chorej na cukrzycę nie powinno zbytnio różnić się od podstawowych zaleceń dotyczących zdrowego żywienia, dlatego uzasadnionym jest krytyczne podejście niektórych specjalistów do pojęcia „diety cukrzycowej”, gdyż taki sposób odżywiania jest właściwie zalecany również dla osób zdrowych.W celu redukcji masy ciała pacjentom z

cukrzycą typu 2 zaleca się ograniczyć wyliczoną należną ilość kalorii do spożycia o około 500-1000 kcal dziennie, co umożliwia powolny, lecz pożądany spadek masy ciała.

W badaniach udowodniono, iż wpływ na sposób odżywiania pacjentów ma ich poziom wykształcenia,wiek, niewłaściwe nawyki żywieniowe, płeć, status socjodemograficzny oraz stan wiedzy żywieniowej, a ten zwykle jest niedostateczny. Największy stopień niewiedzy wśród pacjentów dotyczy pojęć takich jak indeks glikemiczny oraz ładunek glikemiczny, co skutkuje brakiem możliwości zastosowania tychże w planowaniu posiłków.Edukacja dietetyczna stanowi niezbędny element postępowania z pacjentem w cukrzycy. Szkolenia dla pacjentów powinny być regularnie powtarzane, gdyż z badań wynika, iż nawet pacjenci chorujący długo nie posiadają wystarczającej wiedzy, lub nie umieją jej w sposób właściwy wykorzystać. Najwłaściwszą formą edukacji powinno być zindywidualizowane szkolenie dostosowane do możliwości, wieku, czy stanu pacjenta, jak również poziomu jego wykształcenia, tak, aby umożliwić choremu pełne zrozumienie przekazywanej treści [1,6].

„Problem" aktywności fizycznej"

Częstym problemem wśród pacjentów cierpiących z powodu cukrzycy typu 2 prócz niewłaściwych nawyków żywieniowych jest również ograniczenie aktywności fizycznej. Według danych GUS dotyczących uczestnictwa Polaków w sporcie oraz rekreacji wykazano, iż osoby aktywne stanowiły jedynie 46%. Częściej sport uprawiali mężczyźni niż kobiety, jednak najbardziej aktywną grupę stanowiła młodzież oraz dzieci do lat 20. Najmniej aktywni byli seniorzy. Należy jednak pamiętać, że wg danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) brak lub niedostateczna aktywność fizyczna stanowią czwarty najczęstszy czynnik ryzyka przedwczesnego zgonu w kontekście globalnym.

Aktywność fizyczna jest niezwykle ważną kwestią, zwłaszcza w przypadku zaburzeń metabolicznych, ponieważ regularny wysiłek wraz z właściwym sposobem odżywiania wpływa korzystnie na kontrolowanie gospodarki węglowodanowej. Aktywność fizyczna powoduje wzrost poboru węglowodanów w porównaniu do wartości spoczynkowej osiągając tym samym działanie „insulinopodobne". Regularne uprawianie sportu przyczynia się do obniżenia stężenia insuliny we krwi, co jest skutkiem zahamowania jej syntezy przez trzustkę, jak również wzrostu tempa wychwytu i rozkładu w tkankach. Już w latach 90-tych zaobserwowano obniżenie poziomu glukozy we krwi chorych na czczo po 8 tygodniach regularnej aktywności fizycznej w odniesieniu do osób niećwiczących. Podstawowym warunkiem dla podjęcia aktywności fizycznej przez chorych na cukrzycę typu 2 jest jednak wyrównanie glikemii. Istotne jest, aby pacjent poddawał się regularnym badaniom kontrolnym oraz konsultacjom lekarskim celem obserwacji stanu zdrowia. Trening zawsze jednak powinien być dostosowany do wieku, możliwości pacjenta, zaawansowania choroby czy występujących powikłań. Według Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego (American DiebetesAssociation - ADA)

zaleca się, aby przerwy między aktywnością fizyczną u chorych nie były dłuższe niż 2 dni, a jedynymi przeciwwskazaniami do podjęcia aktywności fizycznej przez diabetyków jest niewyrównana cukrzyca i/lub powikłania uniemożliwiające podjęcie aktywności [7].

Jakość życia pacjentów

WHO jako jakość życia definiuje *„kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej stanu zdrowia fizycznego, emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia zależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem, osobistych wierzeń i przekonań do środowiska”.*Ocena jakości życia jest przedmiotem badań z wielu dyscyplin z pogranicza socjologii i medycyny. W pierwszej połowie lat 90. XX wieku do obszaru nauki zostało wprowadzone pojęcie jakości życia warunkowanej stanem zdrowia- health-relatedquality of life (HRQOL), co zyskało zarówno wielu zwolenników, jak i przeciwników. Kwestionariusze oparte o HRQOL służą jednak do dziś do oceny jakości życia pacjentów. Jakość życia warunkowana stanem zdrowia oznacza, iż przedmiotem badania są zagadnienia warunkujące jakość życia pacjenta, na co bezpośredni wpływ ma jego zdrowie. Ważnym jest, aby w jej ocenie pod uwagę wziąć następujące czynniki jak:

- objawy choroby oraz kondycję fizyczną i społeczną wynikające z wieku oraz stanu klinicznego
- możliwości funkcjonalne danego człowieka,
- sposób, w jaki pacjent/ jednostka postrzega własną chorobę, czy swój stan zdrowia, satysfakcję z życia [8].

Właściwe rozpoznanie cukrzycy stanowi znaczny problem, gdyż na początku choroby objawy nie zawsze są charakterystyczne. Zależą od stopnia wyniszczenia komórek β wysp trzustkowych. Długotrwały, zwłaszcza niezdiagnozowany przebieg choroby wiąże się z ryzykiem wystąpienia groźnych dla zdrowia i życia pacjenta powikłań w wyniku uszkodzenia naczyń krwionośnych czy nerwów obwodowych, którymi są mikroangiopatie oraz makroangiopatie (tab.1).

Tab.1 *Przewlekłe powikłania cukrzycy*

Mikroangiopatie	Makroangiopatie
✓ Retinopatia	✓ Choroba wieńcowa
✓ Nefropatia	✓ Zespół stopy cukrzycowej (ZSC)
✓ Neuropatia	✓ Choroby naczyń mózgu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [10]

Według badań Juzwiszyn i Szmit z 2016 roku[9]najczęstszym powikłaniem cukrzycy jest nadciśnienie tętnicze, kolejne to parestezje w obrębie kończyn dolnych, kolejnymi

powikłaniami są problemy z ostrością wzroku oraz bóle gałek ocznych, świąd skóry, uszkodzenie nerek, rozwój zespołu stopy cukrzycowej (ZSC).

Powikłanie takie jak ZSC jest jednym z najgroźniejszych i najbardziej niebezpiecznych powikłań cukrzycy. Jego wystąpienie jest dla pacjenta bezpośrednim ryzykiem zagrożenia kalectwem lub amputacją. Głównymi czynnikami predysponującymi do wystąpienia ZSC są neuropatia cukrzycowa i choroba naczyń obwodowych. W prewencji ZSC jak również innych powikłań cukrzycowych niezwykle istotnym jest, aby dążyć do wyrównania metabolicznego pacjenta i edukacja nastawiona na zmianę nawyków od żywieniowych, przez obserwację własnego ciała, po nawyki dotyczące pielęgnacji stóp oraz właściwego doboru obuwia.

Wielokrotnie w badaniach wykazano, że stan zdrowia chorych na cukrzycę typu 2 nie jest jedynym czynnikiem jaki ma wpływ na ogólną jakość życia chorych, natomiast wpływ na jakość życia w konkretnych dziedzinach ma przebieg choroby. Obecność powikłań cukrzycowych powoduje obniżenie jakości życia zwłaszcza w dziedzinie fizycznej oraz psychologicznej. Ważnym jest również fakt, iż pacjenci z nadwagą lub otyłością mają niższy poziom jakości życia niż osoby o prawidłowej masie ciała. Chorzy na cukrzycę nie akceptują faktu iż są chorzy oraz nie przejawiają zadowolenia z jakości swojego życia. Im dłuższy czas choroby tym niższa jakość życia chorych zwłaszcza w sferze psychicznej oraz środowiskowej [9,10,11,12]. Prospektywna obserwacja chorych pokazuje iż wbrew przypuszczaniom insulinoterapia wykazuje pozytywny wpływ na jakość życia. Stwierdzono również poprawę satysfakcji chorych z leczenia oraz ich wiedzy na temat choroby. Negatywnym efektem terapii insuliną są narażenie na ból oraz nieznaczna częstość epizodów hipoglikemii.

Wnioski

1. Cukrzyca staje się aktualnie problemem skali globalnej. Przez swój charakter jest jednostką złożoną, a jej leczenie wymaga interdyscyplinarnego holistycznego podejścia.
2. Istotną rolę w leczeniu cukrzycy typu 2 odgrywa dietoterapia. Wymaga ona podejścia dostosowanego do potrzeb konkretnego pacjenta. Zaleca się obniżenie masy ciała, co pozwala zniwelować bądź w znacznym stopniu ograniczyć ryzyko wystąpienia i rozwoju powikłań cukrzycowych w przebiegu hiperglikemii. Prócz diety niezwykle istotne znaczenie w procesie leczenia ma aktywność fizyczna, która podejmowana przez pacjentów w sposób regularny pomaga zredukować masę ciała oraz obniżyć poziom glikemii na czczo.
3. Znaczny wpływ na jakość życia pacjentów z cukrzycą typu 2 mają ryzyko oraz rozwój powikłań. Stan zdrowia chorych nie jest jedynym czynnikiem mającym wpływ na jakość życia chorych, jednak w związku z nim istnieje wśród pacjentów problem z akceptacją choroby.

Piśmiennictwo

1. ŚWIRSKA J., FEDUREK D., ZWOLAK A., DUDZIŃSKA M., ŁUCZYK R.J., DANILUK J., et.al The knowledge of dietaryrulesamongpatients with diabetes. Journal of Education,*Health and Sport.* 2017,7(5):419-435.
2. KOŁPA M., GROCHOWSKA A., KUBIK B., STRADOMSKA K. Lifestyle, metaboliccompensation in patients with type 2 diabetesmellitus and the risk of chronicdiseasecomplications.*ClinicalDiabetology* 2018, 7(3): 151-158.
3. KLIMEK M., KNAP J., TROJNAR M., DZIDA G. Evaluation of relationshipbetween the prevalence of diabetes and selecteddemographicfactors.*ClinicalDiabetology 2018*,7(3):145-150.
4. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; Warszawa 2016.
5. SAŁATA M., REZMERSKA L. Wybrane aspekty przygotowania do samoopieki w zakresie dietoterapii pacjentów z cukrzycą typu 2.*Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu.* 2016, 1(1): 45-60.
6. PIEJKO L., NAWRAT- SZOŁTYSIK A., KOPEĆ D., BRONCEL-CZEKAJ D., NOWAK Z. Jakość diety i wybrane zachowania zdrowotne dorosłych chorych na cukrzycę typu 2.*Forum Zaburzeń Metabolicznych*. 2018, 9(1): 36-44.
7. ZEGAN M., MICHOTA- KATULSKA E., LEWANDOWSKA M., BONIECKA I. Rola podejmowanej aktywności fizycznej w profilaktyce oraz wspomaganiu leczenia otyłości oraz cukrzycy typu 2.*Medycyna Rodzinna.* 2017, 20(4):273-278.
8. LEWKO J., KRAJEWSKA- KUŁAK E.Wielowymiarowa ocena jakości życia chorych na cukrzycę. *Pol. Merk. Lek.* 2010, XXVIII(168):486-489.
9. JUZWISZYN J.M, SZMIT A., GOLEMO K., CHABOWSKI M., MILAN M., JANCZAK D. Zachowania zdrowotne chorych na cukrzycę. *Public Health Forum.* 2016, 4(4): 233-239.
10. MICHALAK S.A, SZAMOTULSKA J., HANSDORFER- KORZON R., HAŁOŃ M. Wpływ leczenia uzdrowiskowego u pacjentów z neuropatią cukrzycową. *Forum Medycyny Rodzinnej.* 2017, 11(2): 62-72.
11. KURPAS D.,CZECH T., MROCZEK B. Jakość życia pacjentów z cukrzycą – jakie znaczenie mają powikłania?*Family Medicine&PrimaryCareReview*2012, 14(2): 177–181.
12. DUCKA B., STROJEK K. Czynniki ryzyka zespołu stopy cukrzycowej u chorych na cukrzycę typu 2.*ClinicalDiabetology.* 2012, 1(4): 139-145.
13. DUDZIŃSKA M., TARACH J.S., ZWOLAK A., MALICKA J., KOWALCZYK M. , ŚWIRSKA J., et al. Quality of life amongpatients with type 2 diabetesafter insulin therapyintroduction: A prospectovestudy.*ClinDiabet*2015; 4(6): 226–231.

Kontakt:
Anna Kuniczkowska-Szklarek, studentka kierunku pielęgniarstwo,
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. Żeromskiego 5
25-369, Kielce
tel. 531724283,
e-mail:akuniczkowska@gmail.com

MASÍVNA TRANSFÚZIA A PROTOKOL MASÍVNEJ TRANSFÚZIE

Massive Transfusion and Massive Transfusion Protocol

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

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

Abstrakt

Krvácanie zostáva hlavnou príčinou úmrtí, ktorým sa dá predísť. Z spoločných civilných a vojenských údajov je známe, že masívne transfúzie sa ukázali ako cenné pre celkové prežitie pacientov s traumou. Koncept hemostatickej resuscitácie prostredníctvom implementácie masívnych transfúznych protokolov bol vyvinutý tak, aby sa časovo zhodoval s mechanickými zásahmi, ako je chirurgický zákrok, ktorý zabraňuje úmrtiu na krvácanie u pacientov so život ohrozujúcim krvácaním z traumatického zranenia. Masívne transfúzne protokoly umožňujú vyváženú resuscitáciu bez zhoršenia koagulopatie podaním plazmy, červených krviniek a krvných doštičiek, na rozdiel v minulosti ako bolo vidieť predtým v nevyváženom resuscitačnom úsilí. Tieto protokoly využívajú multidisciplinárny prístup zahŕňajúci mnoho nemocničných skúseností a zdrojov. S ich vývojom a implementáciou sa objavili obavy, ako potenciálne identifikovať pacientov, u ktorých je vysoké riziko masívnej transfúzie.

Kľúčové slová: Masívna transfúzia. Protokol. Krvácianie.

Abstract

Hemorrhage remains a major cause of preventable deaths. From collective civilian and military data, it is known that massive transfusions have proven valuable to the overall survival of trauma patients. The concept of hemostatic resuscitation through the implementation of massive transfusion protocols has been developed to coincide with mechanical interventions such as surgery, preventing death from hemorrhage for patients with life-threatening bleeding from traumatic injury. Massive transfusion protocols allow a balanced resuscitation without exacerbating coagulopathy by dilution of plasma, packed red blood cells, and platelets as seen previously in unbalanced resuscitative efforts. These protocols use a multidisciplinary approach involving many hospital services and resources. With their development and implementation, a concern has been raised as to how to prospectively identify patients who are at high risk for massive transfusion.

Key words: Massive transfusion. Protocol. Haemorrhage.

Kontakt:
MUDr. Jaromír Tupý, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 28
03401, Ružomberok
e-mail.: jaromir.tupy@ku.sk

LINGVISTICKÁ VALIDACE DOTAZNÍKU JACELONATTRIBUTED DIGNITY SCALE (JADS)

Linguistic Validation of the Jacelon Attributed Dignity Scale (JADS)

Jana Bermellová[1,2], Helena Kisvetrová[1]

[1]Centrum vědy a výzkumu, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
[2]II. interní klinika gastroenterologie a geriatrie, Fakultní nemocnice Olomouc

Abstrakt

Úvod: V současné společnosti je seniorům často přisuzováno stigma nepotřebnosti z důvodu jejich snížené výkonnosti. Pochopení problémů spjatých s vnímáním důstojnosti z jejich perspektivy umožňuje chránit seniora před ztrátou důstojnosti a s ní spojenou kvalitou života.
Cíl: Vytvoření české verze dotazníku JADS
Materiál a metodika: Dotazník JADS byl speciálně vytvořen pro seniorskou populaci. Obsahuje 18 pozitivně formulovaných výroků, kterými senior hodnotí důstojnost přisuzovanou sama sobě během posledního týdne.Pro transformaci dotazníku JADS do českého jazyka byl použit pětifázový postup lingvistické validizace: překlad do českého jazyka, syntéza dvou překladů, překlad zpět do původního jazyka, recenze překladu komisí odborníků, a pre-test dotazníku pro posouzení srozumitelnosti výroků realizovaný u 50 seniorů (věk 65+), kteří byli hospitalizováni minimálně 1 týden.
Výsledky:Výsledek pre-testu ukázal, že všechny výroky uvedené v dotazníku byly pro seniory zcela srozumitelné a nebylo třeba žádné položky dotazníku upravovat. Celková hodnota přisuzované důstojnosti u seniorů hospitalizovaných na standartních odděleních Fakultní nemocnice Olomouc byla poměrně vysoká. Položky vykazující nižší hodnoty upozorňovali na oblasti, na které mohou zdravotničtí pracovníci zacílit intervence zaměřené na vnímání důstojnosti v nemocničním prostředí. Vyplňování dotazníku formou strukturovaného rozhovoru sestry se seniorem bylo často seniory vnímáno jako forma terapeutického rozhovoru a přijímáno velmi pozitivně.
Závěr: Vytvoření validizované české verze JADS umožní zdravotníkům lépe pochopit důstojnost přisuzovanou sama sobě ve vztahu ke zdraví a kvalitě života seniora. Mohou tak lépe volit intervence, které posilují vnímání důstojnosti seniorů přebývajících v institucionálním, případně domácím prostředí.

Klíčová slova: Senior. Důstojnost. Hodnocení. Dotazník. Validizace.

Příspěvek je dedikován projektu č. IGA_FZV_2019_009.

Abstract

Introduction: In today's society, old people are often attributed a stigma of uselessness because of their reduced performance. Understanding problems associated with perception of dignity from their perspective makes it possible to protect the old people from a loss of dignity and related quality of life.

Objectives: Create the Czech version of JADS questionnaire

Material and methods: JADS questionnaire was specially designed for the population of older people. It contains 18 positively formulated statements by which respondents assess the dignity attributed to themselves during the last week. A five-step linguistic validation procedure was used to transformJADS questionnaire into Czech: translation into Czech, synthesis of two translations,translation back to the original language, review by expert committees, and a pre-test questionnaire of the questionnaire for assessing the comprehensibility of the statements performed by 50 respondents (aged 65+) who have been hospitalized for at least 1 week.

Results: The result of the pre-test showed that all statements in the questionnaire were fully understandable for the respondents and there was no need for modification.The overall score of the attributed dignity in respondents hospitalized in the standard wards of the University Hospital Olomouc was relatively high. Items with lower values highlighted areas where healthcare professionals can apply interventions aimed at perceiving dignity in the hospital environment. The questionnaire in the form of a structured interview between a nurse and a respondent was often perceived as a form of therapeutic interview and received very positively.

Conclusion: Creating the validated Czech version of JADS will allow healthcare professionals to understand better older people´s dignity attributed to themselves in relation to the health and quality of life. They can better choose interventions that enhance perception of dignity of older people living in an institutional or domestic environment.

Key words: Old people. Dignity. Evaluation. Questionnaire. Validation.

Dedicated to the project No. IGA_FZV_2019_009.

Kontakt:
Mgr. Bc. Jana Bermellová
Centrum vědy a výzkumu
Fakulta zdravotnických věd Univerzita Palackého v Olomouci
Hněvotínská 976/3
775 15, Olomouc
tel.: 585632818
e-mail: jana.bermellova01@upol.cz

VPLYV FYZIOTERAPIE PRI KOREKCII PES PLANUS U PREDŠKOLSKÝCH DETÍ

Physioterapeutical Inpact on Pes Planus Correction of Pre-elementary Schoolers

Kristína Buľaková[1], Miroslava Šutvajová[1,2], Peter Bartik[1]

[1]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
[2]Nemocnica s poliklinikou MUDr. L. Nádaši Jégého Dolný Kubín

Abstrakt

Úvod: Na základe mnohých štúdií je známe, že výskyt pes planus u predškolských detí je veľmi častou diagnózou. Štatistiky hovoria, že 50 % a viac percent 4 ročných detí popisuje rôzne problémy s nohami. Iný výskum tvrdí, že k správnemu vývoju chodidla u 7-ročných deti dôjde len u 25 % z nich.

Cieľ: Zistiť do akej miery je možné vplyvom fyzioterapeutickej intervencie upraviť pes planus u detí predškolského veku.

Materiál a metodika: Výskumný súbor obsahoval 210 probandov vo veku 4 – 6 rokov. Konkrétne 101 chlapcov a 109 dievčat. Každý proband absolvoval vstupnú diagnostiku. Nasledovalo rozdelenie výskumného súboru do dvoch čo najhomogénnejších skupín, zároveň každý proband bol podľa stupňa deformity chodidla zaradený do jednej zo štyroch skupín od 0 po 3. Prvá skupina s názvom Tréningová absolvovala fyzioterapeutickú intervenciu päťkrát týždenne. Druhá skupina s názvom Kontrolná neabsolvovala intervenciu a slúžila len na porovnávanie údajov. Po absolvovaní 6 mesačnej fyzioterapeutickej intervencie v Tréningovej skupine sme diagnostiku zopakovali a zozbierané dáta porovnali. Pre analýzu výsledkov bola použitá popisná štatistika. Na zhodnotenie rozdielov sme použili neparametrické verzie testov: Mann-Whitney test, Wilcoxonov test, Kruskall-Wallisov test a Chí kvadrát test nezávislosti.

Výsledky: Predpokladali sme že pravidelná fyzioterapeutická intervencia v materskej škole zlepší plochonožie v Tréningovej skupine. Za priaznivý účinok sme považovali zlepšenie a stagnáciu plochonožia. Pri vstupnom meraní na pravej nohe v Tréningovej skupine sa priemerná hodnota plochonožia pohybovala na úrovni 58,05 % kým v Kontrolnej skupine mala hodnotu 50,60 %. Pri výstupnom meraní sa priemerná hodnota plochonožia na pravej nohe v Tréningovej skupine zlepšila o 13,50 %. Pri výstupnom v Kontrolnej skupine došlo k zhoršeniu a priemerná hodnota stúpla o 0,60 %. Vstupné meranie ľavej nohy v Tréningovej skupine preukázalo priemernú hodnotu 56,12 %, v Kontrolnej skupine sme namerali priemernú hodnotu 50,75 %. Výstupné meranie ľavej nohy v Tréningovej skupine preukázalo zlepšenie o 12,02 % a k zlepšeniu došlo aj v Kontrolnej skupine, konkrétne o 0,15 %. Výsledky

nameraných hodnôt poskytujú jasný dôkaz o pozitívnom vplyve fyzioterapeutickej intervencie na plochonožie predškolských detí.
Záver: Z vyššie uvedených porovnaní vyplýva, že v Tréningovej skupine nastali signifikantné zmeny plochonožia na oboch nohách. V kontrolnej skupine boli výsledky odlišné - stupeň plochonožia pravej nohy sa u týchto probandov významne nezmenil, no stupeň plochonožia na ľavej nohe sa významne zhoršil. Na základe výsledkov je možné navrhnúť niekoľko odporúčaní pre prax: včasný skríning, zlepšenie úrovne informovanosti a nepodceňovanie už vzniknutého problému.

Kľúčové slová: Pes planus. Fyzioterapeutická intervencia. Predškolský vek.

Abstract

Introduction: Based on various studies, we know, that the ocurrence of pes planus concerning children in the pre-elementary school age is very common. Statistics claim, that more than 50% 4-year olds struggle with various feet problems. Another study asserts, that only 25% 7-year olds have their feet developed correctly.
Objectives: We aim to find out to what extent can physioterapeutic intervention correct the pes planus of children aged up to 7 years.
Material and methods: Our research group consisted of 210 subjects aged 4-6 years - 101 boys and 109 girls. Every child undergone an initial diagnostics, using tensometric footplate and podoscope. We then divided our research unit to two homogenic groups, also every proband was classified to four smaller groups, dubbed 0 – 3. First set of probands - Training group underwent regular morning physioterapeutic intervention. Second set of subjects – Control group did not undergo such intervention, only served for data comparison. After 6 month physioterapeutic treatment, we diagnosed the Training group again and compared gathered data. For analysis, we used descriptive statistics. To properly identify the differences, we used non-parametric tests: Mann-Whitney, Wilcox, Kruskall-Wallis and Chi square independence tests.
Results: Our assumption was, that regular physiotherapeutic intervention in elementary school would improve flat-footness of the Training group. Improvement or stagnation of the flat-footness would be considered a positive effect. First measurements of right foot of the Training group generated the 58,05% value of flat-footness, whereas the Control group manifested 50,60% of the proportion. Second measurement after the physiotherapeutic intervention was better in the Training group right foot, where it lowered by 13,50%. Control group however showed a slight increase by 0,60%. First measurement of the left foot in Training group resulted in 56,12% percentage, Control group was measured with 50,75%. Second measurement showed us improvement in Training group´s left foot by 12,02% and

Control group´s measurements improved by 0,15%. These results pose a clear evidence of positive impact of physiotherapeutic intervention on pes planus of pre-elementary schoolers.
Conclusion: The above listed results suggest, that the Training group showed significant changes of childrens flatfoot on both feet. The Control group manifested different results – the degree of flatfootness on the right foot remained unchanged, whereas the degree of flatfootness on left foot significantly worsened. Based on the results, it is relevant to advise a number of recommendations to practise: early screening, improving the level of awareness and not underestimating the already developed defects.

Key words: Pes planus. Physiotherapeutical intervention. Pre-elementary school age.

Kontakt:
Mgr. Kristína Buľáková
Fakulta zdravotníctva, KU Ružomberok
Námestie A. Hlinku 48
034 01, Ružomberok
tel.: 0918188076
e-mail: kristina.bulakova@gmail.com

EDUKÁCIA PACIENTOV S GLAUKÓMOM

Education of Patients with Glaucoma

Marcela Ižová[1], Miroslava Labáková[2]

[1] Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
[2]Kysucká nemocnica s poliklinikou Čadca, Čadca

Abstrakt

Úvod: Glaukóm je jeden z najzávažnejších problémov oftalmológie a patrí medzi hlavné príčiny slepoty v celosvetovom meraní. Glaukóm patrí medzi ochorenie, ktoré ak nie je liečené a pacienti nie sú dostatočne edukovaní, môže spôsobiť trvalú stratu zraku.

Cieľ: Zistiť, v ktorých oblastiach edukácie majú pacienti s novodiagnostikovaným glaukomom deficit.

Materiál a metodika: V praktickej časti bola využitá kvalitatívna metóda zberu údajov - rozhovor u troch pacientov s novodiagnostikovaným glaukómom. Využili sme otvorené otázky a na základe zistených informácií bola realizovaná skupinová edukácia v zasadacej miestnosti očnej kliniky. **Výsledky:** V rámci prieskumnej časti sme vstupnými otázkami zistili, že pacienti nemajú dostatok informácií o glaukóme, životospráve a o aplikácií očných liekov. Spätnou väzbou na konci edukácie bolo zistené, že pacienti nadobudli edukáciou adekvátne informácie. Výsledkom našej edukácie bola edukačná brožúra pre pacientov s novodiagnostikovaným glaukómom.

Záver: Správna edukácia sestrou zlepší prognózu ochorenia, zefektívni liečbu a umožní hodnotnejší život u novodiagnostikovaných pacientov s glaukómom.

Kľúčové slová: Glaukóm. Glaukómový záchvat. Vnútroočný tlak. Edukácia. Životospráva.

Abstract

Introduction: Glaucoma is one of the most serious problems of ophthalmology and is one of the main causes of blindness worldwide. Glaucoma is a disease that if left untreated and patients are not adequately educated, can cause permanent loss of vision.

Objectives: Find out in which areas of education patients with newly diagnosed glaucoma have a deficit.

Material and methods: In the practical part was used qualitative method of data collection - interview in three patients with newly diagnosed glaucoma. We used open questions and

based on the information obtained, group education was carried out in the meeting room of the eye clinic.

Results: In the exploratory part, we found out by initial questions that patients do not have enough information about glaucoma, diet and about the application of ophthalmic drugs. Feedback at the end of education revealed that patients acquired adequate information. The result of our education was an educational brochure for patients with newly diagnosed glaucoma.

Conclusion: Proper nurse education will improve the prognosis of the disease, make treatment more effective, and allow a more valuable life in newly diagnosed glaucoma patients.

Key words: Glaucoma. Glaucoma attack. Intraocular pressure. Education. Lifestyle.

Kontakt:
PhDr. Marcela Ižová, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
034 01 Ružomberok
tel.: 0918722195
e-mail: marcela.izova@ku.sk

MALNUTRÍCIA A ENTERÁLNA VÝŽIVA U GERIATRICKÝCH PACIENTOV

Malnutrition and Enteral Nutrition in Geriatrics

Jozef Jablonský[1,2], Miroslav Urban[1,2]

[1]Klinika Vnútorného lekárstva, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok- FN
[2]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety Bratislava

Abstrakt

Poruchy výživy sú častou príčinou komplikácií počas hospitalizácie pacienta. Nemožnosť zabezpečenia adekvátnej výživy a následné komplikácie u polymorbídnych pacientov v geriatrickom veku sú príčinou predlžovania hospitalizácií, vzniku nehojacich sa rán a infekcií. Pacienti v geriatrickom veku sú najčastejšie zo všetkých vekových skupín polymorbídni. V našom článku sa budeme zaoberať príčinami vzniku porúch výživy, jej dôsledkami na organizmus a odporúčaniami na výživu pacientov a možnosťami zabezpečenia adekvátnej výživy.

Kľúčové slová: Podvýživa. Enterálna výživa. ESPEN.

Abstract

Nutritional disorders are a common cause of complications during hospitalization. The inability to provide adequate patient nutrition and subsequent complications in polymorphic patients at geriatric age is the cause of prolonged hospitalizations, non-healing wounds and infections. Geriatric patients are the most common of all age groups of patients with multiple diseases. In our article, we will look at the causes of nutritional disorders, consequenceson the body, patient nutrition recommendations, and how to ensure adequate nutrition.

Key word: Malnutrition. Enteral nutrition. ESPEN.

Malnutrícia

Malnutrícia je definovaná ako nedostatočný prísun živín, predovšetkým bielkovín a cukrov. V skupine geriatrických pacientov je zvýšený výskyt polymorbidity, polyfarmácie a tiež ochorení zhoršujúcich výživu. V tejto populácii sú preto prísnejšie kritériá pre definíciu malnutrície a ako malnutričného označujeme pacienta s BMI pod 22 a pokles hmotnosti o 3 % za mesiac.

Výskyt malnutrície v starobe

Výskyt malnutrície v populácii sa zvyšuje s vekom pacienta, v populácii 65-74 ročných je to 15 % a až 45 % v populácii nad 75 rokov. Výskyt malnutrície taktiež závisí od ďalších faktorov – u hospitalizovaných pacientov sa údaje výrazne líšia a varírujú od 20 do 78 % [1,2]. U gerontov v sociálnych zariadeniach je výskyt malnutrície 35-50%. V projekte NutriAction realizovanom v domovoch sociálnych služieb bola odporučená nutričná intervencia u 68% seniorov [3].

Faktory ovplyvňujúce výskyt malnutrície v starobe

Faktory, ktoré ovplyvňujú riziko vzniku malnutrície môžeme rozdeliť na faktory prirodzene vyplývajúce z involúcie organizmu a faktory spojené s chorobnými zmenami a sociálnymi problémami. V súvislosti s involúciou organizmu dochádza k zmenám na úrovni tráviaceho traktu –zníženie chuti do jedla, zníženie počtu chuťových buniek, zhoršenie čuchu, zmena vylučovania hormónov ako je leptín, pokles tvorby slín (tab 1).

Tab. 1 *Faktory ovplyvňujúce malnutríciu – involučné zmeny.*

Zníženie počtu chuťových buniek	Zhoršenie motorickej funkcie jazyka a žuvacích svalov
degenerácia n. olfactorius	Znížená tvorba slín
Centrálna redukcia tvorby katecholamínov	Problémy s chrupom
Zmeny funkcie adrenergných a opioidných receptorov	Zhoršenie motility čriev
Cholecystokinín zvyšuje rigiditu žalúdka	Zníženie exokrinnej funkcie pankreasu
Znížená stimulačná aktivita neuropeptidu Y	Pokles produkcie testosterónu u mužov

Vo vyššom veku sa taktiež zvyšuje výskyt ochorení, ktoré priamo, alebo nepriamo ovplyvňujú nutríciu pacienta. V popredí sú predo všetkých ochorenia GITu (gastrointestinálneho traktu), ochorenia CNS (centrálna nervová sústava) a metabolické ochorenia (tab. 2).

Tab. 2 *Faktory ovplyvňujúce malnutríciu - chorobné zmeny.*

Častejšie CMP s poruchami prehĺtania	Depresie s abúliou
Demencia	Diabetes mellitus
Chron. pankreatopatia	Pozápal. stenózy pažeráka
Nádory tráviaceho traktu	Parkins. Sy.
Kardiál. zlyhávanie	Cirhóza pečene
Ischémia splanchnickej oblasti	Neurodegeneratívne ochorenia

Významným faktorom ovplyvňujúcim možnosti adekvátnej výživy sú tiež sociálne problémy ako je izolácia, nedostatok finančných prostriedkov.

Vplyv malnutrície na organizmus

Malnutrícia a starnutie sú spojené s progresívnou detorioráciou zdravia a fyzických schopnosti. Táto detoriorácia vedie k poklesu funkčných schopností, vzniku závislosti pri denných aktivitách, zhoršeniu kvality života a následne k ďalšiemu poklesu fyzických aktivít [4] Dôsledkom malnutrície je postihnutie jednotlivých systémov s vplyvom na hojenie rán, liečbu infekcií a zvýšenie rizika dekubitov

Centrálny nervový systém: Zhoršená nutrícia môže viesť alebo byť dôsledkom neurodegeneratívnych ochorení a zhoršenia kognitívnych funkcií. Nedostatok folátov, vitamínov skupiny B zhoršuje depresiu a nedostatok vitamínu B12 môže byť príčinou reversibilnej demencie.

Muskuloskletálny systém: V dôsledku nedostatku proteínov ktorých hlavnou zásobárňou sú práve svaly dochádza k urýchleniu sarkopénie. Dochádza k zhoršeniu kvality svalových vlákien, k zníženiu počtu receptorov, k infiltrácii svalov tukom. Pri nedostatku vitamínu D a vápnika hrozí riziko osteoporózy.

Kardiovaskulárny systém: Aj keď riziko aterosklerózy a vzniku srdcovocievnych ochorení sa spája skôr s nadmernou výživou aj malnutrícia môže viesť k oslabeniu srdcového svalu a vzniku srdcového zlyhávania. A naopak chronické srdcové zlyhávanie vedie k vzniku kardiálnej kachexie, zhoršenému prekrveniu splanchnickej oblasti a vzniku malnutrície. [4]

Imunitný systém: Vo vyššom veku dochádza k zhoršenej proliferácii T-lymfocytov a zhoršenej funkcii T-helper lymfocytov. Dochádza k zhoršeniu imunitnej odpovede nielen na patogény ale aj na vakcíny.

Odporúčania pre adekvátnu výživu

V súčasnosti existujú ESPEN (European society for clinical nutrition and metabolism) odporúčania pre výživu v geriatrii. Podľa ESPEN odporúčaní je denný príjem kalórií 30 kcal /kg/deň. Príjem bielkovín za bežných okolností je 1g/kg/deň, tento príjem je však potrebné zvýšiť pri akútnych a chronických ochoreniach na 1,2-1,5 g/kg/deň a na 2 a viac gramov pri zranení, malnutrícii alebo v prípade ťažkého ochorenia. Odporúčaný príjem v dospelej populácii v strednom veku je 0,75g/kg/deň. Príjem vlákniny by mal byť 25-30 g denne. ESPEN odporúča pravidelný monitoring pacientov so skorým odhalením malnutrície a snahou o jej elimináciu. V prípade mikronutrientov neexistujú špecifické odporúčania, ale vzhľadom k všeobecne predikovanej menšej pestrosti stravy a menšej dostupnosti niektorých mikronutrientov (narušenie absorbcie železa a vápnika, častejšia atrofická gastritída s nedostatkom vitamínu B12) sa predpokladá vyššie riziko ich deficitu. [5]

Enterálna výživa

Enterálna výživa je podávanie výživy do tráviaceho traktu, pokiaľ je to možné a pacient je schopný resorbovať živiny z tráviaceho traktu má enterálna výživa prednosť pred výživou parenterálnou podávanou do periférneho alebo centrálneho venózneho systému. Kontraindikáciou na podávanie enterálnej výživy je akútne krvácanie z GITu a črevná nepriechodnosť. Existuje niekoľko možností na zabezpečenie adekvátnej výživy.

Podávanie výživy perorálne je najjednoduchší spôsob zabezpečenia dostatočnej výživy pacienta, okrem podávania bežnej stravy pre zabezpečenie dostatočného kalorického príjmu je vhodné podávanie tzv. nutrične definovaných preparátov. Najvhodnejšie je podávanie preparátov formou tzv. sippingu, kedy medzi hlavnými jedlami pacient popíja doplnkovú výživu.

Pokiaľ nie je možné zabezpečiť perorálny príjem prirodzenou cestou je vhodné zabezpečiť výživu pomocou zavedenie nasogastrickej sondy ako dočasného riešenia alebo perkutánnej gastrostómie (PEG), chirurgickej gastrostómie alebo jejunostómie ako riešenia trvalého. V tomto prípade je plne indikované podávanie nutrične definovaných preparátov a podávanie rôznych mixovaných potravín považujeme za obsolentné.

Podávanie nutrične definovaných preparátov je niekedy spojené s nežiaducimi účinkami najmä hnačkami, nadúvaním, vracaním, pocitmi plnosti. Prevenciou nežiaducich účinkov, ktoré sa vyskytujú najmä na začiatku podávania preparátov pre ich osmotické vlastnosti je možné predchádzať alebo ich zmierniť podávaním menších množstiev preparátu viackrát denne. V prípade trvalej enterálnej výživy pri zavedenom PEG je riešením kontinuálne vyživovanie pacienta pomocou enterálnej pumpy alebo gravitačného setu (obr. 1)

Obr. 1 *Enterálna pumpa a gravitačný set.*

Nutrične definované preparáty

Nutrične definované preparáty sú umelo vyrobené výživové doplnky, ktoré majú presne definované množstvo kalórii, bielkovín, cukrov, tukov a mikronutrientov. Jednotlivé preparáty sa líšia podľa množstva energie v jednom mililitri výrobku, konzistencie a prípadného obsahu

rôznych imunomodulačných doplnkov. Štandardné diety obsahujú 1 kcal na 1 mililiter preparátu. Existujú preparáty, ktoré majú vyšší obsah bielkovín, znížený obsah tukov, alebo sú hyperkalorické. Pri poruchách prehĺtania spojených s lepšou toleranciou zahustených preparátov exituje možnosť použitia výrobku krémovej alebo jogurtovej konzistencie, prípadne použitie špeciálnych zahusťovadiel.

Záver

Poruchy výživy vo vysokom veku sú veľmi častý bohužiaľ však aj poddiagnostikovaný problém. Zabezpečenie adekvátnej výživy zlepšuje celkovú kondíciu pacienta a umožňuje efektívnejšie liečenie základného ochorenia. V domácich podmienkach zmenšuje potrebu rehospitalizácií. V našej geriatrickej ambulancii sledujeme asi 25 pacientov s potrebou doplnkovej enterálnej výživy. V sledovaní máme tiež 5 pacientov ktorí majú zavedený PEG a pre intoleranciu bolusového podávania preparátov sú v súčasnosti nastavení na enterálnu pumpu s veľmi dobrou toleranciou, bez sprievodných hnačiek a iných tráviacich ťažkostí.

Literatúra

1. KUBRAK C, JENSEN L. Malnutrition in acute care patients: a narrative review. *Int J Nurs Stud* 2007 44:1036–54.
2. AHMED T, HABOUBI N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical interventions in Ageing.* 2010;5:207–216.
3. KRAJČÍK Š, HOOZOVÁ J. Seniori v Nutriaction. *Geriatria.* 2015;21(4):160-186
4. RÉMOND D, SHAKAR DR, GILLE D et al. Understanding the gastrointestinal tract of the elderly to develop dietary solutions that prevent malnutrition /online/. https://www.ncbi.nlm.nihgov/pmc/ articles/PMC4546438/ Accessed September 30,2019
5. VOLKERT D, BECK AM, CEDERHOLM T et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics [online]. https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_GL_Geriatrics_ Clin Nutr2018ip.pdf .Accessed October 1,2019

Kontakt:

MUDr. Jozef Jablonský
Geriatrické oddelenie -. Klinika vnútorného lekárstva
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. Gen. Vesela 21
034 26 Ružomberok
tel.:044/4382556
e-mail: jablonskyj@uvn.sk

FUNKCJONOWANIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ ZWYRODNIENIOWĄ STAWÓW PRZED I PO ZABIEGACH FIZJOTERAPEUTYCZNYCH

Functioning of Patients with Osteoarthritis Before and After Physiotherapeutic Procedures

Kamil Markowski, Edyta Dziewisz, Tomasz Wójcik

Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Streszczenie

Celem pracy była ocena wpływu zabiegów fizjoterapeutycznych na funkcjonowanie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów kolanowych. Ponadto dokonano oceny redukcji bólu po terapii w zależności od ilości zabiegów.

Badaniem objęto 36 pacjentów z gonartrozą poddanych rehabilitacji, w tym 21 kobiet i 15 mężczyzn. Zabiegi zlecone przez lekarza specjalistę wchodziły w program terapii, który obejmował:
ćwiczenia czynne w odciążeniu, pole magnetyczne, prądy diadynamiczne, krioterapię.

Skuteczność zabiegów fizjoterapeutycznych badano przy użyciu skali WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) oraz skali NRS (Numerical Rating Scale).

Stwierdzono redukcję czasu trwania sztywności porannej po terapii w stawie kolanowym prawym i lewym oraz wyraźne zmniejszenie natężenia bólu. Zaobserwowano znaczną redukcję bólu we wszystkich czynnościach dnia codziennego, szczególnie u pacjentów z dolegliwościami bólowymi na poziomie silnym i ekstremalnym. Zdecydowana większość pacjentów, którzy odczuli znaczną poprawę po terapii pochodziła z grupy z większą ilością zabiegów.

Słowa kluczowe: Choroba zwyrodnieniowa stawów. Procedury fizjoterapeutyczne.

Abstract

The aim of the study was to evaluate the influence of physiotherapeutic procedures on the functioning of patients with osteoarthritis of knee joints. Moreover, pain reduction after the therapy was evaluated in relation to the number of treatments.

The study included 36 patients with gonartrose undergoing rehabilitation, including 21 women and 15 men. Treatments ordered by a specialist doctor were included in the therapy program, which embraced:
active strain relief exercises, magnetic field, diadynamic currents, cryotherapy.

The effectiveness of physiotherapeutic treatments was studied using the Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC) and Numerical Rating Scale (NRS) scales.

It was found that the duration of morning stiffness was reduced after the therapy in the right and left knee joint and the pain intensity was significantly reduced. Significant pain reduction has been observed in all daily activities, especially in patients with severe and extreme levels of pain. The vast majority of patients who experienced significant improvement after therapy came from a group with more treatments.

Key words: Osteoarthritis. Physiotherapeutic Procedures.

Kontakt:
Mgr Kamil Markowski
Collegium Medicum,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. Żeromskiego 5
25-369, Kielce
e-mail: ehombek@wp.pl

KVALITA TROMBOCYTOVÝCH PRÍPRAVKOV V ZÁVISLOSTI OD ICH PRÍPRAVY

Quality of Thrombocytic Preparations Depending on their Preparation

Jana Filická[1,2], Oľga Chrenková[2], Jaromír Tupý[1,2]

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

Abstrakt

Úvod: Komplexná liečba onkologických a hematologických pacientov vyžaduje mať možnosť padania celej palety krvných buniek. Trombocyty, ako súčasť zabezpečenia zrážania krvi, sú neodmysliteľnou súčasťou starostlivosti o týchto pacientov a často predstavujú možnosť zvýšenia limitov a účinnosti liečby. Tieto skutočnosti nás nútia mať dostatočné zásoby, ktoré sú však limitované krátkou expiráciou. Všeobecne možno krvné doštičky pripravovať ako:

1. suspenziu trombocytov získanú spracovaním jednotkového množstva krvi metódou z plazmy bohatej na trombocyty, alebo metódou z leukocyto-trombocytovej vrstvy (vrstvy buffy coatu – BC) - TKB,
2. suspenziu trombocytov získanú aferézou odberom na separátore krvných zložiek.

Obe suspenzie – koncentráty môžu byť v prídavnom (aditívnom) roztoku a zbavené leukocytov – deleukotizované.

Cieľ: Zhodnotiť kvalitu pripravených transfúznych liekov s obsahom trombocytov na základe stanovených indikátorov kvality a porovnať ich navzájom.

Materiál a metodika:

Výskumnú vzorku tvorili transfúzne jednotky (TU) s obsahom trombocytov, ktoré na základe prípravy a spracovania boli rozdelené na dve podskupiny. Prvú (n=267 TU) tvorili trombocytové koncentráty poolované deleukotizované TKBD (vyrobené metódou buffy coat zo zmesy 5 TU). Druhú (n=76 TU) tvorili trombocytové koncentráty z aferézy deleukotizované TAD. Vyšetrovaný bol:

- objem TU (ml) - najmenej 40 ml plazmy s obsahom 60 x10^9 trombocytov,
- obsah trombocytov pri TKB - najmenej 60x 10^9 trombocytov x počet zmiešaných T.U.,
  pri TAD - viac ako 200 x 10^9 trombocytov v T.U.,
- pH - najmenej 6,4 pri +22°C na konci času uchovávania,
- obsah leukocytov - menej ako 1 x 10^6 na jednotkové množstvo krvi (TU).

Výsledky:

TKBD

- celkový objem ako priemer ± SD bol 282,77±20,93 ml (95% CI 279,818 – 228,572);
- priemerný nadbytok objemu pri nutnosti 40 ml na $60x10^9$ trombocytov bol 90,76±28,151 ml (95% CI 86,787 – 94,739)
- priemerný obsah trombocytov bol 2,88±44,248x10^{11} na TU, minimum 2,02 x10^{11}. Počet Trc prerátaný na 5 TU spĺňalo 36,41 % TU. Ostatných 63,59 spĺňalo kvalitu výrobku vyrobených zo zmesy 4 TU
- celkový počet Le ako priemer ± SD bol 0,197±0,0920 x10^6/TU (95% CI 0,184 – 0,210) s maximom 0,550 x10^6/TU,
- pH na konci expirácie bolo vo všetkých TU ≥ 6,6.

TAD

- celkový objem ako priemer ± SD bol 173,219±26,252 ml (95% CI 168,809 – 201,180);
- priemerný nadbytok objemu pri nutnosti 40 ml na $60x10^9$ trombocytov bol 46,531±24,681 ml (95% CI 37,302 – 50,760),
- priemerný obsah trombocytov ako priemer ± SD bol 2,44±33,338x10^{11} (95% CI 2,337 – 2,260) na TU, minimum 2,01 x10^{11},
- celkový počet Le ako priemer ± SD bol 0,121±0,0588 x10^6/TU (95% CI 0,101 – 0,141) s maximom 0,300 x10^6/TU,
- pH na konci expirácie bolo vo všetkých TU ≥ 6,6.

Diskusia: V nami prezentovanom súbore TKBD a TAD mali všetky transfúzne jednotky väčší objem plazmy ako požadovaný 40 ml na počet Trc $60x10^9$. Vyššie objemy boli v TKBD. Priemerný obsah trombocytov v TU bol o niečo vyšší v TKBD ako v TAD (2,88 v.s. 2,44 x10^{11}). Vo všetkých skúmaných jednotkách bola hodnota vyššia ako minimálne požadovaná. Celkový počet leukocytov odzrkadľoval deleukotizovaný (zbyvený leukocytov) prípravok a hodnoty Le jednoznačne boli nižšie ako stanovená horná hranica (1 x 10^6 na TU). Pokles bol výraznejší v prospech TAD (0,121 vs. 0,197x 10^6/TU). Všetky hodnotené transfúzne jednotky mali na konci expirácie pH vyššie ako požadovaná hodnota vychádzajúca z požiadaviek na kvalitu a bezpečnosť koncentrátov trombocytov.

Záver: Oba nami realizované spôsoby prípravy transfúzneho lieku s obsahom trombocytov predstavujú kvalitou overené možnosti hemoterapie. Závisí len na požiadavke indikujúceho lekára o aký typ požiada, aby zabezpečil významné zvýšenie ošetrovateľskej starostlivosti a rozšíril možnosti a hranice terapie.

Kľúčové slová: Kvalita. Trombocyty. Trombocytový koncentrát. Buffy – coat. Aferéza

Abstract

Introduction: The complex treatment of oncology and haematology patients requires a possibility to administer a broad spectrum of blood cells. The thrombocytes, the elementary components of blood coagulation, play an inherent role in care of these patients and they often rise the limits and effectiveness of the therapy. These circumstances make us keeping sufficient reserves of thrombocytes, however these are limited through their short-term expiration.

In general, the blood platelets could be prepared as follows:

1. The suspension of thrombocytes elaborated from transfusion unit using method of plasma rich on thrombocytes, or using method of leukocyte-thrombocytes coat (buffy coat – BC) – TKB;
2. The suspension of thrombocytes elaborated by blood taking through the blood elements separator.

Both suspensions – the concentrates, can be in additive solution and deleukocytised.

Aim/Target: To assess the quality of prepared transfusion drugs containing thrombocytes according the defined quality indicators and their comparison.

Material and methodology: The researched samples were the transfusion units containing thrombocytes, divided into two groups according the way of preparation and processing. The first group (n=267 T) comprised the thrombocyte concentrates of pool deleukocytised TKBD (produced by buffy coat method from 5 TU). The second group (n=76 TU) were the thrombocyte concentrates gained on the blood cells separator deleukocytised TAD.

Examined were:

- Volume TU (ml) – at least 40 ml of plasma with $60x10^9$ of thrombocytes;
- Capacity of thrombocytes by TKB – at least $60x10^9$ of thrombocytes x (times) the number of mixed TU
  by TAD – more than $200x10^9$ of thrombocytes in TU;
- pH – at least 6,4 by +22°C at the end of time of storage;
- Capacity of leukocytes – less than $1x10^6$ in TU.

Results:

TKBD

- Overall volume as average ± SD was 282,77±20,93 ml (95% CI 279,818 – 228,572);
- Average surplus of volume by the necessity of 40 ml on $60x10^9$ of thrombocytes was 90,76±28,151 ml (95% CI 86,787 – 94,739);
- Average capacity of thrombocytes was $2,88±44,248x10^{11}$ on TU, minimum $2,02x10^{11}$. The number of thrombocytes re-counted on 5 TU met 36,41% TU. The remaining 63,59 % met the quality of product made from the mixture of 4 TU.

- The overall volume of leukocytes as average ± SD was 0,197±0,0920 x10^6 on TU (95% CI 0,184 – 0,210) with maximum 0,550 x10^6 on TU;
- pH at the end of expiration date was in all TU ≥ 6,6.

TAD

- Overall volume as average ± SD was 173,219±26,252 ml (95% CI 168,809 – 201,180);
- Average surplus of volume by the necessity of 40 ml on 60x10^9 of thrombocytes was 46,531±24,681 ml (95% CI 37,302 – 50,760);
- Average capacity of thrombocytes was ± SD 2,44±33,338x10^{11} (95% CI 2,337 – 2,260) on TU, with minimum 2,01 x10^{11};
- The overall volume of leukocytes as average ± SD was 0,121±0,0588 x10^6 on TU (95% CI 0,101 – 0,141) with maximum 0,300 x10^6 on TU;
- pH at the end of expiration date was in all TU ≥ 6,6.

Discussion: In our presented compilation TKBD and TAD had all TU larger volume of plasma as required 40 ml on the number of 60x10^9 of thrombocytes. Larger volumes were in TKBD. The average capacity of thrombocytes in TU was slightly higher in TKBD than in TAB (2,88 vs 2,44x10^{11}). In all examined TU was the amount higher than minimum required. The overall number of leukocytes reflected deleukocytised preparation and the amount of leukocytes was lower than the defined upper limit (1x10^6 on TU). Decrease of leukocytes was more visible in TAD (0,121 vs. 0,197 x 10^6 on TU). All judged TU had at the end of expiry date pH higher than value required according the quality and safety requirements on thrombocyte concentrates.

Results: Both presented ways of preparation of transfusion drug with thrombocytes present a quality proved possibilities of haemotherapy. It depends only on the demand of the attending doctor, which type of transfusion drug he will prefere, to support the treatment and to extend the possibilities and boundaries of the therapy.

Key words: Quality. Thrombocytes. Thrombocytes concentrate. Buffy – coat. Apheresis.

Kontakt:
Mgr. Jana Filická, PhD.
Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: jankafilicka76@gmail.comm

PROBLEM UZALEŻNIEŃ WŚRÓD DZIECI I MŁODZIEŻY

The Addiction Problem among Children and youth

Alicja Kłos, Irena Brukwicka, Ewelina Pruchnicka

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu

Streszczenie

Uzależnienia u dzieci i młodzieży w dzisiejszym społeczeństwie obserwowane są coraz częściej. Młodzież najchętniej sięga po alkohol oraz środki odurzające. Niezwykle istotną kwestią jest pokazanie młodzieży działania środków odurzających oraz negatywnych skutków jakie za sobą niosą. Dzięki działaniom profilaktycznym wiedza dzieci młodzieży może zostać w profesjonalny i kompetentny sposób uzupełniana.

Słowa kluczowe: Uzależnienie. Profilaktyka. Młodzież. Dzieci.

Summary

Addictions in children and adolescents in today's society are observed more and more frequently. Young people are eager to use alcohol and intoxicants. It is extremely important to show young people how to act and the negative effects they bring. Thanks to prophylactic activities, the knowledge of young children can be supplemented in a professional and competent way by a nurse.

Key words: Addiction. Prevention. Youth. Children.

Wprowadzenie

Uzależnienie - słowo to do niedawna kojarzyło się z osobami dorosłymi, dojrzałymi, niekiedy nie radzącymi sobie z własnym życiem, czy problemami. Dziś termin ten jest jak się okazuje coraz częściej używany, stawiane są diagnozy z dodatnim uzależnieniem przez lekarzy specjalistów wśród dzieci i młodzieży. Wraz z rozwojem świata, większym i łatwiejszym dostępem do świata mediów, wirtualnego, sztucznego świata społeczności internetowej rośnie też rozwój uzależnień. Dzieci, młodzież, są to osoby szukające własnego ja, własnego miejsca na ziemi, zrozumienia. Niekiedy poszukiwania te są przysłaniane przykrymi wydarzeniami w ich życiu, które mają miejsca w szkole, w domu, wśród rówieśników. Gdzie szukać pomocy? Najczęściej pierwszą myślą w głowie młodego człowieka jest zapomnienie. Szukają oni go w alkoholu, nikotynie, dopalaczach czy społeczności

internetowej. Z uwagi na to, iż dzieci/ młodzież większość swojego ,czasu spędzają w szkole praca z nauczycielami i pielęgniarką stanowi jeden z podstawowych warunków powodzenia profilaktyki. Powodzenie działań zależy przede wszystkim od uświadomienia sobie zagrożeń związanych z nadużywaniem alkoholu, nikotyny, dopalaczy czy innych środków uzależniających oraz dostarczenie młodzieży niezbędnej wiedzy na dany temat. Należy tez w młodych ludziach zbudować przekonanie, że te i wiele innych problemów można rozwiązać w inny skuteczny nie szkodzący zdrowiu sposób, a przede wszystkim im przeciwdziałać.

Przyczyny uzależnień u dzieci i młodzieży

Przyczyny uzależnień u dzieci i młodzieży mogą być różne i mogą być dużej mierze związane z wiekiem, czy płcią, czy środowiskiem w jakim dana jednostka się wychowuje. Wyróżniamy następujące czynniki, mogące mieć wpływ na sięganie po środki uzależniające:

- *Czynniki genetyczne*

Badania, które zostały przeprowadzone na dzieciach alkoholików wychowywanych w różnych rodzinach oraz badania prowadzone wśród bliźniąt jednojajowych i różno jajowych wskazują na to, że możliwe jest dziedziczenie pewnych zaburzeń, które dają predyspozycję do rozwoju uzależnienia. Substancja, od której dana osoba się uzależnia i która dostarcza przyjemności, jest rodzajem natychmiastowej nagrody, którą zdobywa niewielkim kosztem. Biorąc pod uwagę jak wiele jest typów emocjonalnych wśród dzieci i młodzieży psychologowie podkreślają, że nawet genetycznie uwarunkowane osoby nie są zdeterminowane do ulegania uzależnieniom, a jedynie do nich predysponowane w określonych warunkach psychospołecznych. Żaden pojedynczy defekt biologiczny nie może tłumaczyć uzależnienia, a czynniki biologiczne mogą jedynie częściowo tłumaczyć przyczynę późniejszych uzależnień.[1]

- *Czynniki społeczne*

Rodzina- jest naturalnym środowiskiem każdego młodego człowieka, to właśnie w niej wzrasta, rozwija się i usamodzielnia. To z rodziny dzieci i młodzież czerpią wzorce, ukierunkowują się do odgrywania roli społecznych. Czynnikami potęgującymi uzależnienia są: (z wyłączeniem rodzin dysfunkcyjnych, w których złym wzorcem postępowania są rodzice lub rodzeństwo):

- rozpad więzi, który jest obecny w coraz większej liczbie rodzin- nadopiekuńczość, która prowadzi do ograniczenia wolności i samodzielności młodego człowieka pod pozorem działania dla jego dobra. Działanie takie nastawione jest na realizację oczekiwań rodziców, a nie zaspokajanie fundamentalnych potrzeb dziecka, co prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości, wzrostu reakcji lękowych, a ostatecznie do buntu wobec rodziców przejawiającego się m.in. w chęci szybszego usamodzielnienia się,

- chłód emocjonalny, polegający na nieujawnianiu emocji wobec wychowanka, szczególnie pozytywnych. Takie postępowanie rodzi tendencje do skrywania ich w sobie i tłumienia ich przez światem zewnętrznym, a w konsekwencji prób ucieczki w substancje uzależniające, aby pokonać lęk związany z wyrażaniem swoich myśli i uczuć

- przedmiotowość, czyli traktowanie dziecka jako karty przetargowej w relacjach między rodzicami, co powoduje powstawanie i utrwalanie się rozterek emocjonalnych związanych z identyfikacją po jednej ze stron i opozycji wobec drugiego rodzica. Odejście w substancje uzależniające ma wówczas charakter odstresowujący, stanowi ucieczkę od problemów w rodzinie.

- deficyt potrzeb dziecka, kiedy rodzina nie zaspokaja potrzeb bezpieczeństwa, miłości, akceptacji, młody człowiek zwraca się ku substancjom uzależniającym, by w nich znaleźć substytut ich zaspokojenia, nierzadko połączony z przynależnością do jakiejś grupy czy subkultury.[2]

- rozpad rodziny, pod którym należy rozumieć nie tylko fizyczną śmierć jednego z jej członków, ale również śmierć psychologiczną lub emocjonalną związaną z rozpadem małżeństwa lub też zaistnieniem kolejnego związku partnerskiego z udziałem jednego z rodziców.

Radykalna zmiana statusu społecznego – nagły i drastyczny spadek dochodów (związany np. z utratą pracy) może powodować powstanie i eskalację napięć wewnątrz rodziny, aktów przemocy psychofizycznej, braku zrozumienia, pustki emocjonalnej, separacji, czy w końcu rozpadu rodziny. Powoduje to uczucie frustracji i bezsilności, które zostaje odrzucone przez młodego człowieka, szukającego dawnego statusu rodziny.[3]

- *Środowisko rówieśnicze*

Grupa rówieśnicza tworzy środowisko sprzyjające szerzeniu się uzależnień. Staje się usprawiedliwieniem samodzielnego przebywania poza domem, zachęca do pierwszych prób, ułatwia dzielenie się narkotykami i nabytymi doświadczeniami. Szalenie trudno jest odmówić i przeciwstawić się pozostałym, gdyż można utracić tak ważną w tym wieku dla młodego człowieka pozycję w grupie. Dzieci nie przeciwstawiają się grupie, presji rówieśniczego środowiska, głównie ze względu na dużą potrzebę akceptacji. Wpływ rówieśników jest jednym z głównych powodów, dla których dziecko po raz pierwszy próbuje papierosów, alkoholu, czy narkotyków.[4] Młodzieńcza potrzeba buntu jest także częstym czynnikiem skłaniającym do sięgania po używki. Młodzież chce robić rzeczy, które spotykają się z aprobatą rówieśników, gdy jednocześnie spotyka się z naganą rodziców. Ponadto korzystanie z środków zakazanych przez dorosłych zespala środowisko młodych. Sięganie po używki jest częścią generalnej

strategii buntu i pokoleniowej solidarności.[5] Potrzeba wykazania się, pogoń za byciem najlepszym, tempo życia i ogrom wiedzy, jaką młody człowiek musi przyswoić sprawia, iż decyduje się na sięgnięcie po substancje psychoaktywne, aby podnieść swoje zdolności percepcji, pamięci, a jednocześnie usunąć własne zahamowania, które obniżają autoprezentację i mogą zmniejszyć jego szanse na np. zdobycie pracy, awansu. Również poczucie niedorównywania grupie (klasa, rocznik, pracownicy) może skłaniać do ucieczki w substancje uzależniające, jako czynnika odreagowania i mobilizacji.[2] Badania dowodzą, iż młodzież i dzieci pierwszych prób sięgania po używki dokonują w obecności i przy akceptacji swoich rówieśników lub niewiele starszych kolegów. Właściwe funkcjonowanie rodziny jest tu nierzadko najważniejszym momentem pozwalającym na szybką i skuteczną reakcję wobec młodego człowieka będącego w „fazie prób".

- *Wzorce społeczne*

Żyjemy w cywilizacji, w której środki społecznego przekazu są nie tylko czwartą władzą w państwie. Są też swoistym ośrodkiem sprawowania nieformalnej, ale bardzo skutecznej władzy wychowawczej w odniesieniu do współczesnej młodzieży. Mass media, zwłaszcza czasopisma, programy telewizyjne, świat wirtualny, przeznaczone dla dzieci i młodzieży, w znacznym stopniu kształtują filozofię życia oraz postawę młodego pokolenia wobec substancji uzależniających. Ustawowy zakaz reklamy napojów alkoholowych w Polsce nie obejmuje piwa, co sprawia, iż staje się on wśród nieletnich najczęściej spożywanym alkoholem. Nieobojętny jest tutaj również brak sprzeciwu wobec młodzieży kupującej lub spożywającej alkohol w miejscach publicznych. Obecność substancji psychoaktywnych w programach, grach i filmach przeznaczonych dla dzieci i młodzieży nierzadko jako tych, które „wzmacniają" człowieka w rozmaitych sytuacjach i trudnościach, powoduje takie właśnie odniesienie nieletniego do używek. W konsekwencji minimalizuje lub znosi opór i lęk przed jej zażyciem, tym bardziej, iż popularny bywa pogląd od rozdziale na narkotyki „miękkie" i „twarde", z których tylko te drugie mogą spowodować szkody w organizmie i uzależnienie. Jedyną zmianą w sferze publicznej, jaką obserwujemy, jest zgodność wobec szkodliwości palenia tytoniu i swego rodzaju moda na niepalenie.[6]

- *Czynniki psychologiczne*

  - niedojrzałość emocjonalna – osoby niedojrzałe mają znacznie więcej problemów z pokonywaniem różnych trudności niż pozostali. Często potrzebują różnego rodzaju „podpórek". Dla jednych będą to leki, dla innych alkohol lub narkotyki. Do cech osobowości wpływających na uruchomienie koła uzależnień należą: nadmierna zależność, brak orientacji, kim się jest, poczucie wewnętrznej pustki, przeżywanie

poczucia winy, mała odporność na frustracje, trudności w wyrażaniu uczuć, niska samoocena, problemy z autorytetami itp.

- nieprzystosowanie społeczne – osoby z zespołem skumulowanych objawów, które wchodzą w otwarty konflikt z normami obyczajowymi, moralnymi lub społecznymi, a także te, które uczestniczą w podkulturach i identyfikują się z ich normami. Młodzież rozpoczynając picie alkoholu, palenie papierosów, czy też korzystanie z narkotyków nie robi tego samotnie (przynajmniej we wstępnej fazie nałogu), ale w grupie zaufanych sobie ludzi, gdzie funkcjonują silne więzi wewnętrzne, istnieje własna symbolika i rytuały. Wówczas używki są ucieczką od frustracji i trudnych emocji.[7]
- ucieczka od problemów zewnętrznych – korzystanie z używek jest stworzeniem swego rodzaju muru oddzielającego od rzeczywistości, z którą młody człowiek nie potrafi sobie poradzić, która go determinuje, jest rodzajem uniknięcia konfrontacji z realnością, ucieczką od problemów w świat nierzeczywisty.
- ucieczka od problemów wewnętrznych – osoba sięga po używki, aby poradzić sobie z trudnościami emocjonalnymi, podnieść niską własną samoocenę (związaną np. z opóźniającym się dojrzewaniem fizycznym, jego przebiegiem lub zaakceptowaniem jego skutków), pokonać nieśmiałość, lęk, depresję, wyeliminować wewnętrzne napięcie. Korzystanie z używek ma wówczas zakamuflować braki rozwojowe, intelektualne, kulturowe lub emocjonalne, poczucie zagubienia w świecie, poszukują sensu istnienia, wartości, które mogliby uznać za swoje. Młody człowiek chce sprawiać wrażenie np. przywódcy, idola, człowieka sukcesu zadowolonego z własnego życia i postępowania, co według jego oceny – może osiągnąć przy pomocy używek.[8]

- *Czynniki duchowe*

Obok sfery biologicznej, społecznej i psychologicznej, wartości, jakimi kieruje się człowiek mają wpływ na jego decyzje i postępowanie. Wychowanie w wewnętrznej przejrzystości wobec osądu swojego sumienia jest formą „zapory", jaką wychowawca może dać młodemu człowiekowi, który świadomy zła i konsekwencji, jakie niesie korzystanie z substancji uzależniających, będzie starał się z nich nie korzystać do rozwiązywania swoich problemów, jak i polepszania lub utrzymania relacji międzyosobowych. Przekazywana hierarchia wartości, jak i odniesienie do moralności (zewnętrznego Prawodawcy) stawi szkielet osobowości, matrycę postępowania, jaką człowiek przykłada rozwiązując konkretne sytuacje życiowe, przed jakimi staje. Bunt, będący integralną częścią okresu dojrzewania, dotyka jednakże także sfery duchowej człowieka, a więc obecny także w dziedzinie wyznawanej wiary i przekazywanych wartości. Dlatego zbyt legalistyczne wychowanie religijne może wyzwolić bunt, który będzie demonstracją odmiennych, a nierzadko przeciwstawnych postaw czy skrajnie odmiennych zachowań, w które wpisuje się korzystanie z używek. Także rozwój sfery seksualnej może prowadzić w czasie dojrzewania do rozdźwięku lub sprzeczności – w ocenie

młodego człowieka – między normami moralnymi a obserwowanymi w sobie zmianami fizycznymi, co w konsekwencji może czasowego odrzucenia religijności w jego moralnym rozumieniu. Wówczas sięgnięcie po środki psychoaktywne jest związane chęcią pokonania wewnętrznych dylematów moralnych i rozłamem między zaobserwowanymi w sobie zmianami a zewnętrznym prawem moralnym.[9] Rozwój człowieka wiąże się również z zaspokajaniem jego duchowych potrzeb. Jeśli człowiek ten nie znajduje ich w tradycyjnych formach religijności, poszukuje innych. Stąd popularność sekt i rozmaitych grup psychomanipulacyjnych, do których trafiają młodzi ludzi, szukający wrażeń lub doświadczeń duchowych. Korzystanie z substancji uzależniających jest wówczas elementem „formowania" adepta, które ma na celu jego uzależnienie i całkowite podporządkowanie przywódcom grupy.[10]

Profilaktyka uzależnień

Profilaktyka jest to: „*działanie i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom; ogólnie: stosowanie różnych środków zapobiegawczych w celu niedopuszczenia do wypadków, uszkodzeń, katastrof itp*.". Rozumie się przez to, że profilaktyka to wszystkie działania mające na celu zapobieganie, eliminowanie oraz ograniczanie niekorzystnych dla zdrowia czynników uważanych w społeczeństwie za szkodliwe. Powszechnie uważane jest, że profilaktyka jest czołowym sposobem hamowania lub ograniczania skali zjawisk uznawanych za dolegliwie społeczne. [11] Profilaktyka pierwszorzędowa jest to profilaktyka adresowana do grupy niskiego ryzyka Są to działania adresowane do ludzi zdrowych, które wspomagają prawidłowe procesy rozwoju psychicznego i fizycznego. Mające na celu promocję zdrowego stylu życia oraz opóźnienie wieku inicjacji, a przez to obniżenie zasięgu zachowań ryzykownych. Ważne jest więc ciągłe rozwijanie różnych umiejętności życiowych, prospołecznych, które pozwalają ludziom w młodym wieku radzić sobie z trudnościami życia, emocjami. Dostarczane informacje powinny być precyzyjne, dostosowane do specyfiki odbiorców. Profilaktyka drugorzędowa jest to profilaktyka mająca na celu ograniczenie czas trwania i głębokość dysfunkcji, utworzenie warunków dla danej jednostki adresowana jest do grupy podwyższonego ryzyka, do osób przejawiających pierwsze objawy zaburzeń (choroby). Celem działań jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji, tworzenie warunków, które umożliwią wycofania się z zachowań ryzykownych.[12] Profilaktyka trzeciorzędowa, jej celem jest przeciwdziałanie nasilania się procesu chorobowego i degradacji społecznej oraz umożliwienie jednostce powrotu do normalnego życia w społeczeństwie. Profilaktyka ta kierowana jest do grupy wysokiego ryzyka, do osób, u których występują już objawy choroby (zaburzeń) Z jednej ma ona na celu przeciwdziałanie nawrotowi zaburzeń, z drugiej umożliwia osobom uzależnionym prowadzenie akceptowanego społecznie stylu życia. [13]

Współczesne uzależnienia

Alkoholizm

Termin alkoholizm oznacza różnorodne następstwa nadmiernego spożywania alkoholu etylowego. Osoba często sięgająca po alkohol swój motyw postępowania tłumaczy działaniem rozluźniającym, euforyzującym, rozhamowującym (upojenie alkoholowe). Rozwój uzależnienia jest bardzo indywidualny i zależy od wielu indywidualnej i społecznych czynników tj. sytuacja rodzinna, czynniki dziedziczne, dostępność do alkoholu, cechu osobowości. Czynnikami wskazującymi na uzależnienie od alkoholu wskazują m.in. ciągłe, czynne szukanie okazji do picia, lekceważenie sytuacji po mimo przestróg otoczenia, najbliższych, wzrost tolerancji na alkohol.[14]

Bigoreksja, czyli nadmierna dbałość o tężyznę fizyczną

Bigorektyczka to osoba ciągle niezadowolona ze swojego wyglądu, która uważa, że jej ciało może wyglądać doskonale przez perfekcyjne wyrzeźbienie mięśni. Osoba cierpiąca na bigoreksję nie potrafi wyznaczyć sobie granicy, którą chciała by osiągnąć w rzeźbieniu sylwetki.[15]

Kleptomania

Kleptomania to powtarzające się trudności lub niemożność powstrzymania się od kradzieży przedmiotów. Przedmioty te nie są zbierane z chęci zysku czy osobistego użytku. Zachowanie to wiąże się z narastającym uczuciem napięcia przed kradzieżą i bezpośrednio po jej wykonaniu. Jest to choroba chroniczna, której pierwsze epizody zdarzają się u osób poniżej 30 roku życia.[16]

Anoreksja

Według definicji WHO anoreksja to zaburzenia odżywiania, które polegają na podejmowaniu przez chorego celowych działań prowadzących do utraty wagi. Działania te wynikają z chorobliwego lęku przed otyłością. Jest to choroba przede wszystkim wieku młodzieńczego, najczęstsze przypadki zachorowania występują pomiędzy 14 a 18 rokiem życia.[17]

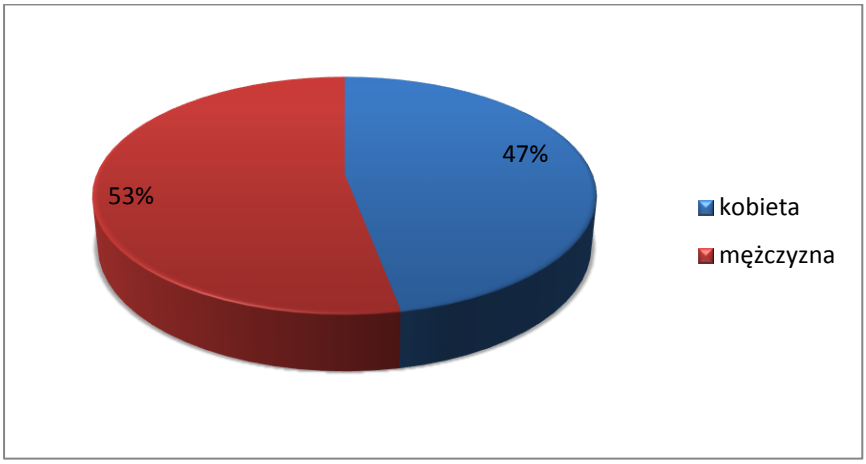
Uzależnienie od socjal-mediów

Uzależnienie od socjal mediów jest zjawiskiem dotykającym zwłaszcza młode osoby, które mają możliwość funkcjonowania pomiędzy dwoma światami, często uważając świat wirtualny za bliższy. Spędzanie czasu w sieci staje się dla społeczeństwa zajęciem czasochłonnym, gdzie użytkownicy zaczynają zaniedbywać strefy swojego dotychczasowego życia. Wirtualny świat często generuje rozwój patologicznych postaw oraz zaburzeń zachowania w tym agresji.[18]

Analiza wyników badań

Przeprowadzone zostały badania w Klinicznym Szpitalu nr 2 w Rzeszowie w oddziale Endokrynologii i Diabetologii dziecięcej, a także w Szkole Podstawowej w Buszkowiczkach. W badaniu wzięło udział 100 osób. Po przeanalizowanych wynikach badań dokonano oceny wieku oraz płci, która miała istotny wpływ na sięganie młodzieży po środki uzależniające.

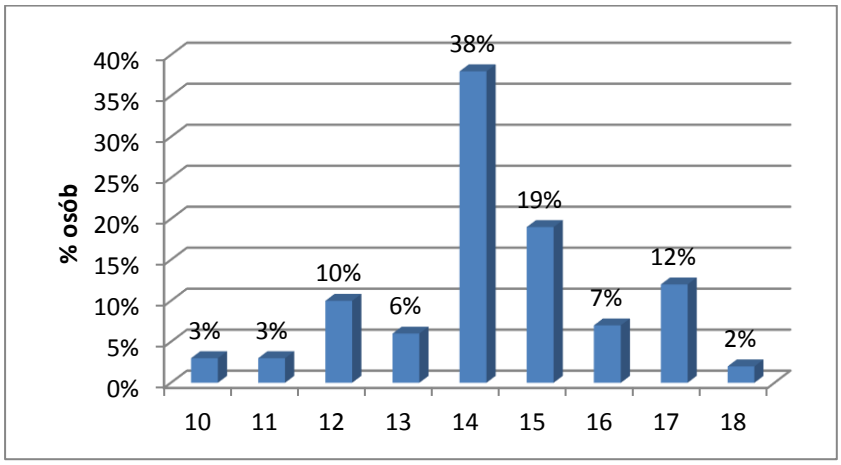
Charakterystyka badanej grupy



Ryc. 1 *Charakterystyka badanej grupy*

[Źródło: opracowanie własne]

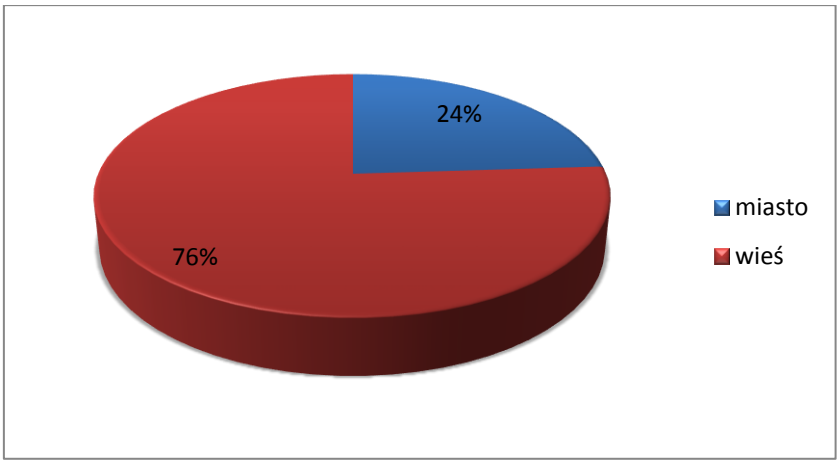
W badanej grupie znalazło się 100 uczniów, w tym 47% kobiet i 53% mężczyzn



Ryc.2 *Wiek badanych*

[Źródło: opracowanie własne]

Średnia wieku badanych wyniosła 14,30±1,74 lat, a wiek wahał się od 10 lat (3%) do 18 lat (2%). Najczęściej badani mieli 14 lat (38%), nieco rzadziej 15 lat (19%) – Ryc. 2

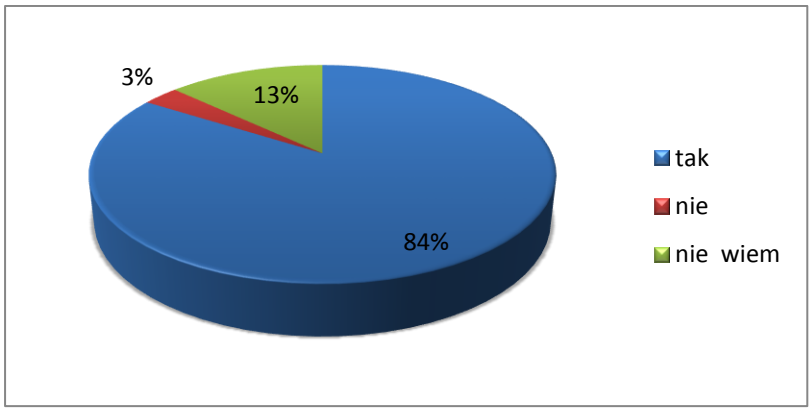


Ryc. 3 *Miejsce zamieszkania badanych*

[Źródło: opracowanie własne]

Wieś, jako miejsce zamieszkania wskazało ponad ¾ uczniów (76%). W mieście mieszkało 24% badanych – Ryc. 3.

Wyniki badań



Ryc.4 *Organizowanie akcji profilaktycznych na temat uzależnień*

[Źródło: opracowanie własne]

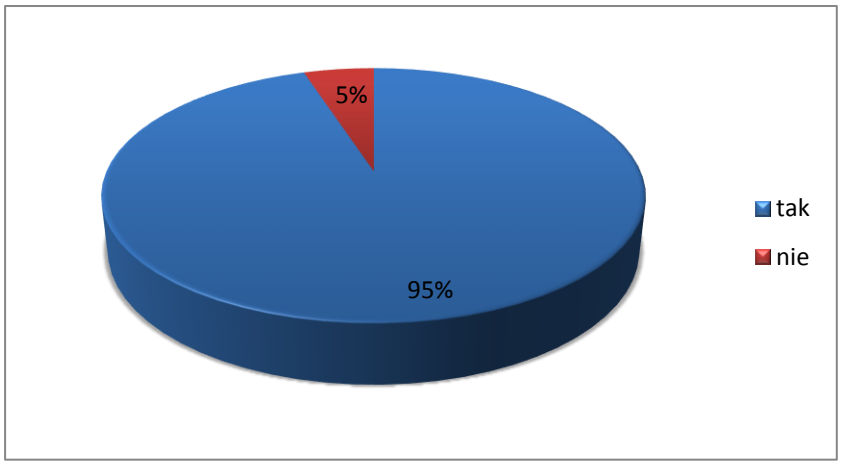
Zdaniem 84% osób, w ich obecnym środowisku organizowane były akcje profilaktyczne na temat uzależnień. Według 3% osób akcje takie nie były organizowane, a nie wiedziało, czy były one organizowane 13% badanych – Ryc. 4.

Tabela 1 *Akcje profilaktyczne na temat uzależnień*

	nie		tak	
	N	%	N	%
alkohol	27	27%	73	73%
narkotyki	36	36%	64	64%
dopalacze	37	37%	63	63%
socjal-media	64	64%	36	36%
nikotyna	69	69%	31	31%
bigoreksja	86	86%	14	14%
kleptomania	86	86%	14	14%

[Źródło: opracowanie własne]

Najczęściej organizowanymi akcjami profilaktycznymi na temat uzależnień były akcje na temat uzależnienia od alkoholu (73%), narkotyków (64%) oraz dopalaczy (63%). W mniejszym stopniu szkoła organizowała zdaniem uczniów spotkania dotyczące uzależnienia od socjal-mediów (36%), nikotyny (31%), bigoreksji (14%) lub kleptomanii (14%) – Tabela 2.



Ryc. 5 *Posiadanie wiedzy, czym jest uzależnienie*

[Źródło: opracowanie własne]

Większość uczniów (95%) zadeklarowała posiadanie wiedzy, czym jest uzależnienie – Ryc. 4.

Omówienie wyników badań

Najistotniejszym elementem w profilaktyce uzależnień dzieci i młodzieży jest wyjaśnienie młodym osobom działanie i niekorzystny wpływ środków uzależniających na ich organizm. Przeprowadzone badania pozwoliły na ocenę, po jaki środek uzależniający sięgają

dzieci i młodzież. Wyniki badań własnych wykazały, że najczęstszym wybieranym środkiem uzależniającym wśród dzieci i młodzieży jest alkohol (26%). Porównując uzyskane wyniki z uwzględnieniem wieku, płci oraz miejsca zamieszkania respondentów, stwierdzono, że częściej po alkohol oraz papierosy sięgali mężczyźni (5,7%) niż kobiety (2,1%) w wieku 16-17 lat, wraz ze wzrostem średniej wieku częstość sięgania po alkohol wzrastała. Według przeprowadzonych badań miejsce zamieszania ma wpływ na sięganie młodzieży po alkohol. Wykazano, że nigdy nie spożywali alkoholu częściej mieszkańcy wsi (76,3%) w porównaniu do mieszkańców miast (66,7%).

Według przeprowadzonych badań własnych wykazano również, że możemy mówić o problemie uzależnienia od alkoholu i środków narkotykowych tylko w pojedynczych przypadkach. Badania przeprowadzone w jednym z Klinicznych Szpitali w Polsce przez H. Kamińską, A. Gawlik, T. Gawlik oraz E. Małecka Tendera wykazały, że do zatrucia alkoholem etylowym w latach 2010- 2011 doszło w 995 przypadkach. Wśród 227 osób zatrutych alkoholem etylowym było więcej mężczyzn (52,4%) niż kobiet(47,6%). Sięganie po środki narkotykowe w badanej przez nich grupie wykazało 17 przypadków (7,5%). Różnice w przeprowadzonych badaniach mogą świadczyć o tym, iż młodzież nie przyznaje się do uzależnienia, bądź też nie jest świadoma problemu w jakim się znajduje.[19]

Wyniki z wielu przeprowadzonych badań wykazują, że wiedza młodzieży na temat skutków używania środków uzależniających jakimi są alkohol, papierosy, środki psychoaktywne, bigoreksja, kleptomania, socjal-media, czy anoreksja dzieci i młodzież zbytnio nie różni się. Według badań własnych 95% ankietowanych zna znaczenia słowa uzależnienie i 42% badanych odpowiedziało prawidłowo na pytanie o skutki używania substancji psychoaktywnych.

Wnioski

- Częstość sięgania przez uczniów po środki uzależniające zależała tylko od wieku – wraz z nim częstość ta wzrastała.
- Dzieci/ młodzież częściej sięgają po alkohol niż papierosy.
- Uzależnienie od nikotyny lub alkoholu dotyczyło pojedynczych uczniów.
- W sytuacjach problemowych dzieci/ młodzież pomocy szukała najczęściej wśród rodziców.
- Wiedzę na temat uzależnień dzieci/ młodzież najczęściej czerpią z mediów społecznościowych.
- Większe zainteresowanie środkami uzależniającymi wykazali dzieci/ młodzież mieszkający na wsi.

Piśmiennictwo:

1. DROBNIK J., SUSŁO R.: Dziecko i jego środowisko promocja zdrowia i profilaktyka chorób w pediatrii, pod red. Iwony Pirogowicz i Andrzeja Steciwko, Wyd. Conlinuo, Wrocław, 2007, 34.54
2. ELLIOT J., PLACE M., TŁUM. BABIUCH M.: Dzieci i młodzież w kłopocie poradnik nie tylko dla psychologów", Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna, Warszawa, 2000, 65,34
3. HASZEN I., SĘK H.: Psychologia zdrowia. Wyd. PWN. Warszawa 2007.22-28
4. Pod. red. KULIK T., LATALSKI M.: Zdrowie publiczne Wyd. Czelej, 2002: 24-42.
5. Pod.red KWIATKOWSKA A., KRAJEWSKIEJ- KUŁAK E., PANKA W.: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wyd. Czelej, Lublin 2003: 15-20,20,34.
6. Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy, pod. red. Grzesiuk L., Wyd. PWN, 2000, 12-18
7. KOWAL-ORCZYKOWSKA A.:Wychowani do dopalaczy. Analiza wybranych czynników sprzyjających poszukiwaniu przez młodzież sztucznej stymulacji organizmu,[w:] Wychowanie na co dzień, 2012, 44.46
8. ZAJĄCZKOWSKI K.: Uzależnienia od substancji psychoaktywnych, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna, Warszawa, 2003, 53-58
9. SUSŁO R.,DROBNIK J.: Profilaktyka i wykrywanie uzależnień wśród dzieci i młodzieży,[w:] Dziecko i jego środowisko promocja zdrowia i profilaktyka chorób w pediatrii, wyd. Conlinuo, Wrocław, 2007, 55
10. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, pod. red. Kwiatkowska A., Krajewska- Kułak E., Panek W., Wyd. Czelej, 2005, 56-60
11. Młodzież i narkotyki. Terapia i rehabilitacja, Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2007, 78
12. Zdrowie publiczne., pod. red. Kulik T., Latalski M., Wyd. Czelej, 2002,22-26
13. KILAŃSKA D. (red.), Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010, 45, 50,52
14. BANACH M., KOWALEWSKI I.: Alkoholizm wśród młodzieży. Wyd Scriptum, 12
15. JARCZYŃSKA J.: Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria. Diagnoza. Profilaktyka. Terapia, Bydgoszcz, 2014, 44-53
16. JĘDRZEJKO M., ROSIK B., KOWALSKI M.: Uzależnienia behawioralne, Warszawa, 2015, 12
17. JÓZEFIK B.,WOLSKA M.:Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży. Hachete Polska. Warszawa 2009, 10-13
18. ALTER.A.,tłum.: Gomola A.: Uzależnienia 2.0 : dlaczego tak trudno się oprzeć nowym technologiom. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2018, 3-8

19. SKOTNICKA-KLONOWICZ G, GROCHOCIŃSKA P, KUZIEMSKA A. Zatrucia alkoholem jako problem medyczny w oddziale klinicznym medycyny ratunkowej dla dzieci. Zdrowie Publiczne 2011, 25-28

Kontakt:
Alicja Kłos
Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
ul. Czarnieckiego 16,
37-500, Jarosław
tel.: +48 665832397
e-mail: alicja.klos@pwste.edu.pl

VPLYV PREVÄZOV NA VZNIK INFEKCIE V MIESTE CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

Influence of Straps on the Development of Infection at the Surgical Site

Mária Kopáčiková, Lukáš Kober, Vladimír Littva

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Úvod: Rana je porušenie integrity kožného krytu, ktorý tvorí bariéru medzi vonkajším a vnútorným prostredím. Infekcia v mieste chirurgického zákroku nepriaznivo vplýva na pacienta, je príčinou zvýšených nákladov zdravotníckych zariadení a ovplyvňuje celospoločenské náklady. Prevencia a zníženie výskytu infekcie v mieste chirurgického zákroku je podstatnou zložkou kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

Cieľ: Zisťovali sme, či existuje štatisticky významný vplyv na vznik infekcie v mieste chirurgického zákroku podľa spôsobu preväzu.

Metodika: Výskum bol realizovaný v mesiacoch február 2018 – december 2018, do ktorého bolo zaradených 71 respondentov s chirurgickou ranou.

Výsledky: Zistili sme, že dokázaná skorá infekcia bola 5,6 % respondentov z celého súboru. Pozitívny nález kultivácie bol zistený pri správnom preväze 5,45 % a pri nesprávnom 12,5 %. Štatistický rozdiel pri hladine významnosti $\alpha = 0,5$ bol $p < 0,033$. Potvrdil sa vplyv správne zrealizovaného preväzu na zníženie výskytu skorých infekcií v mieste chirurgického zákroku.

Záver: Dôsledná asepsa a kvalitná pooperačná starostlivosť sú predpokladmi pre zníženie incidencie infekcie v mieste chirurgického zákroku. V ošetrovateľstve sa takto založená prax stáva veľmi prínosnou pre skvalitnenie a zlepšenie starostlivosti.

Kľúčové slová: Rana. Skorá infekcia. Asepsa. Preväz. Prevencia.

Abstract

Introduction: The wound is a breach is of the integritof the skin cover, which creates a barrier between the external and internal environment. Infection at the surgical site adversely affects the patient, it causes increased costs for healthcare facielites and affects society-wide costs. Prevention and reduction of infection at the surgical site is an essential component the quality of nursing care.

Objective: We examined whether was a statistically significant effect of the development of infection at the surgical site according to the method of dressing.

Methodics: The research was conducted in February 2018 – December 2018 which includet 71 resondents with a surgical wound.

Result: We found that the proven early infection 5.6% of the respondents of the entire sample. A positive finding of culture was found at the correct overhang of 5.45%and at the wrong 12.5%. The statistical difference at the significance level α 0.5 was $p < 0.033$. The effect of a correctly completed dressing on the reduction of early infections at the surgical site was confirmed.

Conclusion: Consisted asepsis and good postoperative care are prerequisites for reducing the incidence of infection at the surgical site. In nursing practice, this practice becomes very beneficial for improving and improving care.

Key words: Wound. Early infection. Antisepsis. Mostly. Prevention.

Kontakt:

Doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48,

034 01, Ružomberok

e-mail: maria.kopacikova@gmail.com

VÝRAZNE ĽAHŠIA LIEČBA BOLESTI

Significantly easier Pain Management

Iveta Kurová, Renáta Darmošová

Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – Fakultná nemocnica

Abstrakt

Na základe literárneho prehľadu domácej a zahraničnej literatúry v príspevku predstavujeme infúzny liek Neodolpasse. Spomínaný prípravok je kombináciou analgeticky pôsobiaceho nesteroidného antireumatika - diklofenaku a centrálne pôsobiaceho myorelaxancia - orfenadrínu. Používa sa na liečbu akútnej bolesti a zápalu pri vybraných ochoreniach. Liek je okrem iného indikovaný na terapiu vertebrogénnej bolesti vrátane radikulárnej, bolesti pri reumatických ochoreniach, pooperačnej bolesti po neurochirurgických zákrokoch a podobne. K jeho nesporným výhodám patrí dobrý prienik do tkanív, minimálna možnosť predávkovania a pomerne dlhý analgetický účinok a je jedným z najbezpečnejších nesteroidných antiflogistík.

Z nášho literárneho prehľadu vyplýva, že Neodolpasse má silný účinok na niekoľko druhov bolesti, oproti iným analgetikám a ich kombináciám vykazuje vyššiu účinnosť aj pri nižšej frekvencii podávania a vzhľadom na to, že nevyžaduje ďalšie riedenie, je jeho podávanie a príprava časovo menej náročná.

Kľúčové slová: Analgetiká. Bolesť. Neodolpasse.

Abstract

In this article based on domestic and Czech literature we introduce to you intravenous solution named Neodolpasse. The agent is the combination of the analgetically acting non-steroid anti-inflammatory drug - diclofenac and the central myorelaxant – orphenadrine. It is used in the treatment of acute pain and inflammation in certain diseases. The drug is also indicated for a therapy of spinal pain including the radicular one, the pain in rheumatic disorders, postoperative pain after neurosurgery procedures etc. The most proclaimed advantages of this agent are good tissue penetration, minimal chance of over-dozing and relatively long analgetic effect and we count it as of one of the safest non-steroid anti-inflammatory drugs.

The conclusion of our review is that Neodolpasse has a strong pain-killing effect on several types of pain, it has higher force even in a lower administration frequency in contrast

with other pain killers and their combinations and its preparation and administration is less time-consuming considering the fact it needs no further dilution.

Key words: Pain killers. Pain. Neodolpasse.

Kontakt:
PhDr. Iveta Kurová
Chirurgická klinika
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. Gen. Vesela 21
03426 Ružomberok
tel.: 044/4382828
e-mail: kurovai@uvn.sk

RAK SZYJKI MACICY – STAN WIEDZY MŁODYCH KOBIET, A WYKAZYWANE POSTAWY PROZDROWOTNE

Cervical Cancer - the State of Knowledge of Young Women, and Pro-health Attitudes Displayed

Edyta Dziewisz, Kamil Markowski, Grażyna Nowak-Starz

Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Streszczenie

Cel pracy: Głównym celem badań było poznanie poziomu wiedzymłodych kobiet na temat raka szyjki macicy oraz postaw prezentowanych względem profilaktycznych badań ginekologicznych.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono wśród 236 kobiet w wieku od 19 do 25 lat, w tym 118 studentek kierunku medycznego i 118 studentek kierunku niemedycznego. Metodą zastosowaną w badaniu był sondaż diagnostyczny w ramach którego wykorzystano technikę ankietowania. Ankieta była anonimowa oraz składała się z 59 pytań otwartych i zamkniętych.

Wyniki: Badanie cytologiczne jako metoda ochrony przed rakiem szyjki macicy jest znana przeważającej części badanych kobiet (blisko 93%). Nie przekłada się to jednak naprezentowane postawy. Niespełna 40% ogółu badanych kiedykolwiek miała wykonane to badanie. Zauważa się tutaj różnice względem kierunku studiów. Częściej wykonały cytologię studentki kierunku medycznego (45,76%), niż niemedycznego (33,05%).

Wnioski: Młode kobiety nie wykazują wystarczająco dużej troski o własne zdrowie. Wiedzę w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy należy uzupełnić. Pozwoli to w sposób istotny wpłynąć na prezentowane postawy prozdrowotne, w tym szczególnie zrozumienie potrzeby wykonywania badań profilaktycznych.

Słowa kluczowe: Rak szyjki macicy. Badanie cytologiczne. Zdrowie. Ankieta.

Abstract

Aim of the research: The main aim of the research was to learn the level of knowledge of young women about cervical cancer and attitudes towards prophylactic gynaecological examinations.

Material and method: The study was conducted among 236 women aged 19-25 years, including 118 medical students and 118 non-medical students. The method used in the study

was a diagnostic survey in which a survey technique was used. The questionnaire was anonymous and consisted of 59 open and closed questions.
Results: Cytological examination as a method of cervical cancer protection is known to the majority of the women surveyed (nearly 93%). However, this does not translate into the presented attitudes. Nearly 40% of all respondents have ever had this test performed. There are differences between the two fields of study. Cytology was performed more often by medical students (45. 76%) than by non-medical students (33. 05%).
Conclusions: Young women do not show enough concern for their own health. Knowledge of cervical cancer prevention needs to be supplemented. This will allow to significantly influence the presented pro-health attitudes, including in particular understanding the need to perform preventive examinations.

Key words: Cervical cancer. Cytological examination. Health. Questionnaire.

Kontakt:
Mgr. Edyta Dziewisz
Collegium Medicum,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. Żeromskiego 5
25-369, Kielce
e-mail: ehombek@wp.pl

VYUŽITIE MERACÍCH A HODNOTIACICH NÁSTROJOV V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S DEMENCIOU

The Use of Measuring and Evaluation Tools in the Care of Patients with Dementia

Mária Lehotská

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Úvod: Štúdia poukazuje na možnosti využitia meracích a hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o pacienta s demenciou.

Cieľ: Cieľom príspevku je poskytnúť stručný prehľad najvyužívanejších nástrojov v skríningu, diagnostike a monitorovaní progresie demencie.

Metodika: Prehľadová štúdia analyzuje odborné články publikované počas obdobia posledných 10 rokov pomocou expertného vyhľadávania v portáli pre vedu a výskum SCIENTIA s využitím kľúčových slov „dementia, measurement tools, cognitive screening measure, functional ability, validity, reliability“ a s obmedzením vyhľadávania na plné texty.

Výsledky: Výsledkom analýzy je prehľad meracích a hodnotiacich nástrojov v doménach: funkčná schopnosť (ADL, IADL), pamäť, kognitívne funkcie (MMSE, CTD a MoCa test, ADAS-Cog AMTS), behaviorálne parametre (BEHAVE-AD), nálada (GDS) a kvalita života (DEMQOL).

Záver: Prehľad môže slúžiť ako teoretický rámec pre výskum, alebo ako doplnková metóda ku iným metódam zberu klinických údajov.

Kľúčové slová: Meracie a hodnotiace nástroje. Kognitívny skríning. Funkčná schopnosť. Demencia.

Abstract

Introduction: The passage points out to the possibility of use measuring and evaluation tools in the care of patients with dementia.

Objective: The aim of the paper is to provide a short overview of the most commonly used tools in screening, diagnosis and monitoring of dementia progression.

Methodics: The review study analyzes scientific articles published over the past 10 years using an expert search in the SCIENTIA - Science and research portal using the keywords "dementia, measurement tools, cognitive screening measure, functional ability, validity, reliability" and limited search to full texts.

Result: The result of the analysis is an overview of measuring and evaluation tools in domains: functional ability (ADL, IADL), memory, cognitive functions (MMSE, CTD and MoCa test, ADAS-Cog AMTS), behavioral parameters (BEHAVE-AD), mood (GDS) and quality of life (DEMQOL).
Conclusion: This outline can serve as a theoretical scope for subsequent research or as an additional method with other methods of acquiring clinical data.

Key words: Measuring and evaluation tools. Cognitive screening. Functional ability. Dementia.

Kontakt:
PhDr. Mária Lehotská, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 48
03401 Ružomberok
tel:. +421918722180
e-mail: maria.lehotska@ku.sk

JAKOŚĆ ŻYCIA I SPRAWNOŚĆ FIZYCZNA U KOBIET Z OSTEOPOROZĄ

Quality of Life and Physical Fitness in Women with Osteoporosis

Piotr Kurzeja[1], Angelika Łapa[1], Jarosław Prusak[1,2], Bartłomiej Gąsienica-Walczak[1], Tomasz Szurmik[3], Zuzana Hudáková[4]

[1]Podhale State College of Applied Sciences in Nowy Targ
[2]Institute for Tuberculosis and Lung Diseases, Department in Rabka-Zdrój
[3]University of Silesia, Faculty of Ethnology and Educational Science in Cieszyn
[4]Catholic University in Rozemberok, Faculty of Health

Abstract

Wprowadzenie: Na osteoporozę narażona jest co 4 kobieta powyżej 60 roku życia oraz co 2 kobieta, która ukończyła 70 rok życia. W jej zapobieganiu priorytetem jest ograniczenie utraty tkani kostnej ale też zwiększenie szczytowej masy kostnej. Podstawą profilaktyki jest odpowiednia dieta, aktywny tryb życia, ograniczenie używek, u osób starszych ważne jest także zapobieganie upadkom. Nieodłącznym elementem prawidłowej profilaktyki i leczenia jest wdrożenie rehabilitacji u osób chorych na osteoporozę, gdzie celem jest zapobieganie upadkom, zmniejszenie utraty masy kostnej, korekcja prawidłowej postawy ciała, także zwiększenie siły mięśniowej oraz uśmierzenie bólu.

Cel: Celem pracy była ocena jakości życia oraz sprawności ruchowej u kobiet z osteoporozą

Materiał i metody: Badanie zostało przeprowadzona na podstawie kwestionariusza Europejskiej Fundacji Osteoporozy – QUALEFFO- 41. Aktywność fizyczna została oceniona za pomocą testu SENIOR FITENESS TEST. Ocenie poddano 40 kobiet z osteoporozą, w przedziale wiekowym od 65 do 74 roku życia.

Wyniki: W teście oceniającym sprawność fizyczną w próbie Arm Curl Test stwierdzono istotny wpływ aktywności fizycznej w przeszłości na wyniki testów funkcjonalnych ($p < 0,0001$). Również w próbie 2-Minute Step-in-Place stwierdzono istotny wpływ aktywności fizycznej w przeszłości na wyniki testów funkcjonalnych ($p < 0,0001$).

Wnioski: Kobiety, które w przeszłości podejmowały aktywność ruchową mają lepsze wyniki testu Senior Fitness Test. Osoby chorujące dłużej na osteoporozę, mają gorsze wyniki testów funkcjonalnych od kobiet, które chorują krócej.

Słowa kluczowe: Jakość życia. Osteoporoza. Aktywność fizyczna.

Abstract

Introduction: Every 4 women over 60 and every 2 women over 70 are exposed to osteoporosis. In its prevention, the priority is to reduce bone loss but also to increase peak bone mass. An inseparable element of proper prevention and treatment is the implementation of rehabilitation in people with osteoporosis, where the goal is to prevent falls, reduce bone loss, correct posture, increase muscle strength and relieve pain.

The aim of the study: The aim of the study was to assess the quality of life and mobility in women with osteoporosis

Material and methods: The study was conducted on the basis of the European Osteoporosis Foundation questionnaire - QUALEFFO- 41. Physical activity was assessed using the SENIOR FITENESS TEST test. 40 women aged 65-74, with osteoporosis were assessed.

Results: In the test assessing physical fitness in the Arm Curl Test, a significant impact of physical activity in the past influenced the results of functional tests ($p < 0.0001$) and the 2-Minute Step-in-Place Trial ($p < 0.0001$).

Conclusions: Women who have previously been active have better results of the Senior Fitness Test. Women suffered from osteoporosis for last, have worse functional test results than women who suffered shorter.

Key words: Quality of life. Osteoporosis. Physical activity.

Kontact:
Piotr Kurzeja, dr
Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu
ul. Kokoszków 71
34-400, Nowy Targ
tel.:+48606943496
e-mail: piotrkurzeja@op.pl

ÚLOHA HEPCIDÍNU V MECHANIZME ANÉMIÍ CHRONICKÝCH OCHORENÍ

The Role of Hepcidin in the Mechanism of Anemia of Chronic Diseases

Jaromír Tupý

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Klinika hematológie a transfúziológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

Abstrakt

Anémia pri chronických ochoreniach je druhým najčastejším typom anémií s narastajúcim výskytom u staršej populácie, chorých a hospitalizovaných pacientov, kde predstavuje najfrekventovanejšiu anémiu. Etiopatogenéza je heterogénna – multifaktoriálna, s dominantným pôsobením imunitného systému na metabolizmus železa a systém erytrocytu. Rozhodujúca úloha je pripisovaná hepcidínu - kľúčovému regulátoru systémovej homeostázy železa. Ten ovplyvňuje bunkovú rovnováhu železa väzbou na exportný proteín, ferroportín, čo vedie k jeho degradácii, blokáde absorpcie železa z enterocytov a uvoľňovania železa z monocyto-makrofágového systému do obehu. Tento účinok je ďalej potencovaný zápalovými stavmi stimulujúcimi produkciu hepcidínu zvýšenými cytokínmi. Úspešnú diagnostiku zahŕňa kombinácia hematologických a biochemických parametrov, v ktorých sa vyníma hepcidín – novo zavedený biomarker.

Kľúčové slová: Hepcidín. Anémia chronických ochorení. Ferroporín.

Abstract

Anemia in chronic diseases is the second most common type of anemia with an increasing incidence in the elderly, sick and hospitalized patients, where it is the most frequent anemia. Etiopathogenesis is heterogeneous - multifactorial, with the dominant effect of the immune system on iron metabolism and the erythrocyte system. The crucial role is attributed to hepcidin - a key regulator of systemic iron homeostasis. This affects the cellular balance of iron by binding to the export protein, ferroportin, leading to its degradation, blockade of iron uptake from enterocytes and release of iron from the monocyte-macrophage system into circulation. This effect is further potentiated by inflammatory conditions stimulating hepcidin production by elevated cytokines. Successful diagnosis involves a combination of hematological and biochemical parameters that exclude hepcidin - a newly introduced biomarker.

Key words: Hepcidin. Anemia of chronic diseases. Ferroporín.

Úvod

Už pred viac ako osemnástimi rokmi (2001) dva nezávisle pracujúce výskumné tímy prvýkrát identifikovali hepcidín, ktorý je dnes považovaný za kľúčový peptid v metabolizme železa [1, 2]. Hepcidín je syntetizovaný prevažne v pečeni, vylučuje sa močom. V menšom množstve je exprimovaný aj v makrofágoch, adipocytoch [3], β-bunkách pankreasu [4] a rade ďalších tkanív vrátane srdca a mozgu, avšak úloha tu produkovaného hepcidínu je zatiaľ nejasná. Hepcidín je peptid zložený z 25 aminokyselín a 4 disulfidických mostíkov. Je kódovaný génom HAMPi (hepcidin antimicrobial peptide) lokalizovanom na dlhom ramienku chromozómu 19 (19q13.1) [5]. Transláciou mRNA vzniká prekurzor hepcidinu pre-prohepcidín zložený z 84 aminokyselín. Následne je z neho enzymaticky odštiepený prohepcidín zložený z 64 aminokyselín. Potom je prohepcidín uvoľnený do lúmenu endoplazmatického retikula, kde dochádza k odštiepeniu ďalších 39 aminokyselín enzýmom furínu podobnej proteínovej konvertázy, a tým vzniká peptid zložený z 25 aminokyselín - hepcidin-25 pochádzajúci z C konca prekurzora [6]. Boli identifikované aj ďalšie formy hepcidínu zložené z menšieho počtu aminokyselín: hepcidín-22 a hepcidín-20 [7]. Biologický význam však pre-prohepcidinu nebol preukázaný. Pri hepcidíne-20 bol *in vitro*dokázaný antibakteriálny a antifungálny účinok v koncentráciách 10-násobne vyšších, než je bežná hladina zdravých kontrol [8]. Štruktúra hepcidínu je medzidruhovo pomerne jednotná. Možno teda usudzovať, že mechanizmus riadenia metabolizmu železa, na ktorom sa hepcidín podieľa, je efektívny a fylogeneticky výhodný [9].

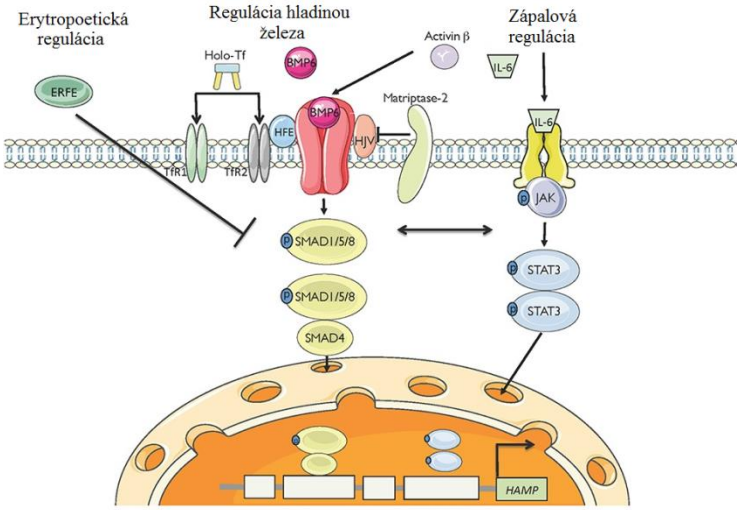
Pôvodne oba objaviteľské tímy určili hepcidínu úlohu v nešpecifickej imunitnej odpovedi organizmu pri obrane proti bakteriálnej infekcii. Vzápätí bol na myšom modeli objavený vzťah hepcidínu a homeostázy železa a ešte toho istého roku bola bližšie popísaná jeho úloha hlavného regulátora metabolizmu železa. Proteínom, ktorý sa spolu s hepcidínom podieľa na tomto procese, je feroportín [10].

Feroportin bol objavený v roku 2000 troma nezávislými tímami, ktoré ho opísali ako transmembránový prenášač železa nachádzajúci sa vo zvýšenej miere na bazolaterálnej membráne enterocytov dvanástnika a na membráne makrofágov monocyto-makrofágového systému a Kupfferových buniek pečene. V menšej miere sa potom nachádza v pľúcnych bunkách, bunkách renálnych tubulov a v erytroidných prekurzoroch. Feroportín je kódovaný génom SLC40A1 (SLC11A3, 2q32). Je to jedinečný peptid s konzervatívnou štruktúrou spoločný pre cicavce a iné stavovce a jediný doposiaľ objavený špecifický transmembránový exportér železa [11]. Prostredníctvom feroportínu je intracelulárne železo prenášané do krvného obehu - presný mechanizmus prenosu nie je doteraz objasnený. Boli popísané dve formy feroportínu. FPN1A (Feroportin 1A) obsahuje vo svojej štruktúre 5 'element senzitívny na hladinu železa, ktorý v bunkách s nedostatkom železa tlmí jeho syntézu. FPN1B (Feroportin 1B) tento 5'element neobsahuje a nachádza sa predovšetkým v duodenálnych enterocytoch,

kde zaisťuje prenos železa z GIT do krvného obehu. Jeho syntéza nie je tlmená nedostatkom železa.

Mechanizmus účinku hepcidínu a feroportínu

Po nadviazaní hepcidínu na feroportín dochádza k internalizácii komplexu a jeho degradácii v lyzozómoch bunky [12]. Znížené množstvo feroportínu na membráne bunky spôsobuje znížený výdaj železa z intracelulárneho priestoru do priestoru extracelulárneho. Rovnakým mechanizmom znižuje hepcidín v enterocytoch vstrebávanie železa zo zažívacieho traktu a výdaj železa do krvnej cirkulácie. V prípade nedostatku železa dôjde naopak k utlmeniu produkcie hepcidínu a k zvýšenému uvoľňovaniu železa do krvného obehu prostredníctvom feroportínu. Týmto mechanizmom je udržiavaná relatívne stabilná rovnováha železa v organizme (obr. 1).



***Obr. 1**.Hlavné dráhy regulácie hepcidínu.(Upravené podľa [14].*

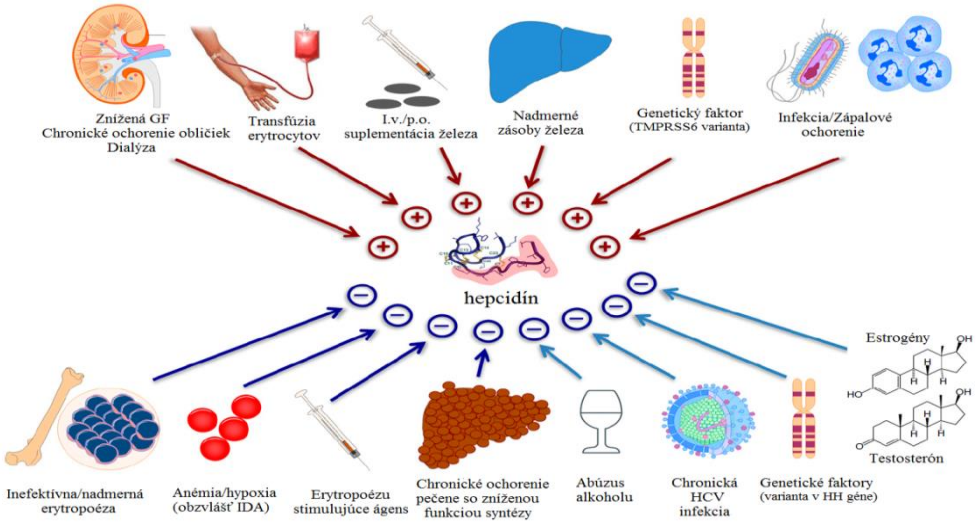
Narušenie tejto rovnováhy v dôsledku mutácií génov pre feroportín a hepcidín vedie k rozvoju primárneho preťaženie železom, čiže hereditárnej hemochromatóze. Pri dominantných mutáciách génu pre feroportín (hemochromatóza typ 4b), ktoré spôsobujú jeho rezistenciu na hepcidín a pri recesívnych mutáciách HAMP génu, ktorévedú k produkcii neúčinného hepcidínu, dochádza k nadmernému uvoľňovaniu železa z makrofágov a enterocytov a rozvoju ochorenia podobnému klasickej hemochromatóze (asociovanej s mutáciami v HFE) s hyperferitinémiou a preťažením parenchymatóznych tkanív železom. V dôsledku skorého nástupu klinických príznakov u pacientov s mutáciou v HAMP géne sa tomuto typu hemochromatózy hovorí juvenilná (typ 2b). Boli však popísané aj dominantné mutácie feroportínu, ktoré vedú k jeho inaktivácii a spôsobujú tak hromadenie železa v makrofágoch a fenotyp odlišný od klasickej hemochromatózy, kedy sa u pacienta v dôsledku nízkej saturácie transferínu môže eventuálne rozvinúť anémia. Tento typ

hemochromatózy (4a) nebýva zvyčajne asociovaný s orgánovým poškodením železom a označuje sa niekedy aj ako feroportínová choroba [13].

Vysoké hladiny železa v sére alebo zásoby železa v pečeni (vyjadrené v BMP6) indukujú transkripciu hepcidínovej mRNA cez signálnu kaskádu BMP/SMAD. Zápalové cytokíny IL-6 a aktivín B indukujú transkripciu hepcidínovej mRNA cez JAK/STAT a BMP/SMAD signalizáciu. Vysoká erytropoetická stimulácia (odráža sa v ERFE - erytroferón) potláča transkripciu hepcidínu, pravdepodobne prostredníctvom interferencie so signalizáciou BMP/SMAD.

Faktory ovplyvňujúce produkciu hepcidínu

Hepcidín efektívne riadi distribúciu železa v ľudskom organizme (obr. 2). Reguláciou produkcie tohto peptidu organizmus vyrovnáva výkyvy v homeostáze železa. Medzi faktory, ktoré stimulujú produkciu hepcidínu, patrí zvýšená hladina železa a zápalové procesy. Naopak deficit železa, akcelerovaná erytropoéza a hypoxia pôsobia na produkciu hepcidínu supresívne.

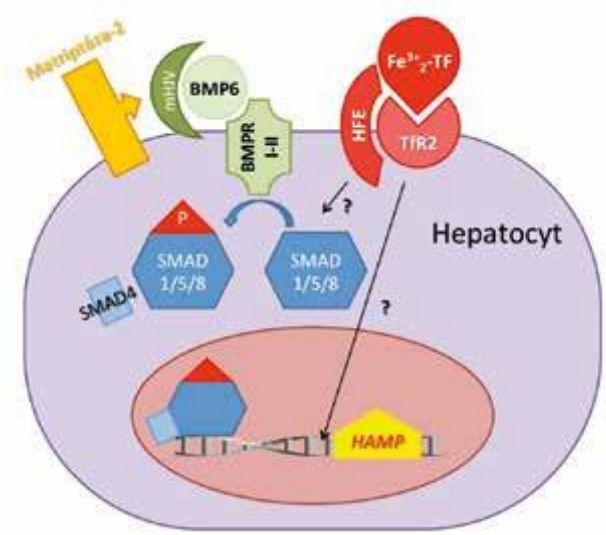


Obr 2. *Klinické stavy, o ktorých je známe, že ovplyvňujú hladiny cirkulujúceho hepcidínu.* (Upravené podľa [15].

Produkcia hepcidínu ovplyvnená hladinou železa v krvnom obehu

Expresia hepcidínu je spätne regulovaná hladinou železa v krvnom obehu, pričom BMP/SMAD signálna dráha je považovaná za hlavnú regulačnú os transkripcie hepcidínu (Babitt, 2006) v hepatocytoch pečene (obr. 3). BMP (bone morphogenetic proteins) je skupina molekúl regulujúcich niekoľko dôležitých procesov ako embryogenézu, tvorbu a remodeláciu kostí a hojenie tkanív. Zdrojom BMP sú pravdepodobne intersticiálne a stelárne pečeňové bunky. Zo skupiny BMP molekúl sa na stimuláciu hepcidinu závislej na železe podieľa BMP6 [16]. Interakcia BMP6 s príslušnými receptormi (BMP receptor I a II, BMPRI-II) [17] vedie

k aktivácii komplexu SMAD1/5/8-SMAD4 (small mothers against decapentaplegic), ktorý je translokovaný do jadra, kde aktivuje expresiu HAMP génu.



Obr. 3.*Schéma riadenie expresie HAMP génu v hepatocytoch. Upravené podľa [18].*

BMP6 po väzbe na BMP receptor (BMPR I-II) a membránový hemojuvelin (mHJV) stimuluje SMAD signálnu dráhu a expresiu hepcidinu. Matriptáza-2 bráni nadmernej expresii hepcidínu tým, že štiepi mHJV a vypína tak BMP6/SMAD signálnu dráhu. Zvýšená hladina holo-transferinu ($Fe^{3+}{}_2Tf$) stabilizuje transferinový receptor 2 (TfR_2) a v komplexe s HFE zvyšuje expresiu HAMP. Detaily prenosu tohto signálu nie sú známe (v obrázku označené otáznikom).

Dôležitú úlohu v tomto procese zohráva hemojuvelín (HJV), glykosylfosfastidylinositolom ukotvený membránový proteín, ktorý funguje ako koreceptor pre BMP6 [19]. Recesívne mutácie génu pre HJV spôsobujú deficit hepcidínu a vedú k rozvoju ďalšieho typu hemochromatózy označovanej aj ako juvenilná hemochromatóza typu 2a.

Presná úloha ďalších dvoch proteínov, HFEa transferínového receptora 2 (TfR2), na reguláciu hepcidínu v závislosti na hladine železa je menej objasnená. Avšak mutácie obidvoch proteínov narušujú expresiu hepcidínu a vedú k rozvoju hemochromatózy typu 1 (HFE) a 3 (TfR2), čo podporuje ich podiel na regulácii expresie hepcidinu [20]. HFE je membránový proteín štruktúrne podobný molekulám MHC triedy I, ktorý kompetitívne viaže TfR1. Predpokladá sa, že väzba HFE na TfR1 je inhibovaná pri nadbytku holotransferínu, ktorý obsadzuje väzobné miesto pre HFE. Následne sa HFE nenaviazaný na TfR1 viaže na TfR2, kde je jeho väzba menej silná. V kombinácii s holotransferínom je väzba HFE na TfR2 zvýšená [21]. Celý komplex potom stimuluje expresiu hepcidínu aktiváciou signálnej dráhy, ktorá doteraz zostáva predmetom ďalšieho výskumu. Výsledkom je zvýšenie hladiny hepcidínu a následný útlm vstrebávania a uvoľňovania ďalšieho železa do krvného obehu z enterocytov a buniek monocyto-makrofágového systému.

Ďalšími významnými molekulami, ktoré však naopak tlmia produkciu hepcidínu, sú matriptáza-2 (MT-2) kódovaná génom TMPRSS6 (transmembrane protease serine 6) a neogenínom. Obidva proteíny štiepia membránový hemojuvelín a znižujú tak jeho množstvo na povrchu buniek, čo vedie k utlmeniu BMP6/SMAD signálnej dráhy a supresii hepcidínu.

Deje sa tak pri nedostatku železa [22].V roku 2008 bola opísaná bodová mutácia Ala736Val v géne TMPRSS6 na chromozóme 22q12-13. Mutácia viedla k inaktivácii MT-2 a v *in vitro* modeli k zvýšeniu expresie hepcidínu. Neskôr boli nájdené rôzne mutácie TMPRSS6 aj u ďalších pacientov s hypochrómnou mikrocytovou anémiou, ktorá je rezistentná na perorálne podávanie železa a parenterálna aplikácia železa viadla len k jej malému zlepšeniu [23]. Ide o autozomálne recesívne dedičnú formu sideropenickej anémie rezistentnej na železo, ktorá sa označuje ako IRIDA (iron refractory iron deficiency anaemia) [24].

Erytropoéza potlačujúca produkciu hepcidínu

Najväčšia časť železa je v organizme spotrebovávaná pri produkcii erytrocytov, a to jeho väzbou v molekulu hemoglobínu, ktorá prebieha v erytroidných prekurzorov bunkách. Erytropoéza je takmer výhradne závislá na hladine železa v krvnom obehu viazaného na holotransferín [25]. Predpokladá sa, že zvýšený obrat erytropoézy pri krvácaní alebo pri zvýšenom pôsobení erytropoetínu tlmí produkciu hepcidínu v pečeni pomocou signálu, ktorý vychádza z kostnej drene [26]. Tento tlmivý efekt erytropoézy sa vyskytuje aj pri ochoreniach charakterizovaných zvýšenou, avšak neefektívnou erytropoézou, kde často dochádza k apoptóze erytroidných prekurzorov a nedostatočnej tvorbe zrelých erytrocytov. Dôsledkom je patologická supresia hepcidínu a následná akumulácia železa v tkanivách. Prototypom toho typu ochorenia je β-thalasemia intermedia [27], pri ktorej dochádza k preťaženiu železom aj bez transfúzií. Z toho vyplýva, že signály prichádzajúce z kostnej drene sú nadradené signálom, ktoré informujú o hladine železa v organizme. Avšak funkčná erytropoéza v dreni je esenciálna pre utlmenie expresie hepcidínu, pretože pacienti s vrodenou Diamondova-Blackfanovou anémiu (DBA), ktorá sa vyznačuje ťažkú anémiou a erytroidnou apláziou v kostnej dreni, nie sú schopní suprimovať hladinu hepcidinu, tá zostáva zvýšená [28].

Hypoxia potláčajúca produkciu hepcidínu

Hypoxia znižuje hladinu hepcidínu, ale mechanizmus účinku ešte nie je presne známy. V štúdii, v ktorej boli dobrovoľníci vystavení vysokej nadmorskej výške, došlo k rýchlemu poklesu hladiny hepcidínu, a to pred ostatnými biochemickými zmenami [29]. Regulačná os pravdepodobne zahŕňa HIF-1α (hypoxiou indukovaný faktor 1 alfa) transkripčný faktor, ktorý je syntetizovaný pečeňou. Zníženie hladiny hepcidínu v dôsledku hypoxie je výsledkom ako nepriamej, tak aj priamej supresie expresie hepcidínu [30]. Podiel samotného erytropoetínu, produkovaného pri hypoxii, na reguláciu hepcidínu je nepriamy a vyžaduje aktívnu erytropoézu v dreni.

Infekcie a zápal zvyšujúci produkciu hepcidíinu

Produkcia zápalových mediátorov pri infekciách a systémových zápalových ochoreniach taktiež ovplyvňuje syntézu hepcidínu na úrovni transkripcie. IL-6 (interleukín 6), pôsobiaci cez STAT-3 (signal transducer and activator of transcription 3) signálnu dráhu, je hlavným cytokínom ovplyvňujúcim produkciu hepcidínu. STAT-3 obsahuje väzbovú časť, ktorá aktivuje promótor génu pre hepcidín [31]. U dobrovoľníkov bolo po aplikácii IL-6 sledované niekoľkonásobné zvýšenie vylučovanie hladiny hepcidínu priebehu 2 hodín po podaní [12]. V *in vitro* podmienkach boli objavené ďalšie cytokíny (napr. IL-1, TNF-α), ktoré majú vplyv na produkciu hepcidínu, ich účinky u človeka však dosiaľ neboli potvrdené [32].

Tento mechanizmus pôsobí ako obrana proti infekcii. Znížením dostupnosti železa je narušená látková výmena mikroorganizmu a znižuje sa jeho schopnosť delenia. Význam tejto nešpecifickej obrany organizmu proti patogénnym mikroorganizmom je predmetom ďalšieho štúdia. Dôsledkom zvýšenej hladiny hepcidínu a zníženej hladiny železa v krvnej cirkulácii je aj jeho znížená dostupnosť pre erytropoézu. Pri dlhodobom pôsobení zápalovej aktivity alebo napríklad pri septických stavov sa preto rozvíja tzv. anémia chronických chorôb.

Produkcia hepcidínu ovplyvnená množstvom železa uloženého v zásobách

Produkcia hepcidínu v hepatocytoch je ovplyvnená hladinou železa v krvnom obehu. Predpokladá sa však, že svoj podiel na expresiu hepcidínu má aj množstvo železa uložené v zásobnej forme. Presný mechanizmus však nebol doposiaľ plne objasnený. Určitú úlohu v tomto procese môžu hrať Fe-dependentné ligázy, prolyl hydroxylázy, hypoxia a BMP6 [33].

Metódy farmakologickej redukcie hepcidínu

K perspektívnym možnostiam liečby ACD patria niektoré postupy, ktoré vychádzajú z prehlbujúcich sa znalostí etiopatogenézy choroby, napr. snaha o vývin antagonistov alebo modulátorov bioaktivity hepcidinu (tab. 1) alebo hypoxiou indukujúcich látok [34].

Tab. 1.*Terapeutické možnosti hepcidínu [35].*

Ochorenie	Hladina hepcidínu	Liečba hepcidinom
Anémie z nedostatku železa	Nízka	
Anémie z nedostatku železa refrakterné na železo	Vysoká	Antagonista
Anémie sprevádzané preťažením železom	Nízka (do transfúzií)	Agonista
Anémie pri zápale	Vysoká	Antagonista
Kombinované anémie (nedostatok železa + zápal)	Normálna	Antagonista
Anémie pri chronických ochoreniach obličiek	Vysoká	Antagonista

Hepcidín je kľúčový dynamický regulátor homeostázy železa a ako hlavný mediátor rozvoja ACD sa podieľa na procese rýchlej degradácie feroportínu v bunke. Jeho hodnota pri anémii chronických ochorení dosahuje zvýšené hladiny.

V literatúre bolo opísaných viacero nových terapeutických možností s cieľom antagonizmu hepcidínu. Ich mechanizmus účinku je rôzdnorodý (tab.2).

Tab. 2 *Výpoj hepcidín antagonistov pre ACD. (Upravené podľa [36]).*

Mechnizmus	Látka	Štádium
Inhibítory cytokínov	protilátky IL-6 receptora, IL-6 alebo TNF-α	I. a II. fáza; FDA schválené pr indikácie
Intracelulárna zápalová kaskáda	STAT 3 inhibítory	vývoj sa zastavil
BMP inhibícia	heparíny, protilátky ALK subtypov, HJV alebo MBP6	translačný výskum
EPO regulácia	PDH2 inhibítory	translačný výskum
Priama inhibícia hepcidínu	protilátky hepcidínu, hepcidín inhibítory	ukončená I. fáza; pokračujúce štúdie

Vysvetlivky: ACD - anémia chronických ochorení; IL-6 - interleukín 6; TNFα - nádorový nekrotický faktor alfa; FDA - Food and Drug Administration; STAT3 - signálny prevodník a aktivátor transkripcie 3; BMP - kostný morfogénny proteín; ALK - kináza podobná aktivínu; HJV - hemojuvulín; EPO - erytropoetín; PDH2 - pyruvát dehydrogenáza 2.

Ovplyvnenie zápalového signálu

Niekoľko chorôb v kategórii ACI (napr. Castlemanova choroba a reumatoidná artritída) ťažilo z klinických štúdií I. a II. fázy s látkami znižujúcimi hepcidín . Terapeutické monoklonálne protilátky proti IL-6 receptoru (tocilizumab), IL-6 (siltuximab) a TNF-α (golimumab alebo infliximab) mali za následok zníženie hepcidínu a zlepšenie anémie [37]. Okrem toho vo svetle signalizácie závislej od STAT3 pomocou IL-6 sa očakáva, že táto inhibícia (napr. curkumín, AG490 a PpYLKTK) u ľudí zaktiež znižuje hepcidín, čo sa už preukázalo *in vitro* aj v predklinických *in vivo* štúdiách [38]. Nakoniec sa na zníženie expresie hepcidínu použili aj viaceré prístupy zamerané na manipuláciu signálnej dráhy BMP/SMAD na hepcidín.

Ovplyvnenie signálu železa

Heparín, glykozaminoglykán, často používaná látka pri liečení a profylaxii pacientov s existujúcou zrazeninou alebo sklonom k nej má vysokú afinitu k BMP. Heparín tu inhibuje expresiu hepcidínu väzbou na BMP a sekvestrovaním BMP [39]. Okrem toho boli vyvinuté heparíny (niektoré s vysokým stupňom sulfatácie) bez antikoagulačných účinkov, ktoré demonštrujú reverziu anémie a špecifickú schopnosť blokovať hepcidín v plazme. Tieto látky sú určené pre randomizované klinické štúdie. Hemojuvelín (HJV), tiež známy ako HFE2, je BMP koreceptor, ktorý zvyšuje expresiu hepcidínu. Rozpustný HJV (sHJV) [40], ktorý je

výsledkom štiepenia bunkového HJV sprostredkovaného furínom, súťaží o väzbu BMP na receptor BMP. Podávané anti-HJV protilátky (AbbVie Pharmaceuticals) neutralizujú alebo pri sHJV fúzovanom s IgG Fc fragmentom majú za následok supresiu hepcidínu a korekciu anémie v myších modeloch ACI [41]. V súlade s tým bolo v poslednej dobe preukázané, že anti-RGMc protilátky blokujú indukciu hepcidínu a zvyšujú cirkulujúce a tkanivové koncentrácie železa u samíc potkanov [42].

Protilátky a malé molekulové inhibítory BMP/SMAD preukázali predklinickú účinnosť pri znižovaní expresie hepcidínu. Napríklad protilátky anti-BMP6 znižujú expresiu hepcidínu a zvyšujú koncentráciu železa v sére u myší [19]. Okrem toho, dorsomorfín, inhibítor signalizácie BMP/SMAD, zabraňuje indukcii hepcidínu pomocou IL-6 blokovaním receptorov BMP typu I, indukujúce zvýšené železo na modeloch myší [43]. Avšak, pretože dorsomorfín a jeho deriváty sa špecificky nezameriavajú na BMP/SMAD signalizáciu hepcidínu, sú považované za suboptimálnych kandidátov na terapeutický vývoj. TP-0184, špecifický ALK2 inhibítor (Toledo Pharmaceuticals), nedávno dokázal, že potláča hepcidín v myších modeloch ACI a rakoviny, ale na vyhodnotenie jeho plného translačného potenciálu sú potrebné ďalšie štúdie [44].

Ovplyvnenie erytropoetického signálu

Homeostáza železa a expresia hepcidinu úzko súvisí s hypoxiou sprostredkovanými dráhami, vrátane aktivácie hypoxiou indukovaných faktorov, ktoré priamo alebo nepriamo zvyšujú vstrebávanie železa a zníženie hepcidínu [45]. Nové liečivá zamerané na stabilizáciu HIFs poskytujú prísľub v liečbe ACI, ACD, ktorá umožňuje blokádu hepcidínu sprostredkovanú prostredníctvom erytropoézy, pričom súčasne stimuluje erytropoézu a dostupnosť železa. Inhibítory propylhydroxylázovej domény-2 (PDH2) napríklad stabilizujú HIF-1 a HIF-2, čím stimulujú produkciu endogénneho erytropoetínu na potlačenie hepcidínu a umožňujú väčšiu dostupnosť železa pre erytropoézu [46]. Do hypoxiou indukovaných hormónov patrí aj doštičkový rastový faktor BB, ktorý môže blokovať expresiu hepcidínu priamo *in vitro* aj *in vivo* tým, že interferuje so stresom indukovanou dráhou endoplazmatického retikula, zahŕňajúcou CREB-H [47]. Vo svetle nedávneho objavenia erytroferrónu a jeho negatívnej regulácie hepcidínu je modulácia tejto cesty jasnou oblasťou pre budúce možnosti.

Priama inhibícia hepcidínu

Priame inhibítory hepcidínu, napr. neutralizujúce protilátky, preukázali v myších modeloch účinnosť pri zvyšovaní cirkulujúceho a dostupného železa pre erytropoézu, zvrátenie anémie a zvýšenie citlivosti na ESAs [48]. LY2787106, monoklonálna hepcidínová antiprotilátka (Eli Lily) bola vyvinutá a navrhnutá ako potenciálna terapeutická možnosť v podmienkach nadbytku hepcidínu, čo sa nedávno preukázalo vysokou toleranciou,

prechodnou mobilizáciu železa a zvýšenou retikulocytózou v štúdii fázy I s anémiou u pacientov s rakovinou [49]. PRS-080, PEGylovaný antikalín so špecifickou väzbou a neutralizáciou hepcidínu (Pieris Pharmaceuticals), preukázal *in vitro* potlačenie aktivity hepcidínu [50]. Napokon NOX-H94, (PEGylovaný antagonista L-oligoribonukleotidu) antagonista hepcidínu (NOXXON Pharma AG), viaže hepcidín s vysokou afinitou a špecificitou. Na modeloch bolo preukázané, že u dobrovoľníkov NOX-H94 zlepšuje anémiu a zabraňuje poklesu železa [51]. V dôsledku toho sú vo fáze plánovania ďalšie klinické štúdie s renálnou insuficienciou, ACD a anémiou súvisiacou s rakovinou.

Záver

Anémia pri chronických ochoreniach je druhým najčastejším typom anémií s narastajúcim výskytom u staršej populácie, chorých a hospitalizovaných pacientov, kde predstavuje najfrekventovanejšiu anémiu. Etiopatogenéza je heterogénna – multifaktoriálna, s dominantným pôsobením imunitného systému na metabolizmus železa a systém erytrocytu. Rozhodujúca úloha je pripisovaná hepcidínu - kľúčovému regulátoru systémovej homeostázy železa. Ten ovplyvňuje bunkovú rovnováhu železa väzbou na exportný proteín, ferroportín, čo vedie k jeho degradácii, blokáde absorpcie železa z enterocytov a jeho uvoľňovania z monocyto-makrofágového systému do obehu. Tento účinok je ďalej potencovaný zápalom stimulujúcim produkciu hepcidínu zvýšenými cytokínmi.Aj napriek obrovskému pokroku v chápaní fungovania regulácie metabolizmu železa, ktorý prispel k zlepšeniu diferenciálnej diagnostiky chorôb asociovaných s týmto procesom a k rozvoju nových terapeutických prístupov, ktoré sa zameriavajú na hepcidínovú ferroportínovú os alebo cytokíny stimulujúce transkripciu hepcidínu, mnoho aspektov regulácie homeostázy železa zostáva nejasných.

Diagnostickým imperatívom je predovšetkým odlíšenie izolovanej anémie chronických ochorení od anémie z nedostatku železa. V súčasnosti chýba jednoznačný diagnostický vzorec, nástroj, ktorý by jasne definoval príslušnosť k anémii. Dostupné vyšetrovacie škály sú nekonzistentné s odlišnými výsledkami v závislosti od použitého parametra. Tie sami o sebe vykazujú zjavné interakcie, ktoré limitujú ich univerzálnosť.

Literatúra

1. KRAUSE A, NEITZ S, MARGERT HJ et al. LEAP-1,anovelhighlydisulfide-bondedhuman peptide, exhibits antimicrobial activity. *FEBS Lett* 2000; 480: 147–150.
2. PARK CH, VALORE EV, WARING AJ et al. Hepcidin, a urinary antimicrobial peptide synthesized in the liver. *J Biol Chem* 2001; 276:7806–7810.
3. BEKRI S, GUAL P, ANTY R, et al. Increased adipose tissue expression of hepcidin in severe obesity is independent from diabetes and NASH. *Gastroenterology* 2006; 131

(3): 788–796.

4. KULAKSIZ H, FEIN E, REDECKER P, et al. Pancreatic beta-cells express hepcidin, an iron-uptake regulatory peptide. *J Endocrinol* 2008; 197 (2): 241–249.
5. HUNTER H, FULTON D, GANZ T, et al. The solution structure of human hepcidin, a peptide hormone with antimicrobial activity that is involved in iron uptake and hereditary hemochromatosis*. J Biol Chem* 2002; 277 (40): 37597–37603.
6. WALLACE D, JONES M, PEDERSEN P, et al. Purification and partial characterisation of recombinant human hepcidin. *Biochimie* 2006; 88 (1): 31–37.
7. KEMNA E, TJALSMA H, PODUST V, et al. Mass spectrometry-based hepcidin measurements in serum and urine: analytical aspects and clinical implications. *Clin Chem* 2007; 53 (4): 620–628.
8. NAGY J, LAKNER L, POÓR V, et al. Serum prohepcidin levels in chronic inflammatory bowel diseases. *J Crohns Colitis* 2010; 4 (6): 649–653.
9. HILTON K, LAMBERT L. Molecular evolution and characterization of hepcidin gene products in vertebrates. *Gene* 2008; 415 (1–2): 40–48.
10. NICOLAS G, BENNOUN M, DEVAUX I et al. Lack of hepcidin gene severe tissue ironoverload in upstream stimulato- ry factor 2 (USF2)knockout mice. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001; 98: 8780–8785.
11. DONOVAN A, LIMA C, PINKUS J, et al. The iron exporter ferroportin/Slc40a1 is essential for iron homeostasis. *Cell Metab* 2005; 1 (3): 191–200.
12. NEMETH E, RIVERA S, GABAYAN V, et al. IL-6 mediates hypoferremia of inflammation by inducing the synthesis of the iron regulatory hormone hepcidin. *J Clin Invest* 2004; 113 (9): 1271–1276.
13. PIETRANGELO A. The ferroportin disease. *Blood Cells Mol Dis* 2004; 32 (1): 131–138.
14. SEBASTIANI G, WILKINSON N, PANTOPOULOS K. Pharmacological Targeting of the Hepcidin / Ferroportin Axis. *Front. Pharmacol* 2016; 7: 160.
15. GIRELLI D, NEMETH E, SWINKELS DW. Hepcidin in the diagnosis of iron disorders. *Blood.* 2016;127(23): 2809–2813.
16. XIA Y, BABITT J, SIDIS Y, et al. Hemojuvelin regulates hepcidin expression via a selective subset of BMP ligands and receptors independently of neogenin. *Blood* 2008; 111 (10): 5195–5204.
17. STEINBICKER A, SACHIDANANDAN C, VONNER A, et al. Inhibition of bone morphogenetic protein signaling attenuates anemia associated with inflammation. *Blood* 2011; 117 (18): 4915–4923.
18. BABITT J, HUANG F, WRIGHTING D, et al. Bone morphogenetic protein signaling by hemojuvelin regulates hepcidin expression. *Nat Genet* 2006; 38 (5): 531–539.

19. ANDRIOPOULOS B, CORRADINI E, XIA Y, et al. BMP6 is a key endogenous regulator of hepcidin expression and iron metabolism. *Nat Genet* 2009; 41 (4): 482–487.
20. GAO J, CHEN J, KRAMER M, et al. Interaction of the hereditary hemochromatosis protein HFE with transferrin receptor 2 is required for transferrin-induced hepcidin expression. *Cell Metab* 2009; 9 (3): 217–227.
21. GOSWAMI T, ANDREWS N. Hereditary hemochromatosis protein, HFE, interaction with transferrin receptor 2 suggests a molecular mechanism for mammalian iron sensing. *J Biol Chem* 2006; 281 (39): 28494—28498.
22. SILVESTRI L, PAGANI A, NAI A, et al. The serine protease matriptase-2 (TMPRSS6) inhibits hepcidin activation by cleaving membrane hemojuvelin. *Cell Metab* 2008; 8 (6): 502–511.
23. NAI A, PAGANI A, SILVESTRI L, et al. Increased susceptibility to iron deficiency of Tmprss6-haploinsufficient mice. *Blood* 2010; 116 (5): 851–852.
24. YILMAZ-KESKIN E, SAL E, DE FALCO L, et al. Is the acronym IRIDA acceptable for slow responders to iron in the presence of TMPRSS6 mutations? *Turk J Pediatr* 2013; 55 (5): 479–484.
25. BARTNIKAS T, ANDREWS N, FLEMING M. Transferrin is a major determinant of hepcidin expression in hypo-transferrinemic mice. *Blood* 2011; 117 (2): 630–637.
26. PAK M, LOPEZ M, GABAYAN V, et al. Suppression of hepcidin during anemia requires erythropoietic activity. *Blood* 2006; 108 (12): 3730–3735.
27. PAPANIKOLAOU G, TZILIANOS M, CHRISTAKIS J, et al. Hepcidin in iron overload disorders. *Blood* 2005; 105 (10): 4103–4105.
28. POSPÍŠILOVÁ D. Anémie chronických chorob ve světle nových poznatků. *Pediatrie pro praxi* 2007; 8(5): 276-280.
29. TALBOT N, LAKHAL S, SMITH T, et al. Regulation of hepcidin expression at high altitude. *Blood* 2012; 119 (3): 857–860.
30. GORDEUK V, MIASNIKOVA G, SERGUEEVA A, et al. Chuvash polycythemia VHLR200W mutation is associated with down-regulation of hepcidin expression. *Blood* 2011; 118 (19): 5278–5282.
31. PIETRANGELO A, DIERSSEN U, VALLI L, et al. STAT3 is required for IL-6-gp130-dependent activation of hepcidin in vivo. *Gastroenterology* 2007; 132 (1): 294–300.
32. HOUDA J, POSPÍŠILOVÁ D, HORVÁTHOVÁ M. Úloha hepcidinu v regulaci metabolismu železa. *Čes-slov Pediat* 2014; 69 (5): 301-312.
33. SALAHUDEEN A, BRUICK R. Maintaining Mammalian iron and oxygen homeostasis: sensors, regulation, and cross-talk. *Ann NY Acad Sci* 2009; 1177: 30–38.
34. DEN ELZEN WP et al. Plasma hepcidin levels and anemia in old age. The Leiden 85-Plus Study. *Haematologica* 2013; 98: 448-454.

35. BĚLOHLÁVKOVÁ P. Postavení hepcidinu v diagnostice a léčbe anémií. *Medicína v praxi* 2011; 8(3): 127-129.
36. LANGER AL, GINZBURG YZ. Role of hepcidin-ferroportin axis in the pathophysiology, diagnosis, and treatment of anemia of chronic inflammation . *Hemodialysis International* 2017; 21: S37–S46.
37. CASPER C, CHATURVEDI S, MUNSHI N, et al. Analysis of inflammatory and anemia-related biomarkers in a randomized, double-blind, placebo-controlled study of siltuximab (anti-IL6 monoclonal antibody) in patients with multicentric castleman disease. *Clin Cancer Res*. 2015; 21: 4294-4304.
38. ZHANG SP, WANG Z, WANG LX, Liu SJ. AG490: An inhibitor of hepcidin expression in vivo. *World J Gastroenterol* 2011; 17: 5032– 5034.
39. POLI M, ASPERTI M, RUZZENENTI P, et al. Oversulfated heparins with low anticoagulant activity are strong and fast inhibitors of hepcidin expression in vitro and in vivo. *Biochem Pharmacol.* 2014; 92: 467– 475.
40. BABITT J, HUANG F, WRIGHTING D, et al. Bone morphogenetic protein signaling by hemojuvelin regulates hepcidin expression. *Nat Genet* 2006; 38 (5): 531–539.
41. KOVAC S, BOSER P, CUI Y, et al. Anti-hemojuvelin antibody corrects anemia caused by inappropriately high hepcidin levels. *Haematologica* 2016; 101: e173– e176.
42. BOSER P, SEEMANN D, LIGUORI MJ et all. Anti-repulsive guidance molecule C (RGMc) antibodies increases serum iron in rats and cynomolgus monkeys by hepcidin down- regulation. *APS J* 2015; 17: 930-938.
43. YU PB, HONG CC, SACHIDANANDAN C, et al. Dorsomorphin inhibits BMP signals required for embryogenesis and iron metabolism. *Nat Chem Biol* 2008; 4: 33– 41.
44. PETERSON P, SOH KK, SOL LEE Y, et al. ALK2 inhibition via TP-0184 abrogates inflammation-induced hepcidin expression and is a potential therapeutic for anemia of chronic disease. Annual meeting of the American Society of Hematology, 2015, Orlando, FL.
45. MASTROGIANNAKI M et al. HIF-2alpha, but not HIF-1alpha, promotes iron absorption in mice. *Journal of Clinic Invest* 2009; 199:1159-1166.
46. SONI H. Prolyl hydroxylase domain-2 (PHD2) inhibition may be a better therapeutic strategy in renal anemia. *Med hypoth.* 2014; 82: 547-550.
47. SONNWEBER T, NACHBAUR D, SCHROLL A, et al. Hypoxia induced downregulation of hepcidin is mediated by platelet derived growth factor BB. *Gut* 2014; 63: 1951– 1959.
48. SASU BJ, COOKE KS, ARVEDSON TL et all. Antihepcidin antibody treatment modulates iron metabolism and is effective in a mouse modelof inflammation-induced anemia. *Blood* 2010; 115: 3616-3624.

49. VADHAN-RAJ S, ABONOUR R, GOLDMAN JW, et al. Phase 1 Study of a hepcidin antagonist, LY2787106, in cancer-associated anemia. Annual meeting of the American Society of Hematology, 2015, Orlando, FL.
50. HOHLBAUM AM, TRENTMAN S, GILLE H, et al. Discovery and preclinical characterization of a novel hepcidin antagonist with tunable PK/PD properties for the treatment of anemia in different patient populations. Annual meeting of the American Society of Hematology 2011, San Diego, CA.
51. VAN EIJK LT, JOHN AS, SCHWOEBEL F, et al. Effect of the antihepcidin Spiegelmer lexaptepid on inflammation-induced decrease in serum iron in humans. *Blood* 2014; 124: 2643– 2646.

Kontakt:
MUDr. Jaromír Tupý, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 28
03401, Ružomberok
e-mail: jaromir.tupy@ku.sk

ETIKA A MIMORIADNE UDALOSTI VO VEREJNOM ZDRAVOTNÍCTVE

Ethics and Mass Casualty Event in Public Health

Vladimír Littva[1], Ivan Solovič[1], Anna Králová[2], Soňa Hlinková[1]

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

Abstrakt

Od roku 1900 do súčasnosti medzinárodná databáza pre katastrofy eviduje viac ako 22 000 mimoriadnych (katastrofických) udalostí po celom svete. Roky 2015 a 2018 predstavujú pre krajiny nielen vyspelého sveta, ale aj rozvojové krajiny čas výziev v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti o ľudí zasiahnutými katastrofami a mimoriadnymi udalosťami. V roku 2016 došlo k viac ako tristo katastrofám, ktoré hlboko ovplyvnili život v 102 krajinách sveta. Obdobie katastrof a mimoriadnych udalostí je obdobím skúšok pre jednotlivcov aj komunity, ktoré majú poskytnúť pomoc a ochranu postihnutým. Pri takýchto udalostiach je zasiahnutých množstvo ľudí, ktorí sú odkázaní na milosť a pomoc profesionálov. Z toho dôvodu je etické správanie poskytovateľov tak zdravotnej ako aj sociálnej starostlivosti veľmi dôležité. Je to skúška zodpovednosti v spoločnosti, ktorej chod môže byť narušený a nedokonalý. Nezastupiteľnú úlohu pri výkone hrá dobrá príprava v škole. Príspevok vznikol v rámci projektu KEGA č. 007KU-4/2018 zameraného na profesijnú aplikovanú etiku v študijných odboroch urgentná zdravotná starostlivosť a verejné zdravotníctvo.

Kľúčové slová: Etika. Rozhodovanie. Medicína katastrof. Mimoriadna udalosť s hromadným postihnutím osôb.

Summary

EM-DAT contains essential core data on the occurrence and effects of over 22,000 mass disasters in the world from 1900 to the present day. The years 2015 and 2018 were time of challenges for not only for well developed countries, but also for developing countries in health and social care for people affected by disasters and emergencies. In 2016 there was a more than three hundred disasters that have deeply influenced life in 102 countries. Time of disasters and emergencies has been a period of testing for individuals and communities providing assistance and protection to affected. At such events, it is affected wide number of people who are dependent on the act and help of professionals. Therefore, ethical behavior of health care providers and social care is very important. It's a test of responsibility in the society

whose operation can be disturbed and imperfect. Crucial role in the performance plays a good training at school. Contribution has been originated as part of the project KEGA no. 007KU-4 / 2018 on Ethics in Public Health and Paramedics.

Key words: Ethics. Decision making. Disaster medicine. Mass casualty events.

Kontakt:
doc. PhDr. Mgr. Vladimír Littva PhD., MPH
Katedra verejného zdravotníctva
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01, Ružomberok
tel.: +421 918 722 177
e-mail: vladimir.littva@ku.sk

STAROŚĆ I ŚMIERĆ W PERCEPCJI WSPÓŁCZESNEGO SPOŁECZEŃSTWA

Senile Age and Death in Perception of Ccontemporary Society

Bożena Majchrowicz[1], Katarzyna Tomaszewska[2] Edyta Guty[1]

[1]Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu
[2]Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu

Streszczenie

Osoby starsze stanowią obecnie ponad 20% społeczeństwa, zaś prognozy na najbliższe trzydziestolecie wskazują, że odsetek ten może wkrótce przekroczyć 50%. Oznacza to, że w niedalekiej przyszłości seniorzy mogą reprezentować większą część społeczeństwa niż dorośli w wieku produkcyjnym lub dzieci; będą zatem bardziej obecni w życiu społecznym niż kiedykolwiek przedtem. Taki stan rzeczy sprawia, że istotne staje się ustalenie, jaka jest percepcja starości oraz jej niezaprzeczalnego następstwa – śmierci we współczesnym społeczeństwie. W niniejszej pracy podjęto się omówienia, w jaki sposób różne grupy społeczne postrzegają starość oraz jakie są ich zapatrywania i odczucia względem śmierci.

Cel pracy Celem pracy było ustalenie, jaka jest aktualna percepcja starości oraz śmierci we współczesnym społeczeństwie, ze szczególnym uwzględnieniem tego, czy przedstawiciele poszczególnych grup wiekowych uważają osoby starsze za ważne i potrzebne oraz czy akceptują śmierć jako naturalne następstwo podeszłego wieku.

Materiał i metody Przeanalizowano aktualny stan wiedzy na badany temat na podstawie publikacji naukowych wyszukiwanych za pomocą baz danych i naukowych wyszukiwarek. Z uzyskanych w ten sposób wyników wybrano te, które są najbardziej aktualne dla społeczeństwa polskiego i dla obecnych realiów.

Wyniki W kontekście starości pojawiają się w społeczeństwie odczucia bardzo pozytywne, związane z otrzymywaniem od seniorów wsparcia, opieki nad wnukami i wiedzy, jednakże dominuje postrzeganie starości w sposób negatywny i kojarzenie jej z bólem, chorobami oraz samotnością. Śmierć natomiast, odbierana jest współcześnie przede wszystkim w kontekście strachu, niepewności i cierpienia, choć jednocześnie kojarzy się ją z wydarzeniem, które zbliża do siebie członków rodziny.

Wnioski Wykazano, że zarówno percepcja starości, jak i śmierci jest we współczesnym społeczeństwie niejednoznaczna, jednakże w odniesieniu do obu zjawisk dominują odczucia negatywne.

Słowa kluczowe: Starość. Śmierć. Percepcja społeczna.

Summary

Elderly people nowadays account for over 20% of the population, and prediction for the next thirty years indicate that this percentage may soon exceed 50%. This means that in the near future seniors may represent a larger part of society than adult people of working age or children; they will therefore be more present in social life than ever before. This state of affairs makes it important to determine what is the perception of old age and its undeniable consequences – death, in contemporary society. This paper discusses how different social groups perceive old age and what their views and feelings about death are.

Aim The aim of the work was to determine what is the current perception of old age and death in contemporary society, with particular emphasis on whether representatives of particular age groups consider older people to be important and necessary and whether they accept death as a natural consequence of old age.

Methodology The current state of knowledge on the subject under study was analyzed on the basis of scientific publications searched by means of databases and scientific search engines. The results obtained in this way were selected those that are the most up-to-date for Polish society and current realities.

Results In the context of old age, there are very positive feelings in society, related to receiving support and care for grandchildren and knowledge from seniors, but the prevailing perception of old age is negative, associating it with pain, illnesses and loneliness. On the other hand, death is perceived today in the context of fear, insecurity and suffering, although at the same time it is associated with an event that brings together family members.

Conclusions It has been shown that both the perception of old age and death is ambiguous in contemporary society, however negative feelings prevail in relation to both phenomena.

Słowa kluczowe: Senile age. Death. Social perception.

Wstęp

Współczesne społeczeństwo otwarte jest na aktywność, produktywność, osiągnięcia. Pojęcia te nie są na gruncie klasycznego rozumowania kojarzone ze starością, łączoną raczej z biernością, samotnością i brakiem rozległych zainteresowań (1). Badania wskazują, że percepcja społeczna starości jest bardzo niejednoznaczna. Z jednej strony, zarówno dzieci, jak i dorośli podają, iż to seniorzy wpoili im zasady moralne, to im zawdzięczają poczucie bycia kochanym, a także zainteresowanie i – co nie jest bez znaczenia – wsparcie finansowe (1). Z drugiej jednak strony, osoby starsze kojarzone są z niesamodzielnością, ubóstwem, samotnością i z tym, że nie tyle oferują sprawowanie opieki (na przykład, nad wnukami), ale wręcz tej opieki wymagają i potrzebują (2).

Równie niejednoznaczna okazuje się być społeczna percepcja śmierci. Z jednej strony postrzegana jest ona jako naturalne następstwo zaawansowanego wieku i bardzo często jest z nim kojarzona (3). Z drugiej jednak strony, uważana jest za temat tabu, przed którym bezwzględnie należy chronić dzieci i którego należy unikać w publicznych dyskusjach lub przeciwnie – w niezobowiązujących rozmowach, podczas których zagadnienie śmierci uznawane jest za niezręczne (4).

Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego, we współczesnym społeczeństwie odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (kobiety – od 60 lat, mężczyźni od 65 lat) wynosi ponad 20%. Oznacza to, że na każde 100 dorosłych pracujących przypada ponad 30 osób w wieku poprodukcyjnym, zaś zgodnie z prognozami ekspertów – w roku 2050 ponad połowa społeczeństwa będzie w wieku powyżej 60 lat (kobiety) i 65 lat (mężczyźni) (5). Znaczy to, że obecność osób starszych jest i będzie w naszym społeczeństwie coraz bardziej zauważalna. Z tego powodu konieczna staje się analiza percepcji społecznej starości i śmierci, która jest nierozerwalnie związana z zaawansowanym wiekiem.

Cel pracy

Głównym celem niniejszej pracy było ustalenie, jaka jest aktualna percepcja starości oraz śmierci we współczesnym społeczeństwie. Sformułowano również cele szczegółowe o następującej treści:

- wskazanie, w jaki sposób definiowana jest starość, kiedy według współczesnego społeczeństwa się ona zaczyna, a także czy postrzeganie jej początku jest zależne od wieku respondentów,
- ustalenie, w jakim stopniu osoby starsze są, zdaniem respondentów, potrzebne we współczesnym społeczeństwie, a w jakim stopniu ich zdaniem, stanowią obciążenie, a także ocenienie, czy ta opinia zmienia się wraz z wiekiem ankietowanych,
- oszacowanie sposobu, w jaki we współczesnym społeczeństwie postrzegana jest śmierć – czy możliwe jest pozytywne lub choćby neutralne nacechowanie pojmowania śmierci,
- ustalenie, czy percepcja śmierci i jej nacechowania (pozytywnego lub negatywnego) zmienia się wraz z wiekiem przedstawicieli grup społecznych.

Materiał i metody

Na potrzeby niniejszej pracy posłużono się bazami danych i naukowymi wyszukiwarkami publikacji. Dzięki temu uzyskano dostęp do aktualnych artykułów naukowych, umożliwiających wgląd we współczesną percepcję starości i śmierci w różnych grupach wiekowych i społecznych. Bazy artykułów i wyszukiwarki, jakie wykorzystywane były na potrzeby niniejszej pracy to: Google Scholar, Scopus, Web of Science, PubMed.

Preferowanym językiem wyszukiwanych artykułów był język polski, ponieważ zasadniczym celem pracy było skupienie się na sytuacji społeczeństwa polskiego, a nie społeczeństw zagranicznych, w tym przede wszystkim – amerykańskiego, które jest najczęściej opisywane w publikacjach pisanych w języku angielskim. Słowa kluczowe i zwroty zastosowane podczas wyszukiwania to:

- „starość", „percepcja", „społeczeństwo",
- „percepcja starości",
- „starość w opinii dzieci" / młodzieży / studentów / dorosłych,
- „postrzeganie starości",
- „społeczeństwo", „starość",
- „śmierć", „percepcja", „społeczeństwo",
- „percepcja śmierci",
- „śmierć w opinii dzieci" / młodzieży / studentów / dorosłych,
- „postrzeganie śmierci".

Spośród uzyskanych w ten sposób wyników wybierano przede wszystkim te najbardziej aktualne (preferowane nie starsze, niż 5-10 lat). Na podstawie włączonych do analizy artykułów ustalono, jaka jest percepcja starości oraz śmierci poszczególnych grup społecznych.

Wyniki

Analiza publikacji włączonych do badań wykazała, że ustalenie, jaka jest percepcja starości i śmierci może być problematyczna już na etapie definicyjnym. Innymi słowy, samo pojmowanie starości (w mniejszym stopniu – śmierci) uzależnione jest od grupy społecznej, która aktualnie jest analizowana (3). Prawdopodobnie największe różnice można stwierdzić pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi, ale nie tylko. Wykazano, że również płeć respondentów (6) oraz ich zdolności intelektualne mogą wpływać na to, w jaki sposób respondenci postrzegają punkt graniczny, w jakim daną osobę należy już uznać za starą (7).

Według młodzieży, starość zaczyna się niej więcej od wieku 60 lat, przy czym należy zauważyć, że występują tu pewne różnice pomiędzy opiniami na temat starości u mężczyzn i kobiet (3). Zdaniem młodych ludzi starość u kobiet rozpoczyna się znacznie wcześniej niż u mężczyzn – średnio o 10-15 lat wcześniej. Takie postrzeganie umownej granicy wieku podeszłego zwraca uwagę tym bardziej, że kobiety żyją średnio dłużej od mężczyzn, co by oznaczało, że w percepcji respondentów, w przypadku kobiet właściwa starość wypełnia bardzo znaczną część czasowej osi ich życia (5). Zaobserwowano, że postrzeganie momentu, w jakim zaczyna się starość uzależnione jest od wieku respondentów i im młodszy jest ten

wiek, tym wcześniej, zdaniem ankietowanych, rozpoczyna się wiek starczy (3). Paradoksalnie więc, w miarę zbliżania się do wieku uznawanego wcześniej za graniczny, postrzeganie społeczne starości zmienia się, zaś sama granica w subiektywnym odczuciu ulega przesunięciu.

Analogiczne badania, dotyczące definiowania początku starości prowadzono również u młodszych dzieci – uczniów wczesnych klas szkoły podstawowej. Jednakże percepcja liczb, a tym bardziej zaawansowanego wieku jest u tak młodych respondentów na tyle mało skonkretyzowana, że ustalenie granicznego wieku starości jest zbyt mało precyzyjne. Ankietowane dzieci wskazywały zatem, że starość jest wtedy, gdy ktoś ma „wiele lat" lub, że stary człowiek to taki, który długo żyje. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na pewną kwestię. Małe dzieci poproszone o zdefiniowanie starości odnosiły się do aspektów wieku, jednakże w żaden sposób nie dawały do zrozumienia, że ich zdaniem ze starością związane są aspekty negatywne, takie jak choroby czy niedołężność, niesamodzielność. Jednakże, już kiedy zostały zapytane nie o samą starość, lecz o to, kim jest człowiek stary, okazało się, że poza najczęściej udzielanymi odpowiedziami – to osoba, która ma wiele lat, pojawiały się również odniesienia do choroby oraz słabości, a także do konieczności niesienia pomocy (6).

W powyższym kontekście warto zwrócić uwagę na aspekt związany z niesieniem pomocy osobom starszym. Ankietowane dzieci pytane o to, czy seniorzy są ważni dla społeczeństwa, a jeśli tak to dlaczego odpowiadały nie tylko, że wynika to z posiadanej przez nich wiedzy oraz znajomości przeszłości. Jedna piąta do jednej czwartej grupy ankietowanych dzieci (zależnie od grupy wiekowej i płci) twierdziła, że osoby starsze są dla nich bardzo ważne, ponieważ się nimi opiekują. To oznacza, że seniorzy odbierani są zarówno jako ci, którzy wymagają opieki, jak i ci, którzy tę opiekę są w stanie zaoferować. Warto zauważyć, że dzieci różniły się w kwestii tej opinii w zależności od płci: dziewczynki znacznie częściej wskazywały na opiekuńcza rolę seniorów (17-24% grupy dziewczęcej udzielało takiej odpowiedzi), natomiast chłopcy marginalizowali opiekę, jaką osoby starsze mogą im zaoferować (tylko 4-10% chłopców uważało, że seniorzy pełnią taką rolę w ich życiu) (6).

Percepcja roli seniorów oraz ich miejsca w społeczeństwie zmienia się tym bardziej wraz z wiekiem. W porównaniu z najmłodszymi grupami respondentów, dzieci nieco starsze (chodzące do wyższych klas szkół podstawowych lub do szkół ponadpodstawowych) w mniejszym stopniu akceptują ważną rolę, jaką osoby starsze mogą zajmować w społeczeństwie. Tylko 60% z nich uważa, że ludzie starsi są społeczeństwu potrzebni (1). Z danych wynika jednak, że tendencja ta zmienia się po zakończeniu okresu typowego dzieciństwa i po wejściu we wczesną dorosłość. Grupa studencka bowiem, pytana o to samo już w 86% potwierdzała, że osoby starsze są społeczeństwu potrzebne (1).

Warto podkreślić, że opinia na temat tego, czy ludzie starsi są potrzebni społeczeństwu mogą znacząco różnić się nie tylko w zależności od grupy wiekowej, ale również – od płci. Jak

wynika z badań, kobiety znacznie częściej (w 85%) uważają, że seniorzy są istotni dla społeczeństwa. Taką opinię podziela tylko połowa mężczyzn (1).

Całkowicie odmiennie kształtuje się percepcja respondentów (zarówno starszych uczniów, jak i studentów) dotycząca szacunku osób starszych w polskim społeczeństwie. Generalnie, młodzi ankietowani jedynie w bardzo niewielkim odsetku zdecydowanie zgadzali się z tym, że osoby starsze są w naszym społeczeństwie szanowane (3-12% odpowiedzi). Szczególnie niepokojące wydają się w tym zakresie odpowiedzi studentów, którzy – jak można byłoby się spodziewać – są najlepiej zorientowani w aktualnych trendach społecznych. Ponad jedna trzecia z nich uważała, że osób starszych się w naszym społeczeństwie „zdecydowanie nie szanuje" lub „raczej nie szanuje" (1).

W powyższym kontekście można zaobserwować pewną rozbieżność pomiędzy opiniami respondentów na temat szacunku wobec seniorów, a opiniami na temat okazywanej i życzliwości. Mimo, iż tak znaczny odsetek badanych uważał, że osób starszych się we współczesnym społeczeństwie nie szanuje to jednocześnie według większości respondentów, seniorzy są traktowani z życzliwością. Takiej odpowiedzi udzielało aż 71% ankietowanych studentów i 63% uczniów ze starszych klas (1).

W jaki sposób należy interpretować opinię respondentów, z której wynika, że starsze osoby w naszym społeczeństwie relatywnie często nie są szanowane, ale za to społeczność odnosi się do nich w sposób życzliwy? Można wnioskować, że oznacza to protekcjonalne podejście do osób starszych, mianowicie, iż należy im się życzliwość nawet wtedy, gdy ich działanie nie wzbudza szacunku. Hipoteza protekcjonalnego podejścia do seniorów znajduje pewne potwierdzenie w danych, z których wynika, że według respondentów seniorzy zajmują się głównie wizytami lekarskimi, uczęszczaniem do kościoła i oglądaniem telewizji (1).Taka wizja osoby starszej nie przedstawia seniora jako człowieka aktywnego, ciekawego świata i otwartego na niego, lecz prezentuje osobę pozbawioną szerszych pasji. Tym bardziej, że zdaniem największego odsetka badanych osoby starsze najchętniej spędzają czas wolny na opiece nad wnukami (1).Rola taka – jakkolwiek wysoce utylitarna z punktu widzenia społeczeństwa, sugeruje jednak po części, że seniorzy nie mają własnego życia, a jedynie żyją życiem młodszych pokoleń.

Młodzi ankietowani (uczniowie i studenci) proszeni o wskazanie cech seniorów, które uważają za negatywne najczęściej wymieniali skłonność do narzekania, konserwatyzm czy powolność. Mniej niż jedna piąta ankietowanych z tej grupy twierdziła, że w osobach starszych generalnie nic im nie przeszkadza. Warto jednak zauważyć, że uczniowie i studenci proszeni o omówienie swojej percepcji seniorów w kategoriach pozytywnych (wskazanie pozytywnych cech osób starszych) najczęściej wymieniali doświadczenie życiowe, pogodę ducha, wyrozumiałość i życzliwość oraz otwartość na innych ludzi. Takie odpowiedzi wskazują wyraźnie, że czynnikiem mogącym znacząco wpływać na percepcję osób starszych

jest nie tyle zaawansowany wiek, co sposób bycia i postawa (otwarta lub zamknięta, konserwatywna) w stosunku do innych ludzi (1).

Młodzi ludzie postrzegają starość zarówno w aspektach negatywnych, jak i pozytywnych. Najczęstsze skojarzenia pozytywne związane z zaawansowanym wiekiem związane jest z ich rolą w sprawowaniu opieki nad wnukami oraz ze spokojem osiąganym zdaniem respondentów w zaawansowanym wieku. Przeważają jednak skojarzenia negatywne, do których należą: choroba, ból czy samotność. Warto również zwrócić uwagę na to, że znaczna część młodych ludzi kojarzy starość ze śmiercią. Z jednej strony nie jest to aspekt o jednoznacznie negatywnym zabarwieniu. Z drugiej jednak strony, bezpośrednie powiązanie i skojarzenie starości ze śmiercią sugeruje, że jedynym dążeniem osób w wieku zaawansowanym jest oczekiwanie na odejście. To przypuszczenie zdaje się być o tyle potwierdzone, że podstawowe problemy kojarzone przez respondentów ze starszym wiekiem to: zły stan zdrowia, trudności finansowe, samotność, brak tolerancji, konflikty i złe warunki mieszkaniowe (3).

Jak już wspomniano, zdaniem znacznej grupy społeczeństwa śmierć jest jednym z pierwszych skojarzeń związanych ze starością. To by sugerowało, że śmierć jest zjawiskiem społecznym dobrze rozumianym, a także takim, co do którego społeczeństwo wypraktykowała określone wzorce zachowań i postępowania, pozwalające oswoić emocjonalni i kulturowo to wydarzenie. Badania wskazują jednak na to, że przypuszczenia te nie są prawdziwe (4).

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, aktualnie, osoby starsze w wieku poprodukcyjnym stanowią ponad 20% społeczeństwa. To bardzo znaczny odsetek, zwłaszcza jeżeli porówna się go z danymi pochodzącymi na przykład z lat 90-tych ubiegłego wieku, kiedy to odsetek seniorów w wieku powyżej 60 lat stanowił mniej niż 13% (5). W tym kontekście podjęcie próby zrozumienia, dlaczego śmierć stanowi w naszym społeczeństwie temat tabu jest zadaniem niełatwym. Z jednej bowiem strony osoby starsze są obecne w naszym społeczeństwie i stanowią bardzo znaczny jego odsetek. Ponadto, starość jest często bardzo silnie kojarzona ze śmiercią. Z drugiej natomiast strony, percepcja śmierci we współczesnym społeczeństwie nosi znamiona zjawiska bardzo negatywnego, o którym nie należy mówić (4).

Z analiz wynika, że percepcja śmierci we współczesnym społeczeństwie znacząco zmienia się w zależności od wieku danej grupy społecznej. Przy czym warto zauważyć, że najmłodsze grupy wydają się być w tym kontekście niejako „chronione” przez grup starsze. W przekonaniu wielu dorosłych przedstawicieli współczesnego społeczeństwa, śmierć jest tematem, którego nie należy z dziećmi poruszać. Co więcej, według opinii zdecydowanej większości – należy przed tym zjawiskiem dzieci chronić, na przykład poprzez unikanie ich obecności na pogrzebach, czy przy osobach bliskich śmierci (4).

W grupach starszych, takich jak studenci oraz dorośli w wieku produkcyjnym śmierć jest zjawiskiem, którego percepcja nadal silni związana jest z tabu. To temat poruszany rzadko, uznawany za niezręczny i nienadający się do publicznych dyskusji. Śmierć przestaje być natomiast tematem tabu w najstarszych grupach społecznych. Wynika to z dwóch kwestii. Po pierwsze, w najbliższym otoczeniu seniorów wzrasta odsetek bliskich, którzy umarli, a zatem temat śmierci staje się naturalnym następstwem tych wydarzeń. Po drugie natomiast, bardziej zaawansowany wiek sprawia, że seniorzy częściej myślą o śmierci i niejednokrotnie przygotowują się na nią, ponieważ są coraz bardziej świadomi jej nieuchronności (4).

Warto zwrócić uwagę na percepcję śmierci w kontekście grup wiekowych, ponieważ w tym układzie można zaobserwować pewien paradoks. Dorośli przedstawiciele społeczeństwa, jak wspomniano – „chronią" dzieci przed tematyką śmierci, uważając, że jest to dla nich zagadnienie zbyt trudne do zrozumienia i być może zbyt bolesne. Tymczasem analizy wskazują, że to właśnie najmłodsze grupy wiekowe w najmniej negatywnym stopniu odnoszą się do śmierci. Ich stosunek jest często neutralny. Wynika to przynajmniej częściowo z niezrozumienia, czym jest kres życia, a częściowo – jak się uważa – z typowo dziecięcej gotowości na zaakceptowanie zastanych warunków społecznych (4).

Co więcej, uważa się, że percepcja śmierci zmienia się u dzieci etapami; nie jest to proces w pełni ciągły. Dzieci do lat 5 niejednokrotnie sądzą, że osoba która umarła nie różni się znacząco od kogoś, kto zapadł w głęboki sen. Często też personifikują śmierć. Dzieci starsze najczęściej nadal traktują śmierć w sposób neutralny lub też ich percepcja uzależniona jest od tego, w jaki sposób zagadnienie to zostanie im przedstawione przez dorosłych. Dopiero średnio po ukończeniu 9 lat śmierć kojarzona jest przez zdecydowaną większość dzieci z czymś jednoznacznie negatywnym, budzącym lęk, strasznym. Przypuszcza się, że dopiero w tym wieku dziecko jest w stanie realnie ocenić i być świadome poczucia straty (4).

W grupie starszych, dorosłych przedstawicieli społeczeństwa śmierć cechuje się już niemal jednoznaczną percepcją: kojarzona jest lękiem, smutkiem, poczuciem straty, bólem. Odbiór ten dotyczy jednak przede wszystkim osób, które odnoszą się do ewentualnej śmierci kogoś bliskiego. Natomiast w kontekście swojej własnej śmierci osoby dorosłe (zwłaszcza seniorzy) odczuwają najczęściej chęć „pozostawienia czegoś po sobie", zaznaczenia swojej obecności (4).

Dyskusja

Jak podają Dąbska i wsp., starość kojarzona jest aktualnie przede wszystkim z ograniczeniami sprawności fizycznej oraz z wykluczeniem społecznym (8). Oznacza to, że w percepcji współczesnego społeczeństwa podeszły wiek związany jest negatywnymi aspektami niemal w każdej sferze życia. Takie przypuszczenie potwierdzają analizy

przeprowadzone przez Trempałę, z których wynika, że osoby starsze są dyskryminowane w codziennych sytuacjach wyłącznie ze względu na swój wiek (9). Badania Wilczyńskiej wskazują, że wykluczenie osób starszych z poszczególnych sfer życia społecznego przybiera różne formy i stanowi swego rodzaju samonapędzające się błędne koło, ponieważ wykluczenie sprawia, że seniorzy nie nadążają na najnowszymi trendami, a to powoduje, że są postrzegani w społeczeństwie jako osoby zacofane (10). Natomiast analizy przeprowadzone przez Borowiak potwierdzają, że to wykluczenie postępuje wraz z wiekiem przedstawicieli poszczególnych grup społecznych (11). O ile małe dzieci postrzegają starość głównie jako cechę fizyczną, ale niezwiązaną z psychiką, o tyle u dorosłych respondentów jest ona kojarzona jako zmaganie ze śmiercią.

Z badań Mickiewicz i wsp., wynika, że śmierć kojarzona jest we współczesnym społeczeństwie przede wszystkim z bólem, cierpieniem i ze strachem, nie zaś z ulgą, zakończeniem cierpień, czy ze spokojem. Przeprowadzone przez autorki analizy wskazują, iż taki stosunek do śmierci wynika przede wszystkim z braku wiedzy, jak należy postępować, jak mówić i jak zajmować się osobą bliską śmierci, a także z poczucia niezręczności w tej trudnej i wymagającej sytuacji (12). Mimo to, jak wynika z badań Rygowicz i wsp., dorośli respondenci najczęściej uważają, że śmierć nigdy nie powinna następować w samotności, a przy osobie umierającej powinny być zgromadzone najbliższe osoby z rodziny. Powinna ona następować w domu, w znanym środowisku osoby umierającej (13). Oznacza to, że śmierć jest w dużej mierze kojarzona z bliskością i intymnością. Wynika z tego, iż percepcja śmierci jest bardzo niejednoznaczna – z jednej strony respondenci czują się niezręcznie kiedy mają opisywać to zjawisko, zaś z drugiej strony – uważają, że śmierć to smutne, lecz ważne wydarzenie społeczne.

Należy przypuszczać, że ta niejednoznaczna percepcja śmierci wynika z podstawowych mechanizmów związanych z akceptacją kresu życia. Jak podaje Panas, umieranie jest procesem, który każdorazowo angażuje takie odczucia jak ból, wstyd, agresja, żal, zaprzeczanie oraz targowanie się. Dotyczy to zarówno osoby umierającej, jak i tej, która w umieraniu towarzyszy. Oznacza to, że pogodzenie się ze śmiercią jest ostatnim etapem, który poprzedzony zostaje szeregiem bardzo mieszanych uczuć, odpowiedzialnych właśnie za tę niejednoznaczną percepcję śmierci (14).

Wnioski

1. Percepcja starości jest we współczesnym społeczeństwie niejednoznaczna. Z jednej strony osoby starsze uważane są za źródło wsparcia i opieki dla wnuków, z drugiej jednak – starość postrzegana jest niemal wyłącznie w negatywnych kontekstach.

2. Percepcja wieku granicznego wyznaczającego starość uzależniona jest od wielu czynników, w tym przede wszystkim od wieku respondentów – im młodsi badani, tym początek starości jest w ich percepcji wcześniejszy.
3. Opinie respondentów na temat roli osób starszych we współczesnym społeczeństwie są bardzo niejednoznaczne. Z jednej strony wskazują one ważną rolę seniorów w opiece nad wnukami i udzielaniem wsparcia, z drugiej jednak sugerują ich bierność i rzekomy brak utylitarności.
4. Śmierć jest we współczesnym społeczeństwie zjawiskiem ocenianym negatywnie, budzącym lęk, niepewność i strach, ale jednocześnie – kojarzonym ze wsparciem i obecnością najbliższej rodziny.
5. Dzieci najczęściej postrzegają śmierć jako zjawisko neutralne, natomiast z wiekiem percepcja umierania staje się bardzo negatywna i silnie powiązana z lękiem, niepewnością oraz strachem.

Piśmiennictwo

1. PAKOS E, Ludzie starzy w oczach młodzieży–wyniki badań własnych. Acta Universitas Lodzensis. 2017;3(329):167-177.
2. MISZCZAK E, Stereotypowy obraz człowieka starszego w Polsce. Instytut Socjologii UMCS. 2006;305-311.
3. KRUPA B, Starość w percepcji młodzieży-perspektywa pedagogiczna. Nowiny Lekarskie. 2012;81,1:36–43.
4. OSTROWSKA A, Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Wydawnictwo IFiS PAN. Warszawa 2005:29-57.
5. Główny Urząd Statystyczny, Polska w liczbach. Zakład Wydawnictw Statystycznych. Warszawa, 2017:2.
6. BUK-CEGIEŁKA M, Starość w percepcji dziecka w wieku wczesnoszkolnym. [w:] Dudek L, Krukowski J, Panas KT, Rzeczywistość seniora. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Menedżerskiej w Warszawie im. prof. Leszka Krzyżanowskiego, Warszawa 2014:233-345.
7. SKOWROŃSKA K, Starość w poglądach młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną [w:] Zych A, Starość darem losu, życiowym zadaniem i wyzwaniem dla przyszłości, Wydawnictwo Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem", Sosnowiec, Dąbrowa Górnicza, 2014:155-165.
8. DĄBSKA O, PAWLIKOWSKA-ŁAGÓD K, PIASECKI J, ŚLEDZIEWSKA K, HUMENIUK E. Starość i samotność osób starszych w percepcji ludzi młodych. Med Ogól Nauki Zdr. 2016;22(2):140-4.

9. TREMPAŁA J. Dyskryminacja ze względu na wiek a funkcjonowanie i rozwój ludzi starszych. Zeszyty Naukowe WSHE. 2015;40:31-45.
10. WILCZYŃSKA K. Cyfrowe wykluczenie osób w wieku postprodukcyjnym. Zarządzanie–nowe perspektywy w dobie zmian demograficznych–w świetle badań. 2014:105-114.
11. BOROWIAK J, BOROWIAK T. Wyobrażenia o starości i osobach starszych w relacjach międzypokoleniowych. Zeszyty Naukowe WSHE 2015;14:111-126.
12. MICKIEWICZ I, KRAJEWSKA-KUŁAK E, KĘDZIORA-KORNATOWSKA K, MUSZYŃSKA-ROSŁAN K. Opieka paliatywna w percepcji studentów pielęgniarstwa. Problemy Pielęgniarstwa. 2011;19(4):481-91.
13. RYGOROWICZ E, GUZOWSKI A, KRAJEWSKA-KUŁAK E, GRASSMANN M. Potrzeby duchowe chorych, śmierć i cierpienie w percepcji studentów. Palliative Medicine/Medycyna Paliatywna. 2015 Jul 1;7(3).
14. PANAS KT, Psychologiczne wymiar śmierci i umierania aspekty. Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne. 2012(2 (9)):291-7.

Kontakt:
Bożena Majchrowicz
Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu
ul. Książąt Lubomirskich 6
37-700, Przemyśl
e-mail: bozenam4@wp.pl

KLIEŠŤAMI PRENÁŠANÉ INFEKCIE A INFORMOVANOSŤ POPULÁCIE

Tick-borne infections and population knowledge levels

Mária Nováková[1], Monika Pochybová[2]

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

Abstrakt

Úvod: Kliešťami prenášané infekcie majú v Slovenskej republike (SR) rastúci trend. Kým v roku 1989 bola v rámci SR chorobnosť na lymskú boreliózu (LB) 4 prípady na 100 000 obyvateľov a kliešťová encefalitída (KE) 0,3 prípadu na 100 000 obyvateľov, v roku 2011 bola zachytená chorobnosť na LB 15 prípadov na 100 000 obyvateľov a pri KE 2 prípady na 100 000 obyvateľov.

Cieľ: Zistiť základné vedomosti o kliešťovi obyčajnom v populácii mladých ľudí na území Ružomberka kvôli narastajúcemu výskytu kliešťov a infekcií, ktoré prenášajú.

Materiál a metodika: Informácie sme získali v priebehu júna 2019 na strednej škole v Ružomberku, kde sme prostredníctvom dotazníka (obsahoval demografické otázky, uzatvorené otázky a otázky s výberom možností) oslovili 86 študentov (33 chlapcov, 53 dievčat) vo veku 16-18 rokov. Dotazník bol zameraný na výskyt kliešťa obyčajného, na infekcie, ktoré prenáša, a tiež nás zaujímalo, koľko respondentov malo pricicaného kliešťa počas svojho života.

Výsledky: Spolu 83,7 % respondentov vedelo, že kliešte žijú v tráve, naopak 9,3 % študentov uviedlo, že žijú na stromoch a 7 % si myslí, že kliešte žijú na stromoch aj v tráve. 96,5% respondentov uviedlo, že výskyt kliešťov sa v posledných 20 rokoch zvyšuje, 86,1 % študentov vedelo, že kliešte sa nachádzajú aj v nadmorských výškach okolo 1000 m n. m.. 76,7 % respondentov nesprávne uviedlo, že kliešť sa má vyberať krúžením (kývaním zo strany na stranu uviedlo 23,3 %), vyše 68 % študentov vedelo uviesť aspoň jeden typ infekčnej choroby, ktorú prenášajú kliešte na človeka a 73,3 % študentov už malo aspoň raz pricicaného kliešťa na svojom tele.

Záver: V rámci nášho výskumu sme zistili, že úroveň vedomostí študentov o kliešťoch a ochoreniach, ktoré prenášajú, je dobrý. Kvôli zvyšujúcej sa chorobnosti v našom regióne si myslíme, že je dôležité snažiť sa odbornými prednáškami a praktickými ukážkami napríklad počas branných cvičení úroveň vedomostí u študentov neustále zvyšovať.

Kľúčové slová: Kliešť obyčajný. Lymská borelióza. Kliešťová encefalitída.

Abstract

Introduction: In Slovakia, tick-borne infections have during past years increasing movement, while in 1989 was the prevalence of Lyme borreliosis (LB) in Slovakia 4/100 000 and the prevalence of tick-borne fever (TBF) 0,3/100 000, in 2011 was the LB prevalence 15/100 000 and the TBF prevalence 2/100 000.

Objectives: To measure knowledge levels about Ixodes ricinus tick in the students population in the area of Ružomberok due to the increasing occurence of ticks and tick-borne infections.

Material and Methods: All students (together 86, 33 boys and 53 girls, their age was between 16 and 18) were asked by a questionnaire during June 2019 in the high school in Ružomberok. The questionnaire contained items regarding practices in the context of ticks and tick bites, knowledge of and attitudes towards tick-borne diseases.

Results: Eighty-three percent knew that ticks live in the grass, whereas nine percent thought thet ticks live in the trees (seven percent believd that ticks live in grass and trees). Most of students knew that tick incidence is rising during past years and that they are frequent even in higher altitudes. Overall 77% believed that rotation is the correct way how to remow tick and only 23% knew that vibration is the right way. Sixty-eight percent of students knew at least one tick-transmitted infection and 73% of them recorded a tick bite.

Conclusion: The knowledge levels about Ixodes ricinus tick in students population is good, but still not perfect. Therefore lectures and training especially in the nature is needed to upgrade student´s knowledge levels.

Key words: Ixodes ricinus tick. Lyme borreliosis. Tick-borne fever.

Kontakt:
RNDr. PaeDr. Mária Nováková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 28
03401, Ružomberok
e-mail: maria.novakova@ku.sk

PODPORA SEBESTAČNOSTI SENIOROV V ÚSTAVNÝCH ZARIADENIACH

Promoting Self-sufficiency of Seniors in Institutional Facilities

Mária Novysedláková, Katarína Zrubáková

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Úvod: Sebestačný je jedinec, ktorý nemá podstatné obmedzenie fyzických ani psychických schopností, samostatne, bez pomoci druhých osôb zvláda všetky aktivity denného života v prostredí v ktorom žije.

Realizácia podpory sebestačnosti v starostlivosti o seniorov v ústavných zariadeniach je súčasťou projektu KEGA, ktorý je orientovaný na nefarmakologickú liečbu a interdisciplinárnu spoluprácu.

Cieľ: Hlavným cieľom príspevku je interpretovať čiastkové výsledky z oblasti podpory sebestačnosti seniorov v rámci nefarmakologických metód liečby.

Materiál a metodika: Hlavnou výskumnou metódou bol neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, rozdelený na 2 časti. Prvá časť obsahovala jednotlivé metódy nefarmakologickej liečby vrátane podpory sebestačnosti. Respondenti sa vyjadrovali o dôležitosti danej nefarmakologickej metóde na 5 stupňovej Likertovej škále. Hodnota 1 znamenala najviac kladné hodnotenie a hodnota 5 vyjadrovala úplne negatívnu odpoveď. V druhej časti dotazníka sme prostredníctvom 5- stupňovej frekvenčnej škály, skúmali ako často realizujú jednotlivé intervencie na podporu sebestačnosti pri jedle a pití, hygiene, vyprazdňovaní, obliekaní a vyzliekaní. Zisťovali sme aj frekvenciu posúdenia sebestačnosti.

Výber prieskumného súboru bol zámerný. Kritériom pre výber sestier bola práca v zdravotníckom a sociálnom zariadení, ktoré poskytuje starostlivosť o seniorov. Celkový počet sestier bol 226 z toho 57,1 % v zariadení sociálnej starostlivosti a 42,9 % v zdravotníckom zariadení. Priemerná dĺžka praxe 18,82. Podľa našich zistení je v zariadeniach v priemere 61 ± 52,4 klientov. V priemere je v zariadeniach výberovej vzorky 50,44 ± 26,62 % imobilných klientov.

Výskumom zistené údaje sme spracovali a popísali deskriptívnymi charakteristikami. Na porovnanie rozdielov podpory sebestačnosti medzi zariadeniami sme použili metódy induktívnej štatistiky.

Výsledky: Za dôležitú metódu nefarmakologickej liečby považujú respondenti aj podporu sebestačnosti. Priemerné hodnotenie tejto oblasti bolo 1,58.

Realizované intervencie na podporu sebestačnosti seniorov sú zoradené zostupne podľa priemeru. Zisťovali sme frekvenciu výskytu – najčastejšie intervencie pri podpore

sebestačnosti klientov sú pri jedle a pití s priemerom 1,47 a pri hygiene priemer 1,50. O niečo vyššia je priemerná hodnota 1,63 pre sebestačnosť pri vyprázdňovaní. Najmenej je sebestačnosť podporovaná pri obliekaní a vyzliekaní. Priemer 2,46 vyjadruje, že intervencie sú realizované 3 až 5-krát týždenne. Častejšie je sebestačnosť posúdená pri prekladaní a prepúšťaní priemer 1,52, menej často priemer 1,93 pri príjme.

Podľa našich zistení zdravotnícke zariadenia výrazne viac podporujú sebestačnosť klientov pri obliekaní a hygiene. Taktiež oproti sociálnym zariadeniam výrazne častejšie posudzujú sebestačnosť klientov pri prijímaní do zariadenia V sociálnych zariadeniach, podľa našich zistení viac podporujú sebestačnosť pri jedle a pití, pri vyprázdňovaní, ako aj častejšie posudzujú sebestačnosť pri prekladaní. Avšak tieto rozdiely sú veľmi malé. V zdravotníckych zariadeniach významne častejšie edukujú o potrebe pohybu, realizujú so seniormi aktívne cvičenie, tréning aktivít denného života, či rehabilitáciu s fyzioterapeutom.

Záver: Výskumné šetrenie nám potvrdilo nepatrné rozdiely pri aktivizácii seniora v podpore sebestačnosti v rámci nefarmakologický intervencií v práci sestry v ústavných zariadeniach. Sebaopatera ako jeden z ošetrovateľských fenoménov má byť predmetom záujmu v ošetrovateľských plánoch a v podporných programov pre seniora s dlhodobou starostlivosťou.

Kľúčové slová: Senior. Sebestačnosť. Výskum. Sestra. Ústavné zariadenia.

Abstract

Introduction: Self-sufficient is an individual who does not have a significant reduction in physical or psychological abilities, and independently, without the help of others, can handle all activities of daily life in the environment in which he/she lives.

The implementation of support for self-sufficiency in the care of seniors in institutional facilities is part of the KEGA project, which is focused on non-pharmacological treatment and interdisciplinary cooperation.

Objective: The main aim of the paper is to interpret partial results in the area of support of self-sufficiency of seniors within non-pharmacological methods of treatment.

Material and methodology: The main research method was a non-standardized questionnaire of own construction, divided into 2 parts. The first part contained individual methods of non-pharmacological treatment including self-support. Respondents commented on the importance of the given non-pharmacological method on the 5-degree Likert scale. A value of 1 was the most positive and a value of 5 was a completely negative response. In the second part of the questionnaire, we examined the frequency of interventions to support self-sufficiency in food and drink, hygiene, emptying, dressing and undressing through a 5-degree frequency scale. We also examined the frequency of self-sufficiency assessment. The survey file was intentional. The criterion for the selection of nurses was work in a health and social facility providing care for seniors. The total number of nurses was 226 of which

57.1% in social care facilities and 42.9% in health care facilities. The average length of practice is 18.82. According to our findings, there are an average of 61 ± 52.4 clients in facilities. On average, 50.44 ± 26.62% of immobile clients are in sample facilities.

The research data were processed and described with descriptive characteristics. We used inductive statistics to compare the differences in self-sufficiency between devices.

Results: Respondents also consider support of self-sufficiency an important method of non-pharmacological treatment. The average rating of this area was 1.58.

The interventions implemented to support the self-sufficiency of seniors are listed in descending order of average. We found out the frequency of occurrence - the most common interventions in promoting self-sufficiency of clients are food and drink with an average of 1.47 and hygiene with an average of 1.50. Slightly higher is the average value of 1.63 for self-sufficiency when emptying. At least self-sufficiency is encouraged in dressing and undressing. An average of 2.46 indicates that interventions are carried out 3 to 5 times a week. More often, the self-sufficiency is judged to be an average of 1.52 when translating and dismissing, and less frequently, an average of 1.93 at receiving.

According to our findings, healthcare facilities significantly support clients' self-sufficiency in clothing and hygiene. They also consider the self-sufficiency of clients to be admitted to the facility much more often than to social facilities. However, these differences are very small. In health care facilities they significantly educate themselves about the need for movement, carry out active exercises with seniors, training activities of daily life, or rehabilitation with a physiotherapist.

Conclusion: The research investigation confirmed the slight differences in the activation of the elderly in support of self-sufficiency in the framework of non-pharmacological interventions in the work of nurses in institutional facilities. Self-care as one of the nursing phenomena should be of interest in nursing plans and support programs for the elderly with long-term care.

Key words: Senior. Self-sufficiency. Research. Sister. Institutional facilities.

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

FENOMENOLOGICKÉ ODKRYTIE ZMYSLU ŽIVOTA ČLOVEKA

Phenomenological Exposure of the Meaning of Human Life

Ivan Ondrášik[1], Katarína Ondrášiková[2], Jaromír Tupý[1,2]

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

Abstrakt

V článku, ktorý má teoretický charakter analyzujeme problematiku zmysluplnosti života človeka. Pomocou fenomenologickej deskripcie odkrývame zmysel života vzhľadom k ľudskej osobe a tri bytostné spôsoby jeho objavovania a realizovania: štádium spokojnosti, štádium zlomu, štádium koherencie. Sme presvedčení, že aj zdravotnícky pracovník by mal pomáhať objavovať zmysel života pacienta pri jeho konfrontácii s utrpením. Obsahovo naša téma zmyslu života človeka spadá do okruhu pastorálnej medicíny.

Kľúčové slová: Zmysel života. Osoba. Objavovanie. Realizovanie. Utrpenie. Láska.

Abstract

In the article, which has a theoretical character, we analyze the issue of the meaningfulness of human life. Using the phenomenological description we uncover the meaning of life with respect to the human person and the three essential ways of discovering and realizing it: the satisfaction stage, the breakthrough stage, the coherence stage. The healthcare professional should help to discover the meaning of the patient's life when confronted with suffering. Our subject matter of the meaning of human life falls within the sphere of pastoral medicine.

Key words: Meaning of life. Person. Discovery. Realization. Suffering. Love.

Vymedzenie zmyslu života vzhľadom k osobe

Teraz budeme hľadať odpoveď na otázku, čo je zmysel života a akú funkciu zohráva vzhľadom k ľudskej osobe. Pojem zmyslu života zahŕňa hierarchiu čiastkových zmysluplností, ale zároveň podstatne poukazuje k svojej bytostnej celostnosti, ktorá mu je vzhľadom k problému existencie človeka vo svete inherentná. Rozmer celostnosti je najfundamentálnejším rozmerom, ku ktorému pojem zmyslu života odkazuje, na rozdiel od niečoho, čo môžeme považovať v jednotlivostiach za zmysluplné – myšlienky, slová, veci,

činnosti, situácie, jednotlivé ciele, hodnoty a dôvody, ktoré vo svojom živote dosahujeme. Pojem zmyslu života môžeme jasnejšie vymedziť pojmami cieľa, hodnoty, dôvodu a horizontu.

Pojmy, ktorými sme prvotne uchopili a zároveň vymedzili zmysel života, spolu úzko vnútorne korešpondujú. Zmysel života ponímaný ako celostný cieľ našej existencie vo svete je podstatne previazaný a úzko koreluje s celou škálou a hierarchiou čiastkových cieľov, o dosiahnutie ktorých sa v živote snažíme zmysluplnou, účelnou a funkčnou činnosťou. Parciálne ciele v ich podstatnej hierarchickosti môžeme subsumovať pod najvyšší možný cieľ a zmysel nášho života. Zároveň vidíme, že hierarchia našich čiastkových cieľov je akoby zo svojho bytostného pozadia determinovaná uskutočňovaním jednotlivých hodnôt videných v ich hierarchickosti. Ukazuje sa, že zmysel života je hierarchicky najvyššou možnou hodnotou, ktorá dáva platnosť našej existencii v celku, bytostne sa vzťahujú na ňu jednotlivé uskutočňované hodnoty a v celostnom rozmere zdôvodňuje našu existenciu vo svete. Je zreteľná zásadná jednota medzi vymedzením zmyslu života ako posledného cieľa, najvyššej hodnoty, najhlbším dôvodom našej existencie vo svete a jeho chápaním ako otvoreného horizontu, ktorý človeka odkazuje k bytostnej transcendencii. Spoločným menovateľom, ku ktorému sa pojmy cieľa, hodnoty, dôvodu a horizontu vzhľadom k zmyslu života vzťahujú, je transcendencia a jednota, ku ktorej odkazujú.

Zmysel života však poukazuje i na vzťah k exteriorite, ktorou je kontext nášho sveta. V ňom ho môžeme objavovať, lebo je v ňom objektívne prítomný. „Na jednej strane objektívny svet má zmysel a vlastnú hodnotu, ktorú je nutné objavovať. Na druhej strane je potrebný subjekt, ktorý sa bude svetom zaoberať spôsobom dávajúcim a prepožičiavajúcim jednotlivým veciam hodnotu“[1]. Je preto potrebné vnímať jednotu objavovania zmyslu v objektívnom svete a jeho realizáciu konkrétnym subjektom. Človek môže objavovať a realizovať zmysel vo svete, ale nemôže ho vytvoriť, pretože je obsiahnutý v Bohom stvorenom súcne.Ukazuje sa, že zmysel života súvisí so vzťahom medzi imanentnou sférou našej existencie a transcendenciou sveta. F. Copleston hovorí, že všetky stvorené, konečné veci (i človek ako osoba) existenciálne závisia a participujú na Bohu ako svojom Stvoriteľovi[2]. Výstižne sa o tom zmieňuje aj J. Ratzinger: „Kresťansky veriť znamená chápať našu existenciu ako odpoveď na Slovo, na Logos, ktorý nesie a drží všetky veci. Naša odpoveď znamená vyjadrenie súhlasu s tým, že zmysel, ktorý sme my nevytvorili, ale môžeme ho iba prijať, je nám už darovaný , takže nám stačí len prijať ho a odovzdať sa mu“[3].

Globálne chápaný zmysel života (identifikovaný s osobným Bohom) vzhľadom k osobe spĺňa integrujúcu úlohu. Fenomén zmyslu života osobu integruje komplexne v štyroch rovinách: a.) zjednocuje ju v samotnom základe jej telesno – psychicko – sociálno – spirituálnej štrukturovanosti, b.) je schopný integrovať duchovné poznávanie spoločne s vôľovým chcením a konaním človeka, c). vytvára koherenciu medzi súkromnou sférou (svetom našich interpretácii a presvedčení) a verejnou sférou života, d.) integrujúca sila zmyslu života sa

zásadne prejavuje i v aspekte finálne chápaného času, v perspektíve ktorého všetky relevantné okamihy, situácie, činy a udalosti života sa bytostne vzťahujú k svojmu konečnému cieľu. Zmysel života nielen celostne zjednocuje personálnu existenciu, ale táto integrujúca sila je zvýraznená i tým, že komplexne reguluje etické konanie vo svete. Prostredníctvom svedomia zmysel života pomáha vyhýbať sa zlu a pobáda ku konaniu dobra. Zmysel života ako duchovné centrum personálnej existencie zjednocuje jednotlivé skúsenosti nášho života. V tomto význame a zároveň v perspektíve jeho objavovania a realizovania je zdrojom bytostnej radosti a zdravého optimizmu a posilňuje aj našu osobnú identitu.

Zmysel života sme sa pokúsili reflektovať cez pojmy cieľ, hodnota, najvyššie dobro, dôvod a horizont. Práve v nich sa môže ukázať jeho celostnosť, pretože smerujú z rôznych uhlov pohľadu k jednote, ktorú zmysel života predstavuje. Jednotlivé zmysluplnosti každodenného života bez vzťahu k zmyslu života ako totality by mohli ostať izolovanými a slepými. Naopak, zmysel života ako celostnosť bez realizácie v jednotlivých zmysluplnostiach by zostal prázdnym, abstraktným a sterilným. Zmysel života ako fundamentálna jednota všetky parciality presahuje a zároveň sa do nich tajomným spôsobom vteľuje. Analýza pojmu zmyslu života smeruje k tomu, že tento fenomén má vzhľadom k osobe človeka primárne integratívnu úlohu.

Spôsob objavovania a realizovania zmyslu života v štádiu spokojnosti

Pokúsime sa krátko zhrnúť náčrt prvého štádia spôsobu objavovania a realizovania zmyslu života – štádia spokojnosti. V spokojnom uskutočňovaní zmysluplnosti sú v prvom štádiu implikované i ostatné spôsoby uskutočňovania zmyslu života (pasivita, spontánnosť, bezprostrednosť, prvotná neproblematickosť). Spokojnosť v perspektíve prvého štádia zahŕňa i podstatný moment pasívneho naplňovania zmysluplnosti, v ktorom človek oveľa viac prijíma zmysel od iných, je na nich odkázaný a teda len veľmi málo aktívne participuje na jeho objavovaní a realizovaní. Zabudnutosť na fenomén zmyslu života je v štádiu spokojnosti pre človeka príznačná, zmysluplnosť je prítomná netematickým a nereflektovaným spôsobom, pretože sa realizuje v bezprostrednosti, ale z hĺbky nesie celú našu existenciu vo svete. Paradigmou tohto spôsobu objavovania a realizovania zmyslu v živote je detstvo. V biblickom myslení štádium spokojnosti korešponduje so stavom prvotnej svätosti a spravodlivosti Adama a Evy pred spáchaním prvého hriechu.

Spôsob objavovania a realizovania zmyslu života v štádiu zlomu

Socio-kultúrny kontext, v ktorom sa obvykle premyslenými technikami a mechanizmami preferuje neautentický spôsob života, sa negatívne premieta do individuálneho života jednotlivca a negatívne vplýva na prežívanie jeho zmysluplnosti. Neautenticita vytvára skryto, zato však systematicky, podmienky, ktoré vedú život k prežívaniu

nezmyselnosti. Tento fakt nemá len filozoficko-antropologickú relevanciu, ale bol reflektovaný aj v medicíne a psychoterapii. V tejto súvislosti predstavitelia logoterapie a existenciálnej analýzy hovoria o existenciálnej prázdnote a frustrácii[4]. V. E. Frankl hovorí o novej psychiatrickej diagnóze – noogénnej neuróze, ktorá vyplýva zo straty zmyslu v živote človeka a potvrdzujú ju rozsiahle empirické výskumy [5].

Predpokladáme, že hraničné situácie smerujú do centra štádia zlomu. V čom spočíva výnimočnosť a zásadná neobyčajnosť hraničných situácií v živote človeka? Čo je pre ne charakteristické? K. Jaspers píše: „Ujasnime si teraz našu ľudskú situáciu. V situáciách sme vždy. Situácie sa premieňajú, príležitosti vyvstávajú. Ak ich prepasieme, už sa nevrátia. Sám môžem situáciu meniť. Existujú však situácie, ktoré sa vo svojej bytnosti nemenia, i keď sa menia ich okamžité prejavy a ich uchvacujúca moc sa zahaľuje rúškou: musím umrieť, musím trpieť, musím bojovať, som vydaný náhode, nevyhnutne sa zaplietam do viny. Tieto základné situácie nášho bytia nazývame hraničné situácie. Existujú teda situácie, z ktorých nemôžeme vystúpiť, ktoré nemôžeme zmeniť“ [6].

Najskôr sa pokúsime o analýzu fenoménu utrpenia. Pre komplikovanosť problematiky treba konštatovať, že je ťažko striktne definovateľný, no napriek tomu sa pokúsime zreteľnejšie ho priblížiť. E. Cassel píše, že utrpenie je špecifický stav človeka, v perspektíve ktorého dochádza k obsiahlemu narušeniu niekoľkých funkcií: ide o výraznú stratu integrity, neporušenosti, súdržnosti a celistvosti osobnosti [7]. Na inom mieste poznamenáva: „...utrpenie je stav tiesne (distresu)...telá netrpia, osoby áno...“ [8]. Podľa M. Nemčekovej príčiny, prejavy a formy utrpenia človeka možno charakterizovať z dvoch fundamentálnych aspektov. Z hľadiska objektívneho aspektu možno utrpenie vnímať ako posun k horšiemu, ako úbytok nejakého dobra (priaznivých podmienok, hodnôt, lásky, priateľstva či nádeje). Pre nedostatočné podmienky na uspokojovanie je pri utrpení nutné odložiť i saturáciu potrieb. Pri utrpení môže ísť o prežívanie frustrácie, deprivácie a dyskomfortu. Pre charakter utrpenia je však podstatnejší jeho druhý aspekt – subjektívny, bytostne spätý s naším individuálnym prežívaním[9].

Utrpenie je vo všeobecnosti ľudským fenoménom. K ľudskému údelu okrem iných ontologicko-existenciálnych charakteristík (to, že sme bytím k smrti) patrí i byť trpiacim v hĺbke našej personálnej existencie. Utrpeniu sa nemožno vyhnúť, nevyhnutne nás zasahuje a my sa s ním musíme konfrontovať. To, že utrpenie je existenciálom, potvrdzuje i V. E. Frankl: „Stojac nad priepasťou človek pozerá do hĺbky a na dne priepasti vidí tragickú štruktúru ľudského bytia. Ukazuje sa mu, že ľudské bytie je v konečnom dôsledku a v najhlbšom rozmere utrpením, že zásadným určením človeka je trpieť, byť homo patiens.“ [10] Upriamili sme pozornosť na fenomén utrpenia v perspektíve jeho podstatnej začlenenosti a integrovanosti do celku zmysluplnosti života. Fenomén utrpenia sa nám tak javí ako významná šifra

potenciálneho zmyslu života**.**Konfrontácia s utrpením má svoj pravzor v živote a najmä krížovej ceste Ježiša Krista.

Spôsob objavovania a realizovania zmyslu života v štádiu koherencie

Objavenie zmysluplnosti utrpenia v štádiu zlomu je zvratom, v ktorom človek môže vstúpiť do zápasu a zahliadnuť potenciality koherencie (súvislosti, spojitosti) vlastného zmyslu života v jeho totalite. Nastáva v ňom existenciálna sebapremena človeka. Bod zlomu je akýmsi pomyselným odrazovým mostíkom, s pomocou ktorého človek môže nanovo prebudovať zmysluplnosť vlastného života a doviesť ju do vnútornej integrovanosti.

V tejto súvislosti V. E. Frankl poznamenáva, že svedomie je orgánom zmyslu: „Svedomie patrí k špecificky ľudským fenoménom. Dalo by sa definovať ako intuitívna schopnosť nájsť jednorázový a jedinečný zmysel, ktorý sa skrýva v každej situácii. Jedným slovom svedomie je orgánom zmyslu“ [5].

Človek nemôže uniknúť voľbe medzi zlom, ktoré zmysluplný život prekrýva a radikálne ho zatemňuje, a rozhodnutím orientovať sa na transcendentné potenciality dobra, ktoré *otvárajú* nové, často netušené horizonty zmysluplnosti v jej pozitívnom význame [11]. Na to, že zmysel života u človeka sa hlbšie naplňuje uskutočňovaním potencialít dobra, poukazuje i J. Grondin[12]. V hĺbke našej existencie nás k dobru pobáda svedomie, ktoré vyzýva nie k pasivite, ale k autentickému, angažovanému a zmysluplnému životu v perspektíve slobody a zodpovednosti. Neustále odhodlanie rozhodovať sa, neutralizovať zlo a vyhýbať sa mu ako niečomu nezmyselnému, a naopak, uskutočňovať dobro ako niečo bytostne zmysluplné, vytvára najvyšší možný súlad spôsobu života s vytýčeným zmyslom života. To človeka napĺňa, robí ho šťastným a privádza ho k prežívaniu bytostnej radosti. Svedomie bytostne súvisí nielen s autentickosťou života, ale za predpokladu, že si ho patrične kultivujeme, prispieva i ku koherentnému spôsobu objavovania a realizovania zmysluplnosti.

Oproti tomu v živote človeka, ktorý žije v nádeji, sa všetko ukazuje ako niečo, čo môže odkazovať k vyslobodeniu z beznádejnej situácie a prežívaného zúfalstva. Nádej sa preto najčastejšie mobilizuje pri prežívaní utrpenia a existenciálnej krízy zmysluplnosti života. „Teda vždy v čase nášho bytostného ohrozenia a zneistenia, v situáciách, v ktorých strácam pevnú pôdu pod nohami a z ktorých nieto, alebo sa aspoň tak zdá, východiska. Najmä vtedy je pre nás nádej zdrojom trpezlivého znášania dnešného utrpenia, ako aj odvahy na ceste k zajtrajšku“[13]. V tomto aspekte sme sa už rozpoloženia nádeje čiastočne dotkli pri explikácii postulovaného štádia zlomu, v ktorom tento fenomén vystúpil ako postojová hodnota, pomáhajúca nám účinnejším spôsobom konfrontovať sa s prežívaným utrpením.

Ukazuje sa, že naša existencia vo svete nie je len bytím-pre-seba-samú, ale že je bytostne bytím-pre-druhých. Najplnším výrazom pre autentickú lásku, ktorá pozitívnym spôsobom prispieva k objavovaniu a realizovaniu zmyslu života v jeho koherentnosti, je láska

ponímaná ako agapé, ktorá sa dáva nepodmienene, transcendujúc všetky egoistické a individualistické tendencie života. Je to láska sebadarujúca, sebaobetujúca, vychádzajúca z ulity môjho ja smerom k Ty. Prostredníctvom takejto lásky sme schopní prežívať zmysluplnosť ako vnútorne integrujúcu. V autentickej sebadarujúcej láske môžeme vidieť nielen seba a svoje problémy a ťažkosti života, ale aj citlivo vnímať problémy a ťažkosti blížnych vo svojom bezprostrednom okolí. Sebaobetujúca sa láska, vidiaca bezradnú a bezmocnú tvár blížnych, je v tomto sebadarovaní sa inému a bytostne pre iného i akousi formou umierania, pretože dávaním niečoho zo svojho života nevyhnutne strácame, no paradoxne nás to napĺňa novou zmysluplnosťou. „...lebo milovať znamená umierať a stále znovu vstávať zmŕtvych...“[14].

Fenomén lásky, ktorá pre človeka bola, je a zostane radikálnym tajomstvom života, sa javí ako jeden z najvyšších možných zmyslov života, ktoré môžeme (situovaní v našej konečnosti) objavovať a realizovať. V láske môžeme zakúsiť istý záblesk a prienik večnosti a nesmrteľnosti. Láska je vždy viac, ako to, čo aktuálne uskutočňujeme v našom živote. „Veľkým zmyslom života je láska. Žiť z lásky, ktorá sa dáva a dostáva a ktorá ukazuje zmysel väčší, ako sme my sami. Tento zmysel je nesmrteľný“[12].

V tomto kontexte sa ukazuje, že autentický, angažovaný, objavovaný a realizovaný zmysel v živote nás v perspektíve lásky, nádeje a viery v Boha vedie k bytostne spokojnému prežívaniu, ktoré však nie je naplnené pasivitou, ale aktivitou voči druhým ľuďom v priestore nášho každodenného života. Ak berieme naše štádiá spôsobu objavovania a realizovania zmyslu života lineárne, táto autentická láskyplná aktivita nesená nádejou v priestore každodennosti môže byť transformovanou aktivitou, ktorá našla pokoru v ohni utrpenia a preto bude jasne vidieť tvár druhého človeka. Objavovanie a realizovanie zmyslu života v štádiu koherencie čerpá svoju dynamiku z výkupnej smrti a zmŕtvychvstania Ježiša Krista i z vanutia a darov Ducha Svätého, ktorý nás zjednocuje.

Záver

Filozofické stanoviská k problematike zmysluplnosti života sú rôzne. T. Metz ich rozlišuje na: naturalistické, supranaturalistické a nihilistické[15]. Metz je zástancom naturalistického postoja k zmyslu života. Domnieva sa, že zmysel v živote inheruje na hodnotách fyzického sveta a je supranaturálne sterilný [15]. V príspevku zastávame supranaturálne stanovisko, ktoré oceňuje hodnoty fyzického sveta, ale je otvorené i pre nadprirodzený svet a jeho hodnoty, ktorých prameňom a cieľom je trojjediný Boh Otec, Syn a Duch Svätý.

Sme si vedomí toho, že štádiá, cez ktoré sme priblížili dynamický proces nášho bytostného spôsobu objavovania a realizovania zmyslu života, nie sú v konkrétnom živote prežívané v takej čistej forme, v akej sme ich analyzovali. Ich aspekty sa rôzne prelínajú, ba

môžu mať i cyklický charakter. Človek napríklad môže ľahko skĺznuť do pasívneho sebauspokojenia, z ktorého bude vytrhnutý novou konfrontáciou s utrpením, a on bude musieť nanovo hľadať autentickú formu objavovania a realizovania zmyslu v živote. Podstatný podľa nás však je i prvý prechod štádiami v smere spokojnosť – zlom – koherencia v lineárnom smere, slúžiaci ako významný existenciálny archetyp, o ktorý sa človek môže oprieť pri ďalšom prežívaní utrpenia a ťažkostí vo svojej existencii vo svete.

Tri štádiá bytostného spôsobu objavovania a realizovania zmyslu života v smere spokojnosť – zlom – koherencia majú analógiu i v biblickom myslení. P. Kreeft hovorí, že biblické dejiny spásy a v podstate každý príbeh má tri časti: stvorenie, pád, vykúpenie; generácia, degenerácia a regenerácia; raj, stratený raj, raj opäť nájdený[16]. Nádej v konfrontácii s utrpením, v ktorom sú aktívne zaangažovaní lekári, kňazi, sestry, ošetrovatelia a sprostredkovanie laboranti a diagnostici prináša kniha *Múdrosti*: „ ... Boh nestvoril smrť, neteší sa zo záhuby žijúcich. Veď on stvoril všetko pre bytie: tvory sveta sú tu pre spásu ... “[17].

Zmysel života je bytostnou transcendenciou, preto je pre nás i tajomstvom a darom. Z bytostnej hĺbky ľudskosti každý človek by mal rešpektovať objavený a realizovaný zmysel života druhého človeka. O zmysle života treba viesť otvorený dialóg, v perspektíve ktorého sa môžeme navzájom obohatiť a s úctou a porozumením pristúpiť k druhému človeku.

Literatúra

1. RABAN M. *Duchovní smysl člověka dnes*. Praha: Vyšehrad; 2008.
2. COPLESTON FC. *Aquinas. An Introduction to the Life and Work of the Great Medieval Thinker.* London: Penguin Books; 1991.
3. RATZINGER J. – BENEDIKT XVI.. *Úvod do kresťanstva*. Trnava: Dobrá kniha; 2007.
4. LUKAS E. *Auch dein Leben hat Sinn. Logotherapeutische Wege zur Gesundung*. Freiburg – Basel – Wien: Herder; 1991.
5. FRANKL VE. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta; 2006.
6. JASPERS K. *Úvod do filosofie.* Praha: Oikoymenh;1996.
7. CASSEL E*. Pain and Suffering*. In *Encyclopedia of Bioethics, Vol.2.*New York: MacMillan Library Reference; 1995.
8. CASSEL E. The *Nature of Suffering:Physical, Psychological, Social and Spiritual Aspects*. In *The Hidden Dimension of Illness: Human Suffering.* New York: National League for Nursing Press; 1992.
9. NEMČEKOVÁ M. *Práva pacientov: Medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti.* Martin: Osveta; 2004.
10. FRANKL VE. *Trpiaci človek.* Bratislava: Lúč; 2007.

11. COTTINGHAM J. *On The Meaning of Life.* London: Routledge; 2003.
12. GRONDIN J. *Vom Sinn des Lebens*. Göttingen: Van den Hoeck and Ruprecht GmbH.; 2006.
13. PALENČÁR M. *O nádeji*. In *Rok 2000: Úzkosti a nádeje. Antológia pôvodných esejí*. Bratislava: Vydavateľstvo Spolku slovenských spisovateľov; 2000.
14. LACROIX J. *Smysl člověka*. Praha: Vyšehrad; 1970.
15. METZ T.*Meaning in Life*. New York: Oxford University Press; 2013.
16. KREEFT, P*. Môžeš (s)poznať Bibliu.*Bratislava: Slovo medzi nami; 2013.
17. *Sväté Písmo*. Trnava, SSV; 1996.

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

ASISTOVANÁ REPRODUKCIA CEZ PRIZMU SÚČASNEJ LEGISLATÍVY

Assisted Reproduction through the Prism of Current Legislation

Viera Simočková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

V článku prezentujeme prehľad súčasnej legislatívy vo vzťahu k asistovanej reprodukcii. Cieľom práce je analýza právnych noriem na Slovensku týkajúcich sa asistovanej reprodukcie a možnosť zdravotníckych pracovníkov uplatniť si výhradu svedomia v prípade, že medicínske postupy sú v rozpore so svedomím zdravotníckych profesionálov. Pomocou tejto štúdie chceme poukázať na súčasný stav právnych noriem týkajúcich sa asistovanej reprodukcie, ktorý je k dnešnému stupňu poznania vedy nevyhovujúci. Preto je potrebné sa uvedenou problematikou zaoberať na vedeckých fórach a hľadať riešenia, ktoré by boli v súlade so základnými ústavnými zákonmi, s bioetikou a morálkou.

Kľúčové slová: Asistovaná reprodukcia. Legislatíva. Bioetika. Biotechnológie. Výhrada svedomia.

Abstract

In this article we present an overview of current legislation in relation to assisted reproduction. The aim of this work is to analyze the legal norms concerning assisted reproduction in Slovakia. As well as to analyze the possibility of health workers to apply conscientious objection in case that the medical procedures are in contrary to their conscience. By means of this study, we want to point out the current state of the law on assisted reproduction, which is unsatisfactory to today's level of knowledge of science. It is therefore necessary to address this issue in scientific forums and to seek solutions that would be in line with basic constitutional laws, bioethics and morality.

Key words: Assisted reproduction. Legislation. Bioethics. Biotechnology. Conscientious objection.

Úvod

V súčasnosti zaznamenávame rapídny rozvoj zdravotníckych odborov. Szaniszló [1] uvádza, že medicína rozšírila pole svojej pôsobnosti aj do takých oblastí, v ktorých už nejde o

uzdravenie z chorôb, ale dochádza k neriadenému úsiliu ovládnuť všetky etapy života človeka od počatia až po smrť. Intervencie zdravotníkov sa v súčasnosti už nemerajú len podľa toho, či jednotlivému človeku prinášajú zmysluplný rozvoj jeho osobného bytia, jeho nárokov na kvalitu života, alebo či mu umožňujú vedomú integráciu počas čoraz dlhšie trvajúcej ľudskej existencie. Biotechnológie veľmi výrazne vplývajú na postupného vytrácania ľudskej prirodzenosti, dehumanizácie a ohrozenia suverénnej pozície človeka. Stále však platí, že kde je človek, tam je aj morálka, ktorú nie je možné oddeliť od práva a politiky. Do popredia vystupuje bioetika, často označovaná i ako „etika života“, ktorej hlavnou náplňou je skúmanie konania súvisiaceho s ľudským životom a zdravím, a to od počatia, v jeho priebehu až po smrť. Bioetika formuluje morálne pravidlá pre vedecko-technické zaobchádzanie so životom všeobecne, zvlášť so životom človeka. Problém v oblasti bioetiky vzniká práve na rozhraní, kde nie je jednoduché uplatniť jeden alebo ten najsprávnejší názor. Riešenie konfliktných situácií v rámci profesijnej etiky sa opiera o etické a právne aspekty jednotlivca a spoločnosti. Podľa Szaniszla [1] právo tu prichádza na scénu až neskôr. Platí tu princíp dvojitého účinku, alebo minimálne vnútorný postoj človeka zoči-voči menšiemu alebo väčšiemu zlu.

Zdravotnícki pracovníci sa často dostávajú do zložitých vzťahov a situácií, ku ktorým musia zaujímať postoj. Skoro denne hľadajú riešenia pre nové možnosti moderných technológií. To vyvoláva na poli zdravotníckych vied mnohé etické dilemy. K najzávažnejším etickým dilemám dneška patrí [2]:

- problematika biomedicínskeho výskumu,
- génové inžinierstvo,
- manipulácia s ľudskými embryami,
- asistovaná reprodukcia,
- surogačné materstvo,
- prenatálna diagnostika,
- umelé ukončenie gravidity,
- eutanázia,
- výhrada vo svedomí.

Právna úprava k vyššie uvedeným vzťahom je na Slovensku nevyhovujúca resp. úplne absentuje. Súčasný slovenský právny poriadok upravuje iba problematiku tzv. anonymných pôrodov, vykonávanie sterilizácie a interrupcie [3].

Asistovaná reprodukcia z pohľadu legislatívy

Základným poslaním zdravotníckeho povolania je starostlivosť o ľudské zdravie. Humanistická etika uznáva dôstojnosť každej ľudskej bytosti, teda aj embrya. Ochrana života je zakotvená aj v Ústave SR, kde sa v článku 15 odseku 1 hovorí, že: ,,Každý má právo na

život. Ľudský život je hodný ochrany už pred narodením.“ Zavedením asistovanej reprodukcie do lekárskej praxe, stávajú sa aktuálnymi viaceré etické dilemy, ktoré z pohľadu bioetiky spočívajú najmä:

- v ničení nadpočetných zárodkov,
- v anonymite darcov zárodočných buniek, v dôsledku čoho sa porušuje Charta práv dieťaťa, deti nepoznajú svojich biologických rodičov,
- v ohrozovaní zdravia ženy pri získavaní vajíčok, ktoré prebieha neetickým spôsobom tzv. hormonálnou hyperstimuláciou,
- v obchádzaní a zahmlievaní problému tvrdením, že asistovaná reprodukcia je „liečbou neplodnosti“, čo by znamenalo, že žena môže v budúcnosti spontánne otehotnieť bez lekárskeho zásahu,
- finančným odmeňovaním darcov zárodočných buniek,
- vznikom celého radu iných problémov – napr. psychických, sociálnych, právnych, zdravotných.

Homológne a heterológne metódy asistovanej reprodukcie sú mimo rámca prirodzenej reprodukcie ľudstva. Súčasné vedecké poznanie o prenatálnom živote nás minimálne núti zamýšľať sa nad problematikou asistovanej reprodukcie, nakoľko pri reprodukčných technológiách dochádza k manipulácií s embryami a vzniká veľké riziko, že môže dôjsť k narušeniu kontinuity jednotlivých vývinových fáz indivídua, čo sa môže neskôr odraziť v postnatálnom živote človeka. Nadpočetné zárodky sú prakticky vopred odsúdené na zánik. Predpokladá sa, že pri asistovanej reprodukcii sú zničené tisíce zárodkov počatých detí. Presné čísla nepoznáme, keďže Národný register asistovanej reprodukcie, ktorý má podľa zákona č. 153/2013 Z. z. evidovať počty zničených zárodkov, si túto funkciu neplní. Šoltés [4] považuje za eticky absolútne neprípustné zničenie zárodkov, ktoré sa nepoužili na implantovanie do maternice ženy.

V reprodukčnej medicíne sa metóda asistovanej reprodukcie označuje ako „liečba neplodnosti“. V skutočnosti ide o obídenie problému, nie o jeho odstránenie, lebo problém s neplodnosťou páru pretrváva naďalej. Vyriešením neplodnosti prostredníctvom asistovanej reprodukcie sa neuzatvára okruh ďalších problémov páru a fungovania nového jednotlivca. Naopak, otvára sa celý rad problémov súvisiacich s etikou, morálkou, psychickým vývinom počatého dieťaťa a v internacionálnom kontexte aj s otázkami práva.

Na Slovensku podľa súčasne platnej legislatívy (§ 3 ods. 9 písm. a) zákona č. 317/2016 Z. z.) musí darca pohlavných buniek ostať v anonymite, čo nie je v súlade s Chartou práv dieťaťa [5]. Anonymita na jednej strane chráni súkromie darcu i príjemcu, na druhej strane hendikepuje nového jednotlivca absenciou anamnestických údajov, týkajúcich sa dedičných faktorov v oblasti fyzického i psychického zdravia. Charta práv dieťaťa dáva deťom právo

poznať svojich biologických rodičov. Aj psychológovia tvrdia, že deti potrebujú poznať svoj biologický pôvod, zistiť svoju identitu. Zatajovanie pravdy môže byť pre ne traumou, osobitne, ak sú na svete vďaka anonymnému darcovi.

Právna úprava problematiky asistovanej reprodukcie je v Slovenskej republike absolútne nevyhovujúca. Predpis, ktorý meritórne upravuje umelé oplodnenie Záväzné opatrenie MZ SSR č. 24/1983 o úprave podmienok pre umelé oplodnenie je starý 36 rokov. Uvedené opatrenie nebolo oficiálne zrušené. V praxi sa ním však nikto neriadi, hoci stanovuje aj racionálne limity napr. umelé oplodnenie dovoľuje len manželom, žiadosť musia podať obaja, umelé oplodnenie možno vykonať len u plnoletej ženy, spravidla vo veku do 35 rokov. Za umelé oplodnenie považuje uvedené záväzné opatrenie výhradne umelú inseminációu. S niečím takým, ako je oplodnenie mimo tela matky, prenos embrya, kryokonzervácia, surogačné materstvo, a podobne, opatrenie vôbec nepočíta, keďže v čase vzniku opatrenia sa uvedené praktiky nerobili. Čiastkové zmienky o asistovanej reprodukcii, sa postupne začali objavovať aj v ďalších právnych predpisoch, a to aj vďaka preberaniu legislatívy EÚ. Transplantačný zákon (zákon č. 317/2016 Z. z.) rieši problematiku darcovstva buniek. Ďalším je NV SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva katalóg zdravotných výkonov. NV SR č. 777/2004 Z. z. vydáva zoznam chorôb a určuje, ktorá liečba sa uhrádza z verejného zdravotného poistenia. Na základe verejného zdravotného poistenia sa uhrádzajú najviac tri cykly výkonov asistovanej reprodukcie ženám do 39. roku veku života v prípadoch uvedených v legislatíve.

Vzhľadom na významný zásah do osobnostnej sféry manželov a darcov reprodukčných buniek, ktoré so sebou prinášajú metódy asistovanej reprodukcie je nevyhnutné, aby zákonodarca jasne v zákonnej forme definoval zásady pri ich vykonávaní s dôrazom na ochranu právnych záujmov manželov, darcov, ale i samotného dieťaťa, ktoré má byť výsledkom celého asistovaného reprodukčného procesu.

Neplodnosť je problémom zdravotným, sociálnym, psychickým. Nemala by sa však riešiť porušovaním elementárnych morálnych princípov vyrábaním človeka na objednávku. Ľudské konanie je vedomé a slobodné, človek je za svoje správanie zodpovedný. Z etického hľadiska treba preto poukázať na skutočnosť, že nie všetko, čo je technicky možné, je aj morálne prípustné.

Ján Pavol II. v Evangelium vitae [6] uvádza: „Kto sa odvoláva na námietky svedomia, nemôže byť vystavený trestným sankciám.“ Súčasná legislatíva Slovenskej republiky upravujúca vzťah výhrady svedomia zdravotníckych pracovníkov nasledujúcimi právnymi normami:

- Zákon o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (č. 576/2004 Z. z.),
- Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti (č. 578/2004 Z. z.).

V zákone o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (§ 12 ods. 2 pís. c) č. 576/2004 Z. z.) sa uvádza: poskytovateľ nemusí uzatvoriť dohodu s pacientom, ak poskytovaniu zdravotnej starostlivosti bráni osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka, ktorý má zdravotnú starostlivosť poskytovať. Výnimka sa týka umelého prerušenia tehotenstva, sterilizácie a asistovanej reprodukcie. Právo zdravotníckeho pracovníka uplatniť výhradu vo svedomí je explicitne upravené v Etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka (príloha č. 4 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti). V prílohe zákona je uvedené: „Od zdravotníckeho pracovníka nemožno vyžadovať taký výkon alebo spoluúčasť na ňom, ktorý odporuje jeho svedomiu okrem prípadov bezprostredného ohrozenia života alebo zdravia osôb.“ Ak si zdravotnícky pracovník uplatní výhradu svedomia, je povinný o tejto skutočnosti informovať svojho zamestnávateľa a pri uplatnení výhrady svedomia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti aj svojich pacientov.

Literatúra

1. SZANISZLÓ V. Liečba tela a duše ako výraz ochrany života. In: *Katolícke noviny*. Trnava, Slovakia: Spolok sv. Vojtecha. 2013; 38: 128.
2. SIMOČKOVÁ V. *Právo a legislatíva v ošetrovateľstve*. Košice, Slovakia: Multiprint; 2014.
3. SIMOČKOVÁ V, PEŘINA J. *Legislatíva verzus zdravotníci*. Martin, Slovakia: Osveta; 2019.
4. ŠOLTÉS L, PULLMANN R et. al. *Vybrané kapitoly medicínskej etiky*. Martin, Slovakia: Osveta; 2008.
5. *Dohovor o právach dieťaťa*. [online]. https://www.unicef.sk/kto-sme/11-dohovor-o-pravach-dietata/. Accessed September 11, 2019.
6. Ján Pavol II. *Evangelium vitae*. Encyklika. Trnava, Slovakia: SSV, 1995.

Kontakt:

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

IDENTYFIKACJA Z PRZYSZŁĄ ROLĄ ZAWODOWĄ STUDENTÓW KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO

Identification with the Future Professional Role of Nursing Students

Katarzyna Tomaszewska[1], Paulina Michno[2]

[1]Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
[2]Absolwentka Collegium Masoviense

Streszczenie

Wybór zawodu w życiu każdego człowieka jest ważny a zarazem bardzo trudny. Współczesne pielęgniarstwo jest zawodem, profesją ale również dyscypliną naukową, w której centrum znajduje się człowiek z wykorzystaniem jego potencjału biologicznego, duchowego oraz kulturowego. W opiece pielęgniarskiej najważniejsze jest holistyczne podejście do pacjenta, który staje się istotą działań pielęgniarki/ pielęgniarza.

Cel badań: Celem badań było poznanie poziomu identyfikacji z przyszłą rolą zawodową studentów kierunku pielęgniarstwo.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono wśród 143 studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w 2018 roku. Narzędzie stanowił autorski kwestionariusz ankiety. Do wykonania obliczeń wykorzystany został pakiet statystyczny Statistica v.13.1 PL firmy StatSoft. W trakcie weryfikacji statystycznej zebranego materiału, za poziom istotności otrzymanych wyników przyjęto $p<0,05$.

Wyniki i wnioski: Przeprowadzone badania wykazały, że osoby które wybierają zawód jakim jest pielęgniarstwo cechują się sumiennością, pracowitością oraz są pomocne dla innych. Głównym czynnikiem decydującym o wyborze zawodu osób, które posiadają inne wykształcenie wyższe jest brak miejsca pracy w swoim zawodzie, wśród tej grupy badanych takiej odpowiedzi udzieliła co druga osoba (50%). Żadne z podejść badanych do pielęgniarstwa nie było zależne od wieku badanych.

Słowa kluczowe: Pielęgniarstwo. Rola zawodowa. Identyfikacja.

Abstract

It is important and very difficult to choose a profession in every person's life. Contemporary nursing is a profession, but also a scientific discipline, in which the human being is at the center with the use of his biological, spiritual and cultural potential. The most important

thing in nursing is the holistic approach to the patient, who becomes the essence of nursing activities.

Aim of the study The aim of the study was to identify the level of identification with the future professional role of nursing students.

Material and methods The study was conducted among 143 undergraduate students of nursing in 2018 using author's questionnaire. Statistica v.13.1 PL statistical package from StatSoft was used to perform calculations. In the course of statistical verification of the collected material, the level of significance of the obtained results was $p<0.05$.

Results and conclusions The research has shown that people who choose the profession of nursing are conscientious, hardworking and helpful to others. The main factor determining the choice of profession of people who have other higher education is the lack of a job in their profession. Among this group of respondents every second person gave such an answer (50%). None of the approaches to nursing was age dependent.

Key words: Nursing. Professional role. Identification.

Wprowadzenie

Problematyka motywacji do studiowania oraz kształtowania poczucia identyfikacji z przyszłą rolą zawodową (kanonami jej wykonywania i etyką zawodową) stanowi ważny aspekt jakości kształcenia akademickiego na uczelniach medycznych. Warto zauważyć, że w przypadku zawodów medycznych oczekiwania społeczne są bardzo duże. Nierzadko są postrzegane jako misja niesienia pomocy innym z koniecznością pełnego zaangażowania w opiekę nad pacjentami i wspierania ich w trudnych sytuacjach utraty zdrowia lub zagrożenia życia.[1]

Wybór zawodu dla człowieka młodego jest bardzo trudnym zadaniem, bo jak powiedział Konfucjusz „Wybierz pracę, którą kochasz, a nie przepracujesz ani jednego dnia". O wyborze zawodu człowieka powinny decydować przede wszystkim jego cechy charakteru, osobowość oraz zainteresowania. Pielęgniarstwo jest zawodem bardzo pięknym i dającym dużo satysfakcji, ale również trudnym ze względu na swoją specyfikę oraz pracę z drugim, cierpiącym człowiekiem. [2]

Współczesne pielęgniarstwo jest zawodem, profesją ale również dyscypliną naukową, w którego centrum znajduje się człowiek z wykorzystaniem jego potencjału biologicznego, duchowego oraz kulturowego. W opiece pielęgniarskiej najważniejsze jest holistyczne podejście do pacjenta, który staje się centrum działań pielęgniarki/ pielęgniarza. Podejście takie zakłada profesjonalizm oraz odpowiedzialność w towarzyszeniu cierpiącemu, choremu człowiekowi i kształtowanie u niego potrzebnych umiejętności do podjęcia samoopieki, samokontroli oraz samoobserwacji. [3]

Tożsamość zawodowa jest to identyfikowanie się danej osoby z wykonywanym zawodem oraz własną grupą zawodową. Poczucie tożsamości zawodowej jest to poszukiwanie elementów, który różnią dany zawód od innych oraz tych elementów, które są dla danego zawodu specyficzne.[4] Następuje wówczas autoidentyfikacja pracownika z danym zawodem, która dokonuje się poprzez kontakt z wartościami danego zawodu, jego historią oraz tradycjami. [5]

Cel pracy

Celem pracy jest poznanie poczucia identyfikacji z przyszłą rolą zawodową studentów kierunku pielęgniarstwo.

Materiał i metody

Przed przystąpieniem do analizy baza danych została sprawdzona pod względem logiczności i kompletności odpowiedzi. Natomiast w dalszej kolejności, do wykonania obliczeń wykorzystany został pakiet statystyczny Statistica v.13.1 PL firmy StatSoft, Inc. Do porównania badanych grup pod względem cech jakościowych wykorzystano test niezależności χ^2 Pearsona, będący najodpowiedniejszy dla porównania zmiennych o charakterze jakościowym między niezależnymi grupami (bez względu na ich ilość). Do porównania dwóch badanych grup pod względem cech porządkowych wykorzystano test U Manna-Whitneya, będący najodpowiedniejszy dla porównania zmiennych o charakterze porządkowym lub ilościowym niespełniających warunku normalności rozkładu w dwóch niezależnych grupach. W trakcie weryfikacji statystycznej zebranego materiału, za poziom istotności otrzymanych wyników przyjęto $p<0,05$.

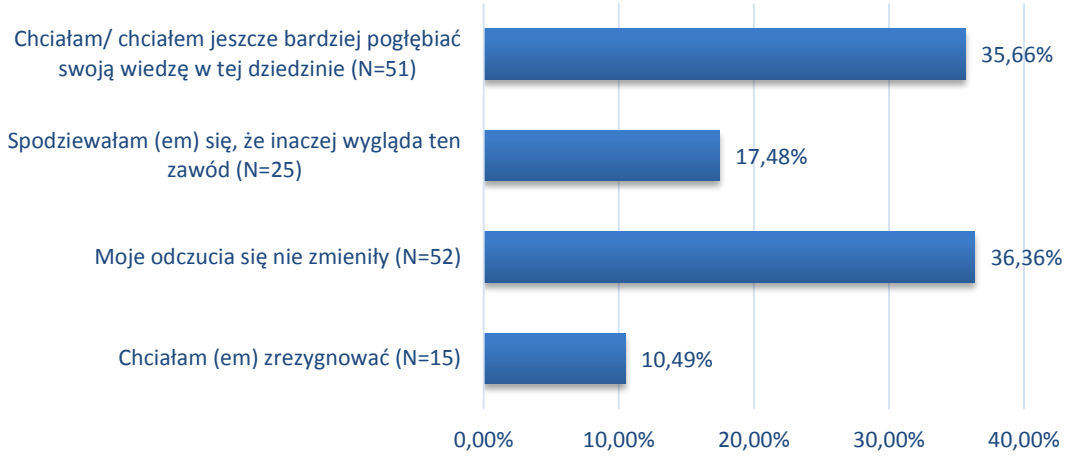
Wyniki

Badanie ankietowe zostało przeprowadzone na grupie 143 studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwa. Większość ankietowanych studentów była w wieku 19-24 lat (75,52%), w wieku 25-30 lat jest 11,19%, studentów w wieku 30-40 lat jest 9,09%, natomiast najmniej ankietowanych ma powyżej 40 lat (4,20%). Zdecydowana większość badanych to kobiety (90,91%). Wśród ankietowanych osób 18,18% posiadała już inne wykształcenie wyższe. W badaniu udział wzięło 54,55% studentów trzeciego roku, nieznacznie mniej na drugim roku (44,76%), natomiast najmniej na pierwszym roku (0,70%).

Pielęgniarstwo dla większości badanych studentów jest pomocą innym ludziom (73,43%), dla ponad połowy ankietowanych jest powołaniem (51,05%). Pielęgniarstwo jest jednym z wielu zawodów dla 34,97 % respondentów, natomiast spełnieniem życiowym dla niespełna 17,48% studentów. Dla największej ilości studentów najważniejszymi wartościami w pracy pielęgniarki są wartości osobiste (41,96%). Optymalnie mniej ankietowanych uważa, że najważniejszymi wartościami w pracy pielęgniarki są wartości zawodowe (30,07%).

Znacznie mniej studentów odpowiedziało, że w ogóle nie ma zdania na ten temat, natomiast na wartości kulturowe wskazało 8,39% studentów, natomiast na religijne 7,69% studentów.

Wiodącą motywacją studentów mającą wpływ na wybór kierunku studiów była chęć pomocy innym ludziom (37,06%), minimalnie mniej ankietowanych zdecydowała się na ten kierunek z powodu dużej ilości miejsc pracy po uzyskaniu dyplomu. Na brak pracy w swoim już wcześniej zdobytym zawodzie wskazało 11,19% ankietowanych. Kierunek ten z powodu uzyskania wykształcenia wyższego wybrało 6,99% respondentów, natomiast z powodu prestiżu zawodu pielęgniarskiego 5,59%. Najmniej ankietowanych wybrało inne czynniki (2,10%).



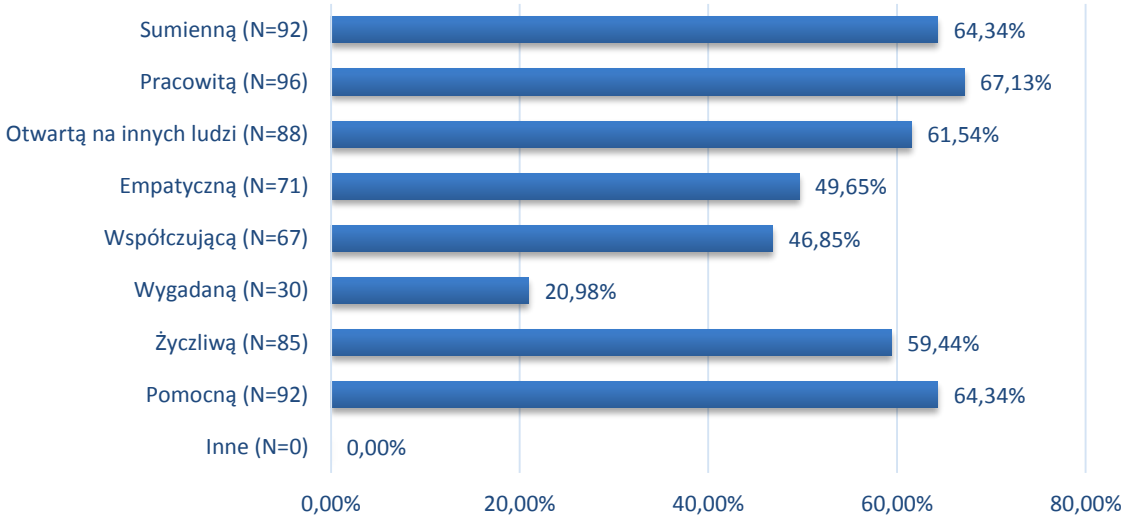
***Obr. 1** Odczucia badanych po pierwszym roku studiów*

Na pytanie o odczucia studentów po pierwszym roku studiów najwięcej osób odpowiedziało, że ich odczucia się nie zmieniły (36,36%), minimalnie mniej ankietowanych chce jeszcze bardziej pogłębiać swoją wiedzę w tej dziedzinie (35,66%). 17,48% studentów spodziewało się, że ten zawód wygląda inaczej, natomiast 10,49% ankietowanych chciało zrezygnować ze studiów po pierwszym roku.

Najważniejszą zasadą etyczną w pracy pielęgniarki/pielęgniarza według respondentów jest czynienie dobra i nieszkodzenie (52,45%), natomiast na wszystkie wymienione zasady wskazało 43,36% studentów. Zasada sprawiedliwości, autonomii oraz wierności są ważne po równo dla 1,40 % ankietowanych, natomiast na prawdomówność nie wskazała ani jedna osoba ankietowana. Za najważniejszą cechę w pracy pielęgniarki/pielęgniarza najwięcej ankietowanych wskazuje sumienność (36,36%), nieznacznie mniej studentów uważa, że jest to empatia (31,47%). Na cechę jaką jest budzenie zaufania w innych ludziach wskazało 15,38% studentów, natomiast na odwagę 8,39% badanych, na współczucie 7,69% respondentów, najmniej osób wskazało na cechy inne (0,70%).

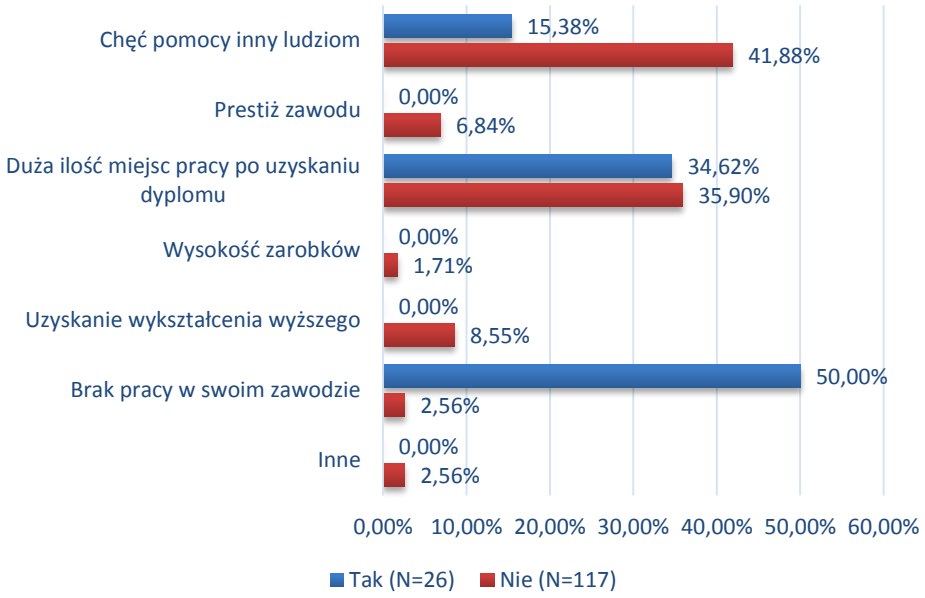
Zdaniem większości badanych studentów najważniejsze w pracy pielęgniarki/pielęgniarza jest pielęgnowanie (67,83%). Znacznie mniej pacjentów uważa, że

najważniejsze w tej pracy jest wykonywanie zleceń lekarskich (17,48%), edukacja chorych (10,49%), natomiast najmniej ankietowanych odpowiedziało, że prowadzenie dokumentacji (4,20%). Najwięcej ankietowanych po uzyskaniu dyplomu chciałoby pracować w szpitalu (77,62%), znacznie mniej w przychodni (9,09%). Nikt z ankietowanych nie chce podjąć pracy jako pielęgniarka środowiskowa oraz w DPS-ie. Znaczna większość badanych studentów jest gotowa do podjęcia pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza od razu po zakończeniu studiów (75,52%). Dużo mniej ankietowanych jeszcze tego nie wie (19,58%), natomiast po zakończeniu studiów pracy nie chce podjąć zaledwie 4,90 % badanych studentów pielęgniarstwa. Największa ilość badanych studentów chce podjąć pracę w zawodzie w Polsce (87,41%). Znacznie mniej chce pracować w Niemczech oraz w Szwajcarii (3,50 %), w Norwegii 2,80% studentów, oraz w innych krajach również 2,80% ankietowanych.



***Obr. 2** Cechy charakteru badanych mające znaczenie u przyszłych adeptów pielęgniarstwa*

Na pytanie o cechy swojego charakteru, które są niezbędne w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza najwięcej badanych studentów uważa, że jest osobą pracowitą (67,13%), sumienną (64,34%), pomocną (64,34%), otwartą na innych ludzi (61,54%), życzliwą (59,44%). 49,65% respondentów uważa, że jest osobą empatyczną, a 46,85%, że jest osobą współczującą. Najmniej badanych osób twierdzi że jest osobą wygadaną (20,98%).



***Obr. 3** Czynniki decydujące o wyborze zawodu w podziale na posiadanie przez badanych wyższego wykształcenia na innym kierunku*

Posiadanie wyższego wykształcenia na innym kierunku miało zasadnicze znaczenie dla czynników decydujących o wyborze przez badanych zawodu pielęgniarki lub pielęgniarza. Wśród badanych, którzy posiadali takie wykształcenie co druga osoba (50,00%) zdecydowała się na pielęgniarstwo z powodu braku pracy w swoim zawodzie (dla porównania w grupie osób nieposiadających innego wykształcenia wyższego odsetek takich wskazań wynosił 2,56%). Z kolei druga grupa badanych kierowała się przede wszystkim chęcią pomocy innym ludziom (41,88%) (w grupie osób posiadających inne wyższe wykształcenie odsetek takich wskazań wynosił 15,38%). Na drugim miejscu pod względem liczebności w obu grupach wskazywano jako czynniki decydujący o wyborze zawodu dużą ilość miejsc pracy po uzyskaniu dyplomu. W grupie zarówno posiadających, jak i nieposiadających innego wykształcenia wyższego takich wskazań dokonała co trzecia osoba (odpowiednio 34,62% i 35,90%).

Niespełna połowa ankietowanych raczej wybrałaby ponownie ten zawód (48,95%), z czego zdecydowanie wybrałoby ten zawód 41,26% badanych studentów. Bardzo mała ilość respondentów raczej tego zawodu by już nie wybrała (6,29%), a zdecydowanie nie 3,50 % badanych osób. Zdecydowana większość badanych studentów uważa, że ich identyfikacja z przyszłą rolą zawodową jest duża (72,03%). Znacznie mniej ankietowanych twierdzi, że jest ona średnia (25,17%), natomiast tylko nieliczni uważają, że jest ona mała, lub nie będą wykonywali tego zawodu (1,40%).

Dyskusja

W 1999 r. Miszkurka w ramach swojej pracy magisterskiej przeprowadziła badania na temat wpływu przemian w ochronie zdrowia na ponowny wybór zawodu wśród siedemdziesięciu siedmiu uczennic studium medycznego przed dyplomem. Wiele z przyszłych pielęgniarek odpowiedziało, że jest niezadowolone z warunków pracy, 21 % uczennic nie wybrałaby ponownie tego zawodu, natomiast z powodu niezadowolenia z zarobków zawodu tego nie wybrałoby 22 % badanych. Chęć do podjęcia pracy po uzyskaniu dyplomu wykazuje 39% badanych, natomiast 20 % uczennic jeszcze przed uzyskaniem dyplomu planuje zmianę zawodu na inny. [6]

Samborska w 1997 r. w swojej pracy magisterskiej na temat wyznaczników identyfikacji zawodowej pielęgniarek badała osiemdziesiąt pracujących pielęgniarek, Na postawione pytanie o ponowny wybór zawodu pielęgniarskiego 37 % pielęgniarek nie wybrałaby ponownie tego zawodu, z czego 16 % zdecydowanie nie i 21 % pielęgniarek odpowiedziało że raczej nie. Na kolejne pytanie o polecenie osobie bliskiej wykonywania zawodu pielęgniarskiego aż 85 % badanych odpowiedziało, że nie poleciłoby swoim krewnym tego zawodu, z czego zdecydowanie nie poleciłoby 32,5 %, a raczej nie 52.5 %. [7]

Jała w swojej pracy dyplomowej w 2001 r. na temat rezygnacji z zawodu przez absolwentki szkół medycznych badała 60 pielęgniarek nie pracujących w zawodzie. 35 % badanych pielęgniarek jako główny czynnik rezygnacji z zawodu wymieniło zbyt niskie zarobki oraz 20 % respondentek zrezygnowała z wykonywania tego zawodu z powodu wyższych zarobków w innym zawodzie. Kolejne 20 % badanych stwierdziło także, że ich satysfakcja z pracy zawodowej jest zbyt mała. [8]

Cisińską A. i Cisińską G. przeprowadziły badania na temat motywów wyboru studiów pielęgniarskich na przykładzie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, aż 52 % respondentów wybrała ten zawód ze względu na przydatność różnych umiejętności w życiu codziennym, rodzinnym. Zawód ten z powodu chęci pomocy innym ludziom wybrało 51 % ankietowanych. 36,9 % ankietowanych wybrało te studia z powodu obiecujących perspektyw pracy za granicą, natomiast na duże perspektywy znalezienia pracy w Polsce wskazało 28,1 % respondentów. 26,1 % studentów chce tylko uzyskać wykształcenie wyższe. 47,4 % studentów wybrało ten kierunek z powodu nie dostania się na inny. [9]

Dąbrowska-Mędrzycka i współpracownicy przeprowadzili badania na temat postrzegania zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu. Badanej młodzieży zawód pielęgniarki kojarzy się najczęściej z niesieniem pomocy innym ludziom, poświęceniem oraz trudną pracą. Ankietowani twierdzą, że dobra pielęgniarka powinna cechować się przede wszystkim odpowiedzialnością, szybkością, komunikatywnością oraz zaradnością. Motywem wyboru tego kierunku studiów

dla badanej młodzieży jest ciekawa praca, natomiast brak zainteresowania tym zawodem argumentowany jest zbyt niskimi zarobkami oraz za dużą odpowiedzialnością zawodową. [10]

Z opisanych przeze mnie badaniach innych osób wynika, że identyfikacja uczennic studium pielęgniarskiego, czy też już pracujących pielęgniarek z ich rolą zawodową jest stosunkowo niewielka. Wymieniają one różne czynniki, z których są niezadowolone, jak również bardzo mały odsetek osób wybrałby ponownie ten zawód, czy też poleciłby go osobom bliskim. Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że identyfikacja z przyszłą rolą zawodową studentów pielęgniarstwa jest duża, wynosi ponad 72% badanych studentów, natomiast ponownie wybrałoby ten zawód niespełna 49 % badanych, a pracę po uzyskaniu dyplomu chce podjąć ponad 75% badanych osób, gdzie w przeprowadzanych badaniach w 1999 r. pracę chciało podjąć 39 % uczennic.

Zarówno z badań przeprowadzonych przez inne osoby jak i przeze mnie wynika, że głównym motywem do podjęcia tych studiów dla dużej ilości osób jest chęć pomocy innym ludziom. Jednocześnie badania własne wykazały, że zawód jakim jest pielęgniarstwo wybierają przede wszystkim osoby sumienne, pracowite i pomocne, natomiast przedstawione przeze mnie badania w dyskusji innej osoby mówią, że dobra pielęgniarka powinna cechować się odpowiedzialnością, szybkością oraz komunikatywnością.

Wnioski

1. Studenci decydując się na zawód pielęgniarki lub pielęgniarza kierowali się przede wszystkim chęcią pomocy inny ludziom oraz dużą ilością miejsc pracy po uzyskaniu dyplomu. Czynniki decydujące o wyborze zawodu były zależne od posiadania przez badanych wyższego wykształcenia na innym kierunku.
2. Badani studenci posiadający już inne wyższe wykształcenie częściej kierowali się względami związanymi z zatrudnieniem tj. brakiem pracy w swoim zawodzie. Osoby które wybierają zawód jakim jest pielęgniarstwo cechują się sumiennością, pracowitością oraz są pomocne dla innych.

Piśmiennictwo

1. ADAMUS M., JAWORSKI M.: A study of the factors determining motivational level to study of medical university students and a sense of identification with the future professional role. Piel Zdr Publ. 2017;7(3):199–205
2. DOBIŃSKA Ż.: Opieka pielęgniarska, wybrane zagadnienia teoretyczne. Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 1 (38) 2014, s.59-63
3. ZAHRADNICZEK K.: Pielęgniarstwo podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. PZWL, Warszawa 2004, s. 39,40

4. CZERW A., BORKOWSKA A.: Praca zawodowa jako obszar realizowania misji społecznej. Instytut organizacji i zarządzania, Politechnika Wrocławska, Psychologia społeczna 2010, tom 5, s. 303-314
5. ZIMMERMANN A., BANASIK P.: Wpływ nowych regulacji prawnych na zasady wykonywania zawodu przez pielęgniarki (część I), Problemy pielęgniarstwa 2012, tom 20, zeszyt nr 3, s. 385-392
6. MISZKURKA E.: Wpływ przemian w ochronie zdrowia na wybór zawodu pielęgniarki., praca magisterska, KUL, Wydział Nauk Społecznych, Lublin 1999
7. SAMBORSKA I.: Wyznaczniki identyfikacji zawodowej pielęgniarek, praca magisterska KUL, Stalowa Wola 1997
8. JAŁA A.: Rezygnacja z zawodu przez absolwentki szkół medycznych, praca dyplomowa, Olsztyńska Szkoła Wyższa, Olsztyn 2001
9. CISIŃSKA A., CISINSKA G.: Motywy wyboru studiów pielęgniarskich na przykładzie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi., Problemy pielęgniarstwa 2014, tom 22, zeszyt nr 4, s. 433-438
10. DĄBROWSKA-MĘDRZYCKA W.: Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazialnych jako wybór przyszłego zawodu — doniesienia wstępne. Problemy pielęgniarstwa 2012, tom 20, zeszyt nr 2

Kontact:

Katarzyna Tomaszewska
Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
ul. Czarnieckiego 16,
37-500, Jarosław
tel.: +48 795 580 108
e-mail: tomka8@wp.pl

MANAŽMENT PACIENTA S ANAFYLAKTICKOU REAKCIOU ZDRAVOTNÍCKYM ZÁCHRANÁROM

Management of Patient with Anaphylactic Reaction by Paramedic

Marek Šichman, Milan Minarik, Imrich Andrási

Katedra urgentnej zdravotnej starostlivosti, Fakulta zdravotníctva,
Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Výskyt alergických reakcií má v súčasnosti stúpajúcu tendenciu. Najťažšou formou alergickej reakcie je anafylaktická reakcia, ktorá môže vyústiť do anafylaktického šoku.Výskyt anafylaktickej reakcie sa podľa dostupných svetových údajov pohybuje na úrovni 30 –950 prípadov na 100 000 obyvateľov, pričom rizikovými skupinami sú najmä deti a mladí ľudia. Tento príspevok rozoberá problematiku anafylaktickej reakcie od definície, etiológie, klinického obrazu, diagnostiky až po jednotlivé intervencie, ktoré je nevyhnutné realizovať na jej úspešné zvládnutie na základe Evidence Based Medicine v podmienkach urgentnej zdravotnej starostlivosti.

Príspevok vznikol na základe Projektu č. 003KU-2-1-2018 Rozvoj a podpora KU pri napĺňaní dlhodobého zámeru.

Kľúčové slová: Zdravotnícky záchranár. Intervencie. Anafylaxia. Anafylaktický šok.

Summary

The incidence of allergic reactions is currently increasing. The most severe form of allergic reaction is an anaphylactic reaction, which can result in anaphylactic shock. The occurrence of anaphylaxis, according to the available world data is around -950 30 cases per 100,000 inhabitants, the risk groups are mainly children and young people. This paper discusses theproblems of anaphylacticreactionfromdefinition, etiology, clinicalpresentation, diagnostics to individualinterventions, which are necessary to realize for its successful management based on Evidence Based Medicine under conditions of emergency health care.

The contribution was based on Project no. 003KU-2-1-2018 Development and support of KU in fulfillingthelong-term tasks.

Key words: Paramedic. Intervention. Anaphylaxis. Anaphylacticshock.

Kazuistika

17 ročný chlapecv čase 15:48 uštipnutý sršňom do oblasti krku na záhrade rodinného domu. V tom čase sa nachádzal doma sám.Chlapec v čase 15:52 kontaktoval tiesňovú linku 155 so žiadosťou o pomoc nakoľko mu opuchol jazyk, zvracal, výrazne sa začal potiť, mal pocit na odpadnutie a problémy s dýchaním. Operátor tiesňovej linky v rámci vyťaženia hovoru zistil, že volajúci je alergik, v minulosti sa u neho vyskytla alergická reakcia po uštipnutí včelou a že má pri sebe Epipen. V čase 15:54 vyslal na miesto najbližšiu ambulanciu záchrannej zdravotnej služby, konkrétne posádku rýchlej zdravotníckej pomoci. Vzdialenosť k miestu zásahu bola cca. 10 km. Súčasne operátor tiesňovej linky inštruoval po telefóne pacienta k aplikáciíEpipenu, no pacient nespolupracoval a odmietol jeho aplikáciu nakoľko mal panický strach z ihiel. V čase 15:55 došlo k prerušeniu telefonického spojenia medzi volajúcim a operátorom tiesňovej linky, pričom opakované pokusy o nadviazanie spojenia medzi operátorom tiesňovej linky a volajúcimboli neúspešné.

Zo zdravotnej dokumentácie záchrannej zdravotnej služby: *„príjazd na miesto zásahu 16:12, pacient sedí na zemi v záhrade rodinného domu, prítomná kvalitatívna porucha vedomia na úrovni dezorientácie, prítomný výrazný angioedém na koži v oblasti tváre, končatín i trupu, prítomná urtikária celého tela, známky akrálnej cyanózy, koža studená, pokrytá studeným potom, voľným uchom počuteľný inspiračný stridor, TK 70/40 Torr, P 140/min, slabo hmatný na periférii, známky skolabovaného periférneho žilového systému, SpO_2 80 %, glykémia 6,4 mmol/l, EKG prítomná sínusová tachykardia s frekvenciou 140/min, akcia pravidelná, bez známok komorových či prediseňových extrasystol, ST v izolínií“.*Posádka podala pacientovi kyslík pomocou kyslíkovej masky s rezervoárom a prietokom 15l/min, Adrenalín 500 µg intra muskulárne, pacienta uložili do protišokvej polohy. Vzhľadom na skolabovaný periférny žilový systém zaistili intraoseálny vstup do oblasti proximálnej tibie. Následne pacientovi intraoseálne podali pacientovi Adrenalín 50 µg, pretlakom kryštaloid v dávke 500 ml, Hydrcortison 200 mg a Dithiaden 1 mg. V čase 16:20 dochádza k úprave poruchy vedomia, ústupu akrálnej cyanózy, ústupu inspiračného stridoru, vzostupu TK 100/80 Torr, poklesu P110/min a zlepšeniu hodnôt SpO2 96%. Pacienta po stabilizácií základných životných funkcií transportovali v čase 16:32 za kontinuálneho monitorovania do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia. Pacient bol odovzdaný v čase 16:59 s pracovnou diagnózou – stp. Uštipnutí bodavým hmyzom – sršňom, stp. anafylaktickom šoku. Pacient bol odovzdaný v stabilizovanom stave, bez známok hemodynamickej nestability.

Výskyt alergických reakcií má v súčasnosti stúpajúcu tendenciu. Najťažšou formou alergickej reakcie je anafylaktická reakcia, ktorá môže vyústiť do anafylaktického šoku. Výskyt

anafylaktickej reakcie sa podľa údajov pohybuje na úrovni 30 –950 prípadov na 100 000 obyvateľov, pričom rizikovými skupinami sú deti a mladí ľudia. Definícia anafylaktickej reakcie je dôležitá vzhľadom k špecifickosti zásahov potrebných na jej zvládnutie. European Academy of Allergy and Clinical Immunology navrhla, aby sa anafylaktická reakcia definovala ako: *„ťažká, život ohrozujúca, generalizovaná, systémová hypersenzitívna reakcia“.* Vo všeobecnosti možno povedať, že sa jedná o rýchlo sa rozvíjajúci život ohrozujúci stav, v rámci ktorého môže dôjsť k nepriechodnosti dýchacích ciest a alebo k ťažkostiam s dýchaním a alebo obehovou nestabilitou, pričom je zvyčajne spojený so zmenami na koži a slizniciach.

Anafylaxia môže byť vyvolaná niektorým z veľmi širokej škály spúšťačov, medzi ktoré najčastejšie patria lieky, cudzorodé bielkoviny či polysacharidy v podobe hmyzieho a hadieho jedu a rôzne potraviny. Je dôležité si uvedomiť, že v mnohých prípadoch nie je možné identifikovať vyvolávajúcu príčinu. Mortalita nesprávne diagnostikovanej či neliečenej anafylaktickej reakcie je veľmi vysoká. Ak je spúšťačom anafylaxie potravina, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 30 –35 minút od jej požitia. Ak je spúšťačom anafylaxie bodnutie hmyzom, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 10 –15 minút od vpravenia jedu do organizmu. Ak je spúšťačom anafylaxie liek podávaný intravenózne, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 5 minút od jeho podania.

Pre diagnostikovanie anafylaktickej reakcie podľa Resuscitation Council United Kingdom je potrebné, aby boli splnené všetky nasledovné kritéria:

1. náhly nástup a rýchly priebeh príznakov,
2. problémy v rámci udržania priechodnosti dýchacích ciest a alebo problémy s dýchaním a alebo problémy s obehovou nestabilitou,
3. zmeny postihujúce kožu a sliznice v podobe angioedému, začervenania či žihľavky.

Treba mať však na pamäti, že zmeny prejavujúce sa na koži a slizniciach samy o sebe nie sú známkou svedčiacou pre anafylaktickú reakciu a zároveň sa nemusia vyskytnúť až u 20 % anafylaktických reakcií. Súčasne sa môžu vyskytnúť príznaky z gastrointestinálneho systému v podobe vomitu, abdominalgií či inkontinencie. Pokorný uvádza, že pre diagnostikovanie anafylaktickej reakcie je potrebné, aby boli postihnuté minimálne dva alebo viaceré telesné systémy. V rámci respiračného systému sa môže vyskytnúť opuch jazyka, nosohltana, hrtana, inspiračný stridor, čo sú symptómy svedčiace pre problémy s udržaním priechodnosti dýchacích ciest a dyspnoe, tachypnoe, cyanózy až apnoe. V rámci kardiovaskulárneho systému sa môže vyskytnúť tachykardia či bradykardia, hypotenzia, ischemické zmeny v EKG zázname až zástava obehu.

Medzi základné liečebné opatrenia u pacienta s anafylaktickou reakciou patrí:

1. podanie **Adrenalínu** pri šokových prejavoch a dyspnoeintramuskulárne v dávke:
   - dospelý - **500 µg Adrenalínu**/0,5 ml
   - dieťa staršie ako 12 rokov - **500 µg Adrenalínu**/0,5 ml
   - dieťa 6 – 12 rokov – **300 µg Adrenalínu**/0,3 ml
   - dieťa mladšie ako 6 rokov - **150 µg Adrenalínu**/0,15 ml

   Odporúča sa podávať ho do svalu, pričom miesto aplikácie je anterolaterálna strana stehna v jeho strednej tretine. Podmienkou úspešnej aplikácie je dostatočne dlhá injekčná ihla, ktorá zabezpečí aby bol Adrenalín podaný do svalu. Podanie je možné opakovať v 5 minútových intervaloch podľa aktuálneho stavu pacienta. Intramuskulárna cesta podania je výhodná aj v prípade, ak bol Adrenalín podaný v neindikovanom prípade, nakoľko sa minimalizuje možný výskyt jeho nežiadúcich účinkov v porovnaní s intravenóznym spôsobom podania.

   Adrenalín je možné podať aj intravenózne, poprípade intraoseálne a to v dávke 50 µg u dospelého pacienta a u detí v dávke 1 µg/kg telesnej hmotnosti. Z nášho pohľadu je v úvode pacientovi potrebné podať Adrenalín intramuskulárne, čím sa získa časová rezerva na zaistenie invazívneho vstupu do cievneho systému pacienta. Akonáhle je k dispozícií cievny prístup, je vhodnejšie adrenalín podávať v titračnej dávke intravenózne, poprípade intraoseálne ak nie je prítomná absolútna kontraindikácia tohto spôsobu podania. V tomto prípade však pacient musí byť kontinuálne monitorovaný vrátene EKG záznamu.
2. **polohovanie** – protišoková poloha, pri dyspnoe fowlerova poloha,
3. **oxygenoterapia** – podávanie kyslíka pomocou tvárovej masky s rezervoárom s prietokom 15 l/min.,
4. **Objemová terapia** pomocou kryštaloidov u dospelých v dávke 500 – 1000 ml a u detí v dávke 20 ml/kg. Podávanie koloidov v tomto prípade nie je indikované, nakoľko v súčasnosti neexistujú žiadne vedecké dôkazy, ktoré by podporovali ich podania v rámci anafylaxie a zároveň predstavujú riziko nakoľko môžu spôsobiť alergickú reakciu u pacienta.
5. **Podanie antihistaminík** v podobe Dithiadenv úvodnej dávke 1 mg u dospelého človeka a detí starších ako 6 rokov, u detí mladších ako 6 rokov je úvodná dávka 0, 5 mg. Prednostne treba voliť intravenózne poprípade intraoseálne podanie.Pozornosť treba venovať riedeniu Dithiadenu, nakoľko podľa výrobcu sa môže riedi len 5% glukózou.
6. **Podávanie kortikoidov** preferovane intravenóznym, či intraoseálnym spôsobom, pričom je potrebné sa vyvarovať rýchlej aplikácií pre riziko prehĺbenia hypotenzie. Podať je možné

Hydrocortison v nasledovnej dávke:

- dospelý a deti nad 12 rokov – Hydrocortison v dávke 200mg
- deti 6 – 12 rokov – Hydrocortison v dávke 100 mg
- deti 6 mesiacov – 6 rokov – Hydrocortison v dávke 50 mg
- deti mladšie ako 6 mesiacov – Hydrocortison v dávke 25 mg

7. **Podávanie symptomatickej liečby** v podobe bronchodilatačných liekov, podanie Glukagónu u pacientov, ktorí užívajú betablokátory a v prípade závažnej bradykardie je možné podanie Atropínu.

Anafylaktická reakcia je život ohrozujúci stav, ktorý vyžaduje akútny zásah, ktorého účelom je zabránenie vzniku anafylaktického šoku poprípade jeho efektívne zvládnutie a stabilizácia klinického stavu pacienta. V rámci efektívneho manažmentu je potrebné zvoliť správne intervencie ako i ich správne poradie realizácie nakoľko ich výber a poradie rozhoduje o prežití pacienta. V prípade ak sa u pacienta rozvinul anafylaktický šok je najdôležitejšou a životne dôležitou intervenciou podanie Adrenalínu. Toto podanie vytvorí priestor pre realizovanie ďalších dôležitých intervencií potrebných na zvládnutie stavu. Podľa nášho názoru má zdravotnícky záchranár na základe platnej legislatívy Slovenskej republiky dostatočné kompetencie ako i materiálno technické vybavenie na zvládnutie anafylaktickej reakcie v podmienkach urgentnej zdravotnej starostlivosti.

Literatúra:

1. CAMPBELL RL, BASHORE CJ, LEE S, et al. Predictors of Repeat Epinephrine Administration for Emergency Department PatientswithAnaphylaxis. In. J *AllergyClinImmunolPract* 2015; 3:576.
2. CAMPBELL RL, BELLOLIO MF, KNUTSON BD, et al. Epinephrine in anaphylaxis: higher risk of cardiovascular complications and over dose after administration of intravenous bolus epinephrinecomparedwithintramuscularepinephrine. In. J *AllergyClinImmunolPract* 2015; 3:76.
3. Emergency treatment of anaphylactic reactions. In *Resuscitation Council (UK.);* 2013.
4. ESTELLE F. et alWorldAllergyOrganizationGuidelinesfortheassessment and management of anaphylaxis. In *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology.* 2012*;* Vol 12, No. 4.
5. ESTELLE F. SIMONS R. Anaphylaxis in infants: Can recognition and management be improved?. In *Current Allergy & Clinical Immunology*. 2009*;* Vol 22, No. 2.
6. LIEBERMAN P, NICKLAS RA, RANDOLPH C, et al. Anaphylaxis a practice parameter update 2015. In. *AnnAllergyAsthmaImmunol* 2015; 115:341.

7. NOWAK R. et al. Customizing Anaphylaxis Guidelines for Emergency Medicine. In *The Journal of Emergency Medicine*, 2013*;* Volume 45, Issue 2.
8. POKORNÝ J. a kol. *Lékařská první pomoc.* Praha, Galén, 2010
9. ROSEN P. et al. *Rosens emergency medicine: concepts and clinical practice.* Philadelphia, Mosby Elsevier, 2010
10. RUSSELL W S. et al. Evaluating the management of anaphylaxis in US emergency departments: Guidelines vs. Practice. In *The World Journal of Emergency Medicine*, 2013*;* Volume 4, Issue 3.
11. SANGIL L., CURTIS B, BELLOLIO M F. et al. Rate of Recurrent Anaphylaxis and Associated Risk Factorsamnong Olmsted County Residents: A population – based study. In *Annals od AllergyAsthma Immunology,* Philadelphia, Mosby Elsevier, 2016*;* Volume 117, Issue 6.
12. WHITE JL, GREGER KC, LEE S, et al. PatientsTaking β-Blockers Do Not Require Increased Doses of Epinephrinefor Anaphylaxis. In. *J Allergy ClinImmunol Pract* 2018; 6:1553.

Kontakt:
PhDr. Bc. Marek Šichman, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie Andreja Hlinku 48
034 01, Ružomberok
e-mail: sichmanmarek@gmail.com

FENOTYPOVÁ INDIVIDUALIZÁCIA ANTIHYPERTENZÍVNEJ LIEČBY S VYUŽITÍM HEMODYNAMICKÝCH PARAMETROV IMPEDANČNEJ KARDIOGRAFIE ZA ÚČELOM RACIONÁLNEJ FARMAKOTERAPIE

Phenotypic Individualization of Antihypertensive Therapy Using Haemodynamic Parameters of Impedance Cardiography for Rational Pharmacotherapy

Miroslav Urban[1,2], Jozef Jablonský[1,2], Antonín Hruboň[1],
Attila Czirfusz[2]

[1]Interná klinika, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN
[2] Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Abstrakt

Artériovou hypertenziou (AH) v Európe a na Slovensku trpí až 30-45% populácie, AH je stále vedúcim rizikovým faktorom kardiovaskulárnych ochorení, je jedným z hlavných rizikových faktorov urýchleného rozvoja aterosklerózy, vzniku ischemickej choroby srdca (ICHS) a cerebrovaskulárnych príhod. Hypertenzia je multifaktoriálne ochorenie, na ktorého vzniku sa podieľa rad mechanizmov genetických, faktorov vonkajšieho prostredia a porúch endogénnych regulačných procesov.

Značná časť pacientov s AH nie je včas diagnostikovaných a adekvátne liečených. I napriek dostupnej medikamentóznej liečbe až 50 % liečených pacientov nedosahuje cieľové hodnoty krvného tlaku. Hemodynamicky nachádzame pri hypertenzii na začiatku ochorenia zvýšený minútový srdcový výdaj pri normálnej periférnej cievnej rezistencii. Neskôr dochádza baroreflexnými mechanizmami k normalizácii srdcového výdaja a vysoký krvný tlak je udržovaný vysokou periférnou cievnou rezistenciou. Vzostup periférnej rezistencie je daný prvotne predovšetkým vazokonstrikciou. Ďalšie zmeny sú štrukturálne, dochádza k hypertrofii a remodelácii cievnej steny a tým i k trvalému zvýšeniu periférnej cievnej rezistencie.

Podľa aktuálnych odporúčaní na liečbu hypertenzie (ESC/ESH Guidelines for Management of Arterial Hypertension 2018) sa pri výbere liečby zohľadňuje predovšetkým výška krvného tlaku, rizikové faktory, orgánové poškodenie, ktoré vychádzajú z dát klinických štúdii. Pri výbere antihypertenzíva sa nekladie dôraz na hemodynamické parametre, ktoré sú však v etiopatogenéze vzniku ako i v pretrvávaní zvýšeného tlaku krvi. Preto predpoklad zapracovania výsledkov hemodynamiky získaných meraním impedančenej kardiografie (ICG) pri výbere antihypertenzívnej liečby sa javí ako racionálny. Využitie ICG pri výbere antihypertenzíva tak môže prispieť k lepšej a účinnejšej kontroly tlaku krvi, znížiť neplánované návštevy pacienta u lekára z dôvodu nedostatočnej kontroly tlaku krvi, ako i znížiť hospitalizácie z dôvodu destabilizácie hypertenzie a v konečnom dôsledku i výskyt závažných kardiovaskulárnych komplikácii (infarkt myokardu, cievna mozgová príhoda, srdcové zlyhávanie, náhla kardiálna smrť...).

Kľúčové slová: Artériová hypertenzia. Hemodynamické parametre. Impedančná kardiografia. Racionálna farmakoterapia.

Arterial hypertension (AH) suffers up to 30-45 % of the population in Europe and Slovakia, AH is still the leading risk factor for cardiovascular disease, one of the main risk factors for the accelerated development of atherosclerosis, coronary artery disease (CHD) and cerebrovascular events. Hypertension is a multifactorial disease caused by a number of genetic mechanisms, environmental factors and endogenous regulatory process disorders.

A significant proportion of patients with AH are not diagnosed early and adequately treated. Despite the available medical treatment, up to 50% of patients treated do not reach the blood pressure target. At the onset of the disease, cardiac output in haemodynamics is increased at normal peripheral vascular resistance. Later, baroreflex mechanisms normalize cardiac output and high blood pressure is maintained by high peripheral vascular resistance. The rise in peripheral resistance is primarily due to vasoconstriction. Other changes are structural, hypertrophy and remodeling of the vascular wall, and thus a sustained increase in peripheral vascular resistance.

The current recommendations for the treatment of hypertension (ESC/ESH Guidelines for Management of Arterial Hypertension 2018) mainly take into account blood pressure, risk factors, organ damage based on clinical trial data. In the selection of antihypertensive agents, haemodynamic parameters are not emphasized, but these are important in the etiopathogenesis of hypertension as well as the persistence of elevated blood pressure. Therefore, the assumption of incorporating hemodynamics results obtained by measuring impedance cardiography (ICG) in the selection of antihypertensive therapy seems rational. Thus, the use of ICG in the selection of antihypertensive agents may contribute to better and more effective blood pressure control, reduce unplanned visits to the doctor due to insufficient blood pressure control, and reduce hospitalization due to destabilization of hypertension and ultimately the occurrence of severe cardiovascular complications (myocardial infarction, vascular stroke, heart failure, sudden cardiac death ...).

Key words: Arterial hypertension. Haemodynamic parameters. Impedance cardiography. Rational pharmacotherapy.

Kontakt:
MUDr. Miroslav Urban
Interná klinika
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. gen. Vesela 21
03426, Ružomberok
tel.: 044/4382565
e-mail: urbanm@uvn.sk

VYUŽITIE FYTOTERAPIE U SENIOROV

Use of Phytotherapy for Elderly People

Eva Moraučíková, Katarína Zrubáková

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku, Slovensko

Abstrakt

Príspevok prináša prehľad niektorých liečivých rastlín, ktoré je možné pri liečbe seniora využiť. Hľadanie spôsobov ako seniora liečiť s väčším prínosom než rizikom ostáva najväčšou výzvou pre všetkých, ktorí sa na farmakologickej liečbe starších pacientov podieľajú (1). Jednou z možností ako zmierniť príznaky starnutia je využitie fytoterapie. Pri liečbe liečivými rastlinami je dôležité mať na pamäti, že niektoré rastliny nie je vhodné kombinovať s industriálne vyrábanými liekmi. Je potrebné si byť vedomí, že ľudia užívajú rôzne fytofarmaká (výživové doplnky) bez toho, aby lekár a ošetrujúci personál mal informácie o tejto skutočnosti. Príspevok je spracovaný v rámci projektu KEGA č. 016KU-4/2017 Možnosti interdisciplinárnej kooperácie pri realizovaní nefarmakologickej liečby seniorov v ústavných zariadeniach.

Kľúčové slová: Fytoterapia. Senior. Zdravie. Liečivá rastlina. Interakcia.

Abstract

The paper provides an overview of some medicinal plants that can be used to treat the elderly. Looking for ways, how to treath an elderly patient with a grate benefit than risk remains the principal challenges for all, who are involved in the geriatric pharmacological therapy (1). One way to cope with the signs of aging is to use phytotherapy. For medicinal plants, it is important to keep in mind that some of them are not appropriate to be combined with industrial medicine products. It is necessary to be aware that people use different phytopharmaceuticals (nutritional supplements) without informing a doctor and nursing staff. The paper is presentid as part of the KEGA project nb. 016KU-4/2017 Possibilities of Interdisciplinary Cooperation in the Realization of Seniors Non-pharmacological Treatment in Institutional care.

Key words: Phytotherapy. Elderly people. Health. Medicinal plants. Interaction.

Kontak:
PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 48
03401, Ružomberok
e-mail: eva.moraucikova@ku.sk

ODPOWIEDZIALNOŚĆ FIZJOTERAPEUTY W POLSCE ZA WYKONYWANE LECZENIE

The Responsibility of the Physiotherapist for the Treatment in Poland

Teresa Friediger[1,2], Zuzana Hudáková[1]

[1]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
[2]Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

Streszczenie

Fizjoterapeuci w Polsce dotąd ponosili odpowiedzialność karną, cywilną i służbową. Odpowiedzialność karną: za skutki swojej pracy, które spowodowały uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta a zostały spowodowane niewiedzą lub niestarannością w wykonywaniu swoich obowiązków, cywilną: jako wyrównanie doznanych w trakcie leczenia szkód spowodowanych niewłaściwym (niezgodnym z zasadami i obowiązującą wiedzą) postepowaniem leczącego, dyscyplinarną – wobec pracodawcy za niewłaściwe wywiązywanie się z obowiązków pracowniczych i niewłaściwy stosunek do pacjentów. Po powołaniu samorządu zawodowego (Izby) fizjoterapeutów ponoszą także odpowiedzialność, przed organami samorządu zawodowego (Izby) , za naruszenie zasad obowiązujących przy wykonywaniu zawodu w tym zasad etyki fizjoterapeuty. Można być uznanym niewinnym przez sądy powszechne (odpowiedzialność cywilna i karna) a być skazanym przez sąd Izby za niewłaściwe postępowanie, choć pacjent nie doznał żadnej szkody. Pacjent może także doznać szkody niezawinionej przez fizjoterapeutę a spowodowanej np. wadliwym działaniem sprzętu.

Omówienie i przybliżenie tych zasad jest celem naszej pracy. Tylko znajomość wiedzy medycznej i zasad prawnych może nam pomóc w uniknięciu błędów i odpowiedzialności.

Słowa kluczowe: Odpowiedzialność. Fizjoterapeuci w Polsce. Odpowiedzialność karną. Samorząd zawodowy.

Abstract

Until now, physiotherapists in Poland have had criminal, civil and official liability. Criminal liability: for the consequences of their work that caused injury or disturbance to the patient's health and were caused by ignorance or carelessness in the performance of their duties, civil: as compensation for damage suffered during treatment caused by improper (incompatible with the rules and applicable knowledge) treatment of the patient, disciplinary - towards the employer for improper performance of employee duties and improper attitude

towards patients. After the establishment of the professional self-government (Chamber), physiotherapists are also responsible to the bodies of the professional self-government (Chamber) for violation of the rules applicable to the exercise of the profession, including the principles of ethics of the physiotherapist. One can be found innocent by common courts (civil and criminal liability) and be convicted by the Chamber court for wrongdoing, although the patient has not suffered any harm. The patient may also suffer harm not attributable to the physiotherapist and caused e.g. by a malfunction of the equipment.

Discussing and approximating these principles is the goal of our work. Only knowledge of medical knowledge and legal principles can help us avoid mistakes and liability.

Key words: Responsibility. Physiotherapists in Poland. Criminal liability. Professional self-government.

Kontakt:
Terasa Friediger
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
w Nowym Targu
Kokoszków 71
34-400 Nowy Targ
Poľsko

LIEČBA PRIETRŽÍ VYKONÁVANÁ NA NAŠOM PRACOVISKU

Hernia treatment performed in our clinic

Erika Androvičová, Eva Čučvarová

Centrálne operačné sály, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

Abstrakt

V prezentácii predstavujeme súčasné metódy liečby prietrží laparoskopickou metódou vykonávané na našom pracovisku. Podľa miesta prietrže popisujeme spôsoby operačnej liečby. Štatisticky vyhodnocujeme súbor pacientov operovaných na našom pracovisku v roku 2018.

Kľúčové slová: Prietrž. Operačná liečba.

Abstract

In the presentation we present current methods of treatment with laparoscopic methods performed in our workplace. Depending on the site, we describe methods of surgical treatment. We are statistically evaluating a set of patients operated at our clinic in 2018.

Key words: Hernia. Surgical treatment.

Kontakt:
Mgr. Erika Androvičová
Centrálne operačné sály
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. gen. Vesela 21
03426, Ružomberok
tel.: +421 44 438 2427
e-mail: androvicovae@uvn.sk

UPADKI U OSÓB STARSZYCH - PRZYCZYNY, KONSEKWENCJE, ZAPOBIEGANIE

Falls in the Elderly - Causes, Consequences, Prevention

Zuzanna Borowiecka

Instytut Ochrony Zdrowia,Państwowa Wyższa szkoła techniczno-ekonomiczna w Jarosławiu

Streszczenie

Od początku lat 90. XX wieku coraz bardziej dotyka nas proces starzenia się społeczeństwa polskiego. Rośnie liczba osób w podeszłym wieku, które wymagają pomocy i opieki w radzeniu sobie w codziennych czynnościach.

Celem pracy jest charakterystyka jednego z wielkich problemów geriatrycznych jakim są upadki osób w podeszłym wieku, określenie przyczyn oraz następstw zdrowotnych, psychologicznych, społecznych upadków seniorów. Na podstawie literatury określono metody prewencji upadków.

Ze względu na wielochorobowość, zmniejszoną sprawność fizyczną i zaradność, a także ograniczoną samodzielność seniorów istnieje duże ryzyko upadków w tej grupie osób. Upadki niosą ze sobą wiele konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych. Niezwykle ważna jest wieloczynnikowa profilaktyka upadków a także zapewnienie wsparcia i opieki zdrowotnej na wysokim poziomie.

Słowa kluczowe: Upadki. Starość. Profilaktyka upadków.

Summary

Since the beginning of the 1990s, the aging of Polish society has been affecting us more and more. The number of elderly people who need help and care to cope with everyday activities is growing.

The purpose of the work is to characterize one of the great geriatric problems which are the falls of the elderly, determine the causes and health, psychological and social consequences of the falls of seniors. Based on the literature, methods for preventing falls have been determined.

Due to multiple morbidity, reduced physical fitness and resourcefulness, as well as limited independence of seniors, there is a high risk of falls in this group of people. Falls have many health, social and economic consequences. Multifactorial fall prevention as well as providing high-level support and health care is extremely important.

Key words: Falls. Old age. Fall prevention.

Upadki zaliczamy do wielkich problemów geriatrycznych. Powodują liczne groźne następstwa w tym poważne urazy, złamania prowadzące do niepełnosprawności, a nawet śmierci osób starszych. Upadki w znacznym stopniu upośledzają jakość życia seniorów ograniczając ich samodzielność.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization, WHO) upadek to nagła, niezamierzona i nieprzymuszona utrata równowagi, w skutek czego człowiek znajduje się na ziemi, podłodze lub dowolnej niżej położonej powierzchni, w trakcie chodzenia lub wykonywania innych czynności z / lub bez utraty przytomności. Do upadków nie zaliczamy samouszkodzeń, upadków ze zwierząt, z płonących budynków, pojazdów transportowych i maszyn oraz upadków do wody [1].

Zgodnie z definicją Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD- 10 upadki należą do zewnętrznych przyczyn zachorowania lub zgonu, obejmują one 20 podgrup określonych kodami W00-W19, wśród nich wyróżnia się miedzy innymi upadek na tym samym poziomie, wskutek potknięcia, poślizgnięcia, upadek ze schodów i stopni, upadek z łóżka, upadek na lodzie lub śniegu [2].

Dane epidemiologiczne

W Polsce zwiększa się liczba osób starszych w stosunku do populacji osób młodych i dzieci, Polska jest krajem starzejącym się. Szacuje się, że w 2020 roku osoby powyżej 65 roku życia stanowić mogą 22,4% ogółu populacji. Dochodzi także do zjawiska tzw. feminizacji starości – ilość starszych kobiet przewyższa ilość starszych mężczyzn.

Badania wykazują, że incydent co najmniej jednego upadku w ciągu roku dotyczy 30-40% seniorów w środowisku domowym. Przyczyną upadków w domu jest znacznie ograniczona sprawność ruchowa wynikająca z zaburzeń chodu, 50% upadków jest skutkiem poślizgnięcia lub potknięcia, 10 % omdlenia, 10% zawroty głowy a 20-30% upadków spowodowane jest innymi zaburzeniami równowagi [1].

W ostatnich latach obserwujemy znaczny wzrost liczby osób w podeszłym wieku leczonych w oddziałach szpitalnych. W województwie Małopolskim w roku 2012 co czwarta hospitalizacja dotyczyła osób po 64 roku życia, natomiast częstość hospitalizacji pacjentów, którzy osiągnęli 80 rok życia wzrasta i w 2013 roku wynosiła około 11%. Na podstawie badań przeprowadzonych na przełomie 2012 i 2013 roku w Krakowie przez Dzieża – Grudnik i wsp. stwierdzono iż, upadki są najczęściej rejestrowanymi zdarzeniami niepożądanymi w trakcie hospitalizacji pacjentów w podeszłym wieku. Około 40% osób, które uległy upadkowi stanowią pacjenci w przedziale wiekowym pomiędzy 80-89 lat a prawdopodobieństwo upadku wzrasta wraz z wiekiem [3].

Często do upadków dochodzi wśród pensjonariuszy domów opieki, szacuje się że problem dotyczy 50-67% pensjonariuszy a poważne urazy ciała są konsekwencją około 10 % upadków [4].

Problem upadków osób starszych to zjawisko złożone, mające charakter wieloprzyczynowy. Im więcej nakłada się czynników tym ryzyko upadku osoby starszej jest większe.

Czynniki predysponujące do upadku maja związek między innymi ze zmianami inwolucyjnymi, konsekwencjami wielu chorób, polifarmakoterapią, niesprzyjającymi warunkami środowiskowymi, ograniczonym dostępem do usług zdrowotnych i socjalnych. Według WHO upadki są następstwem wzajemnie oddziałujących na siebie czynników, kategoryzowanych w czterech grupach: czynniki biologiczne, behawioralne, środowiskowe i socjoekonomiczne. Do grupy czynników biologicznych zaliczamy czynniki, które nie podlegają modyfikacji i są ściśle związane ze zmianami inwolucyjnymi. W literaturze przedmiotu zmiany inwolucyjne i stany chorobowe pogarszające funkcjonowanie organizmu a zwłaszcza pogarszające wydolność ruchowa i zdolność utrzymania równowagi nazywane są czynnikami wewnętrznymi [1,5,6].

W trakcie procesu starzenia się dochodzi do osłabienia funkcji narządów zmysłów (wzroku, słuchu, równowagi, czucia) odpowiedzialnych za utrzymanie stabilności postawy. Zmniejsza się ostrość wzroku, adaptacja do ciemności, i wrażliwość na kolory, zawęża się pole widzenia, zwiększa się wrażliwość na połysk, funkcje wzrokowo- przestrzenne ulegają pogorszeniu. Zmniejsza się masa mięśniowa, zwłaszcza w obrębie kończyn dolnych, mięśnie staja się słabsze i mniej sprawne. Procesy te w znacznym stopniu upośledzają umiejętność radzenia sobie z różnymi przeszkodami w czasie poruszania się. Chód osoby starszej zmienia się – kroki są skrócone, zmniejszają się współruchy kończyn górnych w czasie chodu, sylwetka jest pochylona, środek ciężkości jest przesunięty do przodu, chód jest spowolniony. Trudności w utrzymaniu równowagi są głównymi czynnikami ryzyka upadków u osób w starszym wieku [7].

U osób starszych zdarzają się także upadki, które nie są poprzedzone utratą równowagi, są to upadki nagłe tzw. napady atoniczne (ang. drop attack). Jest to nagła, przejściowa utrata napięcia mięśniowego w kończynach dolnych w czasie chodzenia lub stania w konsekwencji czego dochodzi do upadku najczęściej na kolana, bez utraty przytomności, sytuacje takie zdarzają się rzadko i wynikają prawdopodobnie z krótkotrwałego, przemijającego niedokrwienia skrzyżowania piramid lub części tworu siatkowego[8]

Ze względu na wielochorobowość ludzie w podeszłym wieku narażeni są na działanie wielu czynników jednocześnie mogących zwiększyć w znacznym stopniu ryzyko upadku.

Stany chorobowe predysponujące do upadku osoby starszej

- Choroby narządu ruchu - choroba zwyrodnieniowa stawów, osteoporoza, urazy, stany zapalne narządu ruchu, złamania, schorzenia i deformacje stóp,
- Choroby neurologiczne - Choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, czasowe zaburzenia świadomości, stany po udarze mózgu, zespół tętnicy podstawnej i kręgowej, polineuropatia, padaczka
- Choroby układu moczowo-płciowego- nietrzymanie zwieraczy, nykturia, omdlenia pomikcyjne, podefekacyjne, parcie naglące
- Zaburzenia metaboliczne- hipoglikemia, hipokaliemia, niedożywienie, niedobory żelaza i niedokrwistość, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, niedoczynność tarczycy
- Choroby psychiczne - demencja, delirium, stany lękowe, depresja, otępienie
- Choroby układu pokarmowego- krwawienia z przewodu pokarmowego- zaparcia, biegunka by układu sercowo- naczyniowego- hipotonia ortostatyczna i poposiłkowa, zaburzenia rytmu serca, omdlenia, zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna serca [8,2,9,10].

Wśród populacji osób starszych w ostatnich latach nasila się zjawisko polipragnazji wynikającej ze wspomnianej wcześniej wielochorobowości tej grupy pacjentów. Stosowanie wielu leków w konsekwencji może powodować wiele zdarzeń niepożądanych, występowanie licznych, groźnych dla zdrowia interakcji, zaburzeń funkcji poznawczych, zaburzenia równowagi, upadków, hospitalizacji a nawet zgonu. Ryzyko upadków rośnie wraz z liczbą stosowanych leków i jest szczególnie wysokie u osób które przyjmują cztery i więcej środków farmaceutycznych Dodatkowo, uważa się, że ryzyko upadków zależy od typu i rodzaju zastosowanego leku.

Do leków zwiększających ryzyko upadku należy wymienić: leki hipotensyjne, diuretyki, statyny, beta blokery, ryzyko to wzrasta w sytuacji stosowania dodatkowo leków psychotropowych, i analgetycznych.

W ograniczaniu groźnego zjawiska polipragmazji bardzo ważna jest właściwa edukacja pacjenta i rodziny prowadzona przez lekarza zapisującego leki, kompleksowa ocena geriatryczna i współpraca poszczególnych specjalistów w zakresie prowadzenia niekiedy złożonej terapii farmakologicznej. Pacjenci nie zdaja sobie sprawy, iż terapia niefarmakologiczna a zwłaszcza właściwa dieta i aktywność fizyczna w niektórych schorzeniach może być bardziej skuteczna od stosowania leków [11].

Według Bartoszek i wsp. 74% osób starszych przyjmuje 5 i więcej leków na dobę i prawie połowa (46%) przyjmuje leki bez zlecenia lekarskiego na własna rękę [1].

W geriatrii upadek może być nieswoistym objawem wielu ostrych chorób np.: zapalenia płuc, zakażenia układu moczowego a także objawem zaostrzenia przewlekłych stanów chorobowych.[8]

Według badań dotyczących upadków pacjentów leczonych w oddziale geriatrycznym najczęstszymi przyczynami wewnętrznymi upadków pacjentów były zawroty głowy, zaburzenia świadomości, spadek ciśnienia tętniczego oraz zmiany zwyrodnieniowe narządu ruchu [4].

Czynniki behawioralne są potencjalnie modyfikowalne, dotyczą określonych działań podejmowanych przez osoby starsze i ich codziennych wyborów. Należy tu wymienić miedzy innymi nadużywanie alkoholu, stosowanie nieodpowiedniego obuwia, brak aktywności fizycznej oraz wspomniane wcześniej zjawisko polipragnazji.

Czynniki środowiskowe związane są z zagospodarowaniem przestrzeni prywatnej i publicznej. Do czynników, które stanowią w tej grupie największe ryzyko upadku to miedzy innymi: śliskie podłogi, chodniki i dywany nieprzymocowane do podłogi, niestabilne meble, brak mat antypoślizgowych, wysokie stopnie, brak uchwytów i poręczy, nieprzystosowanie urządzeń sanitarnych, złe oświetlenie pomieszczeń, pora dnia, nieodpowiednie pomoce do chodzenia, lód, śnieg, nieodpowiednio dostosowany transport i ruch uliczny [6].

Jako główne przyczyny środowiskowe upadków w oddziałach szpitalnych należy podać śliskie powierzchnie, złe oświetlenie oraz nieodpowiednie obuwie [4].

Czynniki socjoekonomiczne predysponujące do upadku to złe warunki mieszkaniowe, niski dochód, bieda, ograniczony dostęp do usług medycznych i socjalnych, samotność, brak wsparcia społecznego [6].

Skutki upadków

Następstwa upadków osób starszych są bardzo poważne. W 2002 roku na świecie z powodu upadku zmarło 391.000 osób i była to druga główna, niezamierzona przyczyna śmierci po wypadkach drogowych.

Skutki upadków możemy podzielić na fizyczne, psychologiczne i społeczne.

Około 50% upadków kończy się urazami które wymagają hospitalizacji, a także prowadzą do znacznych ograniczeń sprawności fizycznej i wydolności w zakresie samoobsługi.

Upadki należą do piątej co do częstości przyczyny zgonów osób po 75 roku życia Choroby wieku podeszłego w praktyce lekarza.

Najczęściej występującymi urazami na wskutek upadku i jednocześnie najpoważniejszymi jego następstwami są złamania. Spośród wszystkich urazów po upadku 64% stanowią złamania, które znacznie obniżają jakość życia, prowadza do inwalidztwa a nawet do śmierci. Dla osób po 65 roku życia najgroźniejsze jest złamanie w zakresie bliższego końca kości udowe [8,5].

Według badań Buczak-Stec i Goryńskiego dotyczących hospitalizacji osób w podeszłym wieku z powodu upadków co trzecia hospitalizacja (31,4%) była spowodowana złamaniem kości udowej. Ponadto współczynnik hospitalizacji w następstwie upadku jest znacznie wyższy dla kobiet [2]. Ze względu na zjawisko starzenia się ludności na świecie lawinowo rośnie liczba osób cierpiących z powodu złamania kości udowej.

W roku 1990 na świecie stwierdzono 1.600 tys. złamań bliższego końca kości udowej, a przewiduje się, że w 2050 roku będzie ich 6.260 tys. Z tego względu w wielu krajach zapobieganie upadkom staje się równie ważne jak leczenie farmakologiczne osteoporozy jako prewencja złamania szyjki kości udowej wśród osób w grupie ryzyka. Upadki są przyczyną złamań kończyn i złamań kręgosłupa w tym najczęściej występującym złamaniem obwodowym- złamaniem Colesa, którego mechanizm wynika z podparcia się na ręce w rakcie upadku [8,5].

Leczenie szpitalne w następstwie upadków osób stanowi ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, związane jest z ogromnymi nakładami finansowymi zwłaszcza w zakresie opieki długoterminowej.

Do fizycznych konsekwencji upadków należą następstwa długotrwałego unieruchomienia czyli przykurcze, odleżyny, zakrzepica głębokich naczyń, przewlekłe infekcje układu oddechowego i moczowego.

Innym istotnym następstwem upadku, aczkolwiek występującym rzadko jest hipotermia. Dotyczy osób, które doznały upadku korzystając z toalety w nocy, mieszkających samotnie lub upadek nastąpił w miejscu mało uczęszczanym np.: strych lub piwnica a osoba poszkodowana długo oczekuje na pomoc[8].

Kolejnym poważnym następstwem upadku jest występowanie tzw. zespołu poupadkowego (ang. fall syndrome). Lęk przed kolejnym upadkiem powoduje bierną postawę a nawet silną depresje. Stan taki rzutuje na wydolność i samodzielność osoby starszej, nakłada na jej rodzinę jako opiekuna wiele obowiązków a w sytuacji zbyt dużego deficytu aktywności zmusza do umieszczenia takiej osoby w instytucji o charakterze opiekuńczym. Zespół poupadkowy zwiększa paradoksalnie ryzyko ponownego upadku [8,11,5,12,].

Wiemy, iż nie da się całkowicie wyeliminować upadków osób w wieku podeszłym. Należy podejmować wszelkich starań, aby zmniejszyć ryzyko występowania upadków w tej grupie osób. Programy zapobiegania urazom i upadkom oraz promowania bezpieczeństwa powinny mieć charakter interdyscyplinarny i wielosektorowy. Proponowane strategie i interwencje zmniejszające występowanie upadków opierają się na trzech istotnych fundamentach wzajemnie od siebie zależnych takich jak: kształtowanie świadomości zdrowotnej, ocena ryzyka upadku, podejmowanie określonych działań interwencyjnych [6].

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na zmniejszenie ryzyka upadku osób w podeszłym wieku powinna dotyczyć głównie aktywności fizycznej, nauki podnoszenia się

po upadku, tworzenia i zagospodarowania bezpiecznego otoczenia, przestrzegania zasad farmakoterapii i cyklicznego przeglądu spożywanych leków, rutynowego badania wzroku, profilaktyki osteoporozy czy suplementacji witaminy D. Profesjonalną edukacja powinni być objęci także opiekunowie osób starszych i ich rodziny. Według Czerwińskiego i wsp. w realizacji nowoczesnych programów profilaktyki upadków oprócz wykorzystania mediów istotny jest bezpośredni kontakt z odbiorcami w formie spotkań np. w ośrodkach zdrowia, klubach seniora, bądź współpraca z instytucjami budzącym zaufanie społeczne takimi jak Kościół [5]. Profilaktyka upadków osób w podeszłym wieku to jeden z najtrudniejszych obszarów medycyny.

Badania dowodzą, że u osób podejmujących niewielką aktywność ruchowa upadki zdarzają się trzy razy częściej aniżeli u seniorów regularnie ćwiczących. Program treningowy, który może znacznie zmniejszyć ryzyko upadków powinien obejmować takie elementy jak: trening siły, ćwiczenia sensoryczne wpływające korzystnie na utrzymanie równowagi i/lub ćwiczenia wytrzymałościowe [10].

Bardzo ważnym elementem ułatwiającym poznanie przyczyn i podjęcia zindywidualizowanych działań zapobiegawczych jest obserwacja i dokładnie przeprowadzony wywiad dotyczący upadków [8].

Pacjenci, u których wywiad i badanie lekarskie wskazują na istnienie ryzyka upadkiem powinni być poddani szczegółowym badaniom. Dotyczy to grupy pacjentów z nieprawidłowym wynikiem testu „wstań-idź i/lub w przeszłości miał miejsce incydent upadku. Należy dokładnie dokonać oceny równowagi i chodu (test Tinetti), wykonać badanie neurologiczne, kardiologiczne, ocenę wzroku, próbę ortostatyczną, badanie funkcji poznawczych, zweryfikować przyjmowane leki [13].

W zapobieganiu upadkom istotna jest także prewencja hipotonii. Do hipotonii może dojść w czasie pionizacji po dłuższym unieruchomieniu a także po obfitym posiłku (hipotonia ortostatyczna i poposiłkowa). Gwałtowny spadek ciśnienia tętniczego krwi powodować może u seniora stan osłupienia – stupor, zawroty głowy i w konsekwencji niekontrolowany upadek w czasie dynamicznej zmiany pozycji ciała. Stan hipotonii ortostatycznej może dotyczy około 20% pacjentów hospitalizowanych oraz około 30% osób mieszkających samotnie w środowisku domowym [14].

Należy edukować osoby starsze w zakresie technik wstawania aby zmiana pozycji odbywała się powoli, poprzedzona była zginaniem i prostowaniem kończyn dolnych co pobudza układ krążenia i dobrze wpływa na pracę serca[2].

Wiele decyzji dotyczących odpowiedniego zagospodarowania najbliższego otoczenia, w którym przebywa osoba starsza może znacznie ograniczyć ryzyko upadku i zapewnić bezpieczeństwo. W mieszkaniu osoby starszej warto zainstalować dodatkowe poręcze i uchwyty o chropowatej powierzchni ułatwiające wstawanie i przemieszczanie się. Łóżko

powinno mieć odpowiednią wysokość (40-50 cm od górnej krawędzi materaca do podłogi) z łatwym dostępem (najlepiej z trzech stron), ważne jest posiadanie dzwonka w bliskim sąsiedztwie łóżka lub telefonu z numerami alarmowymi. Fotele powinny posiadać wysokie oparciem, bez kołek, z poręczami około 18 cm powyżej siedziska, zarówno krzesła i fotele powinny zapewniać osobie starszej oparcie stóp na podłodze ze zgięciem w stawach kolanowych pod kątem 90 stopni. Meble nie powinny utrudniać swobodnego przemieszczania się. Przedmioty codziennego użytku muszą być tak rozmieszczone, aby korzystanie z nich nie wymagało nadmiernego schylania się albo używania drabinek czy taboretów.

Schody powinny być zaopatrzone w poręcze po obu stronach, bez chodników z zamontowanymi listwami antypoślizgowymi. Podłogi powinny być o gładkiej powierzchni, niepastowane i niefroterowane, zabezpieczone powinny być kable leżące na podłodze. Należy unikać chodników i dywanów. Istotne jest także właściwe zaprojektowanie łazienki w celu zapewnienia bezpieczeństwa. W łazience powinny być zastosowane maty antypoślizgowe, uchwyty ułatwiające wstawanie, specjalne krzesło ułatwiające kąpiel w pozycji siedzącej, sedes nieco podwyższony i zamontowane uchwyty ułatwiające przytrzymywanie się. Osoba starsza powinna pamiętać o tym aby nigdy nie zamykać się w łazience, drzwi w łazience powinny się otwierać na zewnątrz (w razie upadku osoba, które leży może uniemożliwiać wejście do łazienki i udzielenie pomocy). Bardzo istotne jest właściwe oświetlenie wewnątrz mieszkań oraz na klatkach schodowych, ulicach. Warto zamontować dodatkowe oświetlenie pośrednie np.: w korytarzu, kuchni. Osoba po 65 roku życia potrzebuje czterokrotnie więcej światła aniżeli osoba dwudziestoletnia .

W celu utrzymania równowagi bardzo ważne jest właściwe korzystanie ze sprzętu ortopedycznego, który musi być prawidłowo dobrany i dostosowany do potrzeb, istotna jest także edukacja w zakresie korzystania z tego sprzętu [15].

Prawidłowo dostosowane obuwie i odzież mogą także przyczynić się do zmniejszenia ryzyka upadku. Obuwie musi dobrze stabilizować stopę, musi być łatwe do ubieranie i zdejmowania, płaskie lub na niewielkim obcasie, posiadać podeszwę antypoślizgową, unikać należy odzieży zbyt długiej oraz zbyt luźnej [8,14,16].

Osoby w podeszłym wieku powinny być edukowane z zakresu postepowania po upadku, podnoszenia się natomiast opiekunowie i rodzina powinni znać zasady udzielania pomocy osobie poszkodowanej. Bardzo ważne jest zachowanie spokoju, swobodne oddychanie po upadku. Potem należy zorientować się czy nie doszło do ewentualnych złamań i poważnych urazów a jeżeli do takich doszło należy pozostać na miejscu i wezwać pomoc.

Jeżeli osoba nie doznała obrażeń na wskutek upadku powinna znaleźć stabilny mebel lub krzesło w swoim sąsiedztwie i przyczołgać się do niego, stopniowo przyjmując pozycję na boku potem klęczącą podjąć próbę podniesienia się, ważny jest odpoczynek w trakcie zmiany pozycji i próby podniesienia się z podłogi, jeżeli próba podniesienia się nie

powiedzie się za pierwszym razem należy ponownie wykonać wymienione czynności, wezwać pomoc albo poinformować o zdarzeniu bliskich [14].

Niezwykle ważne jest edukowanie, zwiększanie świadomości, propagowania wiedzy odnośnie przyczyn, skutków, profilaktyki upadków wśród osób starszych, ich opiekunów, rodzin. Istotne jest poznanie okoliczności w jakich doszło do incydentu upadku, ocena środowiska domowego wraz z określeniem indywidualnych czynników ryzyka [6].

Podsumowanie

Ze względu na zjawisko starzenia się społeczeństwa polskiego upadki wśród osób w podeszłym wieku stanowią zasadnicze wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Upadki są zaliczane do wielkich problemów geriatrycznych, generują poważne konsekwencje nie tylko zdrowotne ale także psychologiczne, społeczne, ekonomiczne. Najgroźniejsze skutki zdrowotne upadków to poważne urazy w tym złamania kości udowej i związane z nimi znaczne ograniczenie sprawności ruchowej, niepełnosprawność a nawet śmierć. Niezwykle ważne jest wieloaspektowe zapobieganie i ograniczanie ryzyka upadków wśród seniorów. Edukacja zdrowotna osób w podeszłym wieku oraz ich rodzin i opiekunów może w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko upadku. Duże znaczenie ma kompleksowa ocena stanu zdrowia, monitorowanie farmakoterapii oraz właściwe zagospodarowania najbliższego otoczenia w którym przebywa osoba starsza.

Piśmiennictwo

1. BARTOSZEK A., KOCKA K., BARTOSZEK A., ŚLUSARSKA B., NOWICKI G., JAMROZIK K. Wybrane czynniki ryzyka upadków wśród osób starszych mieszkających w środowisku wiejskim. Journal of Edukation, Health and Sport. 2016;6(8):625-636
2. BUCZAK-STEC E., GORYŃSKI P. Hospitalizacja z powodu upadków osób starszychw Polsce w 2010 roku. Przegl Epidemiol 2013;67:141-144
3. DZIERZA- GRUDNIK A., CZEKAJ D., WÓJCIK-BUGAJSKA M., GRODZICKI T. Upadki w trakcie hospitalizacji- częstość występowania i konsekwencje. Przegląd Lekarski 2014;71(10):537-540
4. OTREMBA I. Epidemiologia, etiologia i konsekwencje zdrowotne upadków u chorych leczonych na Oddziale Geriatrycznym. Problemy Pielęgniarstwa 2013;21(4):471-475
5. CZERWIŃSKI E., BIAŁOSZEWSKI D., BOROWY P., KUMOREK A., BIAŁOSZEWSKI A. Epidemiologia, znaczenie kliniczne oraz koszty i profilaktyka upadków osób starszych. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2008;5(6);10,419-428
6. KAMIŃSKA S. M. Rola pielęgniarki rodzinnej w prewencji upadków w grupie pacjentów wieku geriatrycznym. Family Medicine & Primary Care Review 2013;15,1:21-26

7. BORZYM A. Upadki osób w podeszłym wieku – przyczyny, konsekwencje i zapobieganie. Psychogeriatria Polska 2009;6(2):81-88
8. KĘDZIORA-KORNATOWSKA K., BIERCEWICZ M. Upadki i zaburzenia lokomocji. W: Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.). Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2017
9. POCZĄTEK M. Przełamywanie stereotypów Mity i opcje praktyczne w geriatrii. Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Stanisława Staszica w Pile 2014
10. BOROWICZ A. M. Upadki i zaburzenia chodu. W: Wieczorowska-Tobis K. (red.). Fizjoterapia w geriatrii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2010
11. JANKOWSKA-POLAŃSKA B., UCHMANOWICZ I. Wielolekowość, choroby współistniejące i upadki u chorych z przewlekłą niewydolnością serca w wieku podeszłym. Geriatria 2014;8:1-12
12. NIECHWIADOWICZ-CZAPKA T., KLIMCZYK A. Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego. Wydawnictwo Continuo Wrocław 2010
13. KOSTKA T. Choroby wieku podeszłego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2009
14. JAJE E., KRÓL M, BERNACKI K. Poradnik dla pacjentów ich rodzin. Profilaktyka Ryzyka Upadków. Krakowskie Centrum Rehabilitacji Kraków 2011
15. EDBOM-KOLARZ A., MARCINOWSKI J. Upadki osób starszych- przyczyny, następstwa, profilaktyka. Hygeia Public Health 2011,46(3):313-318
16. SZPRINGER M., WYBRANIEC-LEWICKA B., CZERWIAK G., MICHALSKA M., KRAWCZYŃSKA J. Upadki i urazy wieku geriatrycznego. Studia medyczne 2008;9:77-81

Kontakt:

Mgr. Zuzanna Borowiecka
Instytut Ochrony Zdrowia
Państwowa wyższa szkoła techniczno-ekonomiczna w Jarosławiu
ul. Czarnieckiego 16
37-500, Jarosław
e-mail: piel@pwste.edu.pl

MOŽNOSTI CHIRURGICKÉHO OŠETRENIA ZLOMENÍN HRUDNEJ A DRIEKOVEJ CHRBTICE

Opperative Treatment Possibilities of the Thoracic and Lumbar Spine Fractures

Peter Filipp, Tomáš Sloboda

Neurochirurgická klinika, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

Abstrakt

Predmetom odbornej prednášky sú zlomeniny hrudnej a driekovej chrbtice a možnosti operačného riešenia daných zlomenín. Prednáška pozostáva z teoretickej a praktickej časti.

Teoretická časť sa zaoberá problematikou výskytu zlomenín hrudnej a driekovej chrbtice, možnosťami poranenia jednotlivých štruktúr, rozdelením zlomenín podľa najnovších celosvetovo známych klasifikácií a vysvetľuje jednotlivé indikácie a postupy operačnej intervencie zlomenín, ktoré vykonávame na našej klinike.

Praktická časť následne ukazuje niekoľko prípadov operačnej intervencie a porovnáva klinický nález a nález zobrazovacích vyšetrení pred a po jednotlivých operačných zákrokoch.

Cieľom prednášky je oboznámenie širšej odbornej verejnosti s operačnými postupmi, vykonávanými na našej klinike pri neurochirurgickej terapii zlomenín hrudnej a driekovej chrbtice.

Kľúčové slová: Zlomeniny. Hrudná a drieková chrbtica. Klasifikácia. Chirurgické možnosti ošetrenia.

Abstract:

The subject of the lecture are thoracic and lumbar spine fractures and the possibilities of the opperative treatment of these fractures. The lecture consists of the theoretical part and the practical part.

The theoretical part is concerned with incidence of thoracic and lumbar spine fractures, possibilities of damaging particular structures, classification of the fractures by the current world-wide standards and the explanation of the particular indications and methods of the opperative interventions, executed on our clinic.

The practical part explains the cases of the opperative intervention and compares the symptoms and image findings before and after the operation.

The goal of the lecture is to familiarize the community with the opperative methods, being executed on our clinic as a neurosurgery treatment of the thoracic and lumbar spine fractures.

Key worlds: Fractures. Thoracic and lumbar spine. Opperative treatment. Classification.

Kontakt:
MUDr. Peter Filipp
Neurochirurgická klinika
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. gen. Vesela 21
03426, Ružomberok
e-mail: peter.filipp95@gmail.com

STAROŚĆ I ŚMIERĆ W PERCEPCJI WSPÓŁCZESNEGO SPOŁECZEŃSTWA

Senile age and death in perception of contemporary society

Bożena Majchrowicz[1], Katarzyna Tomaszewska[2], Edyta Guty[1]

[1]Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu
[2]Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu

Streszczenie

Osoby starsze stanowią obecnie ponad 20% społeczeństwa, zaś prognozy na najbliższe trzydziestolecie wskazują, że odsetek ten może wkrótce przekroczyć 50%. Oznacza to, że w niedalekiej przyszłości seniorzy mogą reprezentować większą część społeczeństwa niż dorośli w wieku produkcyjnym lub dzieci; będą zatem bardziej obecni w życiu społecznym niż kiedykolwiek przedtem. Taki stan rzeczy sprawia, że istotne staje się ustalenie, jaka jest percepcja starości oraz jej niezaprzeczalnego następstwa – śmierci we współczesnym społeczeństwie. W niniejszej pracy podjęto się omówienia, w jaki sposób różne grupy społeczne postrzegają starość oraz jakie są ich zapatrywania i odczucia względem śmierci.

Cel pracy: Celem pracy było ustalenie, jaka jest aktualna percepcja starości oraz śmierci we współczesnym społeczeństwie, ze szczególnym uwzględnieniem tego, czy przedstawiciele poszczególnych grup wiekowych uważają osoby starsze za ważne i potrzebne oraz czy akceptują śmierć jako naturalne następstwo podeszłego wieku.

Materiał i metody: Przeanalizowano aktualny stan wiedzy na badany temat na podstawie publikacji naukowych wyszukiwanych za pomocą baz danych i naukowych wyszukiwarek. Z uzyskanych w ten sposób wyników wybrano te, które są najbardziej aktualne dla społeczeństwa polskiego i dla obecnych realiów.

Wyniki: W kontekście starości pojawiają się w społeczeństwie odczucia bardzo pozytywne, związane z otrzymywaniem od seniorów wsparcia, opieki nad wnukami i wiedzy, jednakże dominuje postrzeganie starości w sposób negatywny i kojarzenie jej z bólem, chorobami oraz samotnością. Śmierć natomiast, odbierana jest współcześnie przede wszystkim w kontekście strachu, niepewności i cierpienia, choć jednocześnie kojarzy się ją z wydarzeniem, które zbliża do siebie członków rodziny.

Wnioski: Wykazano, że zarówno percepcja starości, jak i śmierci jest we współczesnym społeczeństwie niejednoznaczna, jednakże w odniesieniu do obu zjawisk dominują odczucia negatywne.

Słowa kluczowe: Starość. Śmierć. Percepcja społeczna.

Summary

Elderly people nowadays account for over 20% of the population, and prediction for the next thirty years indicate that this percentage may soon exceed 50%. This means that in the near future seniors may represent a larger part of society than adult people of working age or children; they will therefore be more present in social life than ever before. This state of affairs makes it important to determine what is the perception of old age and its undeniable consequences – death, in contemporary society. This paper discusses how different social groups perceive old age and what their views and feelings about death are.

Aim: The aim of the work was to determine what is the current perception of old age and death in contemporary society, with particular emphasis on whether representatives of particular age groups consider older people to be important and necessary and whether they accept death as a natural consequence of old age.

Methodology: The current state of knowledge on the subject under study was analyzed on the basis of scientific publications searched by means of databases and scientific search engines. The results obtained in this way were selected those that are the most up-to-date for Polish society and current realities.

Results: In the context of old age, there are very positive feelings in society, related to receiving support and care for grandchildren and knowledge from seniors, but the prevailing perception of old age is negative, associating it with pain, illnesses and loneliness. On the other hand, death is perceived today in the context of fear, insecurity and suffering, although at the same time it is associated with an event that brings together family members.

Conclusions: It has been shown that both the perception of old age and death is ambiguous in contemporary society, however negative feelings prevail in relation to both phenomena.

Słowa kluczowe: Senile age. Death. Social perception.

Wstęp

Współczesne społeczeństwo otwarte jest na aktywność, produktywność, osiągnięcia. Pojęcia te nie są na gruncie klasycznego rozumowania kojarzone ze starością, łączoną raczej z biernością, samotnością i brakiem rozległych zainteresowań [1]. Badania wskazują, że percepcja społeczna starości jest bardzo niejednoznaczna. Z jednej strony, zarówno dzieci, jak i dorośli podają, iż to seniorzy wpoili im zasady moralne, to im zawdzięczają poczucie bycia kochanym, a także zainteresowanie i – co nie jest bez znaczenia – wsparcie finansowe [1]. Z drugiej jednak strony, osoby starsze kojarzone są z niesamodzielnością, ubóstwem, samotnością i z tym, że nie tyle oferują sprawowanie opieki (na przykład, nad wnukami), ale wręcz tej opieki wymagają i potrzebują [2].

Równie niejednoznaczna okazuje się być społeczna percepcja śmierci. Z jednej strony postrzegana jest ona jako naturalne następstwo zaawansowanego wieku i bardzo często jest z nim kojarzona [3]. Z drugiej jednak strony, uważana jest za temat tabu, przed którym bezwzględnie należy chronić dzieci i którego należy unikać w publicznych dyskusjach lub przeciwnie – w niezobowiązujących rozmowach, podczas których zagadnienie śmierci uznawane jest za niezręczne [4].

Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego, we współczesnym społeczeństwie odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (kobiety – od 60 lat, mężczyźni od 65 lat) wynosi ponad 20%. Oznacza to, że na każde 100 dorosłych pracujących przypada ponad 30 osób w wieku poprodukcyjnym, zaś zgodnie z prognozami ekspertów – w roku 2050 ponad połowa społeczeństwa będzie w wieku powyżej 60 lat (kobiety) i 65 lat (mężczyźni) [5]. Znaczy to, że obecność osób starszych jest i będzie w naszym społeczeństwie coraz bardziej zauważalna. Z tego powodu konieczna staje się analiza percepcji społecznej starości i śmierci, która jest nierozerwalnie związana z zaawansowanym wiekiem.

Cel pracy

Głównym celem niniejszej pracy było ustalenie, jaka jest aktualna percepcja starości oraz śmierci we współczesnym społeczeństwie. Sformułowano również cele szczegółowe o następującej treści:

- wskazanie, w jaki sposób definiowana jest starość, kiedy według współczesnego społeczeństwa się ona zaczyna, a także czy postrzeganie jej początku jest zależne od wieku respondentów,
- ustalenie, w jakim stopniu osoby starsze są, zdaniem respondentów, potrzebne we współczesnym społeczeństwie, a w jakim stopniu ich zdaniem, stanowią obciążenie, a także ocenienie, czy ta opinia zmienia się wraz z wiekiem ankietowanych,
- oszacowanie sposobu, w jaki we współczesnym społeczeństwie postrzegana jest śmierć – czy możliwe jest pozytywne lub choćby neutralne nacechowanie pojmowania śmierci,
- ustalenie, czy percepcja śmierci i jej nacechowania (pozytywnego lub negatywnego) zmienia się wraz z wiekiem przedstawicieli grup społecznych.

Materiał i metody

Na potrzeby niniejszej pracy posłużono się bazami danych i naukowymi wyszukiwarkami publikacji. Dzięki temu uzyskano dostęp do aktualnych artykułów naukowych, umożliwiających wgląd we współczesną percepcję starości i śmierci w różnych grupach wiekowych i społecznych. Bazy artykułów i wyszukiwarki, jakie wykorzystywane były na potrzeby niniejszej pracy to: Google Scholar, Scopus, Web of Science, PubMed.

Preferowanym językiem wyszukiwanych artykułów był język polski, ponieważ zasadniczym celem pracy było skupienie się na sytuacji społeczeństwa polskiego, a nie społeczeństw zagranicznych, w tym przede wszystkim – amerykańskiego, które jest najczęściej opisywane w publikacjach pisanych w języku angielskim. Słowa kluczowe i zwroty zastosowane podczas wyszukiwania to:

- „starość", „percepcja", „społeczeństwo",
- „percepcja starości",
- „starość w opinii dzieci" / młodzieży / studentów / dorosłych,
- „postrzeganie starości",
- „społeczeństwo", „starość",
- „śmierć", „percepcja", „społeczeństwo",
- „percepcja śmierci",
- „śmierć w opinii dzieci" / młodzieży / studentów / dorosłych,
- „postrzeganie śmierci".

Spośród uzyskanych w ten sposób wyników wybierano przede wszystkim te najbardziej aktualne (preferowane nie starsze, niż 5-10 lat). Na podstawie włączonych do analizy artykułów ustalono, jaka jest percepcja starości oraz śmierci poszczególnych grup społecznych.

Wyniki

Analiza publikacji włączonych do badań wykazała, że ustalenie, jaka jest percepcja starości i śmierci może być problematyczna już na etapie definicyjnym. Innymi słowy, samo pojmowanie starości (w mniejszym stopniu – śmierci) uzależnione jest od grupy społecznej, która aktualnie jest analizowana (3). Prawdopodobnie największe różnice można stwierdzić pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi, ale nie tylko. Wykazano, że również płeć respondentów [6] oraz ich zdolności intelektualne mogą wpływać na to, w jaki sposób respondenci postrzegają punkt graniczny, w jakim daną osobę należy już uznać za starą [7].

Według młodzieży, starość zaczyna się niej więcej od wieku 60 lat, przy czym należy zauważyć, że występują tu pewne różnice pomiędzy opiniami na temat starości u mężczyzn i kobiet [3]. Zdaniem młodych ludzi starość u kobiet rozpoczyna się znacznie wcześniej niż u mężczyzn – średnio o 10-15 lat wcześniej. Takie postrzeganie umownej granicy wieku podeszłego zwraca uwagę tym bardziej, że kobiety żyją średnio dłużej od mężczyzn, co by oznaczało, że w percepcji respondentów, w przypadku kobiet właściwa starość wypełnia bardzo znaczną część czasowej osi ich życia [5]. Zaobserwowano, że postrzeganie momentu, w jakim zaczyna się starość uzależnione jest od wieku respondentów i im młodszy jest ten wiek, tym wcześniej, zdaniem ankietowanych, rozpoczyna się wiek starczy [3]. Paradoksalnie

więc, w miarę zbliżania się do wieku uznawanego wcześniej za graniczny, postrzeganie społeczne starości zmienia się, zaś sama granica w subiektywnym odczuciu ulega przesunięciu.

Analogiczne badania, dotyczące definiowania początku starości prowadzono również u młodszych dzieci – uczniów wczesnych klas szkoły podstawowej. Jednakże percepcja liczb, a tym bardziej zaawansowanego wieku jest u tak młodych respondentów na tyle mało skonkretyzowana, że ustalenie granicznego wieku starości jest zbyt mało precyzyjne. Ankietowane dzieci wskazywały zatem, że starość jest wtedy, gdy ktoś ma „wiele lat" lub, że stary człowiek to taki, który długo żyje. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na pewną kwestię. Małe dzieci poproszone o zdefiniowanie starości odnosiły się do aspektów wieku, jednakże w żaden sposób nie dawały do zrozumienia, że ich zdaniem ze starością związane są aspekty negatywne, takie jak choroby czy niedołężność, niesamodzielność. Jednakże, już kiedy zostały zapytane nie o samą starość, lecz o to, kim jest człowiek stary, okazało się, że poza najczęściej udzielanymi odpowiedziami – to osoba, która ma wiele lat, pojawiały się również odniesienia do choroby oraz słabości, a także do konieczności niesienia pomocy [6].

W powyższym kontekście warto zwrócić uwagę na aspekt związany z niesieniem pomocy osobom starszym. Ankietowane dzieci pytane o to, czy seniorzy są ważni dla społeczeństwa, a jeśli tak to dlaczego odpowiadały nie tylko, że wynika to z posiadanej przez nich wiedzy oraz znajomości przeszłości. Jedna piąta do jednej czwartej grupy ankietowanych dzieci (zależnie od grupy wiekowej i płci) twierdziła, że osoby starsze są dla nich bardzo ważne, ponieważ się nimi opiekują. To oznacza, że seniorzy odbierani są zarówno jako ci, którzy wymagają opieki, jak i ci, którzy tę opiekę są w stanie zaoferować. Warto zauważyć, że dzieci różniły się w kwestii tej opinii w zależności od płci: dziewczynki znacznie częściej wskazywały na opiekuńcza rolę seniorów (17-24% grupy dziewczęcej udzielało takiej odpowiedzi), natomiast chłopcy marginalizowali opiekę, jaką osoby starsze mogą im zaoferować (tylko 4-10% chłopców uważało, że seniorzy pełnią taką rolę w ich życiu) [6].

Percepcja roli seniorów oraz ich miejsca w społeczeństwie zmienia się tym bardziej wraz z wiekiem. W porównaniu z najmłodszymi grupami respondentów, dzieci nieco starsze (chodzące do wyższych klas szkół podstawowych lub do szkół ponadpodstawowych) w mniejszym stopniu akceptują ważną rolę, jaką osoby starsze mogą zajmować w społeczeństwie. Tylko 60% z nich uważa, że ludzie starsi są społeczeństwu potrzebni [1] . Z danych wynika jednak, że tendencja ta zmienia się po zakończeniu okresu typowego dzieciństwa i po wejściu we wczesną dorosłość. Grupa studencka bowiem, pytana o to samo już w 86% potwierdzała, że osoby starsze są społeczeństwu potrzebne [1].

Warto podkreślić, że opinia na temat tego, czy ludzie starsi są potrzebni społeczeństwu mogą znacząco różnić się nie tylko w zależności od grupy wiekowej, ale również – od płci. Jak

wynika z badań, kobiety znacznie częściej (w 85%) uważają, że seniorzy są istotni dla społeczeństwa. Taką opinię podziela tylko połowa mężczyzn [1].

Całkowicie odmiennie kształtuje się percepcja respondentów (zarówno starszych uczniów, jak i studentów) dotycząca szacunku osób starszych w polskim społeczeństwie. Generalnie, młodzi ankietowani jedynie w bardzo niewielkim odsetku zdecydowanie zgadzali się z tym, że osoby starsze są w naszym społeczeństwie szanowane (3-12% odpowiedzi). Szczególnie niepokojące wydają się w tym zakresie odpowiedzi studentów, którzy – jak można byłoby się spodziewać – są najlepiej zorientowani w aktualnych trendach społecznych. Ponad jedna trzecia z nich uważała, że osób starszych się w naszym społeczeństwie „zdecydowanie nie szanuje" lub „raczej nie szanuje" [1].

W powyższym kontekście można zaobserwować pewną rozbieżność pomiędzy opiniami respondentów na temat szacunku wobec seniorów, a opiniami na temat okazywanej i życzliwości. Mimo, iż tak znaczny odsetek badanych uważał, że osób starszych się we współczesnym społeczeństwie nie szanuje to jednocześnie według większości respondentów, seniorzy są traktowani z życzliwością. Takiej odpowiedzi udzielało aż 71% ankietowanych studentów i 63% uczniów ze starszych klas [1].

W jaki sposób należy interpretować opinię respondentów, z której wynika, że starsze osoby w naszym społeczeństwie relatywnie często nie są szanowane, ale za to społeczność odnosi się do nich w sposób życzliwy? Można wnioskować, że oznacza to protekcjonalne podejście do osób starszych, mianowicie, iż należy im się życzliwość nawet wtedy, gdy ich działanie nie wzbudza szacunku. Hipoteza protekcjonalnego podejścia do seniorów znajduje pewne potwierdzenie w danych, z których wynika, że według respondentów seniorzy zajmują się głównie wizytami lekarskimi, uczęszczaniem do kościoła i oglądaniem telewizji [1]. Taka wizja osoby starszej nie przedstawia seniora jako człowieka aktywnego, ciekawego świata i otwartego na niego, lecz prezentuje osobę pozbawioną szerszych pasji. Tym bardziej, że zdaniem największego odsetka badanych osoby starsze najchętniej spędzają czas wolny na opiece nad wnukami [1]. Rola taka – jakkolwiek wysoce utylitarna z punktu widzenia społeczeństwa, sugeruje jednak po części, że seniorzy nie mają własnego życia, a jedynie żyją życiem młodszych pokoleń.

Młodzi ankietowani (uczniowie i studenci) proszeni o wskazanie cech seniorów, które uważają za negatywne najczęściej wymieniali skłonność do narzekania, konserwatyzm czy powolność. Mniej niż jedna piąta ankietowanych z tej grupy twierdziła, że w osobach starszych generalnie nic im nie przeszkadza. Warto jednak zauważyć, że uczniowie i studenci proszeni o omówienie swojej percepcji seniorów w kategoriach pozytywnych (wskazanie pozytywnych cech osób starszych) najczęściej wymieniali doświadczenie życiowe, pogodę ducha, wyrozumiałość i życzliwość oraz otwartość na innych ludzi. Takie odpowiedzi wskazują wyraźnie, że czynnikiem mogącym znacząco wpływać na percepcję osób starszych

jest nie tyle zaawansowany wiek, co sposób bycia i postawa (otwarta lub zamknięta, konserwatywna) w stosunku do innych ludzi [1].

Młodzi ludzie postrzegają starość zarówno w aspektach negatywnych, jak i pozytywnych. Najczęstsze skojarzenia pozytywne związane z zaawansowanym wiekiem związane jest z ich rolą w sprawowaniu opieki nad wnukami oraz ze spokojem osiąganym zdaniem respondentów w zaawansowanym wieku. Przeważają jednak skojarzenia negatywne, do których należą: choroba, ból czy samotność. Warto również zwrócić uwagę na to, że znaczna część młodych ludzi kojarzy starość ze śmiercią. Z jednej strony nie jest to aspekt o jednoznacznie negatywnym zabarwieniu. Z drugiej jednak strony, bezpośrednie powiązanie i skojarzenie starości ze śmiercią sugeruje, że jedynym dążeniem osób w wieku zaawansowanym jest oczekiwanie na odejście. To przypuszczenie zdaje się być o tyle potwierdzone, że podstawowe problemy kojarzone przez respondentów ze starszym wiekiem to: zły stan zdrowia, trudności finansowe, samotność, brak tolerancji, konflikty i złe warunki mieszkaniowe [3].

Jak już wspomniano, zdaniem znacznej grupy społeczeństwa śmierć jest jednym z pierwszych skojarzeń związanych ze starością. To by sugerowało, że śmierć jest zjawiskiem społecznym dobrze rozumianym, a także takim, co do którego społeczeństwo wypraktykowała określone wzorce zachowań i postępowania, pozwalające oswoić emocjonalni i kulturowo to wydarzenie. Badania wskazują jednak na to, że przypuszczenia te nie są prawdziwe [4].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, aktualnie, osoby starsze w wieku poprodukcyjnym stanowią ponad 20% społeczeństwa. To bardzo znaczny odsetek, zwłaszcza jeżeli porówna się go z danymi pochodzącymi na przykład z lat 90-tych ubiegłego wieku, kiedy to odsetek seniorów w wieku powyżej 60 lat stanowił mniej niż 13% [5]. W tym kontekście podjęcie próby zrozumienia, dlaczego śmierć stanowi w naszym społeczeństwie temat tabu jest zadaniem niełatwym. Z jednej bowiem strony osoby starsze są obecne w naszym społeczeństwie i stanowią bardzo znaczny jego odsetek. Ponadto, starość jest często bardzo silnie kojarzona ze śmiercią. Z drugiej natomiast strony, percepcja śmierci we współczesnym społeczeństwie nosi znamiona zjawiska bardzo negatywnego, o którym nie należy mówić [4].

Z analiz wynika, że percepcja śmierci we współczesnym społeczeństwie znacząco zmienia się w zależności od wieku danej grupy społecznej. Przy czym warto zauważyć, że najmłodsze grupy wydają się być w tym kontekście niejako „chronione” przez grup starsze. W przekonaniu wielu dorosłych przedstawicieli współczesnego społeczeństwa, śmierć jest tematem, którego nie należy z dziećmi poruszać. Co więcej, według opinii zdecydowanej większości – należy przed tym zjawiskiem dzieci chronić, na przykład poprzez unikanie ich obecności na pogrzebach, czy przy osobach bliskich śmierci [4].

W grupach starszych, takich jak studenci oraz dorośli w wieku produkcyjnym śmierć jest zjawiskiem, którego percepcja nadal silni związana jest z tabu. To temat poruszany rzadko, uznawany za niezręczny i nienadający się do publicznych dyskusji. Śmierć przestaje być natomiast tematem tabu w najstarszych grupach społecznych. Wynika to z dwóch kwestii. Po pierwsze, w najbliższym otoczeniu seniorów wzrasta odsetek bliskich, którzy umarli, a zatem temat śmierci staje się naturalnym następstwem tych wydarzeń. Po drugie natomiast, bardziej zaawansowany wiek sprawia, że seniorzy częściej myślą o śmierci i niejednokrotnie przygotowują się na nią, ponieważ są coraz bardziej świadomi jej nieuchronności [4].

Warto zwrócić uwagę na percepcję śmierci w kontekście grup wiekowych, ponieważ w tym układzie można zaobserwować pewien paradoks. Dorośli przedstawiciele społeczeństwa, jak wspomniano – „chronią" dzieci przed tematyką śmierci, uważając, że jest to dla nich zagadnienie zbyt trudne do zrozumienia i być może zbyt bolesne. Tymczasem analizy wskazują, że to właśnie najmłodsze grupy wiekowe w najmniej negatywnym stopniu odnoszą się do śmierci. Ich stosunek jest często neutralny. Wynika to przynajmniej częściowo z niezrozumienia, czym jest kres życia, a częściowo – jak się uważa – z typowo dziecięcej gotowości na zaakceptowanie zastanych warunków społecznych [4].

Co więcej, uważa się, że percepcja śmierci zmienia się u dzieci etapami; nie jest to proces w pełni ciągły. Dzieci do lat 5 niejednokrotnie sądzą, że osoba która umarła nie różni się znacząco od kogoś, kto zapadł w głęboki sen. Często też personifikują śmierć. Dzieci starsze najczęściej nadal traktują śmierć w sposób neutralny lub też ich percepcja uzależniona jest od tego, w jaki sposób zagadnienie to zostanie im przedstawione przez dorosłych. Dopiero średnio po ukończeniu 9 lat śmierć kojarzona jest przez zdecydowaną większość dzieci z czymś jednoznacznie negatywnym, budzącym lęk, strasznym. Przypuszcza się, że dopiero w tym wieku dziecko jest w stanie realnie ocenić i być świadome poczucia straty [4].

W grupie starszych, dorosłych przedstawicieli społeczeństwa śmierć cechuje się już niemal jednoznaczną percepcją: kojarzona jest lękiem, smutkiem, poczuciem straty, bólem. Odbiór ten dotyczy jednak przede wszystkim osób, które odnoszą się do ewentualnej śmierci kogoś bliskiego. Natomiast w kontekście swojej własnej śmierci osoby dorosłe (zwłaszcza seniorzy) odczuwają najczęściej chęć „pozostawienia czegoś po sobie", zaznaczenia swojej obecności [4].

Dyskusja

Jak podają Dąbska i wsp., starość kojarzona jest aktualnie przede wszystkim z ograniczeniami sprawności fizycznej oraz z wykluczeniem społecznym [8]. Oznacza to, że w percepcji współczesnego społeczeństwa podeszły wiek związany jest negatywnymi aspektami niemal w każdej sferze życia. Takie przypuszczenie potwierdzają analizy przeprowadzone przez Trempałę, z których wynika, że osoby starsze są dyskryminowane

w codziennych sytuacjach wyłącznie ze względu na swój wiek [9]. Badania Wilczyńskiej wskazują, że wykluczenie osób starszych z poszczególnych sfer życia społecznego przybiera różne formy i stanowi swego rodzaju samonapędzające się błędne koło, ponieważ wykluczenie sprawia, że seniorzy nie nadążają na najnowszymi trendami, a to powoduje, że są postrzegani w społeczeństwie jako osoby zacofane [10]. Natomiast analizy przeprowadzone przez Borowiak potwierdzają, że to wykluczenie postępuje wraz z wiekiem przedstawicieli poszczególnych grup społecznych [11]. O ile małe dzieci postrzegają starość głównie jako cechę fizyczną, ale niezwiązaną z psychiką, o tyle u dorosłych respondentów jest ona kojarzona jako zmaganie ze śmiercią.

Z badań Mickiewicz i wsp., wynika, że śmierć kojarzona jest we współczesnym społeczeństwie przede wszystkim z bólem, cierpieniem i ze strachem, nie zaś z ulgą, zakończeniem cierpień, czy ze spokojem. Przeprowadzone przez autorki analizy wskazują, iż taki stosunek do śmierci wynika przede wszystkim z braku wiedzy, jak należy postępować, jak mówić i jak zajmować się osobą bliską śmierci, a także z poczucia niezręczności w tej trudnej i wymagającej sytuacji [12]. Mimo to, jak wynika z badań Rygowicz i wsp., dorośli respondenci najczęściej uważają, że śmierć nigdy nie powinna następować w samotności, a przy osobie umierającej powinny być zgromadzone najbliższe osoby z rodziny. Powinna ona następować w domu, w znanym środowisku osoby umierającej [13]. Oznacza to, że śmierć jest w dużej mierze kojarzona z bliskością i intymnością. Wynika z tego, iż percepcja śmierci jest bardzo niejednoznaczna – z jednej strony respondenci czują się niezręcznie kiedy mają opisywać to zjawisko, zaś z drugiej strony – uważają, że śmierć to smutne, lecz ważne wydarzenie społeczne.

Należy przypuszczać, że ta niejednoznaczna percepcja śmierci wynika z podstawowych mechanizmów związanych z akceptacją kresu życia. Jak podaje Panas, umieranie jest procesem, który każdorazowo angażuje takie odczucia jak ból, wstyd, agresja, żal, zaprzeczanie oraz targowanie się. Dotyczy to zarówno osoby umierającej, jak i tej, która w umieraniu towarzyszy. Oznacza to, że pogodzenie się ze śmiercią jest ostatnim etapem, który poprzedzony zostaje szeregiem bardzo mieszanych uczuć, odpowiedzialnych właśnie za tę niejednoznaczną percepcję śmierci [14].

Wnioski

1. Percepcja starości jest we współczesnym społeczeństwie niejednoznaczna. Z jednej strony osoby starsze uważane są za źródło wsparcia i opieki dla wnuków, z drugiej jednak – starość postrzegana jest niemal wyłącznie w negatywnych kontekstach.
2. Percepcja wieku granicznego wyznaczającego starość uzależniona jest od wielu czynników, w tym przede wszystkim od wieku respondentów – im młodsi badani, tym początek starości jest w ich percepcji wcześniejszy.

3. Opinie respondentów na temat roli osób starszych we współczesnym społeczeństwie są bardzo niejednoznaczne. Z jednej strony wskazują one ważną rolę seniorów w opiece nad wnukami i udzielaniem wsparcia, z drugiej jednak sugerują ich bierność i rzekomy brak utylitarności.
4. Śmierć jest we współczesnym społeczeństwie zjawiskiem ocenianym negatywnie, budzącym lęk, niepewność i strach, ale jednocześnie – kojarzonym ze wsparciem i obecnością najbliższej rodziny.
5. Dzieci najczęściej postrzegają śmierć jako zjawisko neutralne, natomiast z wiekiem percepcja umierania staje się bardzo negatywna i silnie powiązana z lękiem, niepewnością oraz strachem.

Piśmiennictwo

1. PAKOS E, Ludzie starzy w oczach młodzieży–wyniki badań własnych. Acta Universitas Lodzensis. 2017;3(329):167-177.
2. MISZCZAK E, Stereotypowy obraz człowieka starszego w Polsce. Instytut Socjologii UMCS. 2006;305-311.
3. KRUPA B, Starość w percepcji młodzieży-perspektywa pedagogiczna. Nowiny Lekarskie. 2012;81,1:36–43.
4. OSTROWSKA A, Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Wydawnictwo IFiS PAN. Warszawa 2005:29-57.
5. Główny Urząd Statystyczny, Polska w liczbach. Zakład Wydawnictw Statystycznych. Warszawa, 2017:2.
6. BUK-CEGIEŁKA M, Starość w percepcji dziecka w wieku wczesnoszkolnym. [w:] Dudek L, Krukowski J, Panas KT, Rzeczywistość seniora. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Menedżerskiej w Warszawie im. prof. Leszka Krzyżanowskiego, Warszawa 2014:233-345.
7. SKOWROŃSKA K, Starość w poglądach młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną [w:] Zych A, Starość darem losu, życiowym zadaniem i wyzwaniem dla przyszłości, Wydawnictwo Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem", Sosnowiec, Dąbrowa Górnicza, 2014:155-165.
8. DĄBSKA O, PAWLIKOWSKA-ŁAGÓD K, PIASECKI J, ŚLEDZIEWSKA K, HUMENIUK E. Starość i samotność osób starszych w percepcji ludzi młodych. Med Ogól Nauki Zdr. 2016;22(2):140-4.
9. TREMPAŁA J. Dyskryminacja ze względu na wiek a funkcjonowanie i rozwój ludzi starszych. Zeszyty Naukowe WSHE. 2015;40:31-45.

10. WILCZYŃSKA K. Cyfrowe wykluczenie osób w wieku postprodukcyjnym. Zarządzanie–nowe perspektywy w dobie zmian demograficznych–w świetle badań. 2014:105-114.
11. BOROWIAK J, BOROWIAK T. Wyobrażenia o starości i osobach starszych w relacjach międzypokoleniowych. Zeszyty Naukowe WSHE 2015;14:111-126.
12. MICKIEWICZ I, KRAJEWSKA-KUŁAK E, KĘDZIORA-KORNATOWSKA K, MUSZYŃSKA-ROSŁAN K. Opieka paliatywna w percepcji studentów pielęgniarstwa. Problemy Pielęgniarstwa. 2011;19(4):481-91.
13. RYGOROWICZ E, GUZOWSKI A, KRAJEWSKA-KUŁAK E, GRASSMANN M. Potrzeby duchowe chorych, śmierć i cierpienie w percepcji studentów. Palliative Medicine/Medycyna Paliatywna. 2015 Jul 1;7(3).
14. PANAS KT, Psychologiczne wymiar śmierci i umierania aspekty. Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne. 2012(2 (9)):291-7.

Kontakt:
Bożena Majchrowicz
Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu
ul. Książąt Lubomirskich 6
37-700, Przemyśl
e-mail:bozenam4@wp.pl

VÝZNAM FYZIOTERAPIE PRI SVALOVEJ DYSBALANCIÍ U PRACUJÚCICH SESTIER

The Importance of Physiotherapy in Muscular Imbalance in Working Nurses

Ivana Aštaryová[1,2] , Marina Kolarová[1], Peter Kutiš[1]

[1]Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
[2]Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

Abstrakt

Úvod: Práca sestry pri lôžku pacienta zahŕňa statický a dynamický pohyb. Prostredníctvom zlých pohybových návykoch dochádza k vzniku svalovej nerovnováhy, výsledkom čoho je chybné držanie tela, ktoré môže vyústiť až k vzniku vertebrogénnych ochorení.

Cieľ: Zistiť svalovú dysbalanciu u sestier, ako dôsledok zlých pohybových návykov a následne poukázať na význam liečby fyzioterapiou.

Materiál a metodika: U sestier pracujúcich pri lôžku pacienta (n=150) sme vyšetrili skrátené a oslabené svaly, ktoré sme štandardizovane testovali Svalovým testom podľa prof. Jandu. Svalovú dysbalanciu sme si rozdelili na horný a dolný skrížený syndróm. Sestry absolvovali fyzioterapiu formou cvičení zameraných na recipročnú inerváciu a edukáciu o Škole chrbta. Na overenie významnosti zmien svalovej dysbalancie po liečbe fyzioterapiou sme použili párový t-test na hladine významnosti 0,05.

Výsledky: Pred fyzioterapeutickou liečbou sa preukázala svalová dysbalancia v zmysle horného skríženého syndrómu. Po trojmesačnej liečbe fyzioterapiou došlo u všetkých sledovaných skrátených a oslabených svalov k štatistickej významnosti.

Záver: Pri správnych pohybových návykoch prostredníctvom Školy chrbta a po liečbe fyzioterapiou dochádza k efektívnemu ovplyvneniu posturalného systému sestier pri vykonávaní svojho povolania.

Kľúčové slová: Recipročná inervácia. Skrížené syndrómy. Škola chrbta.

Abstract

Introduction: The nurse's work in the hospital involves static and dynamic movement. Poor movement habits lead to muscle imbalance, resulting in erroneous posture, which can lead to vertebrogenic diseases.

Objectives: Investigate muscle imbalance in nurses as a result of poor movement habits and subsequently point out the importance of physiotherapy treatment.

Material and methods: In nurses working in the hospital (n = 150) we examined shortened and weakened muscles, which we tested in a standardized way by muscle method according to prof. Janda. We divided muscle imbalance into upper and lower crossed syndrome. The nurses received physiotherapy in the form of exercises aimed at reciprocal inhibition and education about the Back School. We used a paired t-test at a significance level of 0.05 to verify the significance of muscle imbalance changes after treatment with physiotherapy.
Results: Muscular imbalance in terms of upper crossed syndrome has been demonstrated prior to physiotherapeutic treatment. After three months of physiotherapy treatment, all shortened and weakened muscles were statistically significant.
Conclusion: With the right movement habits through the Back School and after physiotherapy treatment, the postural system of nurses is effectively influence in the performance of their profession.

Key words: Reciprocal inhibition. Crossed syndromes. Back School.

Kontakt:
Mgr. Ivana Aštaryová
Katedra fyzioterapie,
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 60
034 01 Ružomberok
e-mail: ivana.astaryova@gmail.com

NORDIC WALKING JAKO SPORT DLA PACJENTÓW – PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA NAUKOWEGO

Nordic Walking training as a sport for patients - a review of scientific literature

Agata Kowalska, Anna Kuniczkowska-Szklarek, Grażyna Nowak-Starz

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

W pracy przedstawiono opublikowane wyniki badań naukowych na temat treningu Nordic Walking jako sportu dla pacjentów. Uwzględnionopacjentów onkologicznych (po laryngektomii i mastektomii), kardiologicznych (po zawale serca, we wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, a także z niewydolnością serca), z chorobą Parkinsona oraz z chorobami cywilizacyjnymi (otyłość i osteoporoza). Przeanalizowano również jak Nordic Walking wpływa na jakość życia pacjentów, a także na poziom ich zwinności i równowagi.

Słowa kluczowe: Nordic Walking. Sport. Rehabilitacja. Przegląd piśmiennictwa.

Abstract

This work presents published results of scientific research on Nordic Walking training as a sport for the patients. Patients who were included: oncological (after laryngectomy and mastectomy), cardiological (after myocardial infarction, after early cardiac rehabilitation and patients with a heart failure), patients with Parkinson's disease and civilization diseases (obesity and osteoporosis). It is analyzed how Nordic Walking affects the quality of patients' life,their deftness and balance.

Key words: Nordic Walking. Sport. Rehabilitation. Literature review.

Wstęp

Aktywność fizyczna w przypadku pacjentów po zabiegach chirurgicznych, jak i w przypadku niektórych chorób jest formą rehabilitacji. Obserwując ulice można zauważyć znaczny wzrost osób chodzących z kijkami Nordic Walking. Sport ten najczęściej uprawiają kobiety w średnim wieku oraz starsze, chcąc wprowadzić ruch do swojego codziennego życia, jak i również poprawić swoje samopoczucie. Jednak z medycznego punktu widzenia technika ta jest coraz częściej wykorzystywana jako profilaktyka różnego rodzaju schorzeń oraz forma

rehabilitacji. Do rozpoczęcia niepotrzebna jest ogromna wiedza oraz nakład finansowy co sprawia, że forma ta jest praktycznie dla każdego [1].

Trening Nordic Walking ma swój początek w Finlandii, we wczesnych latach 30. XX wieku. Był on formą posezonowego treningu narciarzy biegowych. Aktualnie aktywność ta obecna jestw całej Europie i Ameryce Północnej, a służy jako forma sportu i rekreacji [2].

Cel pracy

Celem pracy była analiza aktualnego piśmiennictwa naukowego, dotyczącego zastosowania Nordic Walking (NW) u pacjentów po różnych zabiegach chirurgicznych oraz w przebiegu innych chorób.

Pacjenci onkologiczni to bardzo specyficzna grupa osób. Często wynikiem ich restrykcyjnego leczenia jest okaleczenie, które może objawiać się w postaci mastektomii, tracheostomy, stomii czy choćby utraty włosów. Po jak i w trakcie leczenia pacjenci często borykają się z problemami natury psychicznej, są załamani swoim stanem zdrowia, a niejednokrotnie targną się na swoje życie. Rehabilitacja ruchowaw takich przypadkach odgrywa ważną rolę w procesie zdrowienia.

Autorką, która podjęła temat pacjentów onkologicznych jest Hamerlińska-Latecka A. Zajęła się ona pacjentami po laryngektomii całkowitej, którzy byli na turnusach rehabilitacyjnych w 2016 roku. W badaniach udział wzięło 20 laryngektomowanych (8 kobiet, 12 mężczyzn). Średnia wieku grupy wynosiła 69 lat. Hamerlińska-Latecka A. przeprowadziła 2 oddzielne badania na danej grupie. Skupiła się na postawie osób wobec Nordic Walking oraz jego zastosowaniu w turnusie.

Pierwsze badania przeprowadzone zostały za pomocą sondażu diagnostycznego oraz autorskiego kwestionariusza.Dotyczyły postawy osób wobec NW, osób uprawiających ten sport, a także informacji na temat ich dotychczasowego korzystania. Za ich pomocą można było wysnuć następujące wnioski:

1. Spośród badanych tylko 6 osób przyznało się do uprawiania NW.
2. Osoby, które uprawiają NW doceniły jego efektywność- polepszenie kondycji oraz ułatwienie maszerowania.
3. Respondenci którzy nie uprawiali wcześniej tego sportu za powód podali brak kijków, natomiast jedna osoba uznała ten rodzaj sportu za śmieszny.
4. Wśród pacjentów 13 z nich uznało, że uprawianie NW poprawia kondycję, a co za tym idzie dostrzegają jego pozytywne skutki.
5. Badanym podobała się ta forma spędzania czasu. Wykazali pozytywną postawę wobec uprawiania NW i wyrazili poprawny stosunek wobec społeczeństwa uprawiającego ten sport [2].

W drugich badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety. Tematem badań była samoocena efektywności stosowania kijków Nordic Walking. Sformułowano pytanie główne oraz pytania szczegółowe. Następnie zadano pacjentom kilka pytań, a na ich podstawie wyciągnięto następujące wnioski:

1. Wśród badanych 65% osób uważa, że stosowanie kijków poprawiło ich kondycję fizyczną.
2. Większość uczestników uznała, iż NW wywołało u nich pozytywne uczucia, u kilku osób uczucie radości, natomiast reszta nie potrafiła określić swoich odczuć.
3. Każdemu z laryngektomowanych podobało się wykorzystanie kijków NW w ćwiczeniach.
4. Korzystanie z kijków w przyszłości zadeklarowało aż 70% badanych [3].

Kolejne badania dotyczące tematyki onkologicznej przeprowadziła Szczepańska-Gieracha J. i wsp., jednakże tym razem dotyczyły one kobiet po mastektomii. Celem badań była ocena wpływu 8-tygodniowego treningu NW na nasilenie lęku i depresji oraz subiektywną ocenę jakości życia kobiet. W badaniach udział wzięły 23 kobiety po leczeniu, posłużono się skalą oceniającą lęk i depresję HADS oraz oceniającą jakość życia WHOQOL-Bref. Przed rozpoczęciem treningów zaburzenia lękowe stwierdzono u 78,2% pacjentek, natomiast po poziom nadal utrzymywał się wysoki, ale wynosił 60,8%. Zaburzenia depresyjne występowały u 17,4% pań, natomiast po już tylko u 4,3%. Odnotowano również poprawę w jakości życia, przed badaniem wynik wynosił 91,3%, natomiast po 94,3%. Wnioski, które można wyciągnąć brzmią następująco:

1. Trening marszowy NW jest w stanie zredukować obawy lękowe jak i depresyjne.
2. Systematyczne uprawianie sportu w postaci marszu NW poprawia także jakość życia w sferze psychologicznej, jak i w relacjach społecznych.
3. Korzyści płynące to nie tylko redukcja objawów czy wzrost jakości życia, ale także kształtowanie pozytywnej postawy wobec długoterminowej terapii i procesu zdrowienia [4].

Nordic Walking w kardiologii

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna składa się z oceny klinicznej, leczenia farmakologicznego, rehabilitacji psychologicznej, leczenia czynników ryzyka, modyfikacji stylu życia, edukacji pacjenta i jego rodziny oraz treningu fizycznego. Szczególnie bezpiecznym sportem dla osób ze schorzeniami serca jest właśnie Nordic Walking. Starzenie się układu sercowo-naczyniowego a także liczba powikłań wzrastają wraz z wiekiem. Systematyczne wykonywanie ćwiczeń zwiększają sprawność hemodynamiczną mięśnia sercowego [5,6].

Badania na ten temat przeprowadził Wilk i wsp., dokonali oni analizy efektów NW u 30 pacjentów po zawale serca. 10 pacjentów wykonywało standardowe treningi, natomiast pozostała 20 jedynie NW. Zaobserwowano poprawę tolerancji wysiłkowej u obu grup, jednak była ona większa w przypadku osób maszerujących. Wytrzymałość siłowa górnej i dolnej połowy ciała oraz test koordynacyjny znacząco wzrosły u osób ćwiczących za pomocą NW, natomiast ogólnemu polepszeniu w obu grupach uległa elastyczność górnych i dolnych partii ciała.

Kocur i wsp. analizowali działanie NW we wczesnej rehabilitacji kardiologicznej. Udział wzięło 80 pacjentów, podzielono ich na 3 grupy. 40 osobowa grupa do podstawowej rehabilitacji dołożony miała marsz z kijkami, grupa 30 osobowa uprawiała zwykły marsz, natomiast grupa 20 osobowa stosowała klasyczną rehabilitację. Parametry wydolnościowe badano za pomocą próby wysiłkowej na bieżni ruchomej, a sprawność fizyczną za pomocą testu Fullerton. Badanie wykazało, iż wydolność wysiłkowa w programie rehabilitacji w grupie pacjentów z NW był znacznie wyższy niż w dwóch pozostałych. Także i wynik sprawności fizycznej był wyższy niż w grupie ze zwykłym marszem oraz bez.

Natomiast Keast i wsp. badali zastosowanie Nordic Walking u osób z umiarkowaną bądź ciężką niewydolnością serca. Udział wzięły 54 osoby, z czego u 27 pacjentów zastosowano klasyczną kardiologiczną rehabilitację, a u pozostałych 27 Nordic Walking. Dokonano analizy 6-min testu marszowego, oceniono skalę uchwytu, a także objawów depresji. Wyniki jakie wysunęły się z tego badania brzmią następująco:

1. Pacjenci trenujący z kijkami w teście marszowym przebyli dłuższy dystans.
2. Samodzielna aktywność fizyczna była wyższa u osób, które ćwiczyły NW.
3. Wzrost siły uchwytu, a także spadek objawów depresji wystąpiły u pacjentów maszerujących
   z kijkami.
4. Szczytowa wydolność tlenowa, masa ciała i talii, a także objawy lęku nie różniły się znacząco w żadnej z grup [5].

Nordic Walking w chorobach neurologicznych

Badania, których podjęła się Szefler-Derela J. i wsp. dotyczą choroby Parkinsona. Jest to choroba neurozwyrodnieniowa wieku podeszłego, jednak do dzisiaj nieznane są jej przyczyny, tak samo jak nie ma jednolitego postępowania diagnostycznego. Chorobie towarzyszą zaburzenia chodu (brak balansu, zmniejszona długość kroków, szuranie czy dreptanie w miejscu przy przeszkodzie), później dochodzą fluktuacje oraz dyskinezy [7].

Analiza dotyczyła oceny skuteczności 6-tygodniowego programu NW u pacjentów. W badaniu udział wzięło 40 chorych. Podzielono ich na 2 grupy: jedna grupa to osoby z treningiem z kijkami, natomiast druga nie podejmowała żadnej aktywności fizycznej.

Analizując wyniki można powiedzieć, że trening NW znacząco wpłynął na poprawę sprawności motorycznej, au pacjentów borykających się z problemem chodzenia nastąpiła poprawa oraz lepsze dopasowanie do czynności dnia codziennego [7]. Jak wiadomo rehabilitacja jest nieodłącznym elementem leczenia, także śmiało można wprowadzić do niej treningi z wykorzystaniem kijków.

Nordic Walking jako zapobieganie chorobom cywilizacyjnym

Rozwojowi automatyzacji oraz transportu towarzyszy siedzący tryb życia. Brak ruchu stanowi przyczynę wielu chorób zwanymi chorobami cywilizacyjnymi, którym można w bardzo łatwy sposób zapobiec. Ograniczenie aktywności ruchowej niekorzystnie wpływa na wartości ciśnienia tętniczego, masę ciała czy zakres metabolicznych czynników ryzyka, wszystko to składa się na poziom jakości życia.

Nadwaga jest jednym z czynników ryzyka przy chorobach kardiologicznych. Badania pokazują, że podczas NW organizm potrzebuje więcej energii przez co spala więcej kalorii niż podczas zwykłego marszu, a także następuje wzrost tętna o 5-17 uderzeń na minutę. Dodatkowo należy uwzględnić, iż Nordic Walking może być uprawiany przez osoby o niskiej wydolności fizycznej oraz z pewnymi ograniczeniami ruchowymi [8].

W przypadku fizjologii i biomechaniki NW ma wpływ na zmniejszenie całkowitego cholesterolu, LDL, trójglicerydów, a także masy i obwodu ciała, natomiast poziom HDL jak i maksymalna pojemność tlenowa wzrastają, co pozytywnie wpływa na organizm i funkcjonowanie. Wywnioskowano to na podstawie badań na trzech grupach kobiet- okres przedmenopauzalny, menopauzalny oraz pomenopauzalny [9].

Nordic Walking można zastosować jako zapobieganie jak i leczenie osteoporozy. NW stymuluje układ kostny, aktywuje mięśnie kończyn dolnych i obręczy biodrowych, a także obręcz barkową wraz z górnymi partiami ciała. Sport uprawia się na świeżym powietrzu przy bezpośrednim dostępie do witaminy D, która spełnia ważną rolę w procesie wchłaniania wapnia. Dzięki kijom następuje równomierny rozkład ciężaru ciała, jednocześnie są obciążeniem i dają dodatkową stabilizację. U osób starszych trening NW jest przydatny w przypadku reedukacji chodu, gdzie kijki staja się podparciem. Inną zaletą jest fakt, iż ten sposób aktywności fizycznej odpowiada ćwiczeniom z obciążeniem, korygującym a także kształtującym i doskonalącym motorykę człowieka [10].

Rekreacyjne uprawianie Nordic Walking

Prusik K. i wsp. podjęli badania na temat tego jak NW wpływa na jakość życia osób w wieku 60-70 lat. Udział wzięły 42 osoby, 21- grupa eksperymentalna, która systematycznie wykonywała trening NW oraz pozostałe 21- grupa kontrolna, która nie wykonywała żadnych ćwiczeń. Treningi trwały 6 miesięcy trzy dni w tygodniu. Wykorzystano 3 standaryzowane ankiety, które oceniały poziom satysfakcji z życia (skala SWLS), poziom optymizmu (test LOT-R) oraz skalę depresji (BDI). Badanie wykazało, iż satysfakcja życiowa w grupie eksperymentalnej osiągnęła wynik przeciętnej (5,4 stena), natomiast w grupie kontrolnej wynik niski (3,18 stena). Poziom optymizmu, w grupie eksperymentalnej wyniósł 6,4 stena, a w kontrolnej tylko 4,0 steny. Średnia ilość punktów w skali poziomu depresji w grupie eksperymentalnej to 8,1- mowa tu o braku depresji, a w grupie kontrolnej 11- i mowa tu o łagodnej depresji. Mówiąc ogółem można wyciągnąć wniosek, że podejmując systematyczny trening NW można wpłynąć na ogólną jakość życia osób starszych, poprawiając ją [11].

Kolejne badania podjęli Ossowski i Kortas. Sprawdzali jak trening NW wpływa na poziom zwinności i równowagi u kobiet w wieku 60-69 lat. Udział wzięło 31 kobiet, podzielono je na dwie kategorie wiekowe: 60-64 oraz 65-69. Eksperyment polegał na ocenie treningu ogólnokondycyjnego oraz treningu Nordic Walking. Cykl trwał 6 miesięcy, 2 razy w ciągu tygodnia. Zastosowano próbę zwinności i równowagi wg Testu sprawności fizycznej dla ludzi starszych- Fullerton Functional Fitness Test. Analizując stwierdzono poprawę poziomu zwinności i równowagi u kobiet w grupie 60-64 lat. Wyniki starszej grupy utrzymały poziom zwinności i równowagi taki jak przed cyklem treningów. Ogólnie mówiąc można wyciągnąć wnioski:

1. Nastąpiła poprawa zwinności i równowagi u kobiet w wieku 60-64 lat.
2. Nie zaobserwowano poprawy wyników zwinności i równowagi u kobiet w wieku 65-69 lat.
3. Trening ogólnokondycyjny oraz trening NW w przypadku kobiet w wieku 60-69 przynosi podobne skutki na poziom zwinności oraz równowagi.

Wnioski

Podsumowując przegląd prac, można stwierdzić, że:

1. Trening Nordic Walking to dobry sport dla pacjentów, niezależnie od płci, wieku czy jednostki chorobowej.
2. NW jest dobrym sposobem rehabilitacji dla osób po przebytych chorobach.
3. Trening korzystnie wpływa na stan emocjonalny, sferę psychologiczną a także relacje społeczne.
4. Większość pacjentów stwierdziła poprawę kondycji oraz zmniejszenie masy ciała.

Piśmiennictwo

1. MORGULEC-ADAMOWICZ N, MARSZAŁEK J, JAGUSTYN P.Nordic Walking – a new form of adapted physical activity(a literature review). *HUM. MOV.* 2011;12(2): 124-132
2. HAMERLIŃSKA-LATECKA A. The attidute of people after total laryngectomy to Nordic Walking. *Journal of Education, Health and Sport.* 2016;6(8): 852-860
3. HAMERLIŃSKA-LATECKA A. Use of Nordic Walking in a rehabilitation of the people after total laryngectomy. *Journal of Education, Health and Sport.* 2016;6(10): 646-652
4. SZCZEPAŃSKA-GIERACHA J, MALICKA I, FIGUŁA M, RYMASZEWSKA J, WOŹNIEWSKI M. The influence of eight-week Nordic Walking exercise on life quality of women after mastectomy. *Onkol.Pol.*2010;13(1): 15-20
5. GLOC D, MIKOŁAJCZYK R. Application of Nordic Walking in comprehensive cardiac rehabilitation- a review of current reports. *Hygeia Public Health.* 2005;50(2): 253-259
6. PASEK T, PASEK J, WITIUK-MISZTALSKA A, SIEROŃ A. The movement treatment (kinesitherapy) in the elderly patients. *Gerontol. Pol.* 2011;19(2): 68-76
7. SZEFLER-DERELA J, SUSZYŃSKI K, DORONIEWICZ I, KOWALCZYK A, OPALA G, KWIEK S.J. Nordic Walking in Parkinson Disease rehabilitation. *Ann.Acad.Med.Siles.* 2014;68(5): 361-367
8. OLSZANECKA-GLINIANOWICZ M, ZAHORSKA-MARKIEWICZ B, KOCEŁAK P, CIEŚLIŃSKA-ŚWIDER J, PLEWA M. Wydolność fizyczna otyłych kobiet. *Endokrynol. Otyłość* 2006;2(1): 1-4
9. HANGER W, HANGER-DERENGOWSKA M, WIACEK M, ZUBRZYCKI I.Z. Changes on level of VO2max, blood lipids and waist circumference in the response to moderate endurance training as a function of ovarian aging. *Menopause.* 2009;16(5): 1009-1013
10. ZALIŃSKA K, OLSZANOWSKA K. Nordic Walking as primary and secondary prevention of civilization diseases. *Physiotherpy* 2014;22(1): 53-60
11. PRUSIK KA, ZAPOROZHANOV V, PRUSIK KRZ**,** GÖRNER K. *Rekreacyjne uprawianie Nordic Walking a jakość życia osób w wieku 60-70 lat.Pedagogika, Psihologia ta Mediko-Biologicni Problemi Fizicnogo Vihovanna i Sportu.* Charków, 10, 115-117
12. OSSOWSKI Z, KORTAS J. Preliminary researches on the influence of Nordic Walking Training on the level of agility and body balance in women aged 60-69 years. *Logistyka* 2012;3: 1783-1789

Kontakt:
Agata Kowalska, student pielęgniarstwa
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. Żeromskiego 5
25-369, Kielce
tel.: 501406702,
e-mail: agata.kowalskax@gmail.com

NEUROPSYCHOLOGICKÁ REHABILITÁCIA PACIENTA PO CIEVNEJ MOZGOVEJ PRÍHODE - KAZUISTIKA

Neuropsychology Rehabilitation of Patient after Stroke - Case Study

Zuzana Droppová[1], Štefan Madarász[1, 2]

[1]Neurologická klinika, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN
[2]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Kazuistická štúdia popisuje možnosti neuropsychologickej rehabilitácie a skúma zmeny mentálnej výkonnosti pacienta po jej absolvovaní. Pacient po prekonanej ischemickej cievnej mozgovej príhode bol liečený pomocou neurofeedback tréningu (NFT), kognitívneho tréningu a vybraných ergoterapeutických intervenciách. Na základe teoretických úvah bol použitý neurofeedback tréning dvojitej inhibície pri centrálnom umiestnení elektród, RE A1 / A2. Tréningový čas neurofeedbacku bol stanovený na 30 minút, počas ktorých bol trikrát vykonaný 3 - 5 minútový tréningový modul, päťkrát týždenne počas 9 týždňov. Mozgová aktivita pacienta bola meraná vždy na začiatku sedenia, potom nasledovali vybrané úlohy podľa nameraných údajov. Prostredníctvom kontrolného neuropsychologického vyšetrenia sme identifikovali zlepšenie v kognitívnej výkonnosti pacienta a zvýšenie samostatnosti vo výkone bežných denných činností.

Kľúčové slová: Neuropsychologická rehabilitácia. CMP. Neurofeedback tréning. Kazuistika.

Abstract

The case study describes the possibilities of neuropsychological rehabilitation and changes in mental performance of the patient after graduation. The patient after an ischemic stroke was treated by neurofeedback training (NFT), cognitive training and selected ergotherapeutic interventions. Based on theoretical considerations, NFT double inhibition training at central electrode placement, RE A1 / A2, was used. The neurofeedback training time was set at 30 minutes, during which a 3 – 5 minute training module was performed three times, 5 times a week for nine weeks. The patient's brain activity was always measured at the beginning of the session, followed by selected tasks according to the measured data. By means of a neuropsychological control examination we have identified an improvement in the patient's cognitive performance and an increase in autonomy in activities in daily living.

Key words: Neuropsychology rehabilitation. Stroke. Neurofeedback training. Case study.

Úvod

Jedným z dramatických následkov cievnej mozgovej príhody (CMP) je aj narušenie kognitívnych funkcií pacienta. Hlásená prevalencia kognitívnych deficitov v prvom mesiaci po prekonaní cievnej mozgovej príhody sa pohybuje v širokom rozmedzí od 10 % do 82 %, predovšetkým v závislosti od použitých kritérií kognitívnej poruchy a od vybranej populácie pacientov. Kognitívne poruchy sa zhoršujú priamoúmerne času, pokiaľ sa neliečia. Medzi najbežnejšie kognitívne deficity patria deficity v pozornosti, vizuo-konštrukčných schopnostiach, pamäti a exekutívnych funkciách. Tieto kognitívne deficity vznikajú väčšinou kombináciou niekoľkých neurologických porúch vyskytujúcich sa pri akútnej cerebrovaskulárnej príhode. Dané oslabenie môže byť dôsledkom rôznych faktorov vrátane umiestnenia lézie, mozgovej hypoperfúzie, funkčnej deaktivácie vzdialených oblastí v mozgu alebo v dôsledku vyvíjania tlaku na okolité mozgové tkanivo vzniknutou léziou [1]. Tieto poruchy nie sú len problémom samy osebe, ale sú spojené aj s väčším celkovým zdravotným postihnutím a úmrtnosťou. Sú dôležitejšími determinantami funkčných výsledkov po mozgovej príhode fyzické postihnutie [2,3,4]. Ďalšie obavy sa týkajú dlhodobého hľadiska, pretože kognitívne poškodenie ľudí po CMP sa vyskytuje v miere 12 – 56 % [5,6], čo je oveľa viac ako miera kognitívneho poklesu súvisiaceho s vekom u normálnych dospelých, ku ktorému dochádza v 5 - 10% [7,8]. Následný progresívny kognitívny pokles môže viesť k závažným poruchám v neuropsychologickom obraze jednotlivca, ktorý často progreduje do vaskulárnej demencie, o ktorom je známe, že sa vyskytuje v miere 20 – 30 % ľudí po CMP [9,10,11]. Preto po akútnej fáze CMP hrá kognitívna rehabilitácia kľúčovú úlohu, pričom primárnym cieľom psychológa je umožniť pacientovi znovu získať optimálnu úroveň fungovania [12]. Prvým cieľom v rehabilitácii je pomocou neuropsychologického vyšetrenia zistiť, aké kognitívne, behaviorálne a emocionálne zmeny možno pripísať cievnej mozgovej príhode. Tieto informácie poskytujú základ na predpovedanie funkčných výsledkov a plánu liečby [13]. Pokiaľ ide o kognitívnu rehabilitáciu po cievnej mozgovej príhode, neurofeedback by mohol predstavovať perspektívny nástroj kognitívnej rehabilitácie. Existuje niekoľko štúdií naznačujúcich, že neurofeedback tréning (NFT) možno použiť na zvýšenie kognitívnej výkonnosti pacienta [14,15,16].

Kazuistika

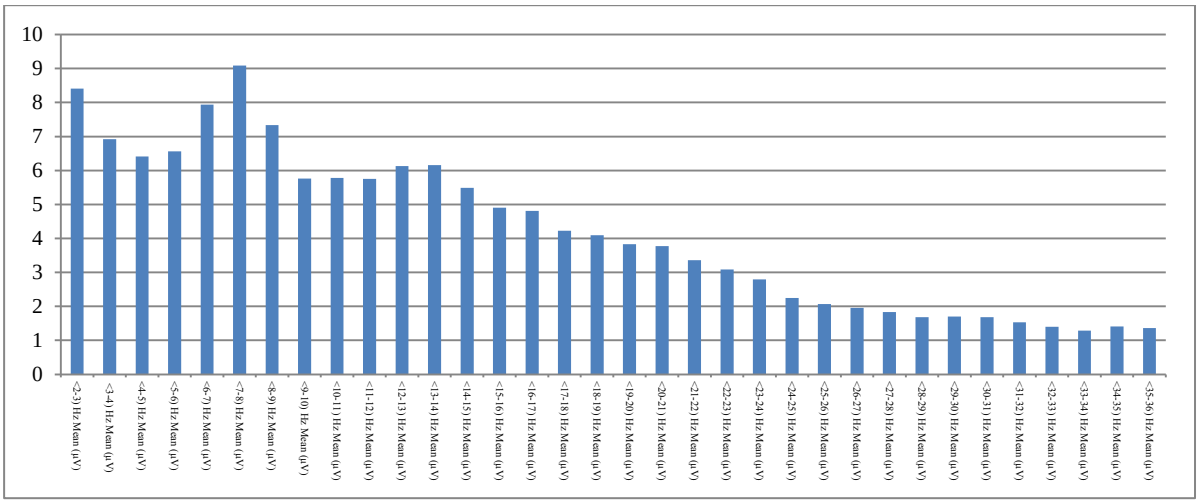
65-ročný muž po prekonanej ischemickej CMP, s MR nálezom čerstvej ložiskovej ischémie okcipitálne vľavo s prítomnou multiinfarktovou encefalopatiou supratentoriálne bilaterálne. Stav po ojedinelých intraaxiálnych mikrogemorágiách supratentoriálne bilaterálne. Postupy neuropsychologickej rehabilitácie boli stanovené na základe iniciačného neuropsychologického vyšetrenia a neurofeedback merania. Papier-pero kognitívny tréning bol zostavený na základe identifikovaných deficitov v epizodickej pamäti, exekutívnych

funkciách a vizuo-konštrukčných schopnostiach. Využívali sme aj vybrané ergoterapeutické intervencie s realizáciou v domácom prostredí za účelom zrakovej rehabilitácie. Prostredníctvom neurofeedback vyšetrenia sme identifikovali dominanciu pomalých vĺn, najmä zvýšenú tetha aktivitu. Prostredníctvom NFT sme sa zameriavali na dvojitú inhibíciu pri Cz zapojení elektród z dôvodu eliminácie pohybových, najmä očných artefatov. Inhibovali sme tetha aktivitu (3-8 Hz) a zvýšený arrousal (19-22 Hz), ktorý sa objavil počas NFT tréningov.

Metóda

Na základe teoretických úvah bol použitý neurofeedback tréning dvojitej inhibície pri centrálnom umiestnení elektród, RE A1 / A2. Tréningový čas neurofeedbacku bol stanovený na 30 minút, počas ktorých bol trikrát až štyrikrát vykonaný 3-5 minútový tréningový modul, päťkrát týždenne počas 9 týždňov. Mozgová aktivita pacienta bola meraná vždy na začiatku sedenia, prostredníctvom ktorého boli nastavené vybrané tréningové úlohy, viď. Obrátok 1. EEG neurofeedback je komplexná inštrumentálna terapeutická metóda. Elektrická aktivita mozgu pacienta je snímaná pomocou elektród umiestnených na skalpe podľa medzinárodného systému 10-20, v našom prípade je elektróda umiestnená centrálne v strede (Cz), najďalej od zdroja najmä očných artefaktov. Pri referenčnom zapojení sníma mozgovú aktivitu jedna elektróda, druhá, referenčná, je umiestnená na ušný boltec striedavo A1, A2. Signál je mnohonásobne zosilnený, prevedený do digitálnej podoby a v počítači spracovaný pomocou spektrálnej analýzy. Rýchlosť vĺn meraných v Hz odráža stupeň aktivácie oblasti mozgu pod elektródou. Aktivita v jednotlivých frekvenčných pásmach je zobrazená zvlášť. Parametre sme upravovali individuálne podľa potrieb pacienta na základe iniciačného vyšetrenia, viď. Graf 1. Menili sme predovšetkým u zvolených frekvenčných pásmach výšku amplitúdy, ktorú má alebo naopak nemá pacient prekročiť, aby sme dosiahli optimálnej úrovne úspešnosti, cca 80 %. Na obrazovke pacienta bežala počítačová hra ovládaná podľa toho, ako odpovedala snímaná mozgová aktivita požiadavkám nastaveným terapeutom. Pokiaľ pacient kritériá spĺňal, hra pokračovala, získaval body a počítač vydával zvukové signály. Proces učenia je zo začiatku vnútorným experimentom, prirovnávaným k učeniu sa motorickým schopnostiam. Spočiatku sú zmeny EEG záznamu prechodné, neskôr sa posilňujú a stávajú sa trvalými. Cieľom neurofeedback tréningu je naučiť pacienta modifikovať jeho EEG obraz a optimalizovať psychofyziologické stavy. Výsledkom je autoregulačný proces. Tréning funguje na princípoch diskriminačného učenia, operačného podmieňovania a generalizácie, čo sa deje z väčšej časti mimo kognitívny kontext [17].

Obr. 1 *Meranie mozgovej aktivity pacienta na začiatku tréningu*



Graf 1 *Výsledok neurofeedback merania v grafickom zobrazení*

Cielený individuálny kognitívny tréning zameraný na tréning narušených kognitívnych domén a posilňovanie zachovaných schopností. Pacient dostal do domáceho prostredia po dôkladnej inštrukcii pracovný zošit s úlohami presne rozdiferencovanými na každý deň. Pracovný zošit bol koncipovaný na tridsaťdňový tréning pamäti a iných kognitívnych funkcií. Jednotlivé úlohy boli spracované tak, aby pacient pracoval efektívne, ale bez zvýšeného zaťaženia a denne precvičoval čo najviac funkcií mozgu. Po prepustení z neurologickej kliniky mal pacient za úlohu pracovať každý deň, aj počas víkendov. Úlohy boli tlačené písmom veľkosti 14, z dôvodu prítomného zrakového deficitu. Každý deň začínal tréningom koncentračnej zložky pozornosti a časovej orientácie. Nasledovali úlohy zamerané na krátkodobú a dlhodobú pamäť, vizuo-konštrukčné schopnosti a exekutívnu výkonnosť. Úlohy sa každý deň menili a pacient musel flexibilne reagovať na kladené požiadavky. Po jednom mesiaci po prekonaní CMP zvládol pracovať aj na úlohách s vyššou náročnosťou. Požiadavky kladené na pacienta sa zdvojnásobili, úlohy boli zložitejšie na časové trvanie ale aj náročnosť jednotlivých úloh. Príklad jedného tréningového dňa:

- úloha zameraná na pozornosť, pracovnú a dlhodobú pamäť: pacient mal za úlohu

zoradiť slová podľa abecedy, pričom slová na jedno začínajúce písmeno sa vyskytovali niekoľkonásobne a následne im priraďoval poradové číslo od 1 do 48.

- úloha zameraná na koncentráciu pozornosti, flexibilitu myslenia a pamäť: pacient mal za úlohu nájsť a zvýrazniť v texte iba mužské mená. Pod pojmom text myslíme rady písmen bez medzier. Na konci cvičenia mal pacient za úlohu vypísať, aké mená sa v texte opakovali.
- úloha zameraná na exekutívne funkcie, pracovnú pamäť a pozornosť: pacient mal za úlohu rozšifrovať slová tým, že prepisoval jednotlivé písmená na čísla. Princíp daného cvičenia môžeme poznať z Weschlerovho inteligenčného testu subtest Číselné symboly alebo Kódovanie.
- úloha zameraná na flexibilitu myslenia, dlhodobú pamäť: pacient mal za úlohu vymyslieť čo najviac slov s príponou –ov a –as, ako napríklad krov alebo kompas.
- úloha zameraná na tréning symbolických funkcií, exekutívnych funkcií, pamäť a pozornosť: pacient mal za úlohu doplniť čísla tak, aby správne vyriešil ponúknutý matematický príklad. Napríklad 16+68=3x ___, pacient mal doplniť číslo 28.
- úloha zameraná na krátkodobú pamäť: pacient mal za úlohu zapamätať si čo najviac z vypísaných slov, pričom mohol využiť akúkoľvek z ponúknutých techník pamäti ako napríklad kategorizácia. Po piatich minútach mal slová zakryť a skúsiť si spomenúť na čo najviac z celkového počtu dvadsať jeden slov.
- V poslednom cvičení mal pacient za úlohu napísať nedominantnou rukou poskytnutú vetu.
-

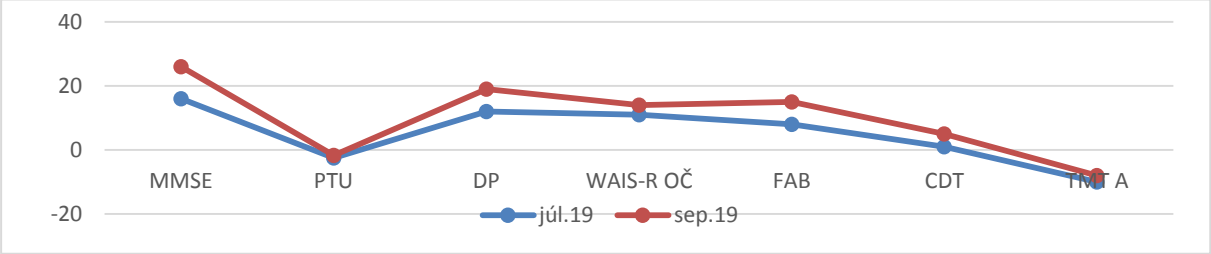
Egroterapuetické techniky rehabilitácie zraku

Pacient dostal inštruktážne video, podľa ktorého mal cvičiť v domácom prostredí každé ráno s pomocou druhej osoby. Jednotlivé cvičenia pozostávali z úloh zameraných na posilnenie zraku, rozšírenie zorného poľa, „slepých miest“, zaostrenie zraku, zníženie dvojitého videnia a vizuálnej selekcie. Príklad jedného tréningového dňa:

- pacient zrakom fixuje prst, ktorým terapeut krúži v menších a väčších kruhoch pred pacientom vo výške očí
- pacient má za úlohu zrakom fixovať stabilný predmet vo vzdialenosti cca 3 metre, kým ho terapeut drží za plecia a kolíše zo strany na stranu
- pacient má za úlohu fixovať zrakom menší predmet napríklad pero, kým ho terapeut postupne približuje až k tvári pacienta, kde ho následne drží cca päť sekúnd
- cvičenie sa opakuje s jedným okom zakrytým a naopak

Výsledky

Po dvoch mesiacoch intenzívnych neurofeedback tréningov, kognitívnej rehabilitácie s pomocou pero-papier techník a ergoterapeurickými intervenciami na zlepšenie zrakových schopností sme identifikovali zlepšenie v celkovej úrovni pozornosti a zníženie preťaženia súvisiacej s mentálnou aktivitou pacienta. V kognitívnom profile pacienta pozorujeme zlepšenie pri globálnom posúdení kognitívnej výkonnosti. Identifikovali sme zlepšenie vo verbálne-auditívnej pamäti, dlhodobej pamäti, exekutívnej výkonnosti v oblasti abstrakcie, mentálnej flexibility, interferencie, set shiftingu, plánovaní, vizuo-konštrukčných schopnostiach a psychomotorickom tempe. Zlepšila sa taktiež samostatnosť pri výkone bežných denných činností na 85%, viď. graf 2.



Graf 2 *Porovnanie dosiahnutého výkonu vo vybraných neuropsychodiagnostických metódach*

MMSE= Mini Mental State Examination, PTU= Pamäťový test učenia, DP= Vyšetrenie dlhodobej pamäti, WAIS-R OČ= subtest Opakovanie čísel, FAB= Batéria frontálnych funkcií, CDT= Test kresby hodín, TMT A= Test cesty časť A, BADLS= Bristolská škála aktivít bežného dňa

Diskusia

Po akútnej fáze CMP hrá kognitívna rehabilitácia kľúčovú úlohu. Aj keď existuje mnoho rôznych druhov potenciálnych kognitívnych tréningov, existujú rozdiely v zisteniach o účinnosti takýchto intervencií. Z dôvodu metodických obmedzení a krátkeho časového trvania prezentovaného NFT tréningu, zatiaľ nemôžeme ani v tomto prípade vyvodiť akékoľvek spoľahlivé závery o účinnosti NFT na zlepšenie kognitívnej výkonnosti pacientov po CMP. Napriek týmto obmedzeniam bolo identifikované zlepšenie kognitívnej výkonnosti u pacienta. Je dôležité si uvedomiť, že NFT ponúka užívateľom množstvo výhod vrátane vysoko individualizovaného prístupu k liečbe. Na základe teoretických úvah v súlade so zisteniami iných výskumných štúdií [18],[19],[20] predpokladáme, že NFT tréning môže pomôcť pri obnove kognitívneho výkonu pacientov po CMP a tak prispieť ku komplexnej neuropsychologickej rehabailitácii.

Literatúra

1. BARKER-COLLO S, STARKEY N, LAWES CM, FEIGIN V, SENIOR H, PARAG V. *Neuropsychological profiles of 5-year ischemic stroke survivors by Oxfordshire stroke classification and hemisphere of lesion*. Stroke. 2012;43:50–5
2. PATEL MD, COSHALL C, RUDD AG, WOLFE CD. *Cognitive impairment after stroke: Clinical determinants and its associations with long-term stroke outcomes*. J Am Geriatr Soc. 2002;50:700–6.
3. BAYS CL. *Quality of life of stroke survivors: A research synthesis*. J Neurosci Nurs. 2001;33:310–6.
4. HOCHSTENBACH JB, ANDERSON PG, VAN LIMBEEK J, MULDER TT. *Is there a relation between neuropsychologic variables and quality of life after stroke?* Arch Phys Med Rehabil. 2001;82:1360–6.
5. EBRAHIM S, NOURI F, BARER D. *Cognitive impairment after stroke*. Age Ageing. 1985;14:345–348.
6. TATEMICHI TK, DESMOND DW, STERN Y, PAIK M, SANO M, BAGIELLA E. *Cognitive impairment after stroke: Frequency, patterns, and relationship to functional abilities*. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1994;57:202–7.
7. LUXENBERG JS, FEIGENBAUM LZ. *Cognitive impairment on a rehabilitation service*. Arch Phys Med Rehabil. 1986;67:796–8.
8. HAMILTON BB, GRANGER CV. *Disability outcomes following inpatient rehabilitation for stroke*. Phys Ther. 1994;74:494–503.
9. TATEMICHI TK, FOULKES MA, MOHR JP, HEWITT JR, HIER DB, PRICE TR, et al. *Dementia in stroke survivors in the stroke data bank cohort. Prevalence, incidence, risk factors, and computed tomographic findings*. Stroke. 1990;21:858–66.
10. BARBA R, MARTÍNEZ-ESPINOSA S, RODRÍGUEZ-GARCÍA E, PONDAL M, VIVANCOS J, DEL SER T. *Poststroke dementia: Clinical features and risk factors*. Stroke. 2000;31:1494–501.
11. DESMOND DW, MORONEY JT, PAIK MC, SANO M, MOHR JP, ABOUMATAR S, et al. *Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke*. Neurology. 2000;54:1124–31.
12. DAVERY, GRAHAM. *Clinical Psychology: Topics in Applied Psychology*. Routledge, 2013.
13. SHINDO, K. et al. *Effects of neurofeedback training with an electroencephalogram-based Brain Computer Interface for hand paralysis in patients with chronic stroke: A preliminary case series study*. Journal of Rehabilitation Medicine. 2011, 43(10), p. 951-957.

14. RENTON, TIAN, et al. *Neurofeedback as a form of cognitive rehabilitation therapy following stroke: A systematic review*. PLOS ONE. 2017, 12(5).
15. VAN DOKKUM, L. et al. *Brain computer interfaces for neurorehabilitation – its current status as a rehabilitation strategy post-stroke*. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine. 2015, 58(1),p. 3-8.
16. KOBER, SILVIA et al. *Specific effects of EEG based neurofeedback training on memory functions in post-stroke victims. Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*. 2015, 12(1). ISSN 1743-0003.
17. NOVOTNÝ, M. *Biofeedback v teorii a praxi*. Grada, 2017.
18. DOPPELMAYR, MICHAEL et al. *An Attempt to Increase Cognitive Performance After Stroke With Neurofeedback*. 2007, 35, 4, p. 126-130.
19. HANSMAYR, SIMON et al. *Increasing Individual Upper Alpha Power by Neurofeedback Improves Cognitive Performance in Human Subjects*. Applied Psychophysiology and Biofeedback. 2005, 30(1), p. 1-10.
20. CHO, KIHUN et al. *The Effect of Neurofeedback Training Using Display After Stroke*. Journal of Nanoelectronics and Optoelectronics. 2016, 11(1), p.87-91.

Kontakt:
PhDr. Zuzana Droppová
Neurologická klinika
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. gen. Vesela 21
03426, Ružomberk
e-mail: droppa.zuzana@gmail.com

WPŁYW AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ NA WYBRANE WSKAŹNIKI ZDROWIA MŁODZIEŻY

Influence of physical fitness on selected health indicators among adolescents aged 16-19 years

Elżbieta Cieśla, Mariola Wojciechowska, Mrzena Cieśla

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Cel badań: Ocena aktywności fizycznej (AF), i dolegliwości bólowych u młodzieży w wieku 16-19 lat z regionu świętokrzyskiego. Ponadto określono wpływ aktywności fizycznej na dolegliwości bólowe.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono wśród młodzieży w wieku 16-19 lat z regionu świętokrzyskiego. Badania zostały zrealizowane w miesiącach marzec-kwiecień 2015 roku. Zakres badań obejmował ocenę aktywności fizycznej w oparciu o Międzynarodowy test aktywności fizycznej – wersja długa (IPAQ). Ponadto zebrano informację na temat subiektywnego poczucia zdrowia oraz występujących dolegliwości bólowych. Zmierzono wysokość i masę ciała, obliczono wskaźnik BMI. W celu określenia zależności między aktywnością fizyczną a dolegliwościami bólowymi przeprowadzono analizę korelacji rang Spearmana i analizę regresji wielokrotnej. Istotność wyników oceniono na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki badań: Zaobserwowano istotną różnicę w poziomie aktywności fizycznej w zależności od płci badanych. Istotnie aktywniejsi okazali się chłopcy zarówno w wymiarze ogólnej aktywności fizycznej ($p<0.001$), umiarkowanej ($p<0.003$), intensywnej ($p<0.001$) a także sportowo-rekreacyjnej ($p<0.001$). Oni również w porównaniu do dziewcząt znacząco lepiej postrzegają swoje zdrowie oraz sprawność fizyczną ($p<0.001$). Natomiast dziewczęta znacząco częściej odczuwały dolegliwości bólowe w obrębie pleców (górnej i dolnej części) oraz głowy ($p<0.001$). Aktywność fizyczna intensywna, sportowo-rekreacyjna, związana z przemieszczaniem się oraz ogólna zmniejszała częstotliwość dolegliwości bólowych głowy ($p<0.05$). Rzadsza zgłaszalność dolegliwości bólowych związanych z odcinkiem szyjnym kręgosłupa i dolnej i górnej części pleców towarzyszyła aktywności sportowo-rekreacyjnej ($p<0.05$). Wysoki poziom aktywności fizycznej wpływał znacząco na sporadyczne dolegliwości bólowe górnej części pleców ($\beta=0,49; p=0,046$), szyi (β: 0.51-0.56; $p<0.05$).

Wnioski: Badania sugerują pozytywny wpływ aktywności fizycznej na mniejszą częstotliwość zgłaszania różnych dolegliwości bólowych u badanej młodzieży, szczególnie aktywności sportowo-rekreacyjnej. Zachęcanie młodzieży do jak najczęstszego udziału w tego typu zajęciach prawdopodobnie może być uznawane za ruchową kompensacyjno-korekcyjną w odniesieniu do tego typu dolegliwości.

Słowa kluczowe: Aktywność fizyczna. Wskaźniki zdrowia. Dolegliwości bólowe.

Abstract

Aim of the study: assessment of physical activity (PA) and pain among adolescents aged 16-19 from the Świętokrzyskie region. In addition, the effect of physical activity on pain was determined.

Materials and methods: The study was conducted among young people aged 16-19. The research was carried out in March-April 2015.The scope of research included assessment of physical activity based on the International Physical Activity Questionnaire - long version (IPAQ).In addition, information about status of health, physical fitness condition, and frequency of pain were collected. Body mass and height were measured. Based this information BMI for each student was calculated. In order to determine the relation ship between physical activity and pain, Spearman's rank correlation analysis and multiple regression analysis were performed.The significance of results was assessedat $p \leq 0.05$.

Results: A significant difference in the level of physical activity was observed depending on the sex of the subjects.Boys were more active in terms of overall physical activity ($p < 0.001$), moderate ($p < 0.003$), vigorous ($p < 0.001$) as well as sport and recreation ($p < 0.001$).Compared to girls they declared higher level of health status, physical condition ($p<0.001$). Girls more frequently than boys hadheadache ($p<0.001$) and pain of shoulders, upper and lower back ($p<0.05$). Vigorous physical activity, sport and recreational physical and walkin reducedthe frequency of headache ($p < 0.05$).Negative correlations beteewn neck, upper and lower backpain and recreation and sport activity were noticedamong girls and boys ($p<0.05$). Multiple regression analysis confirmed positive impact of physical activity on reducing pain upperback($\beta=0,49; p=0,046$), and neckpain (β: 0.51-0.56; $p<0.05$).

Conclusion: Studies suggest a positive impact of physical activity on a lower frequency of reporting various pain in the studied adolescents, especially sports and recreation. Encouraging young people to participate in this type of activity as often as possible may be considered as a form of pain prevention.

Key words: Physicalactivity. Health status. Pain.

Kontakt:
dr n. o kf. Elżbieta Cieśla
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. IX Wieków Kielc 19a,
25-516, Kielce
e-mail: eciesla@ujk.edu.pl

VPLYV JEDNOSTRANNE ZAŤAŽUJÚCEHO ŠPORTU NA VYBRANÉ PARAMETRE POSTURY ŠPORTOVCA

Influence of unilaterally burdensome sport on selected parameters of athletes posture

Matúš Kozel, Pavol Nechvátal, Jakub Čuj, Miloslav Gajdoš, Cyril Grus

Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníckych odborov, Prešovská univerzita v Prešove

Abstrakt

Východisko Súčasný dynamický vývoj športu zapríčiňuje zvýšené nároky na pohybový systém športovca. Často sú výsledky a výkon dôležitejšie ako zdravotné hľadisko, regenerácia relax, čo má negatívny dopad na pohybový systém športujúceho.

Cieľ Cieľ našej štúdie bolo zistiť ako jednostranne zaťažujúce športy vplývajú na vznik odchýlok od prirodzeného zauhlenia piat a kolien u aktívnych športovcov.

Súbor: Do nášho výskumu bolo zaradených 40 športovcov (20 futbalistov a 20 hádzanárov), ktorí sa aktívne venujú vrcholovému športu minimálne 5 rokov. Priemerný vek respondentov bol 19,4 r.

Metóda Zisťovali sme vplyv jednostranne zaťažujúcich športov na vznik odchýlok od normy zauhlenia členkových a kolenných kĺbov a vzájomne sme to porovnali u dvoch skupín športovcov. Na diagnostiku sme použil prístrojovú diagnostickú techniku 2D Videografiu. Všetky výsledky boli štatisticky spracované. Jednou z použitých metód bol t-test pre nezávislé výbery. Túto metódu sme použili pri záverečnom hodnotí výsledkov v závislosti na športe. Ďalšou metódou, ktorú sme použili na porovnávanie parametrov s dopredu danou hodnotou, t.j. normou, je jedno výberová analýza.

Výsledky Zistili sme horšie výsledky u skupiny hádzanárov v meraní uhlov kolenných a členkových kĺbov v porovnaní s normou. Môžeme tvrdiť, že u oboch skupín respondentov je prítomná signifikantná zmena zauhleniav členkoch a kolenách na ľavej aj pravej dolnej končatine oproti príslušným normám (175º - 180º)**.** Na základe štatistickej analýzy sme zistili, že s výnimkou pravého členkového kĺbu sú *p* hodnoty nižšie ako stanovená hladina významnosti α (0,05).

Záver Výsledky našej práce potvrdili signifikantné rozdiely medzi skupinami športovcov v troch zo štyroch meraných hodnotách.Môžeme teda konštatovať, že športové jednostranné zaťaženie vplýva na niektoré parametre postury športovca a pri nedostatočnej kompenzácii tohto zaťaženia sa preťažuje jeho pohybový systém.

Kľúčové slová: Dominantná strana. FreeMedPosture. Lateralita. Postura. Preťaženie. Šport. 3D laser footscan.

Abstract

Background The current dynamic development of sport causes increased demands on the athlete's musculoskeletal system. Often the results and performance are more important than the health aspect, regeneration of relaxation, which has a negative impact on the athlete's musculoskeletal system.

Objective The aim of our study was to find out how unilaterally burdensome sports affect deviations from the natural angulation of the fifth and knee in active athletes.

File Our research included 40 athletes (20 footballers and 20 handball players) who have been actively engaged in top sports for at least 5 years. The average age of respondents was 19.4 years.

Method We investigated the influence of unilaterally burdensome sports on deviations from the ankle and knee angulation norm and we compared it in two groups of athletes. We used 2D Videography instrumentation diagnostic technique. All results were statistically processed. One method used was the t-test for independent selections. We used this method in the final evaluation of the results depending on the sport. Another method that we used to compare parameters with a predetermined value, i. the standard is one sample analysis.

Results We found worse results in the handball group in the measurement of knee and ankle angles compared to the norm. It can be argued that in both groups of respondents there is a significant change in angulation in the ankles and knees on the left and right lower limbs compared to the respective standards (175º - 180º). Based on statistical analysis, we found that, with the exception of the right ankle joint, p values are lower than the determined significance level α (0.05).

Conclusion: The results of our work confirmed significant differences between groups of athletes in three out of four measured values. It can be stated, therefore, that a sports one-sided load affects some parameters of the athlete's posture and, in the case of insufficient compensation of this load, the musculoskeletal system is overloaded.

Key words: Dominant Party. FreeMed Posture. Laterality. Posture. Congestion. Sports. 3d laser footscan.

Kontakt:
PhDr. Matúš Kozel, PhD.
Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníckych odborov,
Prešovská univerzita v Prešove
ul. 17. novembra č.15
080 01, Prešov
e-mail: matus.kozel@unipo.sk

AKCEPTACJA ROZPOZNANEJ CUKRZYCY WŚRÓD PACJENTÓW LECZONYCH W ODDZIALE INTERNISTYCZNYM

Acceptance of Diagnosed Diabetes among Patients Treated in the Internal Medicine Department

Magdalena Kozimala[1], Edyta Guty[1], Janina Zajchowska[1], Justyna Kijanka[1]

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła
Techniczno – Ekonomiczna w Jarosławiu

Streszczenie

Wstęp: Cukrzyca to jedna z najczęściej występujących na świecie przewlekłych chorób metabolicznych. Aktualnie stanowi jeden z głównych problemów jakie próbuje zwalczyć współczesna medycyna. WHO określa ją nawet mianem epidemii XXI wieku.

Cel: Celem pracy było określenie stopnia akceptacji cukrzycy przez pacjentów leczonych w oddziale internistycznym.

Metodologia badań: W pracy wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankietowania. Do przeprowadzenia badań użyto kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej. Zastosowano również „Skalę Akceptacji Choroby" (AIS – Acceptance Illness Scale). Badania przeprowadzono w okresie od października do grudnia 2016 r. w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu w Oddziale Chorób Wewnętrznych. Badaniem objęto grupę 100 pacjentów z rozpoznaną cukrzycą.

Wyniki: Zdecydowaną akceptację choroby przejawiało zaledwie 8,0 % badanych. Większą trudność w przystosowaniu się do choroby wykazywały kobiety. U osób najmłodszych stopień akceptacji choroby wyniósł średnio 27 pkt., i był istotnie statystyczny. Zdecydowanie najsłabszą akceptację choroby na poziomie istotnym statystycznie prezentowały osoby z wykształceniem podstawowym a wynosiła ona średnio 19,68 pkt. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy typami cukrzycy a poziomem akceptacji choroby. Osoby z cukrzycą typu I prezentowały silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Przedmiotem dalszych analiz wpływających na akceptację choroby stał się rodzaj stosowanego leczenia. Zauważono, że ankietowani, którzy stosują terapię mieszaną (insulinoterapia i leki doustne) zdecydowanie lepiej akceptują chorobę.

Wnioski: Większość przebadanych osób choruje na cukrzycę typu 2 i wykazuje przeciętny poziom akceptacji cukrzycy. Respondenci pozostający na terapii mieszanej (insulinoterapia i leki przeciwcukrzycowe) lepiej akceptują chorobę. Większy problem z akceptacją choroby mają kobiety, osoby starsze oraz przebadani z wykształceniem zawodowym. Respondenci

z cukrzycą typu 1 prezentują zdecydowanie gorsze przystosowanie do zaistniałej sytuacji chorobowej.

Słowa kluczowe: Cukrzyca. Akceptacja choroby. Pacjent.

Summary

Introduction: Diabetes is one of the most popular chronic metabolic diseases in the world. Nowadays it is one of main problems which modern medicine tries to fight with. WHO determines this disease as XXI century epidemic.

Aim: Thea im of the thesis is to determine the level of diabetes acceptance by the patients in internal ward.

Research methodology: Diagnostic poll and survey techniques were used in this thesis. The research were made with the help of our own questionnaire. We also used AIS – Acceptance Illness Scale. The research were made from October to December in 2016 in Medical Care Centre in Jaroslaw, Internal Disease Ward. There were 100 patients with recognized diabetes.

Results: Only 8,0 % patients accepted the disease completely. Women had many difficulties with the acceptance of the disease. The level of acceptance among the youngest patients was, on average, 27 points and it was indeed statistical. Patients with primary education presented the smallest level of disease acceptance – it was, on average, 19,68 points. There are important relations between thediebetestypes and thelevel of the disease acceptance.Patients with diabetes type 1 presented strong mental discomfort. The type of treatment was the subject of consecutive analisys. And the analisys showed that patients who hadmixed therapy (insulin and oral medicine) accepted the disease much better.

Conclusions: Most patients suffer for diabetes type 2 and the level of diabetes acceptance is ordinary. Patients Rusing Mied therapy (insulin and oral medicine) akcept the disease much better. Women, the elderly and patients with primary education have big problems with the disease acceptance. Patients who sufler for diabetes type 1 have also more problems with the disease acceptance.

Key words: Diabetes. Acceptance of the disease. Patient.

Wstęp

Cukrzyca to jedna z najczęściej występujących na świecie przewlekłych chorób metabolicznych. Aktualnie stanowi jeden z głównych problemów jakie próbuje zwalczyć współczesna medycyna. WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) określa ją nawet mianem epidemii XXI wieku.[1]

Cukrzyca zaliczana jest do grupy chorób cywilizacyjnych ściśle związanych z rozwojem cywilizacji, trybem życia, a także dietą. Nadwaga i otyłość oraz brak aktywności fizycznej, jak również zjawisko starzenia się społeczeństwa to główne przyczyny występowania cukrzycy typu2, czyli 90 % wszystkich przypadków cukrzycy. W Polsce obecnie na cukrzycę choruje ponad 2 miliony osób, z czego około 25 % stanowią chorzy nieświadomi toczącego się procesu chorobowego w ich organizmie.[2]

Każda choroba somatyczne wywołuje trudności w funkcjonowaniu, a także negatywne emocje. Zmusza do zmian lub ograniczenia w pełnionych na codzień funkcjach społecznych. Istotnym czynnikiem w procesie przystosowania się do choroby jest jej akceptacja, która w istotny sposób wpływa na obniżenie negatywnych uczuć i reakcji emocjonalnych związanych z nią oraz stwarza poczucie bezpieczeństwa.[3]

Pacjenci cierpiący z powodu cukrzycy w szczególny sposób są narażeni na niskie przystosowanie się do choroby, ponieważ z ich perspektywy jest to choroba o której nie da się zapomnieć. Osiągnięcie satysfakcjonujących wyników leczenia oraz niedopuszczenie do powikłań wymaga od chorego dużego zaangażowania i wielu wyrzeczeń. Jest on zmuszony do specyficznych dla tej jednostki chorobowej działań leczniczych takich jak częste i systematyczne pomiary glikemii, iniekcje insuliny i/lub zażywanie leków oraz przestrzeganie zaleceń dotyczących diety oraz wysiłku fizycznego. Wielu chorych może też odczuwać dyskomfort emocjonalny z powodu częstych kontaktów z personelem medycznym oraz związany z obawami przed ostrymi i przewlekłymi powikłaniami. Oprócz skutków odczuwanych w sferze fizycznej związanych z objawami choroby, ponoszą oni również straty rodzinne, społeczne, zawodowe i finansowe. Aby chory mógł sprostać tym wszystkim wyzwaniom musi starać się zaakceptować swoją chorobę, co pozwoli mu podjąć skuteczną walkę.[4]

Cel badań

Celem badań było określenie stopnia akceptacji cukrzycy przez pacjentów leczonych w oddziale internistycznym chorujących na cukrzycę.

Materiał i metody

Niniejsza praca licencjacka została napisana na podstawie badań przeprowadzonych metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu techniki ankietowania. Do przeprowadzenia badań użyto kwestionariusza ankiety konstrukcji własnej. Pytania dotyczyły: wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, czy respondent mieszka sam lub z rodziną, a także informacji dotyczących choroby takich jak: czasokres chorowania, typ cukrzycy, sposób leczenia i czy ankietowany stosując insulinę podaje ją sobie samodzielnie.

Zastosowano również „Skalę Akceptacji Choroby” (AIS – Acceptance Illness Scale) stworzona przez B. J. Felton, T. A. Revenson oraz G. A. Hinrichsen w 1984 roku. Do warunków polskich skala zaadaptowana została przez Z. Juczyńskiego [5]. Uzyskano zgodę na użycie narzędzia. Skala ma na celu pomiar stopnia akceptacji choroby u osób dorosłych. Można ją wykorzystać przy każdej jednostce chorobowej. Ocenia przystosowanie badanych do choroby na podstawie ośmiu stwierdzeń, dotyczących negatywnych konsekwencji złego stanu zdrowia. W kwestionariuszu zastosowano pięciostopniową skalę Likerta. Badany określa, w jakim stopniu zgadza się z kolejnymi stwierdzeniami, przyznając każdemu punkt od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie nie zgadzam się). Miarą stopnia akceptacji choroby jest suma wszystkich punktów. Maksymalny wynik (wysoki stopień akceptacji choroby) wynosi 40 (8x5) punktów a minimalny 8 (8x1). W przeciwieństwie do amerykańskiej wersji, w polskiej adaptacji wszystkie stwierdzenia sformułowano w sposób jednolity, opisujący trudności związane z chorobą, zatem w zastosowanym kwestionariuszu im niższa punktacja, tym mniejszy stopień akceptacji choroby.

Badania przeprowadzono w okresie od października do grudnia 2016 r. w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu przy ul. 3 Maja 70 w Oddziale Chorób Wewnętrznych po wcześniejszym uzyskaniu zgody zastępcy dyrektora ds. lecznictwa. W większości przypadków pacjenci samodzielnie wypełnili ankietę po udzieleniu instruktarzu. Kilkanaście osób ze względu na stan zdrowia i niedowidzenie potrzebowało pomocy przy jej wypełnieniu poprzez przeczytanie i zaznaczenie wybranych przez ankietowanego odpowiedzi.

Wyniki

Badaniem objęto grupę 100 pacjentów (59 kobiet i 41 mężczyzn) z rozpoznaną cukrzycą. Średnia wieku wynosiła 63,05 odchylenie standardowe 11,36. Minimum 39, maksimum 82 lata. Najliczniejszą grupę pacjentów stanowiły osoby w przedziale wiekowym 60-70 lat (32 %) oraz powyżej 70 lat (32 %), zaś najmniej liczną grupę stanowiły osoby w wieku 30-39 lat (1%). Wiek 16 % respondentów mieścił się w przedziale 40-49 lat, zaś 19 % ankietowanych w przedziale 50-59 lat.

Kolejna zmienna to miejsce zamieszkania osób ankietowanych, którzy w większości (59%) byli mieszkańcami miasta, zaś 41 % respondentów to mieszkańcy wsi.

Analizując wykształcenie zauważamy, że 10 % respondentów posiada wykształcenia wyższe, 35 % ankietowanych wykształcenie średnie, 39 % badanych to osoby z wykształceniem zawodowym, zaś 16 % probantów posiada wykształcenie podstawowe.

Na akceptację choroby ma wpływ wiele czynników. Jednym z nich może być czasokres chorowania na cukrzycę. W przeprowadzonych badaniach 11 % ankietowanych choruje na cukrzycę mniej niż 1 rok, najwięcej osób (36 %) cierpi na nią od 1 do 5 lat. Trzydzieści pięć

procent respondentów zmaga się z cukrzycą od 6 do 10 lat, zaś u 18 % probantów cukrzycę zdiagnozowano ponad 10 lat temu.

Wśród grupy badanej na cukrzycę 1 typu choruje 37 % ankietowanych, a na cukrzycę typu2 63 % respondentów.

Osiemnaście procent ankietowanych przyjmuje doustne leki przeciwcukrzycowe wspomagane insulinoterapią, a 45 % tylko leki doustne. Leczenie cukrzycy za pomocą terapii insulinowej zadeklarowało 37 % respondentów.

Wśród respondentów, którzy są na terapii insulinowej 43 % przebadanych wstrzykuje sobie insulinę samodzielnie, 12 % wymaga pomocy przy wstrzykiwaniu preparatu.

Zdecydowana większość, bo aż 82 % ankietowanych, mieszka z rodziną, zaś tylko 18 % zadeklarowało, że w domu rodzinnym zamieszkuje samotnie.

Z analizy skali AIS (tab. 1) wynika, że spośród wszystkich obszarów akceptacji choroby najwyższą średnią świadczącą o braku negatywnych emocji uzyskały pytania takie jak: „mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym (śr. 3,38). W dalszej kolejności znalazło się poczucie iż jest się ciężarem dla własnej rodziny i przyjaciół (śr. 3,18). Najniżej ze wszystkich aspektów oceniono: „Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę" (śr. 2,48) i: „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię" (śr. 2,55).

Średnia akceptacji choroby (AIS) wyniosła dla badanej grupy 23,54 pkt. co świadczyło o przeciętnej akceptacji choroby przez badanych.

Odchylenie standardowe stanowiło ponad 4,05 % wartości średniej, co z kolei świadczyło o bardzo małym zróżnicowaniu wyników AIS.

Minimum dla wyników skali AIS stanowiło 12 pkt. zaś maksimum 33 pkt. Zdecydowaną akceptację choroby przejawiało zaledwie 8,0 % badanych. Były to osoby, które uzyskały 30 i więcej punktów. Wśród tej grupy badanych średnia z każdego aspektu AIS oscylowała w granicach 3,7–4,1 punktów. Kolejne 74,0 % respondentów przejawiało przeciętną akceptację choroby, uzyskując 20–29 punktów. Pozostałe osoby (18,0 %) prezentowały praktycznie brak akceptacji choroby uzyskując poniżej 19 punktów.

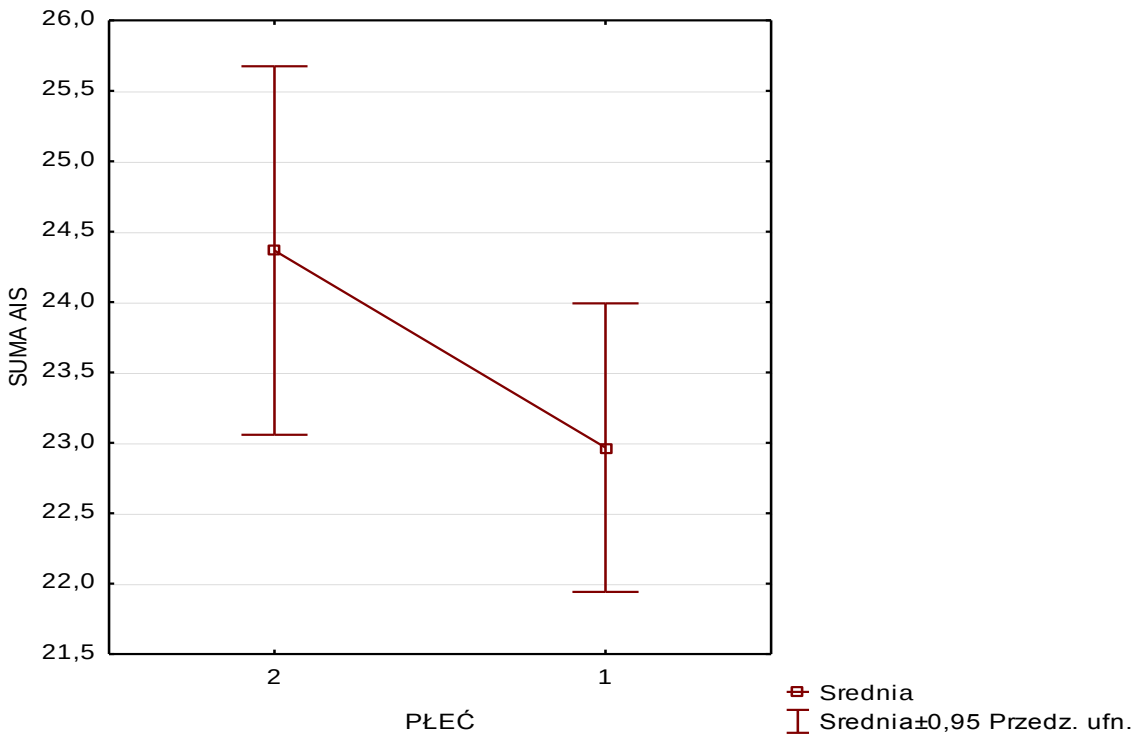
Tab. 1 *Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS*

Odpowiedź na pytania	N ważnych	Średnia	SD	MIN	MAX	Dolny kwartyl	Górny kwartyl
1. Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę.	100	2,48	1,14	1,0	5,0	2,0	3,0

Odpowiedź na pytania	N ważnych	Średnia	SD	MIN	MAX	Dolny kwartyl	Górny kwartyl
2. Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię.	100	2,55	1,19	1,0	5,0	2,0	4,0
3.Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny.	100	3,11	1,11	1,0	5,0	2,0	4,0
4. Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę.	100	2,99	1,25	1,0	5,0	2,0	4,0
5. Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół.	100	3,18	1,16	1,0	5,0	2,0	4,0
6. Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym.	100	3,38	1,14	1,0	5,0	2,0	4,0
7. Nigdy nie będę samowystarczalny w takim stopniu, w jakim chciałbym być.	100	2,68	1,14	1,0	5,0	2,0	3,0
8. Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby.	100	3,17	1,00	1,0	5,0	2,0	4,0

Sprawdzono również, czy istnieje różnica i/lub zależność między uzyskanymi wynikami akceptacji choroby a wcześniej wytypowanymi zmiennymi socjodemograficznymi. Najwyższe wyniki akceptacji choroby w pozycji „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół" prezentowali badani mężczyźni. Średni stopień akceptacji choroby wśród kobiet wyniósł 22,96 pkt., a wśród mężczyzn 24,36 pkt. Nie wykazano istotności statystycznej SUMA AIS: $F(1; 98) = 2,9333$; $p = 0,0899$; $KW\text{-}H(1; 100) = 1,6312$; $p = 0,2015$. Z poniższego wykresu

wynika, że mężczyźni nieznacznie, ale bardziej akceptują chorobę. Średnie wyniki odnoszące się do poszczególnych stwierdzeń z podziałem na płeć przedstawia wykres 1.



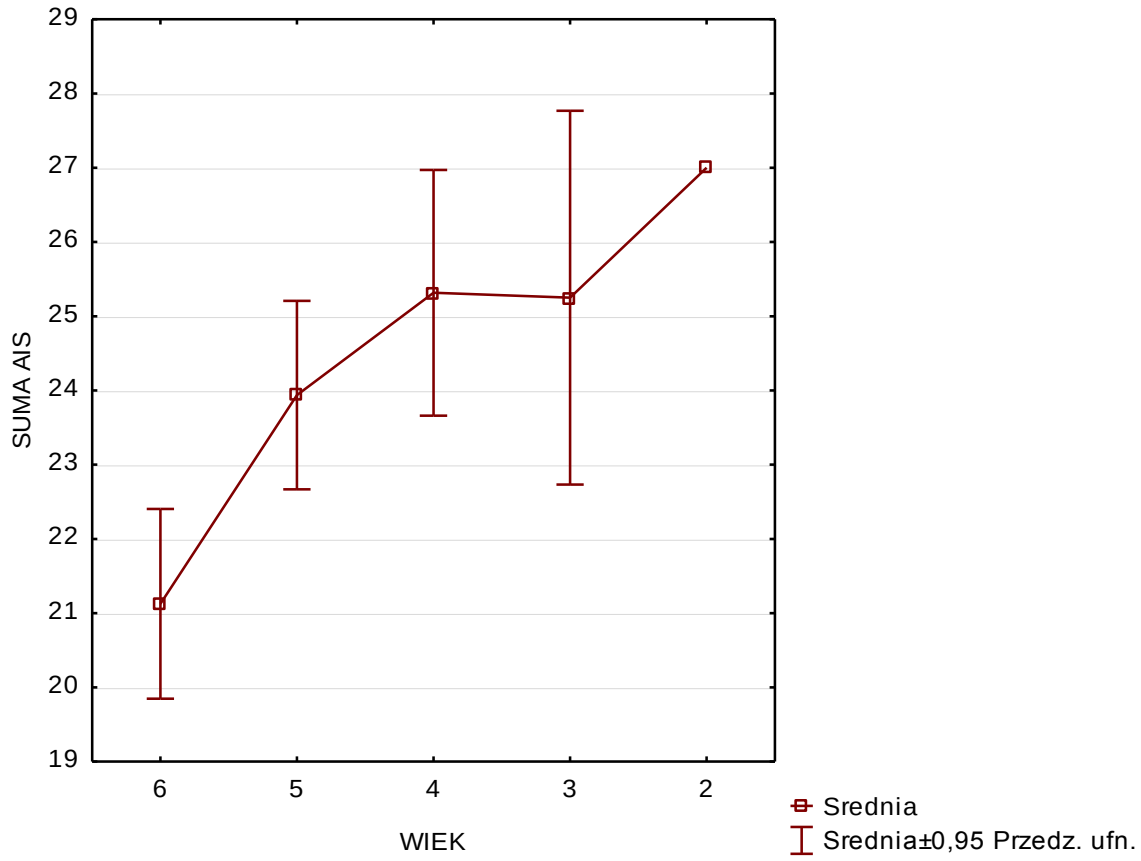
Wykres 1. *Średnie wyniki AIS w zależności od płci.*

Większą trudność w przystosowaniu się do choroby wykazują kobiety. Płci żeńskiej najtrudniej pogodzić się z zależnością od innych. Chore kobiety zdecydowanie częściej czują się niepotrzebne i również częściej przyznają, iż mają kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń będących skutkiem choroby. Najtrudniejsze w chorobie według mężczyzn jest to, iż uniemożliwia ona wykonywanie czynności, które sprawiały największą przyjemność. U mężczyzn tak samo jak i u kobiet pojawiają się kłopoty z przystosowaniem się do nowego sposobu funkcjonowania, a także, wzrasta poczucie winy że nie są samowystarczalni, a wręcz przeciwnie - bardziej zależni od innych. Zarówno kobiety jak i mężczyźni najbardziej wypunktowali stwierdzenie ostatnie ze skali AIS „ myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby”

U mieszkańców miast zwiększała się akceptacja choroby w pozycjach „z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię” ($p<0,001$) „choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny” ($p<0,001$) i „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” ($p<0,001$).

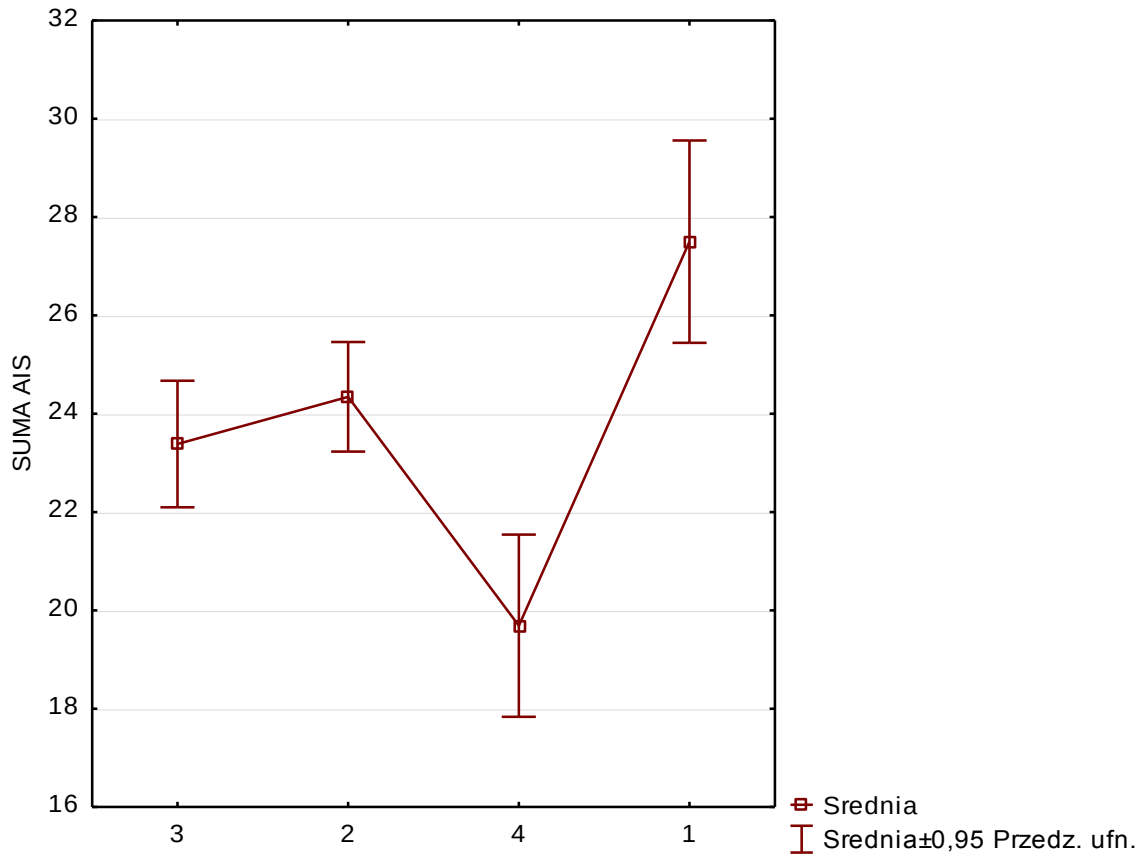
U osób najmłodszych pomiędzy 30 r. ż. a 39 r. ż. stopień akceptacji choroby wyniósł średnio 27 pkt., i był istotnie statystyczny. SUMA AIS: $F(4; 95) = 5,5821$; $p = 0,0004$; KW-H(4; 100) = 21,5443; $p = 0,0002$. Najniższy wskaźnik stopnia akceptacji choroby zanotowano

u badanych powyżej 70 r. ż. wyniósł on średnio 21,1 pkt. Średnie wyniki odnoszące się do poszczególnych stwierdzeń zawartych w kwestionariuszu z podziałem na wiek przedstawia wykres 2.



Wykres 2. *Średnie wyniki akceptacji choroby w zależności od wieku.*

Analizując poziom wykształcenia zauważono, że respondenci z wyższym wykształceniem odczuwali dużo pozytywnych emocji, średnia punktów wynosiła 27,5. Probanci z wykształceniem średnim trochę mniej, średnia wyniku wynosiła 24,34 pkt. Średnia wyniku dla ankietowanych z wykształceniem zawodowym wynosiła 23,38 pkt. Zdecydowanie najsłabszą akceptację choroby na poziomie istotnym statystycznie prezentowały osoby z wykształceniem podstawowym a wynosiła ona średnio 19,68 pkt. SUMA AIS: $F(3;96) = 11,0211$; $p = 0,00000$; KW-H(3;100) = 25,5147; $p = 0,00001$



Wykres 3. Średnie wyniki poziomu akceptacji choroby w zależności od wykształcenia.

Nie wykazano statystycznej zależności pomiędzy czasem trwania choroby a poziomem przystosowania się do schorzenia SUMA AIS: F(3;96) = 0,6969; p = 0,5562; KW-H(3;100) = 1,8044; p = 0,6140.

Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy typami cukrzycy a poziomem akceptacji choroby. Osoby z cukrzycą typu I prezentują silne poczucie dyskomfortu psychicznego SUMA AIS: F(1;98) = 10,6256; p = 0,0015; KW-H(1;100) = 7,8762; p = 0,0050.

Przedmiotem dalszych analiz wpływających na akceptację choroby stał się rodzaj stosowanego leczenia. W badaniach własnych zauważono, że pacjenci, którzy stosują terapię mieszaną (insulinoterapia i leki doustne) zdecydowanie lepiej akceptują chorobę. SUMA AIS: F(2;97) = 5,3339; p = 0,0063; KW-H(2;100) = 7,9076; p = 0,0192

Kolejną analizowaną zmienną stała się akceptacja choroby a sposób podawania insuliny (samodzielny czy z pomocą) SUMA AIS: F(2; 97) = 7,7749; p = 0,0007; KW-H(2;100) = 11,898; p = 0,0026. W badaniach własnych wykazano istotną zależność. Pacjenci, którzy nie podawali sobie insuliny samodzielnie wykazywali zdecydowanie gorsze przystosowanie się do choroby.

Dyskusja

Cukrzyca to schorzenie o niezwykle podstępnym przebiegu. Mimo konsekwencji, jakie wywołuje niekontrolowana cukrzyca, nie wszyscy chorzy przestrzegają zaleceń. Z kolei powikłania zwiększają liczbę hospitalizacji oraz wzrost śmiertelności wśród chorych na cukrzycę.

Sposób, w jaki chory przyjmie diagnozę o cukrzycy, oraz jakie będzie jego dalsze postępowanie zależą od wielu czynników, znaczenie mają; wiek w momencie zachorowania, statut materialny, osobowość oraz cechy charakteru i wiele innych czynników.

Według Chomki [6] choroba staje się wyzwaniem dla człowieka i należy sprostać wymaganiom nowej rzeczywistości, aby zmierzyć się z cukrzycą. W opinii psychologicznej charakter tych prób jest uzależniony od wielu czynników, takich jak: rodzaj i typ schorzenia, wiek, płeć, wykształcenie, poziom inteligencji, osobowość, styl radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych [6]. Droga do osiągnięcia akceptacji przewlekłej choroby zawsze jest jednak trudna i wieloetapowa. Do głównych etapów należą: zaprzeczenie, lęk i izolacja, gniew i złość, targowanie się, depresja, pogodzenie się i akceptacja. Nie zawsze jednak występują wszystkie etapy, a czasem chorzy przechodzą po kilka razy przez niektóre etapy. Ważne jest, aby chory był świadomy tych wszystkich emocji, których doświadcza, aby rozważał wiele kwestii, zastanawiał się nad nimi, próbował je przewartościować — to prowadzi do pełnej lub całkowitej akceptacji cukrzycy, która pozwoli cieszyć się z życia. Tylko akceptacja ograniczeń powodowanych przez chorobę umożliwi rozwój motywacji, realizację celów i pokonywanie trudności w cukrzycy [6]. Badania własne wykazały, że akceptacja choroby była na przeciętnym poziomie, jednak poszczególne wyniki skali AIS znacznie się różniły. Chorobę w stopniu zdecydowanym akceptowało jedynie osiem osób. Kolejne siedemdziesiąt cztery osoby akceptowały chorobę w stopniu przeciętnym, a pozostali badani prezentowali praktycznie brak akceptacji choroby. A zatem badani w różnym stopniu akceptują cukrzycę. Kurowska i wsp.[7] w przeprowadzonych badaniach uważa, że zdecydowaną akceptację choroby przejawiało zaledwie 31,6% pacjentów, były to osoby, które uzyskały powyżej 30 pkt. Zatem średnia z każdego aspektu AIS oscylowała w granicach 4–5 pkt. [7]. Znacznie lepszą akceptację choroby z rozpoznaną dyskopatią kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego dostrzegamy w badaniach Kułak i Kędzior [8] zauważono brak akceptacji choroby w skali AIS u 25,8% pacjentów, średnią akceptację u 29%, a dobrą akceptację schorzenia u 48,3% osób. Badania prowadzone przez Moczydłowską i wsp.[9] wykazały wysoki poziom akceptacji choroby u większości pacjentów w oddziałach zachowawczych i stanowiły one czterokrotność odsetka stwierdzonego wśród badanych z oddziałów zabiegowych. W przeprowadzonych badaniach własnych większy problem z akceptacją choroby mają kobiety oraz osoby starsze. Kurowska i wsp. w swoich badaniach nie odnotowali istotnej statystycznie różnicy pod względem płci w kwestii akceptacji choroby i jej pozycji [7].

Uwzględniając wiek, badania prowadzone przez Moczydłowską i wsp.[9] wykazały, że u osób po 70 roku życia występuje najniższy stopień akceptacji choroby.

W prowadzonych badaniach własnych wyższe wykształcenie wpływa na lepsze przystosowanie się do choroby. Nie potwierdzają tego wyniki badań Moczydłowskiej i wsp.[9]. Z przeprowadzonych badań wynika, że wykształcenie nie miało zbyt dużego wpływu na stopień akceptacji choroby. Analizy wskazują, że osoby z cukrzycą typu I prezentują silne poczucie dyskomfortu psychicznego a ci którzy stosują terapię mieszaną (insulinoterapia i leki doustne) zdecydowanie lepiej akceptują chorobę. W badaniach Kurpas i wsp. [10] w najwyższym stopniu cukrzycę akceptują leczeni niefarmakologicznie (37 pkt.) u pacjentów przyjmujących wyłącznie doustne leki hipoglikemiczne stwierdzono wyższy poziom akceptacji choroby (31 pkt.) w porównaniu z przyjmującymi insulinę (28 pkt.) oraz leczonymi leczeniem skojarzonym (26 pkt.) [10]. Kolejnej analizie poddano czasokres trwania choroby i potwierdzono, że nie wpływa on na stopień akceptacji choroby. W badaniach Marzec i wsp. [11] uzyskano takie same wyniki badań [11].

Podsumowując akceptacja choroby jest najważniejszym elementem w procesie przystosowania się do życia z chorobą, związanym ze stopniem nasilenia negatywnych reakcji emocjonalnych wywołanych przez nią.

Wnioski

Większość przebadanych osób choruje na cukrzycę typu 2 i wykazuje przeciętny poziom akceptacji cukrzycy. Respondenci pozostający na terapii mieszanej (insulinoterapia i leki przeciwcukrzycowe) lepiej akceptują chorobę. Większy problem z akceptacją choroby mają kobiety, osoby starsze oraz przebadani z wykształceniem zawodowym. Respondenci z cukrzycą typu 1 prezentują zdecydowanie gorsze przystosowanie do zaistniałej sytuacji chorobowej.

Literatura:

1. SIERADZKI J. CUKRZYCA. Tom 1. Via Medica 2006; 170 - 219.
2. Minister Zdrowia."Narodowy program profilaktyki i edukacji diabetologicznej" na rok 2012. Warszawa 2011; s. 6-7.
3. NIEDZIELSKI E, HUMENIUK P, BŁAZIAK D, FEDORUK. F. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. Wiadomości lekarskie 2007; 60 (5-6), s. 224.
4. PIETRZYKOWSKA E, ZOZULIŃSKA D, WIERUSZ-WYSOCKA B. Jakość życia chorych na cukrzycę. Polski Merkuriusz Lekarski 2007; 27, s. 311.

5. JUCZYŃSKI Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001; 168-172.
6. CHOMKA M. Materiał edukacyjny — cukrzyca typu 2. Diabetyk. 2010; 10: 1–27.
7. KUROWSKA K, RUMIŃSKA B. Akceptacja choroby i radzenia sobie ze stresem u osób po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego. Pielęg Chir Angiol 2011; 4: 203-210.
8. KUŁAK W, KONDZIOR D. Dyskopatia kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w korelacji z natężeniem bólu, depresją i akceptacją choroby. Probl Hig Epidemiol 2010; 91: 153
9. MOCZYDŁOWSKA A, KRAJEWSKA – KUŁAK E, KÓZKA M, BIELSKI K. Stopień akceptacji choroby przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. Pielęg Chir Angiol 2014; 2: 62-70.
10. KURPAS. D., CZECH T., MROCZEK B. Akceptacja choroby pacjentów z cukrzyca. Family Medicine & Primary Care Review 2012; 14, 3: 383–388
11. MARZEC A, ANDRUSZKIEWICZ A, BANASZKIEWICZ M. Poczucie koherencji, akceptacja choroby a funkcjonowanie w chorobie przewlekłej osób chorych na chorobę nerek i chorych na cukrzycę, hemodializowanych – doniesienia wstępne. Pielęgniarstwo XXI Wieku 2011; 2 (35): 51–56.

Kontak:
dr n. med.Magdalena Kozimala
Instytut Ochrony Zdrowia
Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno – Ekonomiczna w Jarosławiu
ul Czarnieckiego 16
37-600 Jarosław
e-mail:kozimala@op.pl

INDIKOVANOSŤ VÝJAZDOV K DIAGNÓZE VÝZVY – BOLESTI NA HRUDNÍKU

Indications of Emergency Call to Patients with Chest Pain

Alexandra Petríčková Šťastná, Barbora Valjentová

Angiologické oddelenie, Fakultná nemocnica Trenčín

Abstrakt

Kardiovaskulárne ochorenia sú najčastejšou príčinou úmrtnosti vo vyspelých krajinách. Koronárne postihnutie myokardu je na prvom mieste ako príčina úmrtia. Zásada liečby akútneho koronárneho syndrómu v prednemocničnej etape je bojom o čas. Cieľom zásahu je minimalizovať rozsah poškodenia myokardu, zabrániť dyskomfortu pacienta a správne smerovať zaisteného pacienta.

Vzhľadom na rastúcu tendenciu zdravotných zásahov posádok ZZS k diagnózam, ktoré zahŕňajú poškodenie myokardu (široké spektrum kardiálnych, či iných ochorení), sme sa rozhodli zamerať náš odborný príspevok na problematiku výjazdov posádok ZZS k diagnóze výzvy – bolesti na hrudníku. Nebezpečenstvo, ktoré plynie z dlhodobého zneužívania systému ZZS predstavuje zahltenie systému, pracovné preťaženie záchranárov, syndróm vyhorenia, nedostupnosť posádky pri zdvojených výzvach, podcenenie závažnosti výzvy a minimum rezerv pre mimoriadnu udalosť (Slabý M, et urgentní medicína, 2019). Je potrebné zdôrazniť narastajúcu tendenciu populácie preceňovať symptómy sprevádzajúce chvíle pred rozhodnutím využiť telefonát na operačné stredisko ZZS. Okrem volaní spôsobených zlým vyhodnotením situácie sú nezriedkavé aj účelové zneužitia tiesňovej linky. Taktiež chronické stavy pre ktoré sa v mnohých prípadoch ľudia rozhodnú alarmovať práve záchrannú zložku integrovaného záchranného systému.

Hlavným cieľom našej štúdie bolo vyhodnotiť skutočný počet indikovaných, respektíve diferenciálnou diagnostikou dokázaných, akútnych koronárnych syndrómov. Parciálnym cieľom bolo identifikovať jednotlivé diagnózy a znázorniť (periodicitu, výskyt) osobitých ochorení.

Štúdia prináša zaujímavý pohľad na ucelenú prácu jednotlivých častí zdravotného systému od jeho základov, ktoré predstavuje urgentná zdravotná starostlivosť ako primárna zdravotná starostlivosti až po terciárnu zdravotnú starostlivosť predstavujúcu vysoko špecializované kardiocentrá.

Kľúčové slová: Akútny koronárny syndróm. Infarkt myokardu. Prednemocničná zdravotná starostlivosť. Bolesti na hrudníku. Perkutánna koronárna intervencia.

Abstract

Cardiovascular diseases are the most common cause of mortality in developed countries. Coronary disability of the myocardium is the first cause of death. The principle of treating acute coronary syndrome in the pre-hospital phase is a struggle for time. The aim of the intervention is to minimize the extent of myocardial damage, prevent the patient's discomfort, and direct the secured patient correctly.

Due to the increasing tendency of medical interventions of EMS crews to diagnoses that include myocardial damage (a wide range of cardiac or other diseases), we decided to focus our expert contribution on the issue of EMS crews trips to the diagnosis of challenge - chest pain. The dangers of long-term abuse of the EMS system include overloading the system, overloading rescuers, burn-out syndrome, crew unavailability in double calls, underestimating the severity of the call, and minimum reserves for emergencies (Slabý M, et urgentní medicína, 2019, p. 38). It is necessary to stress the increasing tendency of the population to overestimate the symptoms accompanying the moment before the decision to use the EMS call. In addition to calls caused by poor assessment of the situation, there are also rare misuse of the emergency line. Also chronic conditions for which in many cases people decide to alarm just the rescue component of the integrated rescue system.

The main aim of our study was to evaluate the actual number of acute coronary syndromes indicated or differential diagnosis, respectively. The partial aim was to identify individual diagnoses and to display (periodicity, incidence) of specific diseases.

The study provides an interesting insight into the comprehensive work of individual parts of the health system from its basics, which represents urgent health care as primary health care to tertiary health care, representing highly specialized cardiocentres.

Keywords: Acute coronary syndrome. Heart attack. Pre – hospital health care. Chest pain. Percutaneous coronary intervention.

Kontakt:
Mgr. Alexandra Šťastná
Fakultná nemocnica Trenčín
Legionárska 28
91101, Trenčín
tel.: 0907161333
e-mail: alexandra.stastna@fntn.sk

ČO VŠETKO DOKÁŽE TUBERKULÓZA

What can tuberculosis do

Ivan Solovič, Lukáš Kober, Igor Porvazník

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstract

Tuberkulóza je primárne socioekonomický problém spojený s preľudnením, nedostatočnou hygienou, nedostatkom vody a obmedzeným prístupom k zdravotnej starostlivosti. Nedostatok dobre organizovanej zdravotníckej infraštruktúry na vyhľadávanie prípadov a liečbu tuberkulózy komplikuje kontrolu ochorenia. Náklady na diagnostiku a liečbu tohto ochorenia sú pre všetkých pacientov vo väčšine krajín sveta bezplatné, a aj napriek týmto skutočnostiam v 21. storočí umierajú na tuberkulózu tisícky žien, mužov a detí. Aj napriek desiatkam tisíc úmrtí na toto závažné infekčné ochorenie dosiahla spoločnosť, jednotlivé vlády, zdravotnícke systémy a súkromný sektor významné pokroky, ktoré vedú k znižovaniu incidencie a úmrtnosti pacientov. Zdroje zdravotnej starostlivosti sa musia použiť na maximalizáciu zlepšenia zdravia populácie, čo úzko súvisí s prioritami, ktoré zabránia vzniku nerovností v poskytovaní zdravotnej starostlivosti na úrovni komunít. Slovensko patrí tie krajiny sveta, kde je tuberkulóza pod kontrolou. Viac ako 80 % úspešnosť liečby, zvýšený dohľad nad rizikovými komunitami formou komunitnej intervencie s podporou asistentov ochrany zdravia, štandardizované postupy v diagnostike a liečbe.

Kľúčové slová: Tuberkulóza. Epidemiologická situácia. Situácia na Slovensku.

Abstract

Tuberculosis is primarily a socio-economic problem associated with overpopulation, poor hygiene, water scarcity and limited access to health care. The lack of a well-organized medical infrastructure for search and treatment of tuberculosis complicates disease control. The cost of diagnosing and treating the disease is free for all patients in most countries around the world, and despite this, thousands of women, men and children are dying of tuberculosis in the 21st century. Despite tens of thousands of deaths from this serious infectious disease, society, governments, health systems and the private sector have made significant progress in reducing the incidence and mortality of patients. Health care resources must be used to maximize the improvement of population health, which is closely linked to priorities that will prevent the emergence of inequalities in community-based healthcare provision. Slovakia

belongs to those countries of the world where tuberculosis is under control. More than 80% success rate of treatment, increased surveillance of high-risk communities through community intervention supported by health care assistants, standardized procedures in diagnosis and treatment.

Key words: Tuberculosis. Epidemiological situation. Situation in Slovakia.

Úvod

Každý rok si 24. marca pripomíname Svetový deň tuberkulózy, aby sme zvýšili povedomie verejnosti o ničivých zdravotných, sociálnych a ekonomických dôsledkoch TBC a zvýšili úsilie o ukončenie jej globálnej epidémie. Dátum označuje deň v roku 1882, keď Dr. Robert Koch oznámil, že objavil baktériu, ktorá spôsobuje tuberkulózu, ktorá otvorila cestu k diagnostike a liečbe tohto ochorenia. Tuberkulóza zostáva najsmrteľnejším infekčným zabijakom na svete. Takmer 4500 ľudí každý deň zomiera na tuberkulózu – na ochorenie, ktorému možno predísť a vieme ho liečiť. Globálne úsilie v boji proti tuberkulóze od roku 2000 zachránilo odhadom 54 miliónov životov a znížilo mieru úmrtnosti na tuberkulózu o 42%. Hlavy štátov prijali na Valnom zhromaždení OSN na vysokej úrovni v septembri 2018 záväzok ukončiť tuberkulózu. Téma Svetového dňa TBC 2019 – **„Je čas“** - kladie dôraz na naliehavosť konať na základe záväzkov globálnych lídrov:

- rozšíriť prístup k prevencii a liečbe;
- budovať zodpovednosť;
- zabezpečiť dostatočné a udržateľné financovanie vrátane výskumu;
- podporovať ukončenie stigmatizácie a diskriminácie.

V tento Svetový deň tuberkulózy, WHO vyzýva vlády, dotknuté komunity, organizácie občianskej spoločnosti, poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a národných ako aj medzinárodných partnerov, aby zjednotili sily pod záštitou „Find. Treat. All. #EndTB”, s Globálnym fondom a Partnerstvom Stop TB s cieľom urýchliť reakciu na tuberkulózu a zabezpečiť prístup k starostlivosti v súlade s celkovým úsilím WHO smerujúcim k dosiahnutiu univerzálneho zdravotného pokrytia (1).

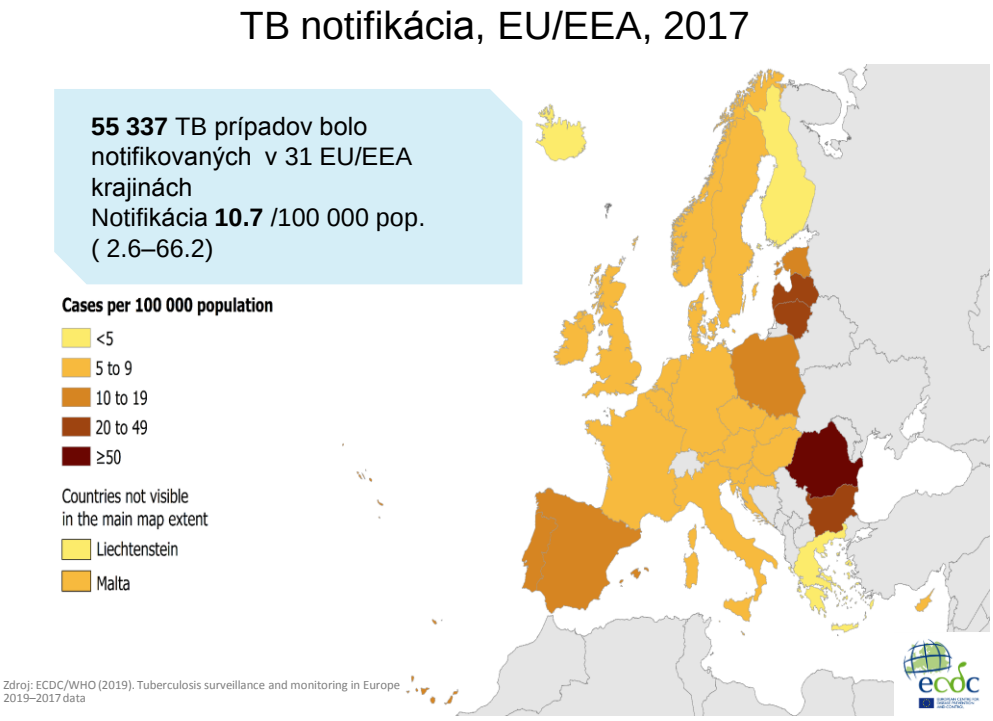
Epidemiologická situácia v Európe

V roku 2017 bolo v európskom regióne WHO hlásených viac ako 280 000 prípadov tuberkulózy. Tuberkulóza zostáva hlavným problémom verejného zdravia v európskom regióne Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), vrátane krajín Európskej únie / Európskeho hospodárskeho priestoru (EÚ/EHP). Epidemické vzorce a trendy sa značne líšia, pričom EÚ/EHP sa približuje k nízkej úrovni výskytu 10 na 100 000 obyvateľov, zatiaľ čo v regióne je deväť z 30 krajín s najvyššou záťažou rezistentných foriem tuberkulózy voči

viacerým dostupným liekom. Celkovo klesla mortalita tuberkulózy a výskyt incidencie. Napriek značnému pokroku dosiahnutému v boji proti tomuto ochoreniu, krajiny stále čelia rôznym výzvam pri dosahovaní cieľa ukončiť epidémiu tuberkulózy v regióne (ECDC, 2019).

V roku 2017 bolo hlásených 55 337 prípadov tuberkulózy v 31 krajinách Európskej únie a Európskeho hospodárskeho priestoru (EÚ/EHP), čo malo za následok mieru notifikácie 10,7 na 100 000 obyvateľov v EÚ/EHP. Celková miera notifikácie a miera vo väčšine krajín v posledných piatich rokoch klesá. Zo všetkých notifikovaných prípadov tuberkulózy bolo novo diagnostikovaných 39 903 (72,1 %) a 37 700 (68,1 %) bolo potvrdených kultiváciou alebo testom amplifikácie nukleových kyselín. Vo všeobecnosti dospelé vekové skupiny mali vyššiu mieru notifikácie nových a relapsov tuberkulózy ako deti mladšie ako 15 rokov. Deti mladšie ako 15 rokov predstavovali 4,4% všetkých nových prípadov a prípadov relapsu tuberkulózy čo zodpovedá miere notifikácie 2,9 na 100 000 obyvateľov. Najvyššie miery medzi 0 – 4 - ročnými boli zaznamenané v Bulharsku a Rumunsku. Na jeden prípad diagnostikovaný u ženy pripadajú dva prípady u mužov. 33 % všetkých prípadov tuberkulózy hlásených v EÚ / EHP malo zahraničný pôvod.

Multirezistentná tuberkulóza (MDR-TB) bola hlásená u 1041 (3,8 %) z 27 339 prípadov s príslušnými výsledkami liekovej citlivosti - DST a naďalej je najvyššia (viac ako 10%) v troch pobaltských štátoch. X- liekovo rezistentná tuberkulóza (XDR-TB) bola hlásená u 24,3 % zo 770 prípadov MDR-TB testovaných na druhú líniu liekovej citlivosti.

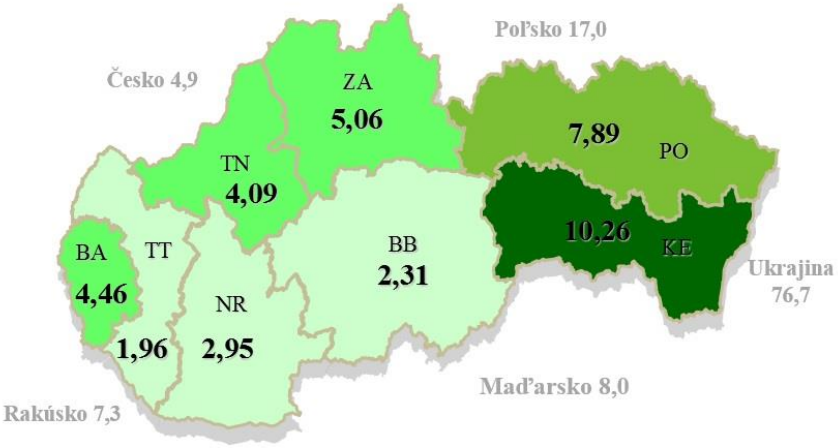


***Obr. 1** Počet prípadov TBC na 100 tis. obyvateľov EU/EEA 2017 (2)*

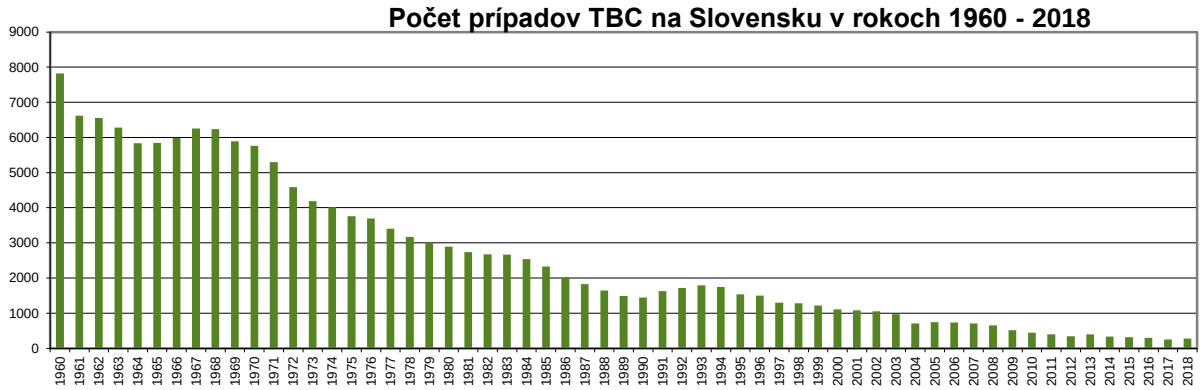
Aktuálna situácia na Slovensku

Slovensko patrí medzi najlepšie štáty z pohľadu ochrany zdravia občanov pred tuberkulózou. Na Slovensku máme vysoký štandard liečebných a preventívnych postupov TBC, napriek tomu existujú oblasti a rizikové skupiny, ktoré musia byť pod kontrolou (3).

Pri zhoršení sociálno–ekonomických podmienok obyvateľstva dochádza k vzostupu výskytu tuberkulózy. Prognózy poklesu incidencie tuberkulózy na Slovensku aktuálne v 80-tych rokoch 20. storočia sú dnes už len utópiou. V roku 1960 bolo registrovaných 7817 prípadov tuberkulózy. Podľa údajov Národného registra tuberkulózy došlo do roku 1970 k poklesu absolútneho počtu hlásených ochorení. V druhej polovici osemdesiatych rokoch bol pokles ešte výraznejší. V roku 2002 bolo nahlásených 1053 prípadov novozistenej tuberkulózy a 2003 sa po prvý krát počet novozistených prípadov nedostal ani na tisíc. V dnešnej dobe je situácia na Slovensku stabilizovaná. V roku 2018 bolo do Národného registra TBC nahlásených 281 prípadov TBC, čo je 5,18/100 tis. obyvateľov z toho rómskeho pôvodu bolo 75 prípadov (26,69 %). V 244 prípadoch išlo o pľúcnu formu tuberkulózy a v 37 prípadoch o mimopľúcnu formu tuberkulózy. O recidívu tuberkulózy išlo v 21 prípadoch. V detskej populácii sa toto ochorenie vyskytlo v 40 prípadoch. Až 87,5 % (35 prípadov) tvorili deti rómskeho pôvodu. Z 281 prípadov pre ťažkosti bolo zistených 197 prípadov, pri kontrole evidovaných 8 prípadov, v rámci vyšetrenia kontaktov 35 (27 prípadov u pacientov rómskeho pôvodu), pri preventívnej prehliadke 16 prípadov a pri pitve 2 prípady. V roku 2018 bol zahlásený jeden prípad koinfekcie TBC a HIV. Podľa geografického rozloženia v Slovenskej republike najhoršou oblasťou s najvyšším výskytom tohto ochorenia je oblasť Košického kraja 10,26/100 tis. obyvateľov. Najnižší výskyt zaznamenávame v Trnavskom a Banskobystrickom kraji (obr.2) (4).



Obr. 2 *Grafické znázornenie incidencie TBC v jednotlivých regiónoch Slovenska v roku 2018* (4).



Obr. 3 *Situácia TBC na Slovensku – historický prehľad (4)*

Tab. 1 *Výskyt detskej TBC na Slovensku v roku 2018 (4)*

Rok	Spolu TBC	Deti všetky	Na 100 tis. detí	Rómske deti	% z detskej TBC
2007	708	16	1,9	9	56,3
2008	652	14	1,7	13	92,9
2009	513	11	1,3	9	81,8
2010	443	11	1,3	10	90,9
2011	399	17	2,5	14	82,4
2012	345	19	2,3	19	100,0
2013	401	38	4,6	33	86,8
2014	336	46	5,5	39	84,8
2015	317	67	8,1	53	79,1
2016	296	61	7,3	50	80,2
2017	249	46	5,5	44	95,7
2018	281	40	4,71	35	87,5

Záver

Liečba TBC by nemala byť obmedzená len na nároky kladené na liečbu po klinickej a farmakologickej stránke, teda starostlivosť by nemala byť obmedzená na biologické hľadisko. Namiesto toho je potrebné komplexné sociálne a kultúrne zázemie a podpora zo strany štátu. Aj napriek nízkej incidencii a vysokému percentu úspešnosti liečby pacientov s tuberkulózou na Slovensku predstavuje toto ochorenie výrazný problém najmä u ľudí, ktorí

pochádzajú zo sociálne slabšieho prostredia. Aj naďalej vidíme problémy v nízkom podiele laboratórne overených prípadov tuberkulózy, väčšina prípadov je odhalená až pre ťažkosti, máme vyšší výskyt detskej tuberkulózy, epidemický výskyt tuberkulózy u sociálne slabších skupín obyvateľstva, nevyhli sme sa výskytu X-DRTB a pretrvávajú problémy v liečbe MDR-TB. Aj napriek tomu, že Slovensko patrí v úspešnosti liečby na tretie miesto spomedzi krajín EU/EEA (2), je nevyhnutné pracovať na zlepšení spolupráce s rizikovými komunitami. V roku 2017 bolo v Národnom ústave tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie Vyšné Hágy vyškolených 95 asistentov osvety zdravia v problematike TBC. V roku 2018 absolvovalo školenie spolu 105 terénnych pracovníkov.

Literatúra

1. WHO. 2019. World tuberculosis day. [online]. 2019, [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/03/24/default-calendar/world-tb-day-2019
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, 2019. [online]. 2019, [cit. 2019-04-22]. Dostupné z: https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2019
3. SOLOVIČ, I., ROZBORILOVÁ, E., LITTVA, V., ŠVECOVÁ, J. 2010. *Tuberkulóza pre prax sestry*. 1. vyd. Ružomberok : Verbum. 2010. 218 s. ISBN 978-80-8084-582-7.
4. Národný register TBC (NRT). [online]. 2019, [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: http://int.vhagy.sk/hagy/?q=analyza-situacie-tbc-na-slovensku

Kontakt:

doc. MUDr. Ivan Solovič CSc.,
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 28
03401, Ružomberok
e-mail: ivan.solovic@ku.sk

ZDROWIE W SYSTEMIE WARTOŚCI MŁODZIEŻY W OKRESIE ADOLESCENCJI

Health in the System of Adolescents' Values

Mariola Wojciechowska, Monika Szpringer, Elżbieta Cieśla

Wydział Pedagogiczny i Artystyczny, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Cel badań: Określenie miejsca wartości „zdrowie" w systemie wartości młodzieży szkół ogólnokształcących i zawodowych oraz ich rodziców. Ustalenie korelacji między czynnikami społeczno-demograficznymi a uznawaniem wartości zdrowia.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono w 2017 roku, wśród młodzieży w wieku 16-19 lat oraz ich rodziców z regionu świętokrzyskiego. Ogółem w badaniach uczestniczyło 1055 uczniów różnych typów szkół oraz 627 rodziców. W badaniach wykorzystano Skalę Wartości – Value Survey (RVS) Miltona Rokeacha (polska adaptacja P. Brzozowskiego). Ponadto zebrano informacje dotyczące danych społeczno-demograficznych charakteryzujące poszczególne grupy badawcze. Wyniki opracowano z wykorzystaniem pakietu statystycznego SPSS (korelacja rang Spearmana, test F, test Schaffego). Istotność wyników oceniono na poziomie $p \leq 0,05$.

Wyniki badań: Zdrowie jest wartością wysoko ceniona zarówno przez młodzież jak i jej rodziców. Płeć, miejsce zamieszkania, typ szkoły, wykształcenie rodziców nieznacznie różnicują uznanie dla wartości zdrowie. Zaobserwowano istotną różnicę w odniesieniu do zmiennej płeć oraz wiek, kobiety i starsi badani oceniają wartość zdrowia wyżej. W obu grupach zaobserwowano znaczne podobieństwa uznania wartości zdrowie.

Wnioski: Badania wskazują na wysoką rangę wartości zdrowia w hierarchii wartości młodzieży, co wynika między innymi z oddziaływania rodziny, szkoły i środowisk lokalnych. Uzyskane ustalenia z badań dają podstawę do tworzenia właściwych modeli pedagogicznego oddziaływania na młodzież, w tym działań profilaktycznych.

Słowa kluczowe: Zdrowie. System. Hierarchia wartości. Młodzież. Dorośli.

Abstract

Aim of the study: To determine the place of the value of "health" in the value system of general and vocational high school students and their parents. Establishing a correlation between socio-demographic factors and recognizing the value of health.

Material and method: The study was conducted in 2017, among young people aged 16-19

and their parents from the Świętokrzyskie region. In total, 1055 students of various types of schools and 627 parents participated in the study. The study used the Value Survey (RVS) by Milton Rokeach (Polish adaptation of P. Brzozowski). In addition, information on socio-demographic data characterizing individual research groups was collected. The results were developed using the SPSS statistical package (Spearman rank correlation, F test, Schaffe test). The significance of results was assessed at $p \leq 0.05$.

Research results: Health is a value highly valued by both young people and their parents. Gender, place of residence, type of school, education of parents slightly differentiate recognition of the value of health. A significant difference was observed in relation to the variable gender and age, women and older subjects rate health value higher. Considerable similarities in the recognition of health were observed in both groups

Conclusions: Research indicates a high rank for the value of health in the hierarchy of youth values, which results, among others, from the impact of family, school and local environments. Obtained research findings provide the basis for creating appropriate models of pedagogical impact on young people, including preventive measures.

Key words: Health. System. Hierarchy of values. Youth. Adults.

Kontakt:
Dr hab. prof. Mariola Wojciechowska
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. IX Wieków Kielc 19a
25-516, Kielce
e-mail: mariola.wojciechowsa@vp.pl

PRVNÍ ZKUŠENOSTI S DUAL SOURCE CT VE FN OSTRAVA

The First Experience with Dual Source CT in the University Hospital Ostrava

Martina Hýlová[1], Michaela Pomaki[1,2], Kateřina Křivánková[1,2]

[1]Ústav Radiodiagnostický, Fakultní nemocnice Ostrava
[2]Ústav zobrazovacích metod, Lékařská fakulta, Ostravská Univerzita

Abstrakt

V první části přednášky je představena technická specifikace dual source CT přístroje, který nám byl zakoupen ve Fakultní nemocnici Ostrava v roce 2019. Z této části vychází i další část sdělení, kde jsou prezentovány změny hlavně v délce akvizice a množství kontrastní látky podávané pacientovi při standartních CT vyšetřeních. V závěru přednášky jsou představeny protokoly vyšetření, které využívají technologii dualenergy nebo flash módu, a umožňujíanalýzu ledvinových kamenů, zrekonstruování virtuálního nativního vyšetření a rychlejší vyšetření srdce, cév nebo plic.

Klíčová slova: Výpočetní tomografie. Duální energie. Dvou zdrojové CT. Virtuální nativní CT.

Abstract

The first part of presentation is focused on the technical specification of dual source CT scanner, which was installed in the University hospital Ostrava in the beginning of 2019. Another part of the report is based on the previous one, there are presented changes in the length of acquisition and the amount of contrast media used during the routine CT examinations. The protocols, which used dual source technology or flash mode acquisition, are presented at the end of report. These protocols allow kidney stones analysis, reconstruction of the unenhanced imageson and faster acquisition of CT examination of the hearth, vessels or lungs.

Key words: Computed tomography. Dual-energy. Dual source CT. Virtual unenhanced images.

Kontakt:
Bc. Martina Hýlová
Ústav radiodiagnostický, Fakultní nemocnice Ostrava,
17. listopadu 1790/5
708 52, Ostrava
Česká republika
tel.: +420 721 511 491
e-mail: hylovamartina@gmail.com

VYUŽITIE INFORMAČNO - KOMUNIKAČNÝCH TECHNOLÓGII V PRÁCI SESTRY NA SLOVENSKU A V ČECHÁCH

The Use of Information and Communication Technologies in the Work of Nurses in Slovakia and the Czech Republic

Mária Popovičová

VŠZaSP sv. Alžbety - Ústav Bl. M. D. Trčku

Abstrakt

Úvod: Informatizácia je proces prenikania a využívania dát, informácií a informačno-komunikačných technológií do všetkých oblastí života spoločnosti s cieľom dosiahnuť jej efektívne fungovanie vo vyspelých krajinách sveta.

Jadro: V súčasnosti prebieha v zdravotníctve digitálna transformácia. Infraštruktúra digitálnej nemocnice je budúcnosťou IT v tomto sektore, kde elektronické záznamy prispievajú k zlepšovaniu starostlivosti a k zefektívňovaniu práce zdravotníkov. Digitálne obrázky pomaly nahrádzajú ťažko zdieľateľné a drahé röntgenové snímky, ktoré sa dajú stratiť, papiere a papierové dokumenty sa vymenia za sieťový softvér s rýchlym a presným odosielaním pacientskych záznamov.

Záver: V súčasnosti je pre prácu sestry práve používanie týchto moderných nástrojov nevyhnutné, keďže sa používajú takmer vo všetkých zdravotníckych zariadeniach pri diagnostike, liečbe, rehabilitácii, pri ošetrovateľskej starostlivosti, vedení zdravotnej dokumentácie, vo výskume aj vzdelávaní.

Kľúčové slová: Informatizácia. Sestra. Elektronické záznamy.

Abstract

Introduction: Computerization is a process of penetration and use of data, information and information and communication technologies into all areas of society life in order to achieve its effective functioning in developed countries of the world. Digital transformation is currently taking place in healthcare.

Digital hospital infrastructure is the future of IT in this sector, where electronic records contribute to improving care and streamlining the work of healthcare professionals. Digital images slowly replace hard-to-share and expensive x-ray images that can be lost, and paper and paper documents are exchanged for network software with fast and accurate sending of patient records.

Conclusion: Nowadays, the use of these modern tools is essential for the work of a nurse, as they are used in almost all healthcare facilities for diagnosis, treatment, rehabilitation, nursing care, medical records, research and education.

Key words: Computerization. Nurse. Electronic records.

Úvod

„Technika je spôsob, ako meniť zázraky na samozrejmosti.“

Miroslav Holub

Schopnosť získať a využiť informácie v pravý čas na pravom mieste je predpokladom prežívania a rozvoja jednotlivcov, skupín, národov a tiež vytvárania ekonomických hodnôt [1]. Informatika ovplyvňuje rozvoj zdravotníctva, ale aj spoločnosti ako celku. Nastupujúca informačná spoločnosť, technológie, menia charakter poskytovanej starostlivosti [2]. Pojem informačno – komunikačné technológie (IKT) zahŕňa všetky elektronické prostriedky na príjem, spracovávanie, uchovávanie informácií a komunikáciu spolu s infraštruktúrou. Informačno – komunikačné technológie nepochybne významne ovplyvňujú vývoj celej spoločnosti, zdravotníctvo nevynímajúc a sú dôležitým nástrojom, ktorý zdravotníctvo a ošetrovateľstvo využíva. Sektor zdravotnej starostlivosti predstavuje dôležitú oblasť pre aplikovanie inovácií. Úlohou informatizácie v zdravotníctve je zvýšenie kvality poskytovaných služieb a prínos nových služieb, ktoré prispejú k zvýšeniu kvality života zdravých alebo chorých občanov v rôznych vekových kategóriách [3]. V súčasnosti je pre prácu sestry práve používanie týchto moderných nástrojov nevyhnutné, keďže sa používajú takmer vo všetkých zdravotníckych zariadeniach pri diagnostike, liečbe, rehabilitácii, pri ošetrovateľskej starostlivosti, vedení zdravotnej dokumentácie, vo výskume aj vzdelávaní.

Proces informatizácia

Informatizácia je proces prenikania a využívania dát, informácií a informačno-komunikačných technológií do všetkých oblastí života spoločnosti s cieľom dosiahnuť jej efektívne fungovanie vo vyspelých krajinách sveta. Na základe poznania strategického významu je informácií a za pomoci moderných technológií možno vytvoriť podmienky pre ich využívanie v rôznych oblastiach spoločnosti, vrátane zdravotníctva. Informačný manažment a používanie informačno – komunikačných systémov v zdravotníctve zohráva veľkú úlohu. Je to dôležitá súčasť práce lekárov, sestier, využívajú sa aj pri riadení zdravotníctva. Informačné systémy možno využiť na ďalšie vzdelávanie a odborný rast zdravotníkov, komunikáciu medzi odborníkmi, zdravotníckymi zariadeniami, či komunikáciu s pacientmi. Tieto technológie by mali zdravotníkom uľahčiť prácu, šetriť ich čas, chrániť pred zneužívaním dát, znižovať

duplicitu, urýchliť a zjednodušiť vzájomnú komunikáciu, zlepšiť služby pre pacientov, znižovať ekonomické náklady a zvyšovať zisk zdravotníckych zariadení.

Využitie IKT v ošetrovateľstve

V živote človeka existuje málo odvetví, s ktorými príde do styku každý z nás bez ohľadu na to, či chce alebo nie. Jedným z nich je zdravotníctvo, ktorého súčasťou je ošetrovateľstvo a teda v tomto prípade sme všetci spotrebitelia zdravotnej starostlivosti. Jedným z pozitívnych trendov v ňom je masívne prenikanie moderných informačno-komunikačných technológií a preto vidieť zdravotnícke zariadenie vybavené zodpovedajúcou výpočtovou technikou je dnes pomerne bežná vec. IKT vstupujú do celého radu aj iných odvetví a odborov, takže máme e-banking (elektronické bankovníctvo), eGovernment pre elektronizáciu vládnej administratívy a v zdravotníctve je to eHealth (elektronické zdravotníctvo). V medicíne, zdravotníctve a ošetrovateľstve by malo byť inteligentné komunikačné a informačné – dátové prostredie podriadené kvalifikovanej podpore prevencie, diagnostiky, terapie, ale aj riadenia zdravotníctva alebo upevňovania zdravého životného štýlu [4]. V súčasnosti prebieha v zdravotníctve digitálna transformácia. Infraštruktúra digitálnej nemocnice je budúcnosťou IT v tomto sektore, kde elektronické záznamy prispievajú k zlepšovaniu starostlivosti a k zefektívňovaniu práce zdravotníkov. Digitálne obrázky pomaly nahrádzajú ťažko zdieľateľné a drahé snímky (napr. RTG), ktoré sa dajú stratiť, papiere a papierové dokumenty sa vymenia za sieťový softvér s rýchlym a presným odosielaním pacientskych záznamov. Zdravotníci sa po pár sekundách a kliknutiach dostanú k výsledkom, digitálnym obrázkom, predchádzajúcim hospitalizáciám a liečbe pacientov. Po okamžitom prístupe lekárov a sestier k zdravotným záznamom sa budú prijímať lepšie, rýchlejšie a presnejšie rozhodnutia o diagnóze alebo terapii, čím sa ušetrí čas, peniaze a najmä zdravie a ľudský život. Táto „e-revolúcia“ v zdravotníctve sa ale netýka iba medicíny, zasahuje aj do oblasti využívania IT na poskytovanie informácií, vďaka čomu je zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť bezpečná, účinná a orientovaná smerom k pacientovi [5]. Digitalizácia prepojila informačné a komunikačné technológie do jednotnej IKT. Tieto technológie sa neustále vyvíjajú a prostredníctvom informačných diaľnic smerujú do jednotnej a celosvetovej informačno-komunikačnej siete. Termín informačno-komunikačné technológie (IKT) je široko používaný a predstavuje techniku a technológie, ktoré sa používajú na prácu s informáciami a na komunikáciu. Tieto technológie sú založené na počítačoch s istým vybavením (hardvér, softvér), cez ktoré sa človek dostáva k digitálnym dátam a informáciám. Ide predovšetkým o internet, PC, notebooky, tablety, smartphony, ale aj audiovizuálnu techniku, techniku na satelitnú navigáciu, tlač, skenovanie, kopírovanie a pod. Telekomunikačné systémy majú dva základné druhy efektov: skrátenie času vykonávaných činností a prekonanie geografických obmedzení [6]. Stav a úroveň IKT je podmienený existujúcou technikou, programovým

vybavením, finančnými možnosťami a ekonomickým systémom štátu. Mnohé technológie a služby sa menia, mení sa organizácia práce, rozširuje sa ponuka služieb a skracuje sa čas čakania. Využívanie IS/IT v medicíne má stále väčší význam. Je nástrojom na zlepšenie a zefektívnenie zdravotníckych služieb a zlepšenie a zrýchlenie kvality. V zahraničí sa stáva medicínska a zdravotnícka informatika samostatným medicínskym odborom [5] (Hudáková, 2010).

Informačný manažment v ošetrovateľstve na Slovensku

Podľa správy vypracovanej Svetovým ekonomickým fórom z r. 2007, miera, intenzita využitia a pripravenosť na používanie IT na Slovensku v porovnaní s ostatnými krajinami sveta nie je veľmi dobrá. Naša krajina sa medzi 82 krajinami umiestnila na 40. priečke, pričom zaznamenala výrazný pokles. Do prvej päťky krajín najlepšie pripravených na nové ekonomicko – technologické trendy sa dostalo Fínsko, USA, Singapur, Švédsko a Island. Na lepších miestach sa umiestnilo aj Česko a Poľsko. Z uvedeného vyplýva, že rozvoj IKT u nás brzdí slabá aktivita vlády [7]. V r. 2009 podľa Eurostatu sme sa v hodnotení 27 krajín EÚ podľa elektronizácie verejných služieb (tu spadá aj zdravotníctvo), umiestnili na 22. mieste. Informatizácia sa týka aj zdravotníctva, kde si slovenská vláda vytýčila ciele naplnením programu implementácie eHealth v súlade so stratégiou EÚ [8]. Na základe expertíznej štúdie SAV z r. 2013 bolo zistené, že krajinami, ktoré najviac využívajú eHealth v nemocniciach, sú Dánsko, Estónsko, Švédsko, Fínsko, Luxembursko a Holandsko, dobré výsledky v tejto oblasti má aj Nemecko, Veľká Británia a Rakúsko. Na Slovensku sa v rámci elektronizácie zdravotníctva určité kroky aj zrealizovali, samotné spustenie sa však posúva z roka na rok, v čase písania tejto práce sa tento stav nezmenil. Tomášková vo svojom prieskume konštatuje, že postoj respondentov (lekárov a pacientov) k zavádzaniu eHealth na Slovensku je pozitívny, pretože až 75 % opýtaných verí, že tento systém zmení zdravotníctvo k lepšiemu [9] . Postavenie našej krajiny v rámci EÚ z pozície úspešnej implementácie eHealth nie je dobrá, pretože naše zaostávanie za vyspelými krajinami sa odhaduje na 7 – 10 rokov [2]. Európsky zdravotný spotrebiteľský index (EHCI) porovnáva európske zdravotnícke systémy z hľadiska ich výkonnosti z pohľadu spotrebiteľov. K jedným z kritérií tam patrí okrem iných aj E-zdravotníctvo. Najviac bodov dosiahlo Holandsko, za ním sa umiestnilo Dánsko, SR skončila na 16. mieste [10]. Rozvoj IKT v zdravotníctve sa dotýka ošetrovateľských služieb a vzdelávania. Teleošetrovateľstvo je využívanie IT pri poskytovaní starostlivosti a vedení ošetrovateľskej praxe na diaľku. V zahraničí je to bežná prax, vykonávajú ju vyškolené tzv. TeleHealth nurses. Americká asociácia na tejto pozícii mala už v r. 2005 v USA registrovaných 500 sestier [2]. Reinius a kol. (2013) vo svojej štúdii zistili, že telefonické intervencie case – managementu sestrou znížili počet návštev pacientov v ambulanciách a na pohotovosti a tým sa znížili náklady na starostlivosť. TeleHealth je podľa WHO považované za efektívnu službu

zdraviu a v r. 1997 oznámila, že sa stala súčasťou stratégie „Zdravie pre všetkých“. V SR Poledníková a kol. v r. 2014 vo svojom výskume zameranom na teleošetrovateľstvo zistili, že takmer 30 % opýtaných sestier nemalo doposiaľ žiadne informácie o teleošetrovateľstve, ostatné už o ňom počuli a vidia ho ako formu, ktorá je časovo a finančne nenáročná v starostlivosti o pacienta, avšak ani jedna ho ešte v praxi nepoužila [11]. V krajinách západnej Európy a v USA je vzdelávanie formou e-Learningu bežnou vecou. Kober a kol. vo svojom výskume popisuje, že v ČR tento pojem pozná 67 %, v SR má skúsenosť s týmto vzdelávaním 54 % sestier. Výrazná väčšina slovenských aj českých respondentov bola naklonená k povinnosti sa sústavne vzdelávať a radi by k tomu využili metódu e-Learning. Odborná a vedecká literatúra poukazuje na nezvratné dôkazy o vplyve IKT na zdravotnícku komunitu a jej správanie. Medzinárodný projekt (GESITI – Hospitals) zameraný okrem iných aj na výskum manažmentu IS v nemocniciach, mapoval situáciu aj v SR. V skúmaných východoslovenských nemocniciach sa zistilo, že počet využívaných IKT závisí od veľkosti a štruktúry nemocnice a až 95% analyzovaných pracovísk považuje za dôležité investovať do lepšieho technického vybavenia a prístrojov [12]. Aby sa mohli slovenské zdravotnícke zariadenia naďalej modernizovať v IT oblasti, potrebujú na to dostatok finančných zdrojov. Úrady štátnej správy sa líšia v podiele rozpočtu, ktoré dávajú na IT. Celkovo za rok 2016 minula vláda SR na IT 450 mil. eur, z toho len 8 mil. eur (t. j. 2 % z celej sumy) bolo vyčlenené pre MZ SR na informatizáciu a elektronizáciu zdravotníctva. V západných krajinách sveta je na tento účel poskytovaných podstatne viac peňazí [13].

Informačný manažment v ošetrovateľstve v Čechách

Podstatou informačného manažmentu je snaha čo najefektívnejšie využiť informácie. Informačný proces pozostáva zo zberu, spracovávania, uchovávania, šírenia a využívania informácií. Cieľom je poskytnúť optimálne informačné služby, spracovať ich a poskytnúť efektívny informačný servis. V zdravotníctve je snahou vytvoriť jednotný informačný systém, ktorý prispeje k zjednoteniu a skvalitneniu poskytovaných služieb [4]. Senátom ČR prešiel návrh zákona, ktorý vymedzí presný rámec pre fungovanie NZIS. Táto norma je základnou podmienkou zmeny v českom zdravotníctve. Podstatnou súčasťou bolo i zabezpečenie dát a ochrana osobných údajov podľa Zákona č. 101/2000 Zb. NZIS je významným informačným systémom podľa prílohy č. 1 k Vyhláške č. 317/2014 Zb. Úloha NZIS je definovaná v Zákone č. 372/2011 Zb. Správou NZIS bol na základe MZ ČR poverený Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky ČR. Ciele a úlohy NZIS sú rovnaké ako na Slovensku, pretože vychádzajú zo spoločnej stratégie eHealth viacerých krajín EÚ. Súčasťou NZIS v Čechách sú: Národné zdravotné registre; Program štatistických zisťovaní MZ; Národný register poskytovateľov; Národný register zdravotníckych pracovníkov; Národný register hradených zdravotných služieb a ďalšie informačné systémy (ÚZIS, online). V súčasnosti je prepojených

niekoľko zdravotníckych zariadení regionálnym zdravotníckym informačným systémom. Pozitívne praktické skúsenosti priniesol práve systém IKIS aplikovaný v spoločnosti prevádzkujúcej 15 nemocníc v ČR a na Slovensku.

Záver

Explózia informačných technológií na prelome tohto tisícročia jednoznačne ovplyvnila rozvoj vedy a ekonomiky, pričom jednou z praktických aplikácií IT sa stala zdravotnícka informatika. Tá vytvorila podmienky pre posun paradigmy v zdravotníctve a nepriamo i v ošetrovateľstve. Pohľad ošetrovateľstva na pacienta je komplexný - sústreďuje sa na jeho telesné, psychické, sociálne a duchovné potreby a technika je nevyhnutnou súčasťou pri uspokojovaní týchto potrieb (Babečka 2019). Avšak nesmieme ale zabudnúť na fakt, že nič nenahradí všímanie si jeden druhého, ľudský kontakt, milé slovo, dotyk, pohladenie, pochopenie, úsmev či povzbudenie.

„Nijaká technika a nijaká inštitúcia nemôže nahradiť ľudské srdce, ľudské úsilie, keď ide o stretnutie s utrpením blížneho.“ *(sv. Ján Pavol II.)*

Literatúra

1. HRUBINA K. *Informatika.* 1. vyd. Košice: Technická univerzita; 2006
2. PAVELOVÁ Ľ. a kol. *Administratíva a informačné systémy v zdravotníctve.* 1. vyd. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, Univerzita Konštantína Filozofa; 2015.
3. CIGÁNEK P. a kol. Nové trendy IKT v elektronickom zdravotníctve. *Advances in Electrical and Electronic Engineering.* 2007; 5: 90 – 93.
4. STŘEDA L. *eHealth a telemedicína.* [online]. http://www.niz.sk/zdravotnicke-noviny/leos-streda-ehealth-telemedicina1/ Accessed October 04, 2013.
5. HUDÁKOVÁ Z. Nové komunikačné trendy v ošetrovateľstve. *Nové trendy vo vzdelávaní a praxi ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie.* Ružomberok, SlovakRepublic: VERBUM; 2010.
6. HRUBINA K. *Informatika.* 1. vyd. Košice: Technická univerzita; 2006
7. ROMANOVÁ A. *Manažment informačných systémov.* 1. vyd. Bratislava: EKONÓM; 2007.
8. HVOZDÍKOVÁ V. a kol. Analýza priorít národnej politiky v oblasti IKT. *Expertízne štúdie EÚ SAV.* 2011; 60.
9. TOMÁŠKOVÁ L. 2016. *Elektronizácia zdravotníctva na Slovensku.* Bratislava. 82 s. Diplomová práca. UK LF Bratislava. Školiteľ Jozef KALUŽAY.
10. ONDRUŠ P. *Svetové zdravotnícke systémy v čase globalizácie.* 1. vyd. Banská Bystrica: PRO; 2014.

11. POLEDNÍKOVÁ Ľ. a kol. Sestry a teleošetrovateľstvo na Slovensku. *GRANT. juornal.* 2014; 3 (2): 70 – 73.
12. GAVUROVÁ B. a kol. Ekonomický význam využívania IKT v systéme zdravotníctva. *Ekonomický časopis.* 2014; 1: 83 – 104.
13. .KIŠŠ Š. a kol. 2016. Revízia výdavkov na informatizáciu. [online]. https://www.finance.gov. sk/LoadDocument.aspx?categoryId=11154&documentId =14956/. AccessedOctober 04, 2016.

Kontakt:
PhDr. Mária Popovičová, PhD.
VŠZaSP sv. Alžbety - Ústav Bl. M. D. Trčku
Partizánska 23
071 01, Michalovce
e-mail: majapopovicova7361@gmail.com

ZOOTERAPIA JAKO FORMA WSPIERANIA ROZWOJU DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNOSPRAWNYCH

Animal-assisted Therapy as a form of Support for the Development of Disabled Children

Kinga Przybyszewska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie

Abstrakt

Terapia z udziałem zwierząt opiera się na teorii, iż kontakt z nimi na korzystny udział w prawidłowym rozwoju człowieka. Wpływa ona między innymi na poprawę stanu zdrowia. Od samego początku zwierzęta i ludzi łączy niespotykana, fenomenalna więź, która jest źródłem pokrzepienia i ukojenia dla osób cierpiących z powodu bólu emocjonalnego jak i fizycznego a także psychicznego. Terapię taką określa się zooterapią bądź animaloterapią. Zajęcia oparte na animaloterapii są doskonałym uatrakcyjnieniem w pracy zarówno z osobami w pełni zdrowymi, jak i z ludźmi niepełnosprawnymi fizycznie, psychicznie oraz emocjonalnie. Niepełnosprawność dziecka sprawia niezliczone ograniczenia oraz przeszkody w jego codziennym funkcjonowaniu. Dlatego też w artykule poruszam zagadnienie zooterapii jako formę wspomagania rozwoju dzieci z deficytami rozwojowymi.

Słowa kluczowe: Niepełnosprawność. Zooterapia. Dogoterapia. Felinoterapia. Hipoterapia.

Abstract

Animal therapy is based on the theory that contact with them for beneficial participation in proper human development. It influences, among others, improving health. From the very beginning, animals and people have a unique, phenomenal bond, which is a source of encouragement and relief for people suffering from emotional as well as physical and mental pain. Such therapy is called zoototherapy or animal therapy. Classes based on animal therapy are a great attraction at work with both fully healthy people and people with physical, mental and emotional disabilities. A child's disability causes countless restrictions and obstacles to his daily functioning. That is why in the article I deal with the issue of zoototherapy as a form of supporting the development of children with developmental deficits.

Key words: Disability. Zooterotherapy. Dogotherapy. Felinotherapy. Hippotherapy.

„Zwierzęta są najlepszymi przyjaciółmi.
Nie zadają pytań, nie krytykują."

George Elliot

Wstęp

Zwierzęta towarzyszą człowiekowi od niepamiętnych dziejów. Od zawsze były one dla nas oznaką dużej siły, sprytu oraz imponującej szybkości. Jednak niegdyś stosunek człowieka do zwierząt różnił się od obecnego, ponieważ aby człowiek mógł przeżyć, musiał je zabić żeby zdobyć pożywienie.

W dzisiejszych czasach człowiek i zwierzę stanowią zintegrowaną i nierozłączną część życia. Ludzie przywiązali się do nich, zaprzyjaźnili, a nawet uczynili zwierzęta powiernikami swoich uczuć. Dostarczając nam towarzystwa i rozrywki, pomagają nam przejść przez całe życie z uśmiechem. Dowodzi to na to, że zwierzaki mają dobroczynny, niekiedy nawet zbawienny wpływ na człowieka. To właśnie dzięki temu wzajemnemu oddziaływaniu powstała zooterapia (znana także jako animaloterapia). Według książki pt. *„Zooterapia z elementami etologii"* jest to „określenie terapii z udziałem zwierząt, która opiera się na założeniu, że kontakt z nimi ma pozytywny wpływ na rozwój człowieka. Przyczynia się ona do poprawy zarówno stanu psychicznego, jak i fizycznego"[1] Innymi słowami, główną koncepcją terapii jest nawiązanie i umocnienie więzi człowiek-zwierzę, a stworzona interakcja między nimi, odgrywa istotną rolę w procesie terapeutycznym i rehabilitacyjnym.

Pierwsze pozytywne oddziaływania zwierząt na ludzi zauważono już w starożytności, jednak pierwsze zapiski o stworzonej terapii sięgają XX wieku, kiedy amerykański psychiatra dziecięcy, Boris Levinson przez przypadek pomógł choremu na autyzm chłopcu, zostawiając go sam na sam ze swoim psem. Ta sytuacja doprowadziła do intensywnego rozwoju terapii z udziałem zwierząt, a Levins został uznany za ojca dogoterapii. Współcześnie rodzajów terapii przy udziale zwierząt jest coraz więcej i są one coraz popularniejsze. Dzieje się tak zapewne dlatego, że zwierzęta nie oceniają, a przyjmują nas takimi jakimi jesteśmy, nierzadko obdarowując nas przy tym zaufaniem.

Dogoterapia z dziećmi niepełnosprawnymi i z dziećmi z deficytami rozwojowymi

Niepełnosprawność widnieje jako zasadniczy problem ekonomiczny, zdrowotny, a przede wszystkim społecznym. Istnieje wiele definicji niepełnosprawności i każda z nich jest ogromnie istotna. Niepełnosprawność utożsamiana jest z przewlekłą bądź krótkotrwałą niezdolnością do pełnienia odpowiedniej rangi w społeczeństwie. Wynika to z trwałego, bądź okresowego zakłócenia sprawności organizmu. Osoba niepełnosprawna często traktowana jest jako ktoś kompletnie bezradny i wymagający nieustannej opieki. Przeświadczenie o niepełnosprawności wynika z otoczenia w jakim dana jednostka funkcjonuje.

Terapia z udziałem psa jest niezwykle efektywna u pacjentów, którzy są niepełnosprawni, skryci i zamknięci w sobie, pokrzywdzeni, a także niemówiący[2]. Dzieci borykające się z niepełnosprawnością to osoby z licznymi zaburzeniami o różnorakim stopniu upośledzenia psychicznego oraz fizycznego. Według Światowej Organizacji Zdrowia wyróżnia się następujące grupy osób:

a. Z upośledzeniem umysłowym
b. Z upośledzeniami widzenia
c. Z upośledzeniami natury organicznej
d. Z upośledzeniami intelektualnymi
e. Z upośledzeniami emocjonalnymi
f. Z upośledzeniami w zakresie środków porozumiewania się
g. Z wadami zewnętrznymi
h. Z wadami wewnętrznymi
i. Z problemami związanymi z procesami starzenia się organizmu [3]

Nierównomierny stopień nasilenia wszelkich zaburzeń potrzebuje indywidualnego podejścia do każdego małego pacjenta. Uaktywnianie rozwoju podopiecznego domaga się wykorzystywania nieszablonowych, oryginalnych form, a także metod pracy. Dogoterapia wyśmienicie integruje naukę, zabawę oraz rehabilitację[4]Dzięki temu, terapia z udziałem psa niesie ze sobą szereg ogromnych korzyści. Do danych dobrodziejstw możemy zaliczyć korzyści zdrowotne, instrumentalne, społeczne, emocjonalne, poznawcze [5] Dogoterapia obejmuje zestaw ćwiczeń i zabaw z czworonogami, które wspierają proces rehabilitacji ruchowej oraz umysłowej dzieci, a także dorosłych. Psy posiadają umiejętność rozpoznawania zmian zapachu ludzkiej skóry, rytmu oraz pracy serca, a także potrafią odróżniać tkanki zdrowe od chorych. Za pomocą takich umiejętności zwierzęta te mogą komunikować np. pojawienie się ataku padaczki czy hipoglikemii, co jest bardzo pomocne w zajęciach terapeutycznych [6] Istnieje niezliczona ilość rodzajów ćwiczeń, jakie można wykorzystywać podczas zajęć dogoterapeutycznych. Do najistotniejszych możemy zaliczyć ćwiczenia: doskonalące sprawność ruchową, wzmagające zdolność koncentracji uwagi rozwijające zdolność klasyfikacji przedmiotów, umiejętności pokonywania przeszkód, sprawności samoobsługowych, wspierające rozwój mowy[7]

Hipoterapia jako metoda pracy z dziećmi niepełnosprawnymi

Kontakt z końmi wykorzystuje się również w terapii z osobami niepełnosprawnymi i niedostosowanymi społecznie. Terapia z wykorzystaniem konia nosi nazwę hipoterapia, która jest najstarszą formą terapii przeprowadzanych z pomocą zwierząt. Jej początki sięgają XVI wieku, choć pozytywny wpływ jazdy konnej był znany już w starożytności [8] Pierwsze ośrodki

hipoterapii zaczęły powstawać od roku 1950 w Norwegii, Dani, Holandii i Anglii, następnie w Niemczech i Stanach zjednoczonych, a w końcowym okresie także w Polsce.[9]

Hipoterapię definiuje się jako działania, których celem jest przywracanie oraz poprawianie zdrowia i sprawności poprzez kontakt z koniem, jazdę konną. Zapewnia ona dużo możliwości terapeutycznych, co czyni ją metodą o najbardziej rozległym zasięgu jeśli chodzi o rozmaitość korzystających z niej pacjentów [10]

Jest to jedna z form, która wchodzi w skład rehabilitacji kompleksowej i najczęściej stosuje się ją u dzieci, gdyż możliwości jej oddziaływania i korekcji są większe. Hipoterapię realizuje się jako pracę grupową w której uczestniczą: lekarz, hipoterapeuta, instruktor jazdy konnej, pielęgniarka oraz inna osoba uprawniona. Wymagania oraz warunki dzieci z niewłaściwym rozwojem psychoruchowym lub z niepełnosprawnością intelektualną w znaczący sposób różnią się od wymagań i warunków dzieci cierpiących na wrodzony niedorozwój kończyn, dziecięce porażenie mózgowe, które przyczynia się do niepełnosprawności fizycznej. Całkiem innymi potrzebami i możliwościami charakteryzują się dzieci z autyzmem, wrodzonymi wadami postawy czy zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Wszystkie te dzieci mają zdolności percepcyjne na różnym poziomie, mają różne możliwości komunikacji werbalnej i niewerbalnej, różny stopień dojrzałości emocjonalnej, poziomu rozwoju fizycznego i społecznego. Jednak wszystkie te różnice nie stoją na przeszkodzie, aby wszystkie dzieci z różnymi schorzeniami i niepełnosprawnościami uczestniczyły razem w hipoterapii[10]

Hipoterapia nie wytworzyła konkretnej systematyki zajęć, gdyż różnolitość uczestników wpłynęła na konieczność podejmowania różnych działań. Najczęściej wykorzystuje ona zasób i terminologię ogólnej gimnastyki oraz innych terapeutycznych metod. Każdy rodzaj schorzenia i zaburzenia ma opracowaną jedną lub kilka metod pracy, przygotowane tak, aby całkowicie rozbudować rozwojowy potencjał oraz nauczyć samodzielnie zaspokajać potrzeby życiowe dziecka. [10]

Hipoterapia to metoda uzupełniająca, która wspomaga wiodące metody pracy, dlatego bardzo pomocne jest to, gdy hipoterapeuci są również profesjonalistami w zakresie pedagogiki (również pedagogiki specjalnej), psychologii, rehabilitacji czy logopedii. W ten sposób dziecko z określonymi schorzeniami i zaburzeniami może trafić do odpowiedniego terapeuty, który podczas przeprowadzanych zajęć może korzystać ze swojej wiedzy z podstawowych specjalistycznych metod terapeutycznych i adaptować je do potrzeb dziecka. Niezastąpionym walorem hipoterapii jest szczególnie kontakt z żywą istotą, która ma gigantyczną rolę w rozwoju emocji budowaniu społecznych więzi, uczeniu umiejętności opieki i dawania części siebie [10]

Terapia konna jest kierowana do dzieci:

- z niepełnosprawnością intelektualną (wszystkie stopnie niepełnosprawności),
- z mózgowym porażeniem dziecięcym,
- z niedowładem kończyn,
- z stwardnieniem rozsianym,
- z zaburzeniami psychicznymi,
- z zaburzeniami i wadami postawy,
- z zaburzeniami rozwoju,
- z otyłością,
- z niedostosowaniem społecznym,
- niewidome lub z ciężkimi wadami wzroku,
- głucho – nieme i z niedosłuchem.

Głównymi przeciwwskazaniami do hipoterapii są: dystrofia mięśni, łamliwość kości, brak chęci dziecka to tego typu zajęć oraz brak kontaktu z otoczeniem. [10] [1]

Działania hipoterapeutyczne dzielą się na:

- fizjoterapię na koniu,
- psychopedagogiczną jazdę konną,
- terapię z koniem.

Celem fizjoterapii na koniu jest przede wszystkim przywrócenie fizycznej sprawności z wykorzystaniem właściwej gimnastyki leczniczej na koniu poruszającym się w stępie. Ruch konia przyczynia się do dostarczania dziecku, które nie chodzi samodzielnie, bodźców znamiennych dla chodu ludzi, prawidłową orientację w schemacie ciała oraz orientację w przestrzeni. Fizjoterapia konna doskonale sprawdza się u dzieci z dziecięcym porażeniem mózgowym, z przepukliną oponowo – rdzeniową, z porażeniem splotu barkowego oraz u dzieci z niewykształconymi kończynami lub po ich amputacji.

Celem działań psychopedagogicznej jazdy konnej jest usprawnienie intelektualne, poznawcze, fizyczne i emocjonalne dziecka. Rodzaj ćwiczeń dobierany jest w zależności od rodzaju zaburzenia oraz od stopnia niepełnosprawności. Ten typ zajęć kierowany jest do dzieci niepełnosprawnych intelektualnie oraz z zaburzeniami psychicznymi.

Terapia z koniem ukierunkowana jest na działania dające możliwość nawiązania bliższego kontaktu oraz pogłębienie więzi z koniem, przez co możliwa jest poprawa komunikowania się dziecka z otaczającym je światem. Zajęcia takie kierowane są do dzieci z autyzmem, niedostosowanychspołecznie, nadpobudliwych i cierpiących na choroby psychiczne.

Inną formą działań, która jest związana z hipoterapią, jednak nie stanowi jej części, jest nauka jazdy konno dla dzieci niepełnosprawnych. Podstawowym walorem

terapeutycznym jest aktywność sportowa, poprzez którą wykształca się u dzieci potrzeba oraz przyzwyczajenie do spędzania czasu wolnego w sposób aktywny i na świeżym powietrzu. Daje również możliwość uczestnictwa w zawodach jeździeckich po odpowiednim przygotowaniu przez specjalnie wyszkolonych instruktorów. [10]

Głównymi celami hipoterapii są:

1) stymulowanie rozwoju psychoruchowego dziecka;
   - poprawianie koordynacji wzrokowo – ruchowej,
   - poprawianie orientacji przestrzennej,
   - poprawianie rozeznania w schemacie ciała,
   - zwiększanie koncentracji,
   - redukowanie zaburzeń równowagi i poprawianie obronnych reakcji,
   - zwiększanie lokomocyjnych możliwości,
   - rozładowywanie napięcia emocjonalnego,
   - obniżanie reakcji nerwicowych,
   - wpływanie na wzrost poczucia własnej wartości,
   - przywracanie wiary w swoje możliwości,
   - zapewnienie kontaktu z przyrodą. [10]

Jazdę konną porównuje się do takich form kontaktu jak więź niemowlęcia z mamą (szczególnie podczas karmienia piersią) oraz taniec. Mamy tu do czynienia z kontaktem niewerbalnym – przez dotyk i bliskość. Koń jest wyczulony nie tylko na znaki dawane mu bezpośrednio przez wodzę i ruch łydek jeźdźca, ale również na przesuwanie środka ciężkości, każde wychylenie ciała oraz objawia skłonność do wyczuwania i reagowania na zmianę stanów emocjonalnych człowieka. Zaufanie konia i jego posłuszeństwo najszybciej zdobędzie osoba, która żyje w zgodzie z samym sobą. [11]

Hipoterapia i związana z nią jazda konna ma wiele zalet, które w sposób pozytywny stymulują dzieci z różnymi niepełnosprawnościami i schorzeniami. Przede wszystkim wzmacniają ich ruchową, psychologiczną i czuciową stymulację [1]

Ogromne znaczenie ma także sam kontakt dzieci z koniem. Obcowanie z tym dużym zwierzęciem wymaga od dziecka umiejętności społecznych, które polegają na podporządkowywaniu się nowym zasadom. W tej sytuacji koń zostaje „wychowawcą”, a dążenie do podporządkowania się w sposób dobrowolny, pojawia się samoistnie. Dzieci w swoim życiu zazwyczaj są kierowane przez inne osoby, natomiast podczas jazdy mają one możliwość po raz pierwszy pokierować zwierzęciem, znacznie większym i silniejszym od nich. [1]

Dzieciom z niepełnosprawnościami intelektualnymi często towarzyszy poczucie niepewności. W pokonywaniu tego uczucia terapeutyczne możliwości koni przewyższają właściwości innych zwierząt. Aby dziecko mogło pracować z koniem, warunkiem jest pokonanie strachu przed jego dużym rozmiarem. By się pozbyć tego strachu trzeba wpierw niejako okiełznać konia i pohamować jego odruch do ucieczki. Przeżycie kiedy dziecko musi opanować niepokój dużo większego zwierzęcia, dostarcza bodźców, które terapeutycznie oddziaływają na psychikę. [11]

Felinoterapia jako forma wspomagająca pracę z dziećmi niepełnosprawnymi

Kot – czteronożny ssak, z rzędu drapieżników, który dziś kojarzy nam się głównie z tajemniczym, mruczącym stworzeniem, z miękkim futerkiem, do którego aż chce się przytulić. dziś koty są najwierniejszymi (obok psów) towarzyszami ludzi. Niejednokrotnie stanowią integralną część wielu rodzin, a nawet coraz częściej uczestniczą w procesie leczenia licznych schorzeń. Charles Bukowski, amerykański poeta i powieściopisarz, powiedział kiedyś „Jeśli czujesz się źle, po prostu patrzysz na koty i czujesz się lepiej. Bo one wiedzą, że wszystko jest jak jest. Są zbawicielami". Nie bez powodu mówi się, że kot to lek na całe zło. Według naukowców głaskanie futrzaków ma działanie uspokajające i zmniejszające stres, a jak wiadomo, to głównie on jest przyczyną zawałów. Ponadto kot u boku człowieka zmniejsza uczucie samotności i daje wsparcie, które w trudnych momentach jest niezwykle cenne. Te, i inne właściwości terapeutyczne postanowiono zebrać i umiejscowić w dość młodej dziedzinie animaloterapii, jaką jest felinoterapia Taka forma terapii zajmuje się problemami zdrowotnymi w sferze fizycznej i umysłowej zarówno u dzieci, jak i osób dorosłych. Kładzie ona główny nacisk na interakcje ze zwierzęciem, polegające na dotyku, pielęgnacji, zabawie czy nawet samej obecności kota. Felinoterapia, tak jak każda zooterapia, polega na kontakcie fizycznym i psychicznym człowieka ze zwierzęciem. Ta forma terapii niweluje różne zahamowania, ułatwia komunikację, poprawia zdolność uzewnętrzniania uczuć i emocji" [2] – pisze Anna Czerklewicz w swoim artykule.

Zastanawiając się nad procesem felinoterapii, pojawia się tu jedno pytanie. Czy istnieje różnica pomiędzy leczeniem dzieci a osób starszych? Otóż tak. Każdy człowiek jest inny, a każdy wiek ma swoje prawa i potrzeby. W przypadku **dzieci**, terapia z kotami przede wszystkim przybiera formę zabawy, która ma funkcje edukacyjne. Dziecko prędzej zaufa zwierzakowi, niż osobie dorosłej, której nie zna. Przez zabawę łatwiej dostosowuje się do otaczających warunków, otwiera się i uczy poprzez obserwacje zachowania czworonoga. Dzięki kontaktowi i rodzącej się więzi dziecko-kot, poznaje własne umiejętności poznawcze, priorytety, uczy się także czym jest odpowiedzialność i to jak wyrażać własne emocje. Dzieje się tak, ponieważ dla dziecka zwierzę bardzo szybko staje się najlepszym przyjacielem, z którym spędza czas i rozmawia.

Niepełnosprawność (niezależnie od tego czy fizyczna czy intelektualna) często sprawia, że procesy dojrzewania i uczenia się przebiegają wolniej. Wobec tego, dziecko dłużej niż jego zdrowi rówieśnicy, będzie pozostawało zależne od swoich opiekunów, a być może nigdy nie uzyska pełnej samodzielności w swym funkcjonowaniu.

Wśród innych chorób nadających się na felinoterapię, możemy zaliczyć również depresje, zaburzenia emocjonalne, zaburzenia lękowe, mózgowe porażenie dziecięce, wszelką niepełnosprawność ruchowa oraz zaburzenia/uszkodzenia narządu słuchu lub wzroku. Koty odgrywają także ważną rolę w życiu ludzi, którzy doświadczyli traumatycznych przeżyć tj. molestowanie, gwałt czy przemoc. Pomagają im się otworzyć i nabrać ponownego zaufania do otaczającego świata. Jednakże by pójść i uczestniczyć w zajęciach z felinoterapii, nie trzeba mieć któregoś z wymienionych schorzeń. Terapia ta jest dostępna dla każdego, jeśli tylko nie jest się uczulonym na kocią sierść.

Zakończenie

Rozwój samego siebie w życiu jest niezwykle ważny dla każdego człowieka. Szczególnie jeśli w tym życiu dodatkowo borykamy się z niepełnosprawnością. W takich przypadkach istotne są terapie, które są formą rehabilitacji różnych sfer naszego ciała i umysłu. Polegają na wykonywaniu przez pacjenta szeregu określonych czynności psychosomatycznych. Pomagają przełamywać pewne bariery, czuć się swobodniej wśród innych, a więc pomagają przywrócić zdolności umysłowe, poznawcze i motoryczne. Właśnie te efekty powodują, że ta dziedzina animaloterapii staje się coraz popularniejsza nie tylko w Polsce ale również na całym świecie. Zooterapia w wieli przypadkach stanowi atrakcyjną formę wspomagającą leczenie farmakologiczne.

Bibliografia

1. BORKOWSKA M., Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Część 2 Usprawnienie ruchowe, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1997
2. CZERKLEWICZ, A Jak kot stał się lekiem na całe zło, „Kocie sprawy", Nr 110/111, grudzień 2011/styczeń 2012
3. GORAJEWSKA D., *Wsparcie dziecka z niepełnosprawnością w rodzinie i szkole*, red. Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa, 2008.
4. KOKOCIŃSKA, A.M. *Zooterapia z elementami etologii*, współpraca T. Kaleta, D. Lewczuk, Kraków 2016
5. KULISIEWICZ B., *Dogoterapia we wspomaganiu nauki i usprawnianiu techniki czytania*, Wydawnictwo Impuls (Oficyna Wydawnicza), Kraków 2009.

6. KULISIEWICZ B., *Witaj piesku! Dogoterapia we wspomaganiu rozwoju dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych*, Wydawnictwo Impuls (Oficyna Wydawnicza), Kraków 2007.
7. PASZKIEWICZ M., *Dogoterapia w pigułce*, Wydawnictwo Psychoskok, Konin 2017
8. STRUMIŃSKA A., *Psychopedagogiczne aspekty hipoterapii dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie*, Państwowe Wydawnictwo Rolnicze i Leśne, Warszawa 2003
9. WOJS J., One *i my. Co czują, co mówią, jak reagują zwierzęta domowe*, Oficyna Wydawnicza "SPAR", Warszawa 1996

Kontakt:

dr hab.Kinga Przybyszewska, profesor nadzwyczajny
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie
ul. Przyjaźni 1
62-510, Konin
e-mail: kinga.przybyszewska@gmail.com

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE ŠÍRENIE NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ V ÚSTAVNÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH

Factors Affecting the Spread of Nosocomial Infections in Hospitals

Lukáš Kober

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Cieľ: Cieľom príspevku je poukázať na faktory, ktoré majú za následok nárast ochorení súvisiacich s nozokomiálnymi infekciami získané pacientmi počas hospitalizácie. Tento prehľadový príspevok je zameraný na nedostatok ošetrovateľského personálu a infekciami spojenými so zdravotnou starostlivosťou.

Vlastný text: Faktorov, ktoré negatívne ovplyvňujú stav pacientov v nemocniciach, je niekoľko. Avšak jedným z nich je nedostatok zamestnancov, čoho následkom je zvýšený prenos patogénov. Nedostatok sestier, ich nižší počet k pomeru pacientov, zvyšuje pracovné zaťaženie a skracuje čas na preventívne opatrenia, ktoré sú zamerané na kontrolu infekcií. Sestry sú pre ich nedostatočný počet presúvané medzi jednotlivými oddeleniami podľa potreby, čím čiastočne prekrývajú medzery v personálnom manažmente. Nozokomiálne infekcie ovplyvňujú nielen zdravie a bezpečnosť pacientov, ale aj zdravotný systém ako celok. Zvyšujú náklady na liečbu, narastá počet dní, ktoré pacient strávi v nemocnici.

Záver: Aj napriek tomu, že sa v oblasti prevencie a kontroly nozokomiálych infekcií realizovali najmä v zahraničí rôzne typy štúdií, u nás je výsledkov málo a údaje sú často nejasné, alebo výstupné dáta neobjektívne. Aj na základe týchto skutočností sme sa rozhodli realizovať projekt Kega č. *015KU-4/2019, ktorý je zameraný na* ochranu zdravotníckych pracovníkov a pacientov pred biologickými faktormi.

Kľúčové slová: Nozokomiálna nákaza. Nedostatok sestier. Determinanty. Prevencia. Kontrola.

Abstract

Goal: The aim of the paper is to point out the factors that result in an increasing in diseases related to nosocomial infections acquired by patients during hospitalization. This review paper focuses on the lack of nursing staff and healthcare associated infections.

Text: There are several factors that negatively affect the condition of patients in hospitals. However, one of them is the lack of staff, resulting in increased pathogen transmission. Shortage of nurses, the lower the ratio of the number of patients increases the workload and

reduces the time for preventive measures aimed at controlling infections. Due to their insufficient number, nurses are moved between departments as needed, thus partially covering the gaps in personnel management. Nosocomial infections affect not only the health and safety of the patients, but also the health system as a whole. They increase treatment costs, increasing the number of days a patient spends in a hospital.

Conclusion: Despite the fact that the prevention and control of nosocomial infections mainly carried out abroad various types of studies, in Slovakia we have few results and data are often unclear or output data are not objective. Against this background, we decided to implement the Kega project no. 015KU-4/2019, which aims to protect healthcare professionals and patients from biological factors.

Key words: Nosocomial infection. Lack of nurses. Determinants. Prevention. Control.

Kontakt:
PhDr. Lukáš Kober, PhD., MPH
Katedra ošetrovateľstva
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 48
034 01, Ružomberok
e-mail: lukas.kober@ku.sk

ZASTOSOWANIE TERAPII TKANEK MIĘKKICH W LECZENIU NASTĘPSTW URAZÓW OBRĘCZY KOŃCZYNY GÓRNEJ I KOŃCZYNY GÓRNEJ

Application of Soft Tissue Therapy in Treatment of Injuries of the Rim of the Upper Limb and Upper Limb

Marcin Miecznikowski, Julia Miecznikowska

AK Medic Rehabilitacja, Szpital Świętej Trójcy w Płocku

Streszczenie

Poniższa praca ma charakter opracowania poglądowego. Praca powstała w oparciu o przegląd literatury, z której wykorzystano informacje z zakresu anatomii, fizjologii, programów leczniczych, metod fizjoterapeutycznych obręczy kończyny górnej i kończyny górnej. Poprawę funkcjonowania kończyny górnej oraz jej obręczy można osiągnąć poprzez wprowadzenie nowoczesnych metod fizjoterapeutycznych. Prócz terapii każda metoda zawiera precyzyjną diagnostykę zaburzonej funkcji. Wszystkie techniki są przyjemne i bezpieczne dla pacjenta. Szybki rozwój technik tkanek miękkich oraz ich popularność na świecie świadczy o dużej skuteczności leczniczej tych narzędzi.

Słowa kluczowe: Punkty Spustowe. Kinesiotaping. Odpowiedź zwrotna. Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe. Mięsień.

Summary

This work is a pictorial development. The work was based on a review of literature, which used information of anatomy, physiology, treatment programs, physiotherapy techniques rim of the upper limb and upper limb. Improving the functioning of the upper limb and its rim can be achieved through the introduction of modern methods of physiotherapy. In addition to therapy, each method contains a precise diagnosis of dysfunction. All the techniques are fun and safe for the patient. The rapid development of soft tissue techniques and their popularity in the world testifies to the high therapeutic efficacy of these tools.

Key words: Trigger points. Kinesiotaping. Feedback. The myofascial release manual. Muscle.

Cel Pracy

Przegląd obecnie stosowanych metod fizjoterapeutycznych w leczeniu problemów bólowych powięzi i mięśnii.

Metodologia

W części metodologicznej dokonano przeglądu retrospektywnego literatury jak i źródeł Medline, PubMed, Cochrane Library. Dla potrzeb artykułu przeanalizowano najczęściej stosowane w Fizjoterapii techniki terapetyczne.

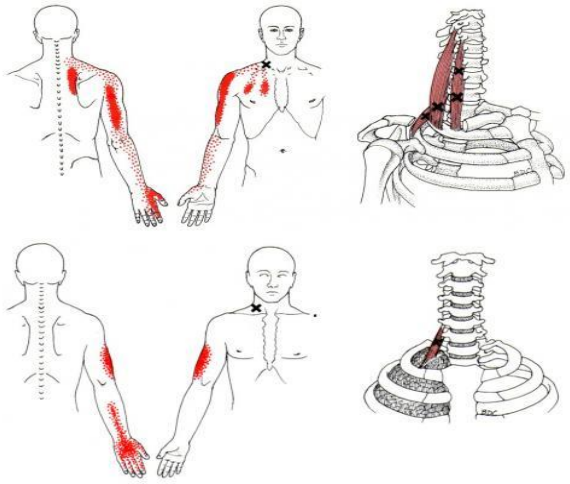
Urazy w obrębie kończyny górnej wraz z kończyną górną stanowią duży problem medyczny. Należy pamiętać, że jeden uraz w konsekwencji pociąga za sobą uszkodzenie sąsiadujących struktur. Według danych problem dotyczy 14,7 pacjentów na 1000 zgłaszających się do lekarzy.[7] Według autorów uszkodzenie stawu ramiennego znajduje się na trzecim miejscu po stawach kolanowym i skokowym.[11] Dolegliwości bólowe są wynikiem przebiegu urazów ortopedycznych oraz wewnątrzustrojowych. W tym zakresie wyróżniamy: przyczyny z obrębu kompleksu barkowego, przyczyny urazowe, przyczyny pourazowe i zapalne. Kolejną grupę stanowią bóle związane z odcinkiem szyjnym kręgosłupa. Dolegliwości bólowe dotyczą również przebiegu chorób neurologicznych oraz uszkodzeń w obrębie struktur nerwowych. Dysfunkcje związane są również z układem mięśniowo szkieletowym.[2,3,8,10] W diagnostyce należy brać pod uwagę choroby nowotworowe szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej. Choroby układu oddechowego szyi i klatki piersiowej. Choroby układu krążenia szyi, klatki piersiowej i jamy brzucha. Choroby układu moczowego w jamie brzusznej. Choroby układu pokarmowego z poziomu klatki piersiowej i jamy brzucha. Układu rozrodczego na poziomie klatki piersiowej i jamy brzucha. [4,5]W terapii dużo miejsca zajmują techniki z zakresu rozluźniania mięśniowo-powięziowego, terapia punktów spustowych, kinesiotaping i techniki wisceralne[1,5,9,14]. Rozluźnianie mięśniowo powięziowe stanowi jedną z technik terapii tkanek miękkich wywodzących się z Osteopatii.[1] Kierunek pracy fizjoterapeuty uzależniony jest od reakcji ze strony ciała pacjenta. Najlepszą definicją tej techniki jest ,,uwalnianie mechanicznych, neurologicznych i psychofizjologicznych potencjałów adaptacyjnych sprzężonych w układzie mięśniowo-powięziowym''. Podczas terapii fizjoterapeuta biernie rozciąga interesujące niego grupy mięśniowe łącznie z powięzią wyłączając aktywną pracę pacjenta[12,13]. Terapeuta podczas pracy z ciałem pacjenta wykorzystuje informację zwrotną i opór końcowy ze strony tkanek. Informacja zwrotna wskazuje czy dana struktura jest już rozluźniona lub czy potrzeba jest dalszego rozluźniania. Oporem końcowym nazywany jest brak napięcia okolicy oddawanej zabiegowi. Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe zapewnia bezpieczną pracę z pacjentami którzy przechodzą fazę przewlekłą jak i ostrą urazu.[1,9] Technika ta zapewnia znalezienie i efektywne rozciągnięcie napięcia i restrykcji struktury które zakłucają efektywny ruch. W opisywanej technice wyróżnić można technikę rozluźniania ogólnego oraz miejscowego mięśni. Druga dotyczy pracy na niedużym fragmencie mięśnia przy pomocy jednego lub dwóch palców każdej ręki, dwóch palców innych rąk lub jednego palca. Sekwencja ruchów powtarzana jest aż do osiągnięcia oporu końcowego. Przed wykonaniem miejscowego rozluźnienia należy bezwzględnie wykonać ogólne rozluźnianie.[15] Elementarną zasadą metody jest feedback. Sugeruje on

kierunek, siłę, czas trwania rozciągnięcia. Zamierzona odpowiedzią zwrotna jest odczucie luzu pod rękoma terapeuty. Pierwsze rozciągnięcie prowadzi do wybrania dostępnego luzu tkankowego. Rozciągnięcia są powtarzane aż do momentu gdy tego luzu nie ma możliwości już wybrać. Kolejne odpowiedzi zwrotne determinują wybieranie luzu w kolejnej okolicy z towarzyszącym napięciem oraz restrykcjami. Schemat postępowania podczas rozluźniania mięśniowo-powięziowego:

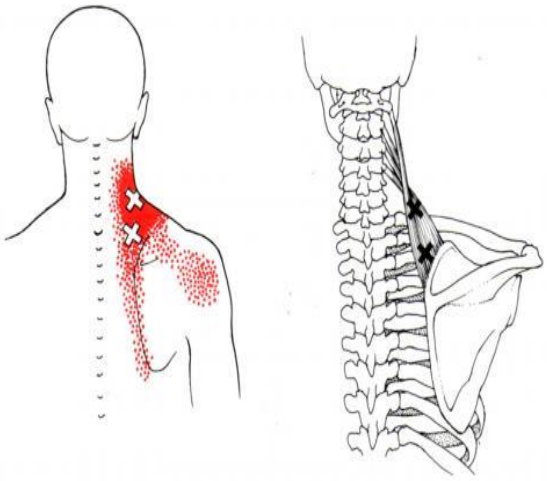
1. Informacja zwrotna
2. Rozciąganie
3. Przytrzymanie
4. Rozluźnienie
5. Powtórzenie
6. Opór końcowy

Podczas terapii nie należy zapominać o tolerancji bólowej pacjenta. Ona stanowi granicę postępowania terapeutycznego. Traktować należy ją również jako czynnik bezpieczeństwa dla pacjenta jak i terapeuty.[9] Światowy autorytet od rozluźniania mięśniowo-powięziowego Carol Manheim zaleca by po każdym spotkaniu terapeutycznym należy spożyć dodatkowo 1 galon wody tj. 3,78 l. Efektem terapii jest uwalnianie zbędnych produktów przemiany materii z segmentów poddanych zabiegom. Dodatkowa ilość płynu pomaga w szybszym usuwaniu wspomnianych toksyn z organizmu. Myśląc o terapii obręczy kończyny górnej na myśl przychodzi technika rozluźniania górnego kwadrantu. W tej metodzie poddawane są ocenie napięcia i restrykcje pochodzące z przedniej i tylnej ściany klatki piersiowej, mięsni okolicy łopatki, mięśni szyi, barku oraz całej kończyny górnej. Wartymi wymienienia są również technika jednostronnego, obustronnego i miejscowego rozluźniania górnej, środkowej i dolnej części mięśnia czworobocznego grzbietu. Kolejna grupą mięśni rozluźnianych podczas terapii obręczy kończyny górnej są mięśnie płatowaty głowy i półkorcowy głowy. W postępowaniu leczniczym istotną rolę odgrywają techniki rozluźniania podstawy czaszki, mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego. Istotne jest podanie terapii mięśni podgnykowych. Brak rozluźnienia tych drobnych mięśni wpływa na występowanie zaburzeń w obrębie klatki piersiowej, czego konsekwencją są błędnie ustawione łopatki. Te składowe znajdują przełożenie na funkcjonowanie obręczy kończyny górnej. Za zaburzone funkcjonowanie obręczy kończyny górnej odpowiadają mięśnie piersiowy większy i mniejszy. Ze wzmożonym napięciem mięśni wiąże się ich osłabienie. Analizując problemy barku pod uwagę należy wziąć taśmy anatomiczne. Z tego powodu do terapii włączyć należy rozluźnienie mięśni brzucha. To one właśnie mogą odegrać kluczową role w terapii i pozbyciu się ograniczenia ruchomości. Chcąc osiągnąć jak najlepszy efekt w terapii nie można pominąć obszaru mięśnia równoległobocznego, nadgrzebieniowego i podgrzebieniowego, podłopatkowego oraz obłego mniejszego i większego. Praca barku może być ograniczona poprzez blizny.[1,9] Często głębokość blizny znacząco wpływa na ruchomość. Najczęściej

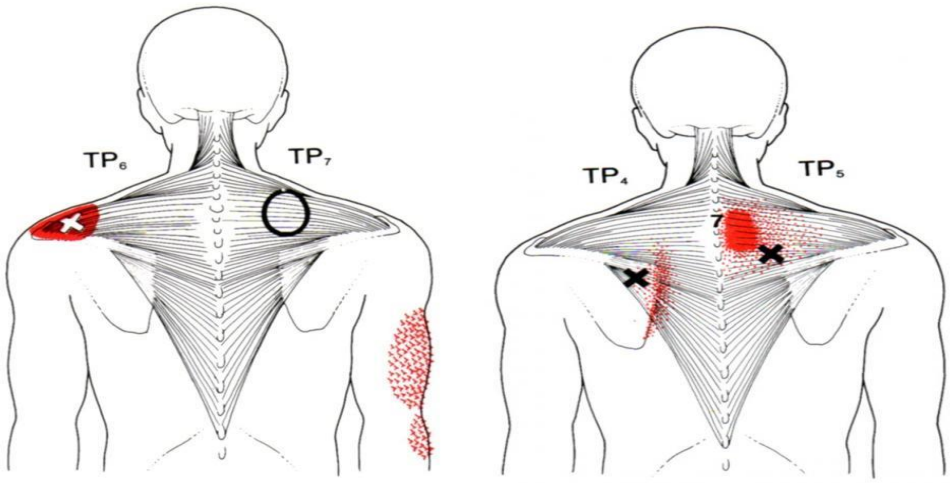
stosowanymi technikami wobec blizn są techniki pośredniego rozluźniania blizny, technika bezpośredniego oraz miejscowa uwalniania blizny oraz rolowanie skóry i blizny.[13,14] Nieodłącznym elementem terapii jest terapia punktów spustowych. Precyzja postępowanie może być uzależnione od wiedzy nt. taśm anatomicznych. Od ich poznania i rozumienia może zależeć prawidłowe postawienie diagnozy oraz szybsza i łatwiejsza terapia. W obrębie obręczy zachodzi wiele ruchów, składa się na to duża ilość mięśni.[6] Ta cecha wpływa na trudność postawienia prawidłowej diagnozy i procesu leczenia. Towarzyszące punkty spustowe mięśni dają błędny obraz bólowy. Znajomość lokalizacji punktów spustowych w znacznym stopniu pomaga zminimalizować dolegliwości bólowe. Punktem spustowym jest miejsce w którym zauważa się zwiększone napięcie włókien mięśniowych w wyniku nadmiernego wydzielania acetylocholiny co prowadzi w konsekwencji do podwyższonego poziomu wapnia wewnątrzkomórkowego. Zmiany opisanych stężeń wywołują lokalne niedotlenienie prowadząc do upośledzenia skurczu mięśni i zwiększenie ich zapotrzebowania na energię. Punkty spustowe ograniczają zakres ruchu, osłabiają mięśnie wywołując ochronne skurczę mięśni. Punkt spustowy w chwili nacisku daje dolegliwości bólowe rzutowane, reakcje autonomiczne i zjawiska czuciowe lub ruchowe. Poniżej przedstawione zostały punkty spustowe oraz miejsca, obszary rzutowania objawów.[13,16] Pierwsze trzy ryciny dotyczą rzutowania bólu punktów spustowych z okolicy tylnej, górnej części klatki piersiowej.



Ryc.1 *Mięśnie pochyłe szyi.*[17]

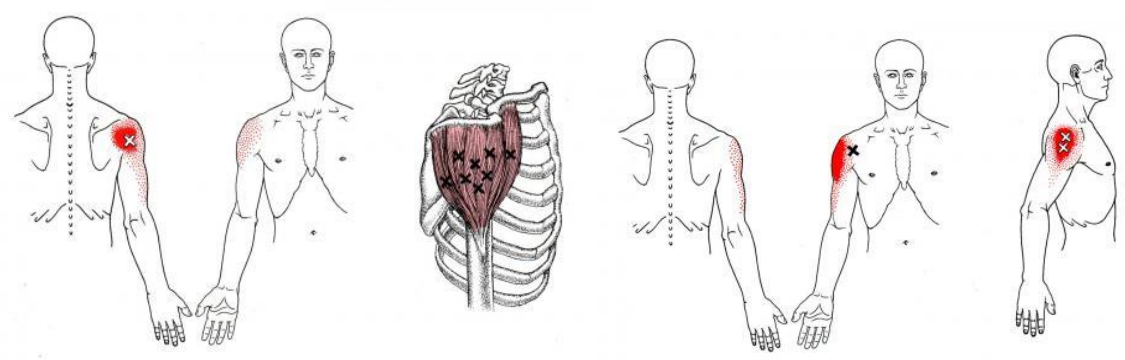


Ryc.2 *Mięśnia dźwigacza łopatki.*[17]

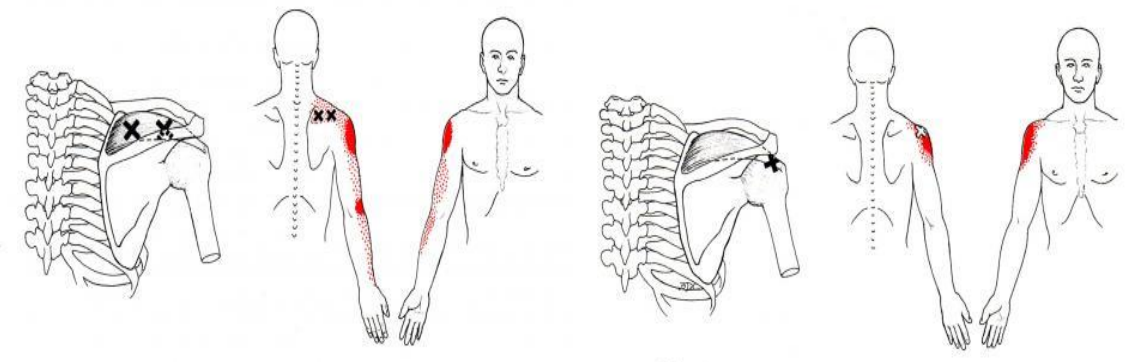


Ryc.3 *Mięsień czworoboczny*.[17]

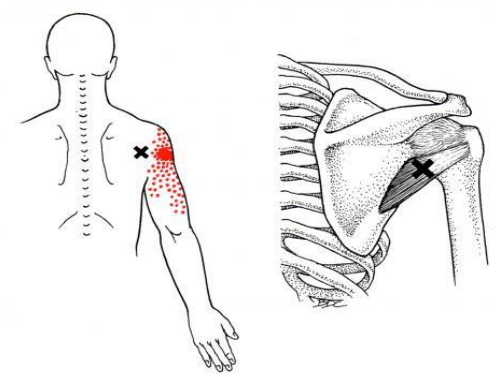
Kolejne ryciny dotyczą punktów spustowych tylenj części ramienia.



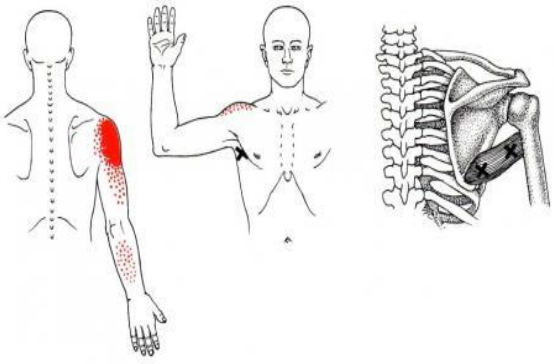
Ryc.4 *Mięsień naramienny*.[17]



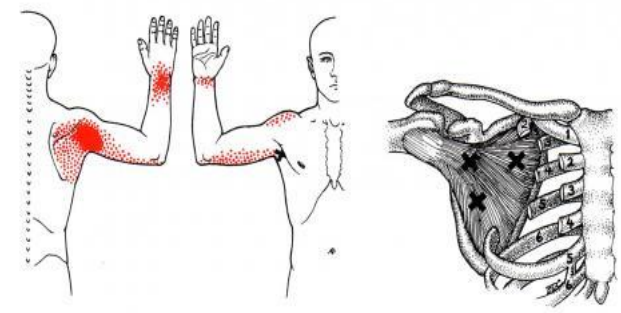
Ryc. 5 *Mięsień nadgrzebieniowy*.[17]



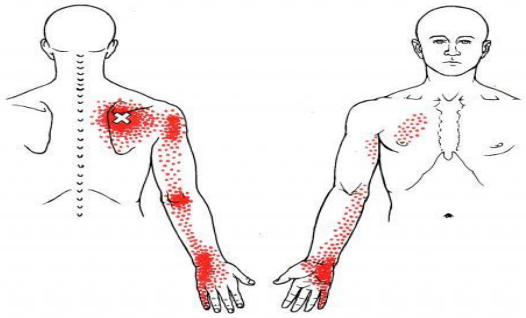
Ryc.6 *Mięsień obły mniejszy*.[17]



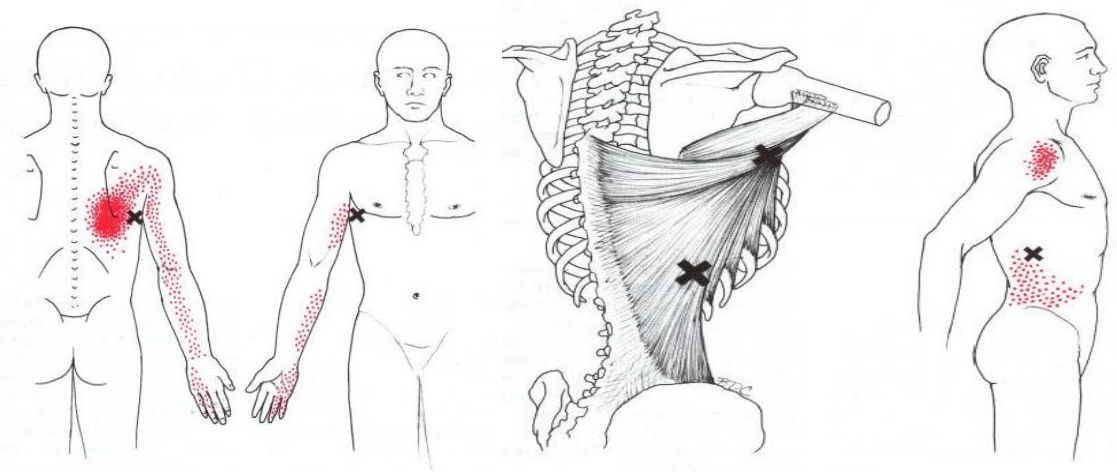
Ryc.7 *Mięsień obły większy*.[17]



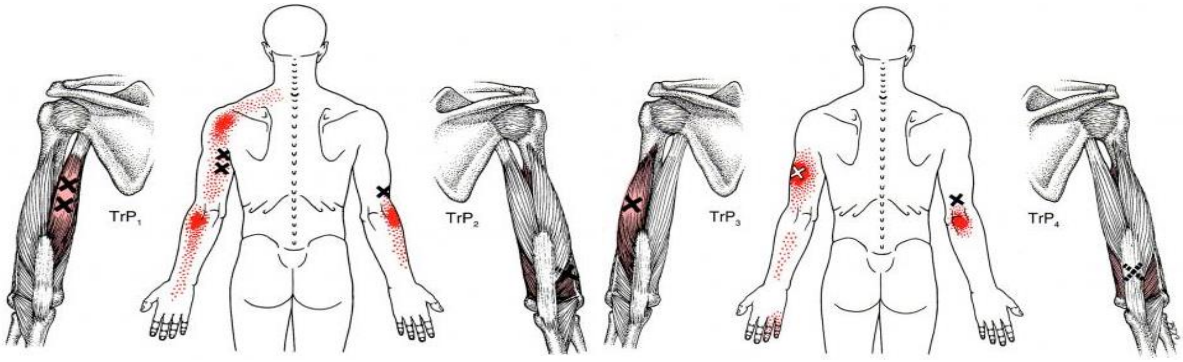
Ryc.8 *Mięsień podłpatkowy*.[17]



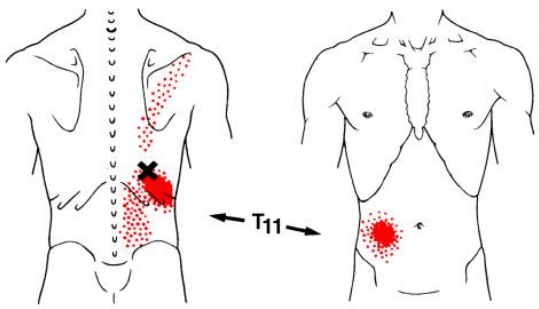
Ryc.9 *Mięsień zębaty tylny górny.[*17]



Ryc. 10 *Miesień najszerszy grzbietu*.[17]

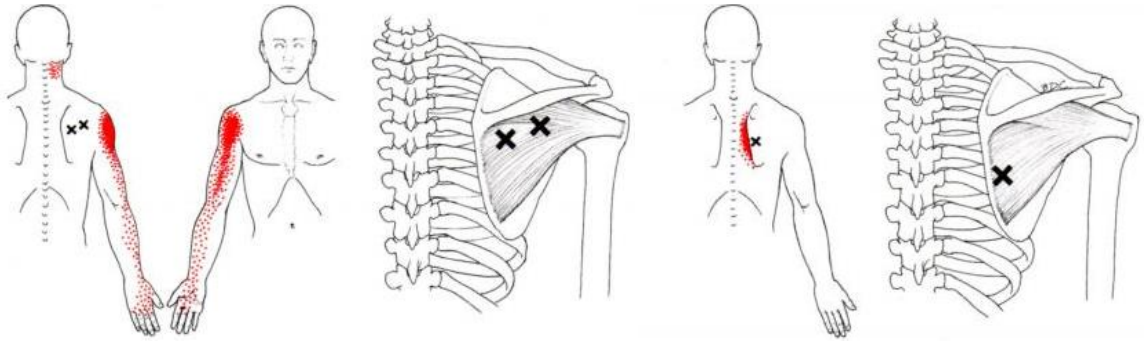


Ryc. 11 *Mięsień trójgłowy ramienia*.[17]

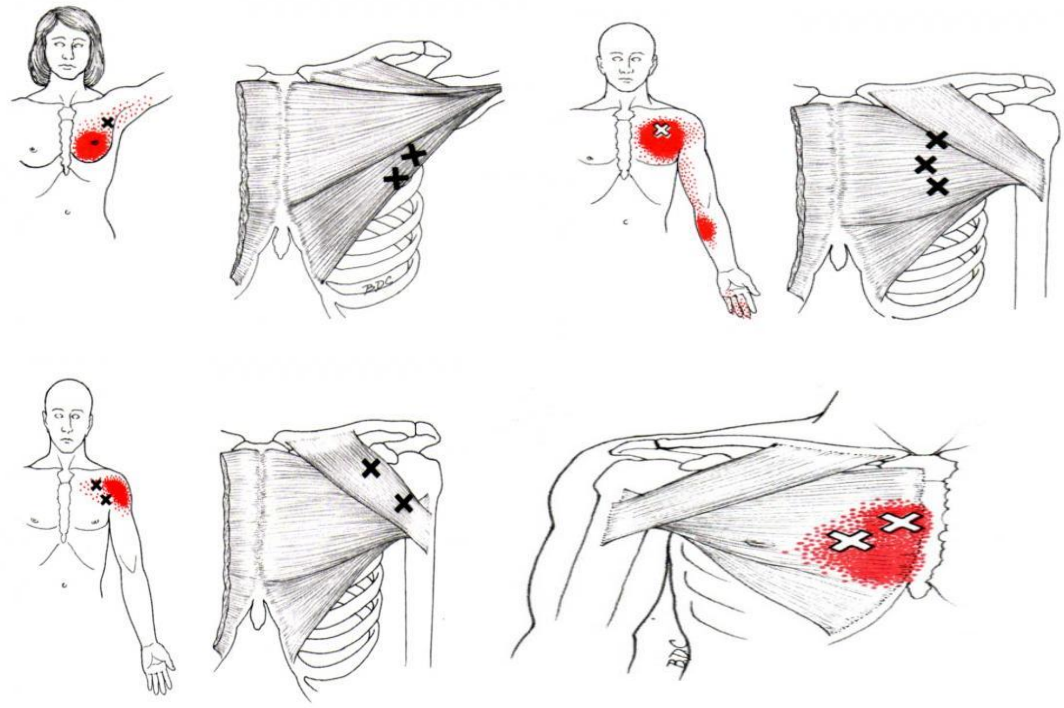


Ryc.12 *Mięsień biodrowo-żebrowy klatki piersiowej*.[17]

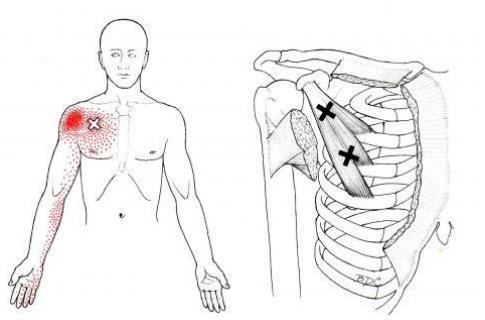
Poniższe ryciny odnoszą się do punktów spustowych zlokalizowanych a przedniej części ramienia.



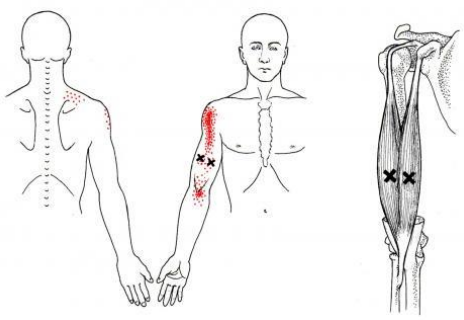
Ryc. 13 *Mięsień podgrzebieniowy*.[17]



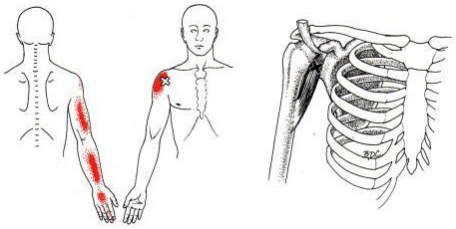
Ryc. 14 *Mięsień piersiowy większy*.[17]



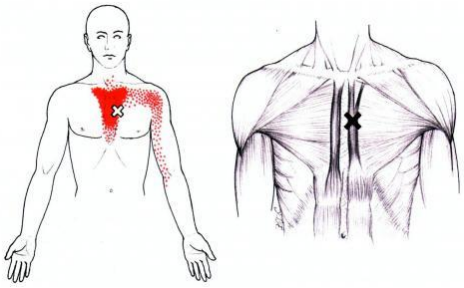
Ryc.15 *Mięsień piersiowy mniejszy*.[17]



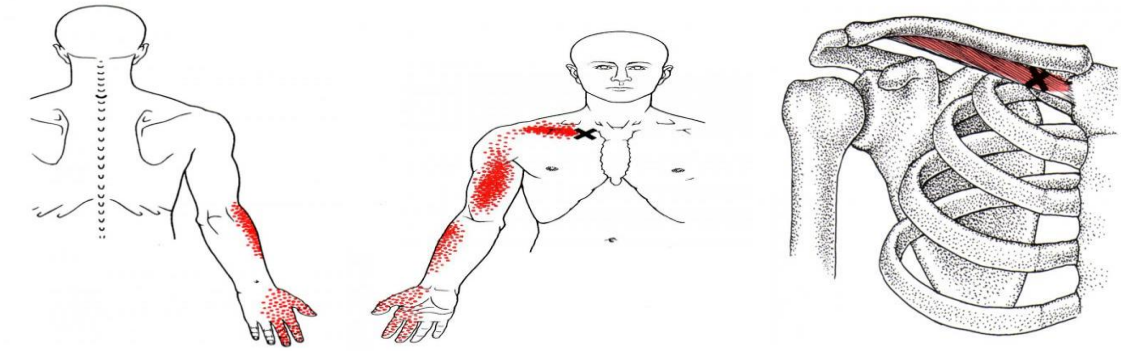
Ryc.16 *Mięsień dwugłowy ramienia*.[17]



Ryc. 17 *Mięsień Kruczo-ramienny*. [17]



Ryc.18 *Mięśnia Mostkowego*.[17]



Ryc. 19 *Mięsień podobojczykowy*.[17]

Terapiami likwidującymi punkty spustowe oraz wyhamowujące ich aktywność są techniki energii mięśniowej, proprioreceptywne nerwowowo-mięśniowe torowanie, techniki uciskowe.[1,15] Posługując się tymi technikami wykorzystywany jest łokieć, palec. Uzupełnieniem powyższych technik jest rozluźnianie pozycyjne wraz z techniką napnij/rozluźnij, które zmniejsza objawy bólowe i poprawa funkcjonowanie mięśni. Przed każdą terapią należy uzyskać odpowiednią długość spoczynkową mięśnia. Ten stan zagwarantuje efekt przeciwbólowy oraz wydłuży rezultat zabiegu. Rozciąganie mięśni wraz z Technikami Rozciągania Pozycyjnego przyczynia się do poprawy krążenia miejscowego, do uwalniania naturalnych środków przeciwbólowych przez organizm lub mózg. Rozciąganie mięśni musi być na tyle delikatne by uniknąć uszkodzeń mięśni poddawanych zabiegom. Rozciągając mięśnie w kierunku przyczepów, sarkomery będące w skróceniu ulegną

wydłużeniu. Spadek napięcia uzyskany będzie we włóknach nadmiernie rozciągniętych oraz punktach spustowych zlokalizowanych w nich. Terapia będzie wyłącznie długofalowa gdy opracowane zostaną dodatkowo mięśnie sąsiadujące. W postępowaniu leczniczym stosowana jest Poizometryczna Relaksacja Mięśni (PIR).[1,16] W technice PIR skurcz izometryczny wykonany jest przez antagonistę leczonego mięśnia. W rezultacie dochodzi do zwiększenia tolerancji na rozciąganie. W leczeniu urazów nie można zapomnieć o technikach funkcjonalnych. Terapeuta ocena odpowiedź tkanek bodźcując serią ruchów w odpowiednim zakresie i kolejności. Prawidłowy stan funkcjonalny tkanek występuje w chwili gdy swobodny ruch u pacjenta występuje we wszystkich płaszczyznach. Gdy terapeuta natrafi na ograniczenie swobodnego ruchu wówczas jest to informacja w którą stronę ma być przeprowadzona terapia. Kolejna techniką która zawiera koncepcję napnij/rozluźnij jest Technika Torowanego Rozluźnienia (FPR).[1] W metodzie tej terapia jest prowadzona w kierunku swobody, w stronę przeciwną do dysfunkcji. Przed terapia pacjent przyjmuje pozycje korekcyjną w płaszczyźnie strzałkowej, która umożliwi uzyskać równowagę pomiędzy zgięciem a wyprostem. Pracując tą metodą uzyskuje się redukcje aktywności neuronów ruchowych. Ta cecha umożliwia komórkom mięśniowym osiągnąć swoją, fizjologiczną długość. Ta technika będzie wykorzystywana gdy dolegliwości bólowe okolicy barku związane będą z kręgosłupem. Doskonałą techniką pomagającą w diagnozie źródła dolegliwości bólowych jest Metoda McKenziego.[10] Podczas diagnostyki pacjent odgrywa istotną rolę. Podczas badania oceniana jest reakcja pacjenta na polecone wcześniej wykonanie ruchów. Ocenie podlegają wielokrotnie powtórzone ruchy czy nasiliły lub zmniejszyły istniejące dolegliwości bólowe. Czy lokalizacja bólu się zmieniła. W terapii stosowane są wzorce ruchowe. Jednym z nich jest retrakcja wykonywana w pozycjach stojącej, siedzącej, leżącej. Drugim krokiem jest wykonywanie retrakcji z przeprostem. W czasie zabiegów pacjent jest uczony korekcji i przybierania prawidłowej postawy ciała. Kolejnym etapem są trakcja, retrakcja, przeprost i rotacja. Terapia McKenziego obejmuje również zgięcie boczne i zgięcie w siedzeniu z dociskiem. Uzupełnieniem powyższych terapii jest Kinesiotaping.[14] Aplikacje uśmierzają ból, stanowią korekcję mechaniczną i podporę bierną, korygują ustawienie odcinka szyjnego i kończyny, poprawiają propriocepcję. Swoim działaniem wspierają funkcjonowanie stawów, usprawniają mikrokrążenie, aktywują system limfatyczny, pobudzają endogennie system znieczulenia i normalizują napięcie mięśniowe. Dużymi zaletami aplikacji są wspieranie procesów leczniczych dzięki długiemu okresowi używania. Terapia przy pomocy plastra trwa przez całą dobę. Kinesiotaping opiera się na sześciu technikach mięśniowej, więzadłowej, powięziowej, korekcyjnej, limfatycznej i funkcjonalnej. Aplikowanie powyższych technik różni się od siebie napięciem taśmy. Napięcie taśmy ma na celu w mniejszym lub większym stopniu oddziaływać na powierzchnię na którą aplikacja jest przyłożona.

Wnioski

Zastosowanie wymienionych technik i metod w sposób znaczący pomoże w odniesieniu sukcesu terapeutycznego. Nawet najlepsze manualne wykonywanie technik nie przyniesie ulgi pacjentom jeśli diagnostyka nie będzie prawidłowo przeprowadzona. Odpowiednia diagnostyka skróci terapię do kilku spotkań i zapewni satysfakcję zarówno pacjentowi jak i fizjoterapeucie. Mnogość metod sprawia, że każdy fizjoterapeuta jest w stanie pomóc. Należy pamiętać , że wszystkie metody wzajemnie się uzupełniają i nigdy nie należy ograniczać się wyłącznie do jednej. Program rehabilitacyjny i podejście jest holistyczne. W związku z tym leczenie jest całościowe i nie można się ograniczać wyłącznie do miejsca bólu ale szukać jego źródła.

Bibliografia

1. CHAITOW L.: Techniki Rozluźnienia Pozycyjnego, Wyd. Elsevier Partner&Urban, Wrocław 2011
2. DONATELLI R.: Rehabilitacja w Sporcie, Wyd. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2011
3. DZIAK A., TAYARA S.: Urazy i uszkodzenia w sporcie, Wyd. Kasper, Kraków 2000
4. DZIAK A.: Bóle i dysfunkcje kręgosłupa, Wyd. Medicina Sportiva, Kraków 2007
5. GOODMAN C.C., SNYDER K.: Diagnoza Różnicowa dla Fizjoterapetów, Wyd. DB Publishing, Warszawa 2010
6. IGNASIAK Z.: Anatomia układu ruchu, Wyd. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2007
7. MAJCHRZYCKI M.,HOFFMANN M., CIEPAŁA W.: Diagnostyka różnicowa i leczenie manualne w dolegliwościach bólowych kompleksu barkowego, Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja 2011;20:34-37
8. MAJDAN M., METERA K.: Diagnostyka funkcjonalna i leczenie uszkodzeń tkanek miękkich stawu barkowego w wybranych metodach fizjoterapii, Zeszyty naukowe WSSP w Lublinie, tom 17:149-174,Lublin 2013
9. MANHEIM C.: Rozluźnianie mięśniowo powięziowe, Wyd. WSEiT, Poznań 2011
10. McKENZIE R.: Wylecz swój Kark, Wyd. MED.-MEDIA, Warszawa 2011
11. McMAHON P.: Medycyna sportowa, Wyd. PZWL, Warszawa 2010
12. MYERS T.: Taśmy anatomiczne, Wyd. DB Publishing, Warszawa 2010
13. SCHLEIP R., FINDLEY T., CHAITOW L., HUIJING P.: Powięź Badanie profilaktyka I terapia dysfunkcji sieci powięziowej, Wyd Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2014
14. ŚLIWIŃSKI Z, KRAJCZY M.: Dynamiczne plastrowanie, Wyd. MARKMED Rehabilitacja s. c., Wrocław 2014
15. WYTRĄŻEK M., HUBER J.: Rozluźnianie mięśniowo-powięziowe według Manheim. Rehabilitacja w praktyce 2011;3:43-48

16. WYTRĄŻEK M., PIEC M.: Masaż głęboki w terapii punktów spustowych. W: Kierunki rozwoju neurofizjologii klinicznej, fizjoterapii i terapii manualnej. Red. Hubera J., Wytrążka M., Kabscha A. Wyd. Nauk.Uniw.Med. im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010:50-58
17. http://www.triggerpoints.net

Kontakt:

Mgr. Marcin Miecznikowski
AK Medic Rehabilitacja
Ul. Jakubowskiego 8 m12
09-402, Płock
e-mail: marcin.miecznikowski1986@gmail.com

MOTIVACE U STUDENTŮ ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ PREGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Motivation in Pegradual Education Health Students

Pavla Svobodová

Ústav ošetřovatelství, Fakulta zdravotnických věd,
Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika

Abstrakt

Cíl: Hlavním cílem přehledového příspěvku je předložení aktuálních dohledaných publikovaných poznatků o vnějších a vnitřních faktorech motivace u studentů zdravotnických oborů pregraduálního vzdělávání.

Vlastní text: Pro rešeršní činnost byly zvoleny elektronické databáze EBSCO,Medvik, PubMed a ERIC. Kritéria pro vyhledávání byla stanovení období 5 let (2014-2019), recenzovaná periodika, plné texty a použití klíčových slov v českém a anglickém jazyce. Z celkového počtu 53 dohledaných článků bylo pro přehledový příspěvek použito 15. Zbylých 38 se vyřadilo z důvodu nesplnění zadaných kritérií. Z dohledaných odborných článků a výzkumů vyplývá, že mezi faktory motivace studentů zdravotnických oborů se řadí efektivní online výukové metody, začlenění informačních a komunikačních technologií do výuky. Motivaci studentů mohou ovlivňovat sociální a kulturní faktory, mezi které se řadí genderové rozdíly, profesní postavení, vzdělání rodičů a prestiž. Studie se také zabývaly otázkami nezájmu a nepřítomnosti studentů na přednáškách.

Závěr: Z dohledaných poznatkůs danou problematikou vyplývá jejichzaměření převážně na vnější faktory, které ovlivňují motivaci studentů. Je také důležité orientovat se na vnitřní faktory motivace, které vychází z jedince samotného a implementovat je do dalších studií.

Klíčová slova: Motivace. Demotivace. Studenti. Faktory. Vzdělávání. Zdravotní vědy.

Abstract

Aim: The main aim of the review study is to present current published findings on external and internal motivation factors of undergraduate students of health care disciplines

Custom text: The electronic databases EBSCO, Medvik, PubMed and ERIC were used for the research activities. The search criteria included a period of 5 years (2014-2019), reviewed periodicals, full texts and the use of keywords in Czech and English.Of the total of 53 articles searched for, 15 were used for the review study. The remaining 38 have not met the criteria

and therefore were withdrawn.From the researched findings, it is clear that the effective motivation factors of the students of health care disciplines include online teaching methods, the inclusion of information and communication technologies in the teaching. Students' motivation can influence social and cultural factors, including generational differences, occupational status, parenting, and prestige. The study also dealt with questions about the lack of interest and absence of students at lectures.

Conclusions: Learning outcomes of the course unit are focused on external factors influencing the motivation of students. It is also important to focus on internal factors of motivation that is based on the individual and to implement them into further studies.

Keywords: Motivation. Demotivation. Students. Factors. Education. Health science.

Kontakt:
Pavla Svobodová
Ústav ošetřovatelství, FZV UP v Olomouci
Hněvotínská 976/3
775 15, Olomouc
tel.: 585 632 883, + 420 604 651 480
e-mail: pavla.svobodova@upol.cz

VÝHODY A NEVÝHODY ZRÝCHLENÝCH FORIEM REHABILITÁCIE U ORTOPEDICKÝCH PACIENTOV

Advantages and Disadvantages of Accelerated Forms of Rehabilitation in Orthopedic Patients

Peter Kutiš, Ivana Aštaryová, Vladimír Littva

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Úvod: Rapid recovery program je celosvetovo riadený systém starostlivosti o pacientov indikovaných na totálnu endoprotézu kĺbov. Systém kvalitatívnych výsledkov, ktoré popisujú mnohé štúdie dopomohol k rozvoju daného programu a jeho smerovanie aj k totálnym endoprotézam ramenného kĺbu. V krajinách nezapojených do programu rapid recovery smerujú rehabilitáciu pacientov po operácii totálnej endoprotézy bedrového kĺbu prostredníctvom ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) programu.

Cieľ: V rámci výskumu práca porovnáva výhody a nevýhody rapid recovery prístupu u pacientov s totálnou endoprotézou bedrového kĺbu. Rozdeľuje hľadisko podľa jednotlivých výskumných problémov – z pohľadu dĺžky hospitalizácie, návratnosti pacienta na neodkladnú zdravotnú starostlivosť, dĺžku rekonvalescencie a vplyv operačných prístupov na skrátenie svalov.

Materiál a metodika: Výskumná vzorka pozostávala z 525 respondentov z dvoch krajín európskej únie – Slovensko a Rakúsko. Pre overenie hypotéz stanovených prácou boli použité štatistické ukazovatele ANOVA Singel faktor, t-test dvoch stredných hodnôt s nerovnosťou rozptylu a t-test dvoch stredných hodnôt. Všetky kvantitatívne dáta sú spracované na hladine signifikantnosti 0,05.

Výsledky: Rozdiel v priemernej dobe hospitalizácie je 2,79 dňa. Skrátenie hospitalizácie o takmer 3 dni sa ukázalo ako štatisticky významné a pripisujeme ho práve aplikácii rapid recovery konceptu v predoperačnej príprave pacienta. Na základe priemerných dát môžeme konštatovať, že po operácii nastalo zlepšenie u musculus iliopsoas. Z priemernej hodnoty 0,813 pred operáciou sa zlepšil na 0,347 po operácii. Naopak, pri hodnotení musculus tensor fascie latae ukazujú hodnoty presne opačné hodnoty. Z hodnoty 0,55 pred operáciou sa po operácii hodnota zvýšila na 0,76.

Záver: Na základe získaných výsledkov sa deklaruje príklon k ventrálnemu operačnému prístupu so skrátením dĺžky hospitalizácie a rekonvalescencie pacienta. Pozitívny vplyv ventrálneho prístupu odzrkadľujú výsledky aj na nižšom stupni skrátenia svalov m. iliopsoas a m. tensor fascie latae. Výskum bol riešený v rámci grantu KEGA 007KU-4/2018.

Kľúčové slová: Rapid recovery program. Totálna endoprotéza. Bedrový kĺb. Rehabilitácia. Program rýchleho zotavenia.

Abstract

Introduction: Rapid recovery program is a worldwide managed system of patient care indicated for total joint endoprosthesis. The system of qualitative results, which describe many studies, helped to develop the program and its direction as well as to total endoprostheses of the shoulder joint. In countries not involved in the rapid recovery program, patients are rehabilitated after surgery for total hip replacement using the ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) program.

Objectives: The research compares advantages and disadvantages of rapid recovery approach in patients with total hip replacement. It divides the point of view according to individual research problems - in terms of length of hospitalization, return of the patient on emergency care, length of convalescence and influence of surgical approaches on muscle shortening.

Material and Methods: The research sample consisted of 525 respondents from two countries of the European Union - Slovakia and Austria. Statistical indicators ANOVA Singel factor, t-test of two mean values with dispersion inequality and t-test of two mean values were used to verify the hypotheses determined by the work. All quantitative data are processed at a significance level of 0.05.

Results: The difference in average hospitalization time is 2.79 days. The shortening of hospitalization by almost 3 days proved to be statistically significant and is attributed to the application of the rapid recovery concept in pre-operative patient preparation. Based on the average data, it can be concluded that there was an improvement in the iliopsoas musculus after the operation. From an average of 0.813 before surgery it improved to 0.347 after surgery. In contrast, when evaluating the latae musculus tensor fascia, the values show exactly the opposite values. From 0.55 before surgery, the value increased to 0.76 after surgery.

Conclusion: Based on the obtained results, a shift towards a ventral surgical approach with a shortened length of hospitalization and convalescence of the patient is declared. The positive effect of the ventral approach is also reflected in the results of lower muscle contraction m. iliopsoas and m. tensor fascia latae. The research was solved under the grant KEGA 007KU-4/2018.

Key words: Rapid recovery program. Total joint arthroplasty. Hip joint. Rhabilitation. Fast-track recovery.

Kontakt:
Mgr. Peter Kutiš, PhD.
Katedra fyzioterapie
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 48
034 01, Ružomberok
e-mail: peter.kutis@gmail.com

KLOSTRÍDIOVÁ INFEKCIA – STÁLE NARASTAJÚCE NEBEZPEČIE

Clostridial infection - ever increasing danger

Barbora Matušková[1,2], Anna Lesňáková[1,3], Zuzana Hudáková[3,4]

[1]Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
[2]VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave
[3]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
[4]Vysoká škola Polytechnická v Jihlave

Abstrakt

Klostrídiová infekcia čreva (CDI – Clostridium difficile infections) je zápalové postihnutie hrubého čreva, spôsobené toxínmi *Clostridium difficile* a väčšinou vzniká ako dôsledok predchádzajúcej antibiotickej liečby. Často sa vyskytuje u imunokompromitovaných, starších, polymorbídnych pacientov. V posledných rokoch bol celosvetovo zaznamenaný vzostup výskytu CDI. Určite to súvisí s masívnou antibiotickou liečbou a s pribúdajúcim vekom, pacienti sú polymorbídni a prežívajú aj pri ťažkých ochoreniach. Prejavuje sa v podobe hnačiek, stolice sú početné a málo objemné, niekedy sú prítomné tenezmy, ktoré môžu, ale nemusia byť sprevádzame febrilitami. Napriek intenzívnemu výskumu nových liekov účinných na CDI, predstavuje liečba stále veľký problém, najmä vzhľadom k vysokej pravdepodobnosti vzniku rekurencie a rezistence na liečbu.

Kľúčové slová: Clostridium difficile. Antibiotická liečba. Rekurencie.

Abstract

Clostridium difficile infections (CDI) is an inflammatory disorder of the colon caused by *Clostridium difficile* toxins and is mostly due to previous antibiotic therapy. It often occurs in immunocompromised, elderly, polymorphic patients. In recent years, there has been an increase in the incidence of CDI worldwide. Certainly it is related to massive antibiotic treatment and increasing age, patients are polymorphous and survive even in severe diseases. It appears in the form of diarrhea, the stools are numerous and small, sometimes there are tenesms that may or may not be accompanied by febrilites. Despite intensive research into new drugs effective for CDI, treatment is still a major problem, especially given the high likelihood of recurrence and resistance to treatment.

Key words: Clostridium difficile. Antibiotic treatment. Recurrences.

Kontakt:
Mgr. Barbora Matušková
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. gen. Vesela 21
03401, Ružomberok
e-mail:matuskovaa@uvn.sk

VÝSKYT NETUBERKULÓZNYCH MYKOBAKTÉRIÍ NA SLOVENSKU

Occurrence of Non-tuberculous Mycobacteria in Slovakia

Igor Porvazník[1,2], Monika Poľanová[1], Tatiana Zajacová[1], Ivan Solovič[1,2], Jaroslav Timko[2]

[1]Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy
[2]Katedra laboratórnych vyšetrovacích metód, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Netuberkulózne mykobaktérie (NTM) predstavujú skupinu viac ako 180 rôznych druhov mykobaktérií, ktoré nespôsobujú tuberkulózu, ani lepru. Nachádzajú sa v životnom prostredí všade vôkol nás – vo vode, v pôde, v prachu. Aj keď väčšina z nich je podmienene patogénna, môžu spôsobovať ochorenia, ktoré súhrnne nazývame mykobakteriózy a najčastejšie postihnutým orgánom sú pľúca (65 – 90 %).

Existuje stále viac dôkazov o tom, že výskyt pľúcnych ochorení NTM a súvisiacich hospitalizácií stúpa, najmä v regióne s nízkou prevalenciou TBC. Aj na Slovensku môžeme sledovať každoročne sa zvyšujúci výskyt mykobaktérií. Je však dôležité vždy rozlišovať, kedy môžeme kultivačný nález považovať za etiologické agens ochorenia a kedy sa jedná o náhodný záchyt, znamenajúci kolonizáciu ľudského organizmu, alebo kontamináciu biologického materiálu.

V prvej časti našej prezentácii sme sa zamerali na štatistický prehľad výskytu NTM na Slovensku. Najčastejšie izolovaným mykobakteriálnym druhom je *M. gordonae,* ale pomerne často zachytávame aj mykobaktérie komplexu *M. avium – intracellulare - scrofulaceum (MAIS)* ako aj všetkých významných zástupcov rýchlorastúcich mykobaktérií*(M. chelnoae, M. fortuitum, M. abscesuss).*

Opakovaný nález je jednou z troch podmienok pre potvrdenie diagnózy mykobakterióza. Preto v druhej časti uvádzame prehľad opakovaných nálezov týchto mykobaktérií u pacientov.

Kľúčové slová: Netuberkulózny mykobaktérie. Mykobakteriózy.

Abstract

Non-tuberculous mycobacteria (NTM) are a group of more than 180 different types of mycobacteria that do not cause tuberculosis or leprosy. They are found in the environment everywhere around us - water, soil, dust. Although most of them are conditionally pathogenic,

they can cause diseases, collectively called mycobacteriosis, and the lung is the most commonly affected organ (65-90%).

There is increasing evidence that NTM pulmonary disease and related hospitalizations are increasing, especially in the region with a low TB prevalence. Also in Slovakia we can observe an increasing incidence of mycobacteria every year. However, it is important to always distinguish when a culture finding can be considered as an etiological agent of a disease and when it is an accidental capture that implies colonization of a human organism or contamination of biological material.

In the first part of our presentation we focused on statistical overview of NTM occurrence in Slovakia. The most commonly isolated mycobacterial species is M. gordonae, but we also quite often capture mycobacteria of the M. avium - intracellulare - scrofulaceum (MAIS) complex as well as all major representatives of fast - growing mycobacteria (M. chelnoae, M. fortuitum, M. abscesuss).

Repeated finding is one of the three conditions for confirming the diagnosis of mycobacteriosis. Therefore, in the second part we present an overview of repeated findings of these mycobacteria in patients.

Key words: Non-tuberculous mycobacteria. Mycobacteriosis.

Kontakt:
RNDr. Igor Povrazník, PhD.
Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie, Vyšné Hágy
Vyšné Hágy 1
062 01, Vysoké Tatry
e-mail: porvaznik@hagy.sk

VLIV VYBRANÝCH FAKTORŮ NA HODNOCENÍ DŮSTOJNOSTI HOSPITALIZOVANÝCH SENIORŮ

The Effect of Selected Factors on the Perception of Dignity amongst Hospitalized Older Patients

Jitka Tomanová[1], Helena Kisvetrová[1],Romana Hanáčková[2]

[1]Centrum vědy a výzkumu, Fakulta zdravotnickýchvěd, Univerzita Palackého v Olomouci, Česká republika

[2]Oddělení následné péče, Uherskohradišťská nemocnice a. s., Česká republika

Abstrakt

Úvod: Zachování a podpora důstojnosti hospitalizovaných seniorů patří ke klíčovým cílům ošetřovatelské péče. Proto je třeba zkoumatfaktory, které důstojnost ovlivňují.

Cíl: Cílem studie bylo zjistit, kteréfaktory mají vliv na změnu hodnocení důstojnosti seniorů po jednom měsíci hospitalizace.

Materiál a metodika: Soubor tvořilo 125 seniorů (92 [73,6 %] žen; průměrný věk 80,2±6,1; MMSE skóre 28,1±1,4) hospitalizovaných na odděleních dlouhodobé péče. Pro získání dat byla použita baterie standardizovaných dotazníků v české verzi: PDI(Patient Dignity Inventory,důstojnost),BI (Barthel Index,soběstačnost), GDS (GeriatricDepressionScale, deprese), MMSE (Mini MentalStateExam, kognitivní funkce) a VAS (Vizuální analogová škála bolesti, bolest). Senioři vyplnili dotazníky na začátku a po jednom měsíci hospitalizace (průměr 31,1±1,3 dne). Pro zpracování dat byl použit Pearsonův korelační koeficient, t-test a multivariantní lineární regrese.

Výsledky: Do multivariantní lineární regrese byly zahrnuty věk, pohlaví, vzdělání, sociální status, víra, kognitivní stav, deprese, soběstačnost a bolest. Výsledky prokázaly, že vzdělání (β=-0,853, p=0,020) a deprese (β=0,307, p=0,023) měly vliv na změnu v hodnocení důstojnosti v subškále „Ztráta smyslu života“. U subškály „Ztráta nezávislosti“ byl prokázán vliv vzdělání (β=-0,823, p=0,003) a soběstačnosti (β=-0,023, p=0,029). Změnu v subškále „Ztráta jistoty“ ovlivňovala pouze hodnota MMSE (β=0,138, p=0,017) a u subškály „Ztráta sociální podpory“ se prokázal jen vliv vzdělání (β =-0,311, p=0,001).

Závěr: Úroveň vzdělání seniora významněovlivňovala jeho hodnocení důstojnosti. Zlepšenídeprese, soběstačnosti a kognitivních funkcí mělo vliv na zlepšeníhodnocení důstojnosti v jednotlivých subškálách PDI.

Klíčová slova: Senioři. Důstojnost. Deprese. Soběstačnost.

Introduction: Maintaining and supporting dignity of hospitalized older adults is one of the key aims of nursing care. For this reason, it is important to investigate the factors that affect dignity.
Aim: The aim of the research was to ascertain which factors affect the perception of dignity amongst older adults within one month of hospitalization.
Sample and Methodology: The sample comprised of 125 older adults (92 [73.6%] women; average age 80.2±6.1; MMSE score 28.1±1.4) hospitalized in long-term care facilities. To acquire the data, a battery of standardized questionnaires in Czech was used: PDI (Patient Dignity Inventory, dignity), BI (Barthel Index, functional independence), GDS (Geriatric Depression Scale, depression), MMSE (Mini Mental State Exam, cognitive functioning) and VAS (Visual analogue pain scale, pain). Older adults were asked to complete the questionnaire at the beginning of their hospitalization and after a one-month stay (average 31.1±1.3 day). Pearsoncorrelation coefficient, t-test and multivariate linear regression were used for statistical processing.
Findings: The multivariate linear regression included age, gender, education, social status, religion, cognitive state, depression, functional independence and pain. The results indicate that education (β=-0.853, p=0.020) and depression (β=0.307, p=0.023) had an effect of the change in perception of dignity in the sub-scale “Loss of meaning of life”. In the sub-scale “Loss of independence”, the effect of education (β=-0.823, p=0.003) and functional independence (β=-0.023, p=0.029) was found. The change on the sub-scale “Loss of security” was only affected by the MMSE value (β=0.138, p=0.017) and in sub-scale “Loss of Social Support” only the effect of education (β =-0.311, p=0.001) was found.
Conclusion: The education level of the older adult significantly affects the perception of dignity. Improvement in depression and cognitive functions also has an effect of better perception of dignity in each sub-scale of the PDI.

Keywords: Older adults. Dignity. Depression. Functional in dependence.

Introduction: Maintaining and supporting dignity of hospitalized older adults is one of the key aims of nursing care. For this reason, it is important to investigate the factors that affect dignity.
Aim: The aim of the research was to ascertain which factors affect the perception of dignity amongst older adults within one month of hospitalization.
Sample and Methodology: The sample comprised of 125 older adults (92 [73.6%] women; average age 80.2±6.1; MMSE score 28.1±1.4) hospitalized in long-term care facilities. To acquire the data, a battery of standardized questionnaires in Czech was used: PDI (Patient

Dignity Inventory, dignity), BI (Barthel Index, functional independence), GDS (Geriatric Depression Scale, depression), MMSE (Mini Mental State Exam, cognitive functioning) and VAS (Visual analogue pain scale, pain). Older adults were asked to complete the questionnaire at the beginning of their hospitalization and after a one-month stay (average 31.1±1.3 day). Pearsoncorrelation coefficient, t-test and multivariate linear regression were used for statistical processing.

Findings: The multivariate linear regression included age, gender, education, social status, religion, cognitive state, depression, functional independence and pain. The results indicate that education (β=-0.853, p=0.020) and depression (β=0.307, p=0.023) had an effect of the change in perception of dignity in the sub-scale “Loss of meaning of life”. In the sub-scale “Loss of independence”, the effect of education (β=-0.823, p=0.003) and functional independence (β=-0.023, p=0.029) was found. The change on the sub-scale “Loss of security” was only affected by the MMSE value (β=0.138, p=0.017) and in sub-scale “Loss of Social Support” only the effect of education (β =-0.311, p=0.001) was found.

Conclusion: The education level of the older adult significantly affects the perception of dignity. Improvement in depression and cognitive functions also has an effect of better perception of dignity in each sub-scale of the PDI.

Kontakt:
PhDr. Mgr. Jitka Tomanová, PhD.
Centrum vědy a výzkumu
Fakulta zdravotnických věd
Univerzita Palackého v Olomouci
Křížkovského 511/8
771 47, Olomouc
tel.: +420 585 632 824
e-mail: jitka.tomanova@upol.cz

DIETA BEZGLUTENOWA – KIEDY JĄ STOSOWAĆ – PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Gluten-free diet - when to use it

Katarzyna Tomala, Grażyna Nowak-Starz

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu , Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Cel: Celem powyższego przeglądu piśmiennictwa jest przedstawienie jednostek chorobowych, w których dieta bezglutenowa może być metodą leczenia. Dieta bezglutenowa nadal jest przedmiotem wielu badań i kontrowersji. Wynika to z informacji, które sugerują, że dieta ta może być skutecznym sposobem leczenia wielu chorób, a także z mody jaka panuje w społeczeństwie, która powstała poprzez promowanie jej w mediach. Eliminacja glutenu z diety jest właściwym sposobem leczenia chorób związanych z glutenem: celiakii oraz nadwrażliwości nieceliakalnej na gluten. Poprzez wyłączenie glutenu u osób, u których występują te choroby można uzyskać znaczna poprawę w funkcjonowaniu przewodu pokarmowego. Obecnie prowadzi się badania nad możliwością zastosowania diety eliminującej gluten w innych jednostkach chorobowych takich jak np.: zespół jelita drażliwego, choroby autoimmunologiczne tarczycy, cukrzyca typu I, autyzm czy schizofrenia. Istnieją również doniesienia, że dieta bezglutenowa może korzystnie oddziaływać na organizm ludzki. Z tego powodu wśród osób zdrowych istnieje przekonanie, że zastosowanie diety bezglutenowej może korzystnie wpłynąć na ich zdrowie m.in. poprzez redukcję masy ciała, czy zmniejszenie dolegliwości bólowych w stawach.

Wnioski: Z analizy publikacji uwzględnionych w przeglądzie piśmiennictwa wynika, że dieta bezglutenowa jest dietą konieczną w leczeniu celiakii i nieceliakalnej nadwrażliwości na gluten. Aby stwierdzić, czy dieta ta działa korzystnie na wybrane choroby autoimmunizacyjne, neurologiczne, psychiczne oraz na zespół jelita nadwrażliwego potrzeba kolejnych badań. Przy aktualnej wiedzy medycznej trzeba stwierdzić również, że nie ma podstaw do wyeliminowania glutenu w populacji osób zdrowych.

Słowa kluczowe: Gluten. Celiakia. Nieceliakalna nadwrażliwość na gluten. Choroby tarczycy. Cukrzyca. Autyzm.

Abstract

Purpose: The purpose of this article is description of disease entities in which application of the gluten-free diet could be a treatment method.

Gluten-free diet is still a subject of many studies and controversies. It is a result of information that suggest the GFD could be an effective treatment method in many illnesses and also comes from a diet fashion which is created by the media. Excluding the gluten from diet is an effective treatment method of diseases which are related to gluten such as celiac disease and nonceliac hypersensitivity to gluten. Through avoid consumption of gluten by patients with particular symptoms a significant improvement in function of their digestive systems can be obtained. Currently research is being conducted into the possibility of using an eliminating gluten diet in other diseases such as type 1 diabetes, autism, schizophrenia and the irritable bowel syndrome. There are also reports that a gluten-free diet can have a beneficial effect on the human body. For this reason, among healthy people there is a belief that the use of a gluten-free diet can have a positive effect on their health (for example by reducing body mass, and reducing pain in joints.

Conclusion: The analysis of publications included in the article shows that a gluten-free diet is a necessary diet in the treatment of celiac disease and non-celiac hypersensitivity to gluten. To state if this diet is beneficial for selected autoimmune, neurological, mental and irritable bowel diseases, more research is needed. With current medical knowledge, it must also be stated that there are no indications to eliminate gluten in the healthy population.

Key words: Gluten. Celiac disease. Non-celiac hypersensitivity to gluten. Diabetes. Autism. Schizophrenia.

Wstęp

W ciągu ostatnich kilkunastu lat można zaobserwować znaczne zwiększenie podaży żywności bezglutenowej. Popularność tej diety rośnie szybko przede wszystkim wśród osób, u których nie występują wskazania zdrowotne do stosowania takiej diety. Stanowi to duży problem ze względu na to, że samodzielne przejście na dietę bezglutenową, bez konsultacji z lekarzem może w przyszłości uniemożliwić rozpoznanie celiakii [1]. Z badań przeprowadzonych w 2015 roku wielkość zysku pochodzącego ze sprzedaży żywności bezglutenowej wyniosła: w Polsce 48,2 mln dolarów, w Stanach Zjednoczonych 1715,3 mln dolarów, a w Kanadzie 39.9 mln dolarów. Badania ukazały również jaki jest podział na grupy w Kanadzie pośród osób stosujących dietę bezglutenową. Grupa ludzi, która zaczęła stosować dietę bezglutenową bez wyraźnych wskazań stanowiła 22% Kanadyjczyków, co daje ponad 7 mln ludzi. 2 mln osób to grupa z nieceliakalną nadwrażliwością na gluten, zaś grupa konsumentów z celiakią wyniosła 350 tyś., czyli około 5% wszystkich kupujących żywność bezglutenową. Przyczyn takiego wzrostu popularności diety bezglutenowej jest wiele. Duża liczba ludzi swój wybór uzasadnia chęcią polepszenia funkcjonowania przewodu

pokarmowego, a także kupowaniem produktów bezglutenowych z powodu ich wartości odżywczej [1,2].

Cel pracy

Celem powyższego przeglądu piśmiennictwa było omówienie grup, u których stosowanie diety eliminującej gluten może stanowić metodę leczenia, która przyniesie pacjentom zauważalne oraz odczuwalne korzyści zdrowotne.

Gluten

Kodeks Żywnościowy opisuje ,,gluten" jako zróżnicowaną grupę białek, które znajdują się w pszenicy, życie, jęczmieniu, owsie, a także w ich wszystkich odmianach oraz hybrydach. Podziału na grupy dokonał Osborne, który na początku XX wieku opisał cztery różne grupy. Są to [1]:

- albuminy, które rozpuszczają się w wodzie oraz rozcieńczanych roztworach buforowych;
- globuliny, które rozpuszczają się w obojętnych roztworach soli;
- prolaminy, które rozpuszczają się w 70-90% etanolu;
- gluteiny, które rozpuszczają się w rozcieńczanych kawasach oraz zasadach.

Gluten jest powszechnie wykorzystywany w przemyśle spożywczym. Stosuje się go w produkcji wypieków oraz koncentratów spożywczych, stanowi powłokę jadalną, dzięki której świeżość produktu jest wydłużona w naturalny sposób. Znalazł także zastosowanie w przetworach mlecznych, wędlinach, oraz przyprawach jako substancja dodatkowa, a także może być również nośnikiem aromatów [1].

Choroby zależne od glutenu

Obecnie istnieje wiele zaburzeń, które mogą być związane z konsumpcją glutenu. Do chorób, w których niekorzystny wpływ glutenu został naukowo potwierdzony należą celiakia oraz nieceliakalna nadwrażliwość na gluten. W fazie badań pozostają takie jednostki chorobowe jak: cukrzyca typu I, autoimmunologiczne choroby tarczycy, zespół jelita drażliwego, autyzm czy schizofrenia [3].

Celiakia (ang. Celiac Disease, CD)

Celiakia to przewlekła enteropatia jelita cienkiego, która jest wywołana nadwrażliwością na gluten. Charakteryzuje się nieprawidłową reakcją organizmu pacjenta na skonsumowany gluten, u osób, u których występują predyspozycje genetyczne [3]. Patogeneza celiakii zależy od interakcji triady – genów glutenu i wpływu środowiska. Geny

stwarzające predyspozycje do CD są to geny HLA klasy II - HLA-DQ2 (DQA1*05-DQB1*02) oraz HLA-DQ8 (DQA1*03- DQB1*0302) [4].

Z badań przeprowadzonych pośród populacji ogólnej wynika, że CD występuje u niemal 1% populacji zachodnich krajów, jednak różni się ona w różnych krajach i tak np.: w Niemczech 0,3%, natomiast aż 2,7% w Finlandii. Występowanie choroby odnotowano w takich populacjach jak: środkowy wschód, Azja, Południowa Ameryka i północna Afryka. Jedną z przyczyn powszechności tego zjawiska jest zmiana nawyków żywieniowych krajów rozwijających się [5]. Charakterystycznymi objawami celiakii są: bóle brzucha, biegunka, wzdęcia czy utrata masy ciała. Innymi objawami choroby mogą być np.: uczucie zmęczenia, bóle w kościach, skurcze mięśni, zaparcia, zaparcia na zmianę z biegunką, stany depresyjne i rozdrażnienie. Rozpoznanie celiakii opiera się na wykazaniu, że objawy chorobowe, np. przewlekła biegunka, wystąpiły w jakiś czas po wprowadzeniu do diety produktów zawierających gluten lub na potwierdzeniu rozpoznania przez wykazanie swoistych dla celiakii przeciwciał w klasie IgA i IgG – antyendomyzjalnych, antyretikulinowych lub antytransglutaminazie. Dieta bezglutenowa, czyli dieta pozbawiona glutenu, jest jedynym skutecznym sposobem leczenia celiakii, a skuteczność zależy od rygorystycznego jej przestrzegania, często przez całe życie. Spożycie nawet najmniejszej ilości produktów zawierających gluten może doprowadzić do bardzo ciężkich objawów chorobowych [6].

Terapeutyczny wpływ diety bezglutenowej na pacjentów z celiakią został udokumentowany w wielu badaniach. Jak wynika z badań, wykonanych w Kanadzie na grupie około 6 tysięcy osób chorych na celiakię, wdrożenie diety bezglutenowej spowodowało, że objawy zaczęły stopniowo ustępować. Zauważono również, że u pacjentów stosujących dietę eliminującą gluten przez więcej niż 5 lat, w porównaniu z pacjentami stosującymi dietę krócej niż 1 rok, zupełny brak objawów występował zdecydowanie częściej. Podobne wyniki uzyskano w badaniu oceniającym jakość życia pacjentów z celiakią. Wykonano je w Finlandii na grupie około 1000 osób. Wyniki tego badania potwierdziły, że u pacjentów stosujących dietę eliminującą gluten dłużej niż rok objawy celiakii cechowały się mniejszym stopniem nasilenia. Na podstawie analizy powyższych badań wykazano również, że kobiety sygnalizują występowanie większej liczby dolegliwości wywołanych chorobą niż mężczyźni [7].

Nadwrażliwość na gluten niezwiązana z celiakią (ang. non-coeliac gluten sensitivity, NCGS)

Nieceliakalna nadwrażliwość na gluten to niealergiczna oraz nieautoimmunologiczna reakcja organizmu. Następuje w wyniku spożycia glutenu u osób, u których wcześniej za pomocą badań serologicznych oraz histopatologicznych wykluczono chorobę trzewną oraz alergię, a pomimo tego konsumpcja glutenu wywołuje objawy niepożądane. NCGS

charakteryzuje się zbliżonymi objawami do celiakii, jednak u osób chorych nie dochodzi do zaniku kosmków [1,7].

Leczenie NCGS polega przede wszystkim na zmianie dotychczasowej diety. Po rozpoznaniu choroby powinno się przejść na dietę o niskiej zawartości glutenu w produktach żywnościowych, która jednak będzie dostosowana do osobniczej tolerancji. [1]. Wpływ glutenu na pojawienia się objawów u pacjentów z NCGS nieceliakalna nadwrażliwością na gluten stanowi przedmiot wielu badań. Zanini i współpracownicy przeprowadzili badania z podwójnie ślepą próbą. Na ich podstawie zaobserwowano, że aż 34% badanych osób nie umiało stwierdzić kiedy skonsumowali gluten. W badaniu tym również 49% chorych zgłaszało nasilenie objawów podczas przyjmowania placebo. Biesiekierski i współpracownicy w swoim badaniu dokonali analizy wpływu glutenu u osób zgłaszających NCGS przy wdrożeniu diety ubogiej w FODMAPs. Badanie było wykonane z podwójnie ślepą próbą. Wyniki ukazały brak związku pomiędzy spożywaniem glutenu, a nasileniem objawów u tych pacjentów. Zaobserwowano także efekt nocebo – u pacjentów, w których świadomości utarło się przekonanie o niekorzystnym wpływie glutenu wystąpiły objawy, pomimo nie otrzymania glutenu [7].

Podsumowując nieceliakalna nadwrażliwość na gluten występuje u mniejszej liczby osób niż myślano do tej pory. Z analizy wyżej wymienionych badań wynika, że bywa często rozpoznawany zbyt pochopnie, zwłaszcza gdy pacjenci stawiają samodiagnozę i sami wprowadzają dietę bezglutenową. U osób, u których rzeczywiście występuje NCGS zastosowanie diety bezglutenowej w części przypadków jest skuteczne, jednak wykrycie choroby jest trudne z powodu braku rzetelnego testu diagnostycznego [1,2,7].

Cukrzyca typu 1

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat odkryto, że istnieje powiązanie między występowaniem cukrzycy typu 1, a zachorowaniem na celiakię. Z przeprowadzonych badań wynika, że na CD choruje 1,4-19,7% pacjentów z cukrzycą typu 1. Wyżej wymienione choroby wykazują podobieństwo względem siebie na tle genetycznym-powiązane są genotypem HLA-DQ2 / DQ8. Istnieje również naukowo udowodnione powiązanie miedzy spożywaniem produktów glutenowych, a późniejszym wystąpieniem cukrzycy typu 1 u osób, które maja predyspozycje do zachorowania [2,8]. Z badania przeprowadzonego na ludziach wynika, że największe predyspozycje do zachorowania na cukrzycę typu 1 występują u osób, u których gluten został wprowadzony do diety przed skończeniem 3 miesiąca życia. Badaniem tym była objęta grupa dzieci, których rodzice także chorowali na cukrzycę, a wszystkie dzieci, u których występowała ta zależność miały genotyp predysponujący do rozwoju cukrzycy [9].

Powszechnie znany jest przypadek 6 letniego chłopca, u którego zdiagnozowano cukrzycę typu 1, a niechorującego na celiakię. Zastosowana u chłopca dieta eliminująca gluten wpłynęła na poprawę parametrów HbA1c z 7,8% do 6% pomimo braku zastosowania insulinoterapii Bywa on często interpretowany, jako potwierdzenie leczniczego wpływu diety bezglutenowej na osoby chorujące na cukrzycę typu 1 [2,7,10] . Z przeprowadzonego później na grupie 15 osób badania pilotażowego wynikało jednak, że dieta eliminująca gluten może przyczynić się tylko do częściowej remisji choroby u niektórych dzieci, a także umożliwić dokładniejszą kontrolę glikemii. [2,11].

Nie wszystkie z badań wykazują korzystne właściwości zastosowania diety eliminującej gluten u osób chorych na cukrzycę typu 1. Konieczne jest zatem prowadzenie dalszych badań, by udowodnić właściwości diety bezglutenowej zapobiegające rozwojowi cukrzycy u osób predysponowanych, oraz badań nad możliwością jej zastosowania u osób, u których cukrzyca została świeżo rozpoznana. [7,8].

Choroby tarczycy

Powiązanie między chorobą trzewną, a chorobami tarczycy jest dobrze naukowo udokumentowane. U osób z celiakią istnieje większe ryzyko pojawienia się choroby Hashimoto oraz choroby Gravesa-Basedowa. Z kolei CD występuje u około 2-5% osób z autoimmunologicznymi chorobami tarczycy. W badaniu przeprowadzonym przez Sategna-Guidetti i współpracowników stwierdzono, że choroba Gravesa Basedowa u chorych z CD występuje z podobną częstotliowością jak w populacji ogólnej, zaś choroba Haschimoto 10 razy częściej [7,12].

W badaniu Renaula i Collin zaobserwowano natomiast, że po wdrożeniu diety bezglutenowej objawy niedoczynności tarczycy występowały u 1,1% badanych chorych, zaś wyjściowo było to 3,7%. Zaobserwowano również, że u chorych na niedoczynność tarczycy z współwystępującą chorobą trzewną objawy hipotyreozy uległy zmniejszeniu. Dodatkowo pacjenci Ci używali, brali mniejsze niższe dawki lewotyroksyny. Na podstawie tego badania należy stwierdzić, że dieta eliminująca gluten powinna być wdrożona od razu po zdiagnozowaniu nietolerancji glutenu, aby możliwe było zminimalizowanie ryzyka pojawienia się autoimmunologicznego zapalenia tarczycy. Jednak są również badania, które wskazują na brak korelacji między dietą eliminującą gluten, a chorobą Hashimoto. Badaniem takim może być badanie, które przeprowadził Mainardi. Nie zaobserwowano w nich zależności między mianem przeciwciał przeciwtarczycowych, a wdrożeniem diety niezawierającej glutenu. Należy więc stwierdzić, że zasadność wdrażania diety eliminującej gluten w autoimmunologicznych chorobach tarczycy została udowodniona naukowo tylko u osób, u których zdiagnozowano również celiakię. Samo występowanie przeciwciał anty-TPO oraz autoimmunologicznego przewlekłego zapalenia tarczycy nie predysponuje do wprowadzenia diety bezglutenowej. Należy jednak prowadzić dalsze badania, aby dowiedzieć się więcej o zależności występowania chorób autoimmunologicznych i celiakii [12].

Zespół jelita drażliwego IBS (ang. Irritable Bowel Syndrome)

Zespół jelita drażliwego jest przewlekłym oraz powracającym zaburzeniem jelit o charakterze czynnościowym. Głównymi objawami IBS są: bóle brzucha związane z wypróżnianiem oraz zmiana rytmu defekacji lub konsystencji stolca . U osób, u których zdiagnozowano IBS występują większe predyspozycje do pojawienia się u nich nietolerancji pokarmowych [7,13]. Z analizy badań przeprowadzonych przez Carrocio i współpracowników wynika, że w przebadanej grupie 920 pacjentów, aż u 30% rozpoznano nadwrażliwość na gluten. Na podstawie tych danych można stwierdzić, że wdrożenie diety eliminującej gluten u pacjentów z IBS może przynieść korzyść [14,15].

Vazquez-Rogue i współpracownicy stwierdzili, że u chorych z zespołem jelita drażliwego, u których występują haplotypy HLA-DQ2/ DQ8 objawy mogą złagodnieć. Trzeba jednak zaznaczyć, że u badanej grupy pacjentów wykluczono wcześniej celiakię, a głównym objawem była biegunka [16]. Z kolei Biesiekierski i współpracownicy wykonali badania, które polegały na przeprowadzeniu podwójnie ślepej próby kontrolnej z placebo. Chcieli w ten sposób zobaczyć jaki będzie efekt na prowokację glutenem u osób z IBS, u których wprowadzenie diety eliminującej gluten przyniosło dobre rezultaty. Z badań tych jednak wyłączono pacjentów z celiakią. Wyniki, które otrzymali naukowcy pokazały, że pośród chorych przyjmujących placebo zarejestrowano poprawę [17]. Jak wynika z aktualnych badań naukowych roli jaką pełni gluten w zespole jelita drażliwego nie udało się jeszcze wyjaśnić. Z powyżej opisanych badań można stwierdzić, że dieta eliminująca gluten u około połowy chorych z zespołem jelita drażliwego może przynieść dobre rezultaty. Aby to jednak potwierdzić niezbędne jest prowadzenie dalszych badań w tym kierunku [2,7].

Autyzm

Zaburzenia w autyzmie są coraz liczniej występującymi zaburzeniami pojawiającymi się przed trzecim rokiem życia człowieka. Wśród objawów należy wymienić upośledzenie zarówno społeczne jak i językowe, nawracające zachowania, z którymi może współwystępować depresja, lęk, nadpobudliwość, a także agresja. Udowodnione zostało, że wdrożenie leczenie żywieniowego może przyczynić się do poprawy stanu zdrowia u pacjentów z zaburzeniami autystycznymi. Leczenie to najczęściej opiera się na zastosowaniu diety bezglutenowej oraz bezkazeinowej. Stosowanie w tym przypadku tych diet nie wynika jednak ze związku celiakii z autyzmem, ponieważ związek ten został wykluczony [2]. Porównując wyniki badań dzieci z autyzmem z wynikami dzieci zdrowych można zauważyć, że występuje u nich zdecydowanie większe stężenie przeciwciał IgG przeciwko gliadynie. Zależność ta jest bardziej widoczna, gdy o osób chorych występują objawy ze strony układu trawiennego [18]. Ryzyko wystąpienia autyzmu u osób ze zdrową ścianą jelita jest większe, gdy są obecne dodatnie markery serologiczne celiakii. Istnieje hipoteza, że część objawów autyzmu może wiązać się z oddziaływaniem peptydów opioidowych, które powstają na skutek niecałkowitego rozkładu artykułów spożywczych posiadających gluten oraz kazeinę

[2]. Najnowsze publikacje dotyczące leczenia żywieniowego za pomocą diety bezglutenowej pacjentów z autyzmem ukazują, że dowody świadczące o skuteczności tej diety są niewystraczające. Nie zmienia to jednak faktu, że u pewnej grupy dzieci, u której rozpoznano ASD zastosowanie diety bezglutenowej może mieć korzystny wpływ na ich zdrowie. Zanim jednak wdroży się tę dietę należy wykonać odpowiednie badania, które określą czy eliminacja glutenu przyniesie oczekiwany rezultat [2,7].

Schizofrenia

Na temat wpływu diety bezglutenowej na osoby chore na schizofrenię toczą się liczne dyskusje. Niektórzy badacze zauważają kilka zależności między glutenem a schizofrenią, inni wprost przeciwnie-nie widzą żadnych związków między nimi [2].

Badania przeprowadzone przez Cascella i współpracowników wykazały, że u 5,5% pacjentów chorujących na schizofrenię występowało duże stężenie przeciwciał przeciwko tansglutaminazie tkankowej – anty-tTG (w populacji kontrolnej wynik badania wyniósł 1,1%), a u 23,1% pacjentów pojawił się dodatni wynik przeciwciał przeciwgliadynowych – AGA IgG (w grupie kontrolnej było to 3,1%). Większa część pacjentów zdodatnim tTG, miała negatywny wynik przeciw endomysium mięśni gładkich EmA. Wyklucza to w konsekwencji powiązanie tTG z chorobą trzewną [19].

Podsumowując, oddziaływanie glutenu na zwiększenie intensywności objawów u chorych na schizofrenię nie zostało należycie udowodnione. Decyzję o zastosowaniu diety bezglutenowej należy więc rozpatrywać indywidualnie u każdego pacjenta. Niezbędne jest także prowadzenie dalszych badań aby ocenić, czy eliminacja glutenu z diety u osób chorych na schizofrenię będzie korzystna [2,7].

Dieta bezglutenowa, u osób zdrowych

Obecnie coraz bardziej popularne staje się stosowanie diety eliminującej gluten jako diety redukującej masę ciała. Jednak gdy wyeliminujemy tylko glutenu, a zachowamy pozostałe nawyki żywieniowe i zamieniamy tylko część produktów na ich zamienniki, które nie zawierają glutenu, otrzymamy efekt przeciwstawny do oczekiwanego. Dostarczymy w ten sposób większą liczbę kalorii niż do tej pory. Produkty bezglutenowe w porównaniu do produktów zawierających gluten mają podwojoną ilość nasyconych kwasów tłuszczowych. Jest to prawdopodobnie efekt stosowania przy produkcji tych produktów większej ilości olejów pochodzenia zwierzęcego oraz glicerydów kwasów tłuszczowych. W składzie żywności bezglutenowej jest również duża ilość cukru, co powoduje, że jest ona wysoko kaloryczna. Dodatkowo zawiera ona stanowczo mniej witamin takich jak np.: tiamina, niacyna, ryboflawina, magnez, cynk, żelazo czy wapń. Jak wynika z badań brak jest do tej pory konkretnych wyników, które mogłyby stwierdzić, że spadek masy ciała następuje w konsekwencji stosowania diety eliminującej gluten u osób niechorujących na celiakię i nieceliakalną nadwrażliwość na gluten [1,7].

Wnioski

1. Skuteczną metodą leczenia osób chorych na celiakię oraz na nieceliakalną nadwrażliwość na gluten jest dieta bezglutenowa.
2. W przypadku osób, które wykazują tolerancję na gluten stosowanie diety eliminującej gluten nie jest naukowo uzasadnione.
3. Niewłaściwe wdrożenie diety eliminującej gluten może powodować niekorzystne zmiany w strukturze spożycia energii, witamin, składników mineralnych oraz makroskładników.
4. Istnieją doniesienia o szkodliwym wpływie glutenu w chorobach takich jak: choroby autoimmunologiczne tarczycy zespół, jelita drażliwego, cukrzyca typu I, autyzm czy schizofrenia. Jednak obecnie brakuje jednoznacznych wyników badań, które mogłyby potwierdzić te zależności [1].

Piśmiennictwo

1. MICHOTA-KATULSKA E, ZEGAN M, LEYDY K. The legitimacy of gluten-free diet. *Med Rodz*. 2017;(4):259-264.
2. DITTFELD A, GWIZDEK K, PAROL D, MICHALSKI M. Dieta bezglutenowa – charakterystyka grup docelowych. *Postepy Hig Med Dosw*. 2017;72:227-239.
3. ANDRZEJEWSKA M. Rys historyczny badań nad chorobą trzewną. *Acta Medicorum Pol*. 2016;6(1):23-28.
4. SOLLID LM, LIE BA. Celiac disease genetics: current concepts and practical applications. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. 2005;3(9):843-851.
5. BYASS P, KAHN K, IVARSSON A. The Global Burden of Childhood Coeliac Disease: A Neglected Component of Diarrhoeal Mortality? *PLoS ONE*. 2011;6(7):1-8.
6. CIELECKA EK, DEREŃ K, GRZEGORCZYK A. Nadwrażliwość pokarmowa. *Alerg Astma Immunol*. 2010;15(3):118–124.
7. MICHAŁOWSKA J, PASTUSIAK K, BOGDAŃSKI P. Kontrowersje wokół glutenu. *Forum Zaburzeń Metab*. 2017;8(3):103-111.
8. CHWALBA A, OTTO-BUCZKOWSKA E. Role of gluten-free diet in pathogenesis of type 1 diabetes – what new? *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2016;21(4): 1770–1780.
9. ZIEGLER A-G, SCHMID S, HUBER D, HUMMEL M, BONIFACIO E. Early infant feeding and risk of developing type 1 diabetes-associated autoantibodies. *JAMA*. 2003;290(13):1721-1728.
10. SILDORF SM, FREDHEIM S, SVENSSON J, BUSCHARD K. Remission without insulin therapy on gluten-free diet in a 6-year old boy with type 1 diabetes mellitus. *BMJ Case Rep*. 2012.

11. SVENSSON J, SILDORF SM, PIPPER CB, et al. Potential beneficial effects of a gluten-free diet in newly diagnosed children with type 1 diabetes: a pilot study. *SpringerPlus*. 2016;5(1):994.
12. FLORCZYK I, FLORCZYK M, JUNIK R. Dieta bezglutenowa a choroba Hashimoto — obecny stan wiedzy. *Forum Zaburzeń Metab*. 2018;9(4):152-159.
13. ŻELOWSKI A, WOJTUŃ S, GIL J, DYRLA P. Zespół jelita nadwrażliwego – podstawowe zasady rozpoznawania i leczenia. *Pediatr Med Rodz*. 2013;9(3):250-255.
14. DE GIORGIO R, VOLTA U, GIBSON PR. Sensitivity to wheat, gluten and FODMAPs in IBS: facts or fiction? *Gut*. 2016;65(1):169-178.
15. CARROCCIO A, MANSUETO P, IACONO G, et al. Non-celiac wheat sensitivity diagnosed by double-blind placebo-controlled challenge: exploring a new clinical entity. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(12):1898-1906.
16. VAZQUEZ-ROQUE MI, CAMILLERI M, SMYRK T, et al. A controlled trial of gluten-free diet in patients with irritable bowel syndrome-diarrhea: effects on bowel frequency and intestinal function. *Gastroenterology*. 2013;144(5):903-911.
17. BIESIEKIERSKI JR, NEWNHAM ED, IRVING PM, et al. Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: a double-blind randomized placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(3):508-514.
18. LAU NM, GREEN PHR, TAYLOR AK, et al. Markers of Celiac Disease and Gluten Sensitivity in Children with Autism. *PloS One*. 2013;8(6):1-5.
19. CASCELLA NG, SANTORA D, GREGORY P, KELLY DL, FASANO A, EATON WW. Increased Prevalence of Transglutaminase 6 Antibodies in Sera From Schizophrenia Patients. *Schizophr Bull*. 2013;39(4):867-871.

Kontakt:
Katarzyna Tomala
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. Żeromskiego 5
25-369, Kielce
tel.531724283
e-mail: katarzyna.tomala456@gmail.com

PSYCHOMETRICKÁ VALIDIZACE DOTAZNÍKU PDI-CZ U PACIENTŮ BEZ KOGNITIVNÍHO DEFICITU, KTEŘÍ NEJSOU V TERMINÁLNÍ FÁZI NEMOCI

Psychometric Validation of PDI-CZ Questionnaire in Patients without Cognitive Deficit who are not in the Terminal Stage of a Disease

Renáta Váverková[1,2], Helena Kisvetrová[1]

[1]Centrum vědy a výzkumu, Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
[2]II. interní klinika - gastroenterologie a geriatrie, Fakultní nemocnice Olomouc

Abstrakt

Úvod: Dotazník Patient Dignity Inventory (PDI) je sebeevaluační nástroj primárně vytvořený k hodnocení důstojnosti terminálně nemocných. V současné době se ale využívá i u dalších skupin pacientů.

Cíl: Provést psychometrickou validizaci (reliabilita, konvergentní a konstruktová validita) dotazníku PDI-CZ u pacientů bez kognitivního deficitu ve věku 60+, kteří nejsou v terminální fázi nemoci a žijí ve vlastním sociálním prostředí.

Materiál a metodika: Výzkumný soubor tvořilo 263 respondentů (průměrný věk 74,0±6,7 roků; 184 [70,0 %] žen; MMSE skóre 28,8±1,2). Dotazníková baterie zahrnovala české verze dotazníků: Mini Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS), Barthel Index (BI), Attitude to Ageing Questionnaire (AAQ) a soubor sociodemografických charakteristik. Pro statistické zpracování byly použity testy Shapiro-Wilk a Mann-Whitney *U*-test, Spearmanův korelační koeficient, explorační a konfirmační faktorová analýza.

Výsledky: Mezi muži a ženami nebyly v jednotlivých proměnných signifikantní rozdíly ($p>0,05$). Reliabilita PDI-CZ byla velmi dobrá (Cronbachovo alfa 0,972). Pozitivní korelace byla mezi PDI-CZ a GDS ($r = 0,686$, $p<0,0001$). Negativní korelace byly mezi PDI-CZ a AAQ ($r = -0,558$, $p<0,0001$), BI ($r = -0,414$, $p<0,0001$) a MMSE ($r = -0,267$, $p<0,0001$). Explorační faktorová analýza (Kaiser-Meyer-Olkinova míra = 0,963) rozdělila 25 položek do tří faktorů (Vnímání sebe sama; Psychické a fyzické důsledky nemoci; a Schopnost sebepéče), což představuje 72,2 % celkové variability. Model se třemi faktory byl potvrzen i konfirmační analýzou.

Závěr: PDI-CZ má dobré psychometrické vlastnosti a lze ho využít pro pacienty, kteří nejsou v terminální fázi nemoci.

Podpořeno z grantového projektu IGA_FZV_2019_008.

Klíčová slova: Důstojnost. Pacient. Hodnocení. Psychometrická validace. Deprese. Postoj ke stárnutí. Soběstačnost.

Abstract

Introduction: The Patient Dignity Inventory (PDI) is a self-evaluation tool originally designed to assess the dignity of terminally ill patients. However, it is currently used in other patient groups, too.

Objective: To perform psychometric validation (reliability, convergence and construct validity) of the PDI-CZ questionnaire in patients without cognitive deficit, aged 60+, who are not in the terminal phase of a disease and live in their own social environment.

Material and methodology: The research sample consisted of 263 respondents (mean age 74.0 ± 6.7 years; 184 [70.0%] women; MMSE score 28.8 ± 1.2). The questionnaire battery included Czech versions of the questionnaires: Mini Mental State Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS), Barthel Index (BI), Attitude to Ageing Questionnaire (AAQ), and a set of socio-demographic characteristics. Shapiro-Wilk and Mann-Whitney U-test, Spearman correlation coefficient, exploratory and confirmatory factor analysis were used for statistical analysis.

Results: There were no significant differences between men and women ($p > 0.05$). PDI-CZ reliability was very good (Cronbach alpha 0.972). The positive correlation was between PDI-CZ and GDS ($r = 0.686$, $p < 0.0001$). Negative correlations were between PDI-CZ and AAQ ($r = -0.558$, $p < 0.0001$), BI ($r = -0.414$, $p < 0.0001$) and MMSE ($r = -0.267$, $p < 0.0001$). Exploratory factor analysis (Kaiser-Meyer-Olkin rate = 0.963) divided 25 items into three factors (Self-perception; Mental and Physical Consequences of Disease; and Self-Care Ability) that represent 72.2% of total variability. The three-factor model was also confirmed by confirmatory analysis.

Conclusion: PDI-CZ has good psychometric properties and can be used for patients who are not in the terminal stage of a disease.

Supported by IGA_FZV_2019_008 grant project.

Key words: Dignity. Patient. Evaluation. Psychometric validation. Depression. Attitude towards aging. Self-sufficiency.

Kontakt:

Mgr. Renáta Váverková

II. interní klinika - gastroenterologie a geriatrie, Fakultní nemocnice Olomouc

tel.: +420 604 464 183

e-mail: rvaverkova@seznam.cz

PREVALENCIA PLOCHONOŽIA U DETÍ V PREDŠKOLSKOM VEKU 5 – 6 ROKOV

Prevalence of Flat Feet in Children in Preschool Age 5-6

Marina Kolarová[1], Zuzana Hudáková[1], Vladimír Littva[2]

[1]Katedra fyzioterapie, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
[2]Katedra verejného zdravotníctva, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Úvod: Plochonožie je porucha pohybového aparátu ktorú čoraz častejšie pozorujeme u detí. Nepredstavuje len kozmetickú deformitu nohy, ale môže byť príčinou závažných deformít dolných končatín (varozita achilovky a päty, varozita kolien, rotácia bedrových kĺbov a pod.). Zároveň sa často podieľa až navzniku deformít chrbtice a poruchách v držaní tela u detí.

Materiál a metodika:Súbor tvorilo 200 detí v predškolskom veku 5 – 6 rokov. Vyšetrenie sme realizovali v školskom roku 2017 – 2018. Hodnotenie klenby bolo realizované pomocou metodiky NapoleónaWolanského.Na analýzu výsledkov sme použili deskriptívnu štatistiku.

Výsledky: Priemerná hodnota plochonožia u sledovaných predškolákov bola na úrovni 0,9 +/- 0,72.Plochonožie sme diagnostikovali u 138 detí, teda u viac ako u polovicesledovaných predškolákov (MEDIÁN = 1).Najviacej zastúpené bolo mierne plochonožie hodnotené stupňom 1 (MODUS = 1) a to u 95predškolákov. Výrazné plochonožie, hodnotené stupňom 2 (MAX. hodnota), bolo zaznamenané u 43 predškolákov. Fyziologické postavenie pozdĺžnej klenby (hodnotené stupňom 0 – MIN. hodnota), bolo vyhodnotené u 62 predškolákov.

Záver: Vyšetrenie potvrdilo vysokú prevalenciu plochonožia u detí v predškolskom veku 5 – 6 rokov. Z toho dôvodu odporúčamezavádzať preventívne opatrenia a to: monitorovať obuv u detí a v prípade nedostatkov odporučiť vhodné topánky/prezuvky, prípadne vložky do topánok; zavádzať do bežného režimu v materských školách cvičenie na ovplyvnenie plochonožia;o prevencii/liečbe plochonožia poučiť rodičov. Odporúčame aj sledovať postavenie dolných končatín, chrbtice a držanie tela u detí so vzniknutým plochonožíma sekundárne vzniknuté deformity liečiť.

Kľúčové slová: Plochonožie. Pozdĺžna klenba. Predškoláci.

Výsledky boli spracované v rámci projektu:
„Rozvoj a podpora KU pri napĺňaní dlhodobého zámeru 003KU-2-1/2018“

Abstract

Objective: Flat feet is a disorder of the musculoskeletal system which is increasingly observed in children. It is not only a cosmetic deformity of the foot, but it can also cause serious deformities of the lower limbs (Achilles tendon and heel valgosity, genuavalga, hip joint rotation, etc.). At the same time, it is often involved in the development of spinal deformities and disorders in the posture of children.

Material and methods: The sample consisted of 200 preschool children aged 5 - 6. The examination was carried out in the school year 2017 - 2018. The arche of the foot was evaluated using the methodology of Napoleon Wolanski. We used descriptive statistics to analyse the results.

Results: The mean value of flat feet in the monitored preschoolers was 0.9 +/- 0.72. We have diagnosed flat feet in 138 children, ie in more than half of the preschoolers (MEDIAN = 1). The most represented was a slight deformity, evaluated by grade 1 (MODUS = 1). It was observed in 95 preschoolers. Significant flat feet, rated at level 2 (MAX. value), were recorded at 43preschoolers. Physiological position of the longitudinal arch of the feet (graded 0 - MIN. value) was evaluated in 62preschoolers.

Conclusion: The examination confirmed a high prevalence of flat feet in preschool children age 5-6. For this reason, we recommend introducing preventive measures such as: monitoring footwear in children and recommending appropriate shoes; using shoe inserts in children who have been diagnostics flat feet; introducing exercise in the kindergarten to reduce prevalence of flat feet in children; instruct parents how to prevent or threat flat feet in their children. We also recommend to monitor the pathologic position of the lower limbs, spine and posture in children with developed flat feet and to treat these secondary deformities.

Keywords: Flat feet. Longitudinal arch of foot. Preschoolers.

Results were processed within the project:

“Rozvoj a podpora KU pri napĺňaní dlhodobého zámeru 003KU-2-1/2018“

Kontakt:

Marina Kolarová

Fakulta zdravotníctva, katolícka univerzita v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 28

034 01, Ružomberok

e-mail: kolarovam@gmail.com

OCENA SKUTECZNOŚCI WYBRANYCH ZABIEGÓW ELEKTROLECZNICZYCH W LECZENIU DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA

Effectiveness of selected electrotherapeutic treatments in the back pain

Piotr Kurzeja[1], Anna Babik[1], Jarosław Prusak[1,2], Bartłomiej Gąsienica-Walczak[1], Tomasz Szurmik[3], Zuzana Hudáková[4]

[1]Podhale State College of Applied Sciences in Nowy Targ
[2]Institute for Tuberculosis and Lung Diseases, Department in Rabka-Zdrój
[3]University of Silesia, Faculty of Ethnology and Educational Science in Cieszyn
[4] Catholic University in Rozemberok, Faculty of Health

Abstract

Wprowadzenie: Wraz z postępem cywilizacji dochodzi do wzrostu liczby osób cierpiących z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa, które są jedną z najczęstszych przyczyn niezdolności do pracy. To skłania do nieustannego poszukiwania skutecznych metod walki z dolegliwościami bólowymi. Coraz częściej stosuje się zabiegi fizykalne, w tym elektroterapię, która w skuteczny sposób może zmniejszać lub całkowicie eliminować dolegliwości bólowe.

Cel: Celem pracy była ocena skuteczności wybranych zabiegów elektroleczniczych w leczeniu dolegliwości bólowych dolnego odcinka kręgosłupa.

Materiał i metody: Badaną grupę stanowiło 80 osób (49 kobiet i 39 mężczyzn) w wieku od 43 do 79 lat. Badania przeprowadzono na oddziale fizykoterapii w Podhalańskim Specjalistycznym Szpitalu im. Jana Pawła II w Nowym Targu. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz, skalę VAS i Laitinena oraz kwestionariusz Oswestry.

Wyniki: Stwierdzono istotną różnicę w poziomie odczuwanego bólu w skali VAS przed i po terapii ($p< 0,0001$). stwierdzono istotną różnicę w poziomie odczuwanego bólu w skali Laitinena przed i po terapii ($p< 0,0001$). stwierdzono istotną różnicę w poziomie niepełnosprawności przed i po terapii ($p< 0,0001$). stwierdzono istotną różnicę w częstości zażywania leków przeciwbólowych przed i po terapii ($p< 0,0001$).

Wnioski: Przeprowadzone badania dowiodły, że zabiegi elektrolecznicze mogą być skuteczne w zmniejszaniu dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowo-krzyżowym oraz istotnie zmniejszać poziom niepełnosprawności u tych osób.

Słowa kluczowe: Leczenie bólu. Zabiegi fizykalne. Elektroterapia.

Abstract

Introduction: As civilization progresses, the number of people suffering from back pain is increasing, which is one of the most common causes of incapacity for work. This prompts you to search constantly for effective methods to fight pain. Physical procedures, including electrotherapy, are increasingly used to reduce or completely eliminate pain.

Aim of the study: The aim of the study was to assess the effectiveness of selected electrotherapeutic treatment in the lower back pain.

Material and methods: The study group consisted of 80 people (49 women and 31 men) aged between 43 and 79 years old. The examinations were carried out at the physiotherapy ward at the Podhale Specialist Hospital John Paul II in Nowy Targ. The author's questionnaire, the VAS and Laitinen scale and the Oswestry questionnaire were used for the research.

Results: There was a significant difference in the level of pain felt on the VAS scale before and after therapy ($p<0.0001$). a significant difference was found in the level of pain experienced on the Laitinen scale before and after treatment ($p<0.0001$). a significant difference was found in the level of disability before and after therapy ($p<0.0001$). there was a significant difference in the frequency of analgesic use before and after therapy ($p<0.0001$).

Conclusions: The conducted research proved that electrotherapy can be effective in reducing pain in the lumbosacral region and significantly reduce the level of disability of sick people.

Key words: Pain treatment. Physical therapy. Electrotherapy.

Kontact:

dr. Piotr Kurzeja

Podhalańska Państwowa Uczelnia Zawodowa w Nowym Targu

ul. Kokoszków 71

34-400, Nowy Targ

tel.: +48606943496

e-mail: piotrkurzeja@op.pl

STRATIFIKÁCIA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O HEMODIALYZAČNÉ CIEVNE PRÍSTUPY

Stratification of Nursing Care in Patients with Hemodialysis Vascular Access

Alexandra Petríčková Šťastná, Barbora Valjentová

Angiologické oddelenie, Fakultná nemocnica Trenčín

Abstrakt

Podľa štatistických údajov dialyzačnej liečby v Slovenskej republike sa každým rokom zvyšuje počet nových pacientov, ktorí sú zaradení do pravidelnej hemodialyzačnej liečby. Dnes pripadá na milión obyvateľov – 600 pacientov, čo je zhruba 3000 dialyzovaných pacientov.

Jednou z najdôležitejších podmienok účinnej a dlhodobej hemodialýzy je dobre fungujúci cievny prístup, ktorý zaistí dostatočný prítok krvi pacienta do dialyzátoru a späť. Vzhľadom k tomu, že v Európe je priemerná priechodnosť u natívnych artériovenóznych fistúl cca 3 roky a syntetických dialyzačných graftov 1 – 2 roky, odborný príspevok venujeme eventuálnym komplikáciám po zavedení AV fistuly (stenóza, trombóza, aneuryzma) a zavedeniu alternatívneho hemodialyzačného prístupu – Permcathu

Pomerne veľký priestor je poskytnutý komplikáciám AVF z hľadiska jej definície, patofyziológie, klasifikácie, rizikovej stratifikácie, klinickej manifestácie ako aj diagnosticko – liečebného procesu. Zásadnú časť príspevku tvoria aktuálne odporúčania, dostupné poznatky a problematika predhospitalizačného a hospitalizačného manažmentu zavedenia permanentného dialyzačného katétra

Druhá časť prednášky je venovaná komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti po zavedení permanentného dialyzačného katétra, taktiež starostlivosti po DSA, resp. PTA pri komplikáciách AV shuntu. Ďalej špecifikuje predintervenčnú prípravu a pointervenčnú starostlivosť, resp. perioperačnú asistenciu počas intervenčného zákroku.

Pretože je cievny prístup pre hemodialyzovaných pacientov nevyhnutný, je dôležité jeho správne a dôkladné ošetrovanie nielen sestrami, ale aj samotným pacientom. Preto musí byť pacient, ale aj jeho rodinný príslušníci zrozumiteľne a dostatočne edukovaní o zásadách správnej starostlivosti o končatinu s A-V shuntom. Poučenie by sa malo týkať možných rizík v domácom prostredí a ich predchádzaniu. Správnou starostlivosťou sa predchádza zbytočným komplikáciám a predĺži sa životnosť A-V shuntu.

Kľúčové slová: Hemodialýza. Permanentný dialyzačný katéter. AV fistula. DSA. PTA. Cievny prístup. Ošetrovateľská starostlivosť.

Abstract

According to statistical data of dialysis treatment in the Slovak Republic, the number of new patients enrolled in regular hemodialysis treatment increases every year. Today, there are about one million inhabitants - 600 patients, which is about 3000 dialysis patients.

One of the most important conditions for effective and long-term hemodialysis is a well – functioning vascular approach that ensures sufficient blood flow to and from the patient's dialyser. Due to the fact, that in Europe the average patency of native arteriovenous fistulae is about 3 years and synthetic dialysis grafts 1-2 years, the professional presentation deals with possible complications after the introduction of AV fistula (stenosis, thrombosis, aneurysm) and the introduction of an alternative hemodialysis approach -

Relatively large part of presentation is focus about to complications of AVF in terms of its definition, pathophysiology, classification, risk stratification, clinical manifestation as well as diagnostic - treatment process. Important part of the proffesional contribution consists of current recommendations, available knowledge and problems of pre-hospitalization and hospitalization management of permanent dialysis catheter

The second part of the lecture is devoted to comprehensive nursing care after the introduction of permanent dialysis catheter, as well as care after DSA, respectively. PTA for AV shunt complications. Furthermore, it specifies pre-intervention preparation and pointer care. perioperative assistance during intervention.

Since the vascular approach is essential for hemodialysis patients, it is important to treat it properly and thoroughly not only by the nurses but also by the patients themselves. Therefore, the patient as well as his / her family members must be comprehensively and sufficiently educated about the principles of proper care of the limb with the A-V shunt. The lessons learned should address possible risks in the home environment and their prevention. Proper care prevents unnecessary complications and extends the life of the A-V shunt.

Key words: Hemodialysis. Permanent dialysis catheter. AV fistula. DSA. PTA. Vascular access. Nursing care.

Kontakt:
Mgr. Alexandra Šťastná
Fakultná nemocnica Trenčín,
Legionárska 28,
91101, Trenčín
tel: 0907161333
e-mail: alexandra.stastna@fntn.sk

ROLA RODZINY W OPIECE NAD OSOBĄ STARSZĄ

The Role of the Family in Caring for the Elderly

Patrycja Trojnar, Zuzanna Borowiecka, Beata Boratyn

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła
Techniczno – Ekonomiczna w Jarosławiu

Streszczenie

W Polsce starszymi osobami zwykle opiekują się bliscy członkowie rodziny. Obowiązek ten wiąże się z ogromnymi wyzwaniami, ponieważ wymaga organizacji zmian organizacyjnych. Senior staje się centrum uwagi i koncentracji członków rodziny deklarujących chęć przyłączenia się do jego opieki i opieki. Nowa sytuacja często powoduje strach i niepokój w następnej. Rodzina stoi w obliczu czegoś, czego nigdy wcześniej nie doświadczyła.

Osoba starsza często czuje się zawstydzona i winna. Jeśli do tej pory była niezależna i niezależna, jeszcze trudniej jej zaakceptować. Obecnie seniorzy mogą mieć duże trudności ze znalezieniem swojego miejsca w rodzinie, ponieważ tradycyjny model wielopokoleniowy rodziny zanika. Młodsi ludzie często nie są w stanie sprostać wyzwaniom związanym ze starością i niepełnosprawnością. Młodsi ludzie często nie są w stanie sprostać wyzwaniom związanym ze starością i niepełnosprawnością. Wynika to nie tylko z niechęci lub rozluźnienia więzi rodzinnych, ale także z obecnego modelu życia. Wysiłek opieki pociąga za sobą również pogorszenie stanu zdrowia osób starszych, pogłębianie deficytów i wzrost stopnia zaangażowania bliskich. Należy jednak zauważyć, że utrzymywanie więzi rodzinnych przez osoby starsze znacząco wpływa na utrzymanie i poprawę zdrowia, a także na lepszą jakość życia. Wpływają również na poprawę funkcji poznawczych i zmniejszają śmiertelność wśród seniorów. Najbliżsi krewni z powodzeniem rozwiązują problemy emocjonalne, organizacyjne i życiowe seniorów i są niezastąpionym źródłem satysfakcji.

Słowa kluczowe: Relacje rodzinne. Opieka nad osobami starszymi.

Summary:

In Poland, older people are usually looked after by close family members. This obligation brings huge challenges, because it requires organizational changes organization.The senior becomes the center of attention and concentration of family members declaring their willingness to join in his care and nursing. The new situation often causes fear and anxiety in the next. The family faces something they have never experienced before.

An elderly person often feels embarrassed and guilty. If she was independent and independent up to now, it is even more difficult for her to accept. Currently, seniors may have a great difficulty finding their place in the family, as the traditional multi-generational family model is disappearing. Younger people are not often unable to meet the challenges of old age and disability. Younger people are not often unable to meet the challenges of old age and disability. This results not only from reluctance or loosening of family ties, but also from the current model of life. The effort of care also entails the deterioration of the health of the elderly, the deepening of deficits and the increase in the degree of involvement of loved ones. However, it should be noted that maintaining family ties by the elderly significantly affects the maintenance and improvement of health, as well as a better quality of life. They also affect the improvement of cognitive functions and reduce mortality among seniors. The closest relatives successfully solves emotional, organizational and living problems of seniors and is an irreplaceable source of satisfaction.

Keywords: Family relationships. Care for the elderly.

1. Znaczenie rodziny dla seniora.

Pomimo dokonujących się przemian i przeobrażeń o charakterze społecznym, ekonomicznym, kulturowym, wywierających wpływ na zmiany w rodzinie i jej środowisku, trudno jest wskazać na taki moment w życiu człowieka, w którym z jakichkolwiek przyczyn (zarówno zewnętrznych, jak i tych wynikających z rozwoju indywidualnego), byłby on wyizolowany ze środowiska rodzinnego. Jak powszechnie wiadomo, rodzina to główna przestrzeń życia i funkcjonowania człowieka, zaczynając od okresu dzieciństwa, przez młodość, dojrzałość życiową po okres inwolucji i starości. Los starców, sposób podejścia do nich i ich wartościowania, cechował się dużą zmiennością, co jest zauważalne zarówno wczasach współczesnych, jaki i w poprzednich epokach i kulturach(1).

Seniorzy widzą w rodzinie źródło wsparcia i pokładają w niej duże nadzieje w fazie starzenia się i starości. Pomimo powstawania rodzin nuklearnych, zaburzeń trwałości związków małżeńskich, samotnego macierzyństwa, budowania rodzin zrekonstruowanych, adopcyjnych czy zastępczych, osoby starsze nadal pozostaje nieodłączną częścią rodziny, która stanowiąc przestrzeń do jego aktywności, pomaga mu w dobrym starzeniu się, rozwiązywaniu problemów i w udzielaniu wsparcia społecznego. Jest to ważna wiedza w perspektywie demograficznego starzenia się społeczeństwa przy jednoczesnym zmniejszaniu się przyrostu naturalnego ludności(2). Wiele badań wskazuje, że utrzymywanie i rozwijanie kontaktów społecznych przez osoby w podeszłym wieku znacząco wpływa na zachowanie lub poprawę zdrowia, jakość ¨życia i poprawę funkcji poznawczych, jak również na mniejszą umieralność wśród seniorów. Fakt istnienia sieci społecznej zapewnia ludziom starszym poczucie bezpieczeństwa, przynależności i akceptacji , oraz zintegrowanie(3).

W dzieciństwie rodzina stanowi najważniejsze źródło społecznych kontaktów oraz wprowadza w świat znaczeń, wartości i relacji międzyludzkich. Człowiek dorosły znajduje w niej poczucie trwałości, wsparcie oraz możliwość wypełniania wielu społecznych ról i zadań. W starości zaś rodzina ponownie staje się głównym miejscem społecznych kontaktów i troski o jej najstarszych członków. Opisany proces odbywa się poprzez organizowanie międzygeneracyjnych zgromadzeń dzieci, dorosłych i ludzi starych. Spotkania te stwarzają bowiem wszystkim pokoleniom okazję do przeżywania wyjątkowych i niepowtarzalnych stanów i zdobywania istotnych dla siebie doświadczeń. Starość to etap życia, w którym dużego znaczenia nabierają relacje wewnętrzne w rodzinie. Rodzina w okresie późnej dorosłości jest bowiem głównym miejscem społecznej wymiany, oraz zaspokajania najważniejszych życiowych potrzeb seniorów. W okresie starości kontakty społeczne ulegają zmniejszeniu w sposób naturalny, rodzina staje się więc głównym miejscem relacji międzyludzkich i stanowi namiastkę zmniejszonych kontaktów społecznych. Seniorów absorbuje w dużej mierze życie rodzinne, opanowując myśli seniorów oraz staje się dla nich bardzo często najczęściej wybieranym sposobem spędzania czasu wolnego. Decyduje również o odczuwanym zadowoleniu z obecnego życia i przeżytych lat (4). Senior to osoba szczególnie wrażliwa, która ukończyła co najmniej 65 lat lub więcej. Grupa tych ludzi nie jest jednakowa. Jej różnorodność wynika z jednej strony ze swoistego przebiegu procesu starzenia, a z drugiej z występowania u każdej osoby innych przewlekłych chorób (prowadzących do zaburzeń funkcji narządów), oraz zażywania różnych leków. Dodatkowo wraz z wiekiem coraz większy wpływ wywiera czynnik psychospołeczny. Ma on znaczenie dla pojawienia się i przebiegu chorób (przynależność do grupy, obraz własnej osoby, poczucie bycia potrzebnym wśród społeczeństwa w tym przede wszystkim wśród najbliższych) . Należy zwrócić uwagę na fakt, iż uczucie osamotnienia u osoby starszej mimo braku realnych wykładników samotności powoduje pojawienie się depresji. W praktyce więc wśród osób starszych wyróżnia się:

- osoby zdrowe, często wykazujące aktywny tryb życia (głównie osoby w wieku 65–74 lat);
- chorzy sprawni pomimo pojawienia się licznych procesów chorobowych;
- chorzy z różnego stopnia niesprawnością funkcjonalną.

Ryzyko ograniczenia sprawności funkcjonalnej wzrasta wraz ze zwiększeniem się wielochorobowości (5).

Pacjent w podeszłym wieku w związku z obecnością dysfunkcji narządów, oraz istniejącą wielochorobowością w czasie hospitalizacji jest narażony na stres i cierpienie, utratę samodzielności i prywatności oraz dezorientację z powodu zmiany otoczenia i nowej sytuacji. Należy zwrócić uwagę u pacjentów geriatrycznych na istnienie potrzeby wspólnej przestrzeni, która zapewni odpowiedni klimat społeczny, a co za tym idzie możliwości kontaktu z bliskimi, a także kontakty społeczne pomiędzy pacjentami oraz wsparcie fizyczne i psychiczne. Problemy ludzi starszych w sferze społecznej istnieją przede wszystkim

w odczuciu alienacji i samotności. Seniorzy, nie nadążając za tempem współczesnego życia, zaczynają widzieć siebie jako osoby społecznie nieprzydatne, co w połączeniu z częstym brakiem samoakceptacji powoduje skłonności do zaburzeń nastroju, stanów depresyjnych oraz zniecierpliwienia. W odpowiedzi na te problemy powinno się zapewnić osobom starszym jak najczęstszy kontakt, zarówno z rówieśnikami, osobami młodszymi oraz z odwiedzającą rodziną. Utrzymywanie i rozwijanie tychże relacji pomaga oswoić i zaakceptować obecną sytuację związana z hospitalizacją, a dzielenie się doświadczeniem generuje poczucie użyteczności(6).

Jednym z aktualnie powszechnych i trudnych wyzwań występujących w opiece zdrowotnej i społecznej w Polsce stanowi problem zapewnienia opieki osobom w starszym wieku. Pogarszanie się zdrowia i utrata pełnej sprawności w procesie starzenia się powoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia medyczne i socjalne. Jedną z najważniejszych przyczyn powodujących owe potrzeby wyróżnić należy fakt występowania wielu schorzeń w jednym czasie. Choroby przebiegają przewlekle, mogą się zaostrzyć a także niosą ze sobą powikłania. Wzrasta urazowość, niepożądane działania leków, trudności w komunikowaniu się. Problemy w komunikacji wynikają nie tylko z powodu niepełnosprawności czy zmian otępiennych seniorów, ale również z małego zainteresowania i minimalnych kontaktów z opiekunami rodzinnymi. Wśród seniorów obserwuje się pogarszanie sprawności lokomocyjnej, która ogranicza sprawność funkcjonalną ludzi starszych, pogarsza jakość ich życia , samodzielność a także zwiększa ryzyko hospitalizacji i pobytów w zakładach opieki, a co za tym idzie uzależnia od stałej pomocy innych osób. Należy zauważyć, że środowisko domowe mimo postępujących u osoby starszej ograniczeń pozwala zachować samodzielność kontrolę nad własnym życiem seniora(7). Rodziny osób starszych, na których spoczywa obowiązek zapewnienia opieki napotykają poważne trudności w zaspokojeniu właściwych potrzeb i udzielaniu pomocy osobom niesamodzielnym, ponieważ zaszły zmiany w samej strukturze rodziny i w jej funkcjonowaniu. Zmniejszyła się ilość członków rodziny, a także przekształciły się jej struktury. Obserwuje się przestrzenne rozproszenie się potencjalnych opiekunów rodzinnych spowodowane większą mobilnością przestrzenną. Zjawisko to wynika ze zmian na rynku pracy. Dlatego za główną przyczynę braku zapewnienia opieki uważa się fizyczny brak członków rodziny. Kolejnym powodem wywołującym brak opieki rodziny dla seniora jest pogorszenie się sytuacji finansowej rodziny. Ponosi ona wydatki związane z leczeniem, zapewnieniem środków do pielęgnacji i odpowiednim odżywianiem osoby starszej. Równocześnie boryka się z problemem rezygnacji z pracy zawodowej i stałego źródła dochodów na rzecz opiekowania się nie w pełni sprawnym i zależnym seniorem. Jako czynnik zwiększający trudności związane z utrzymaniem pokolenia najstarszego w pełnej aktywności w zakresie życia społecznego zauważa się kryzys więzi rodzinnych, a także okazjonalny kontakt zarówno z wnukami jaki i z własnymi dziećmi. Powszechnie wiadomo, że dobre i bliskie relacje zwłaszcza pomiędzy dziadkami i wnukami,

jak również pomiędzy dziadkami i rodzicami dzieci mogą być pomocne w budowaniu poczucia przynależności społecznej wśród seniorów. Wnuki przez swoje zainteresowanie, żywiołowość i spontaniczność stwarzają dziadkom możliwość do okazywania nowej formy troski polegającej na opiece przez własną obecność, oraz poprzez dzielenie się doświadczeniem i przemyśleniami całego życia. Rodzice powinni zadbać o znalezienie dziadkom znaczącej pozycji w rodzinie i stwarzać okazje do częstych spotkań z wnukami. Takie postępowanie zapewni trwały porządek międzypokoleniowy, a także poczucie trwałości relacji pomiędzy kolejnymi pokoleniami zachowanymi w pamięci. Będzie to miało wpływ na formowanie własnej tożsamości poszczególnych pokoleń rodziny (8). Poczucie radości życia i samospełnienia seniorów można zwiększyć poprzez akceptację własnej egzystencji. Będzie to możliwe kiedy starszy człowiek będzie w pełni i konsekwentnie uczestniczył w życiu rodzinnym, będzie czuł satysfakcję z wykonywanej pracy, a także wystąpi poczucie przynależności do wspólnoty . Rodzinę opisuję się zarówno w socjologii, jak i w psychologii jako małą grupę społeczna związaną silnymi więziami emocjonalnymi. Właśnie w tej pierwotnej jednostce człowiek spotyka się z najsilniejszym oddźwiękiem emocjonalnym, najsilniej może wyrazić swoje uczucia zarówno pozytywne jak i negatywne. Antoni Kępiński nadmienia, że człowiekowi do satysfakcjonującego życia niezbędne jest ciepło rodzinne na równi z zaspokajaniem potrzeb biologicznych. W rodzinie relacje międzyludzkie są bezpośrednie i intymne. Manifestują się w niej więzi zwłaszcza w sytuacjach trudnych, kryzysowych, zagrażających jak i w chwilach radosnych. W środowisku rodziny dokonuje się naturalnie internalizacja sposobów odgrywania ról dziecka, matki, ojca oraz dziadków (9).

2. Udział rodziny w kształtowaniu zdrowych nawyków żywieniowych u osoby starszej.

Jednym z najważniejszych zadań opieki zdrowotnej na rzecz osób po 65 roku życia jest wykształcenie trwałych zachowań zdrowotnych związanych z wzmacnianiem zdrowia, zapobieganiem chorobom i wypadkom, oraz propagowanie działań, które przywracają sprawność i zdrowie człowieka. Rola wychowania zdrowotnego rodziny jest nieoceniona a zakres działań może być niezwykle urozmaicony. Rodzina może wywierać znaczny wpływ na seniora w utrzymywaniu higieny osobistej i otoczenia, w sposobie odżywiania, rodzaju wypoczynku , a także w pozytywnym nastawieniu do rehabilitacji i leczenia(10). Dieta osób w średnim i starszym wieku powinna więc charakteryzować się dużą zawartością błonnika zawartego w warzywach i owocach , aby przy niższej wartości energetycznej dostarczała odpowiedniej ilości witamin i składników mineralnych. Duże spożycie mięsa i wędlin, potraw smażonych, słodyczy a także częste dosładzanie cukrem produktów i napojów wiąże się z ryzykiem nadmiernego spożycia kalorii, tłuszczów i cukrów prostych. Takie nawyki prowadzą do otyłości, chorób układu krążenia, cukrzycy, czy niektórych nowotworów. Wystąpienie tychże dolegliwości ogranicza sprawność i samodzielność seniorów. Rodziny opiekujące się osobami starszymi podejmują działania korzystnie wpływające na zdrowe odżywianie.

Zadaniem członków rodziny jest więc dostarczanie seniorom produktów bogatych w białko, węglowodanów złożonych występujących w pieczywie pełnoziarnistym i kaszach. Ważne jest również dostarczanie seniorom odpowiedniej ilości wapnia i witaminy D_3 niezbędnych w zapobieganiu osteoporozy, a co za tym idzie także złamaniom. Istotne jest także ograniczenie w posiłkach soli kuchennej, której nadmierna ilość zwiększa ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego oraz nowotworów żołądka(11). Wśród seniorów obserwujemy również niedożywienie, co jest efektem nieprawidłowego bilansu energetycznego. Spadek masy ciała poniżej 30 % prowadzi do zaburzeń metabolicznych, które w konsekwencji wywołują poważne schorzenia a nawet śmierć. Postępujące niedożywienie wpływa na aktywność osób starszych i jest przyczyną wielu chorób wynikających z braku odporności, opóźnia także proces zdrowienia. Przyczynami niedożywienia jest pojawiający się wśród osób starszych często brak łaknienia występujący w chorobach neurologicznych takich jak stany po udarach mózgu, w chorobie Alzheimera, czy w chorobie Parkinsona. Na zmniejszenie apetytu wpływa także utrudnione gryzienie, zaburzenia w połykaniu, utrata węchu i smaku, zażywane leki, oraz używki. Natomiast na dobrej strawności pokarmów sprzyja sposób przygotowania posiłku i dostosowanie jego konsystencji do potrzeb seniora. Pokarmy w zależności od stanu uzębienia i istniejących chorób należy rozdrabniać i usuwać niestrawne części, gotować do miękkości lub piec. Znaczenie ma również nadanie atrakcyjnego wyglądu, smaku i zapachu. Ważne jest zapewnienie spokoju i estetycznych warunków konsumpcji. Rodzina obok dostarczania niezbędnych składników odżywczych towarzyszy osobie starszej w czasie spożywania posiłków. W czasie wspólnego posiłku podtrzymywane są więzi pomiędzy członkami rodziny. Przyjemność jedzenia kojarzy się wtedy z pozytywnymi emocjami związanymi z wymianą zdań i opinii. Niejednokrotnie wspólne jedzenie jest jedną z niewielu okazji w ciągu dnia (a nawet jedyną) do spędzenia razem czasu i cieszenia się wzajemną obecnością (12). Celebrowanie wspólnych posiłków jest także okazją do przekazywania przez dziadków zasad moralnych, obyczajów i tradycji. Opowiadają o wydarzeniach z przeszłości i dzielą się własnymi doświadczeniami i spostrzeżeniami. W swych opowiadaniach przekazują wiedzę o uroczystościach rodzinnych i narodowych, o zabawach i przyjęciach, oraz o smutnych wydarzeniach w historii Polski i Polaków. Seniorzy stanowią żywy dowód przeszłości, a także pełnią rolę łącznika z teraźniejszością. Często też biorą czynny udział w kształtowaniu zasadniczych wartości wnuków, budzą w nich zainteresowanie i ciekawość wobec świata i życia, otwierają ku przyszłości(19).

Dbając o prawidłowe żywienie seniora rodzina nie może zapomnieć o właściwym nawodnieniu .Woda jest jednym z sześciu podstawowych składników pokarmowych. Gdy się starzejemy, zmniejsza się ilość wody w organizmie, który zaczyna gorzej funkcjonować. Zalecenia podają by geriatryczny mężczyzna przyjmował 3700 ml wody (w napojach i w pożywieniu), kobieta 2500 ml. Nie jest to łatwe zadanie dla opiekujących się osobami starszymi, gdyż starsze osoby odmawiają spożywania takiej ilości wody. Należy pamiętać, że

u starszych osób zmienia się aktywność obszaru mózgu odpowiedzialna za uczucie zaspokojenia pragnienia. W związku z tym do mózgu nie dociera prawidłowa informacja o objętości płynów, jakie się przyjęło – przyczyną jest tu zmniejszona wrażliwość nerwów obwodowych w jamie ustnej, gardle, przełyku, żołądku. Należy więc zachęcać seniora do przyjmowania płynów, zmieniać smak wody poprzez dodawanie do wody owoców (np. cytryna) czy ziół (mięta), a także dbać o to by woda była w zasięgu ręki. Niedobory wody u osób po 65. roku życia nasilają objawy istniejących chorób, a także powodują nowe. Mogą pojawić się bóle i zawroty głowy, skłonność do upadków, wiotka skóra, czy zapadnięte oczy. Niezbędne jest więc nawadnianie osoby starszej, a także kontrolowanie ilości wypijanych płynów oraz diurezy (13).

3. Wpływ rodziny na aktywność fizyczną i społeczną seniora.

Aktywny styl życia to jeden z czynników silnie wpływających na zdrowie osób starszych. Niedobór ruchu może prowadzić do przyspieszenia procesów starzenia się oraz niedołęstwa, a nawet w skrajnych przypadkach do inwalidztwa fizycznego. Regularne ćwiczenia fizyczne nie tylko zapobiegają starzeniu się, ale także pozytywnie wpływają na sprawność umysłową osób w podeszłym wieku. Aktywność fizyczna zapobiega również poczuciu samotności i izolacji, a także umożliwia utrzymanie niezależności do późnych lat życia(14). Starzenie się wywołuje fizjologicznie nieodwracalne zmiany narządowe. Jednym z poważniejszych ograniczeń zdrowotnych są choroby narządu ruchu jak reumatoidalne zapalenie stawów, czy zmiany zwyrodnieniowe. Schorzenia te powstają w wyniku zmniejszenia się wydzielania mazi w kaletkach stawowych, oraz obniżenia elastyczności tkanek okalających staw. Seniorzy mogą skarżyć się na dolegliwości bólowe, obrzęk czy sztywność stawów. Osoby starsze zakończyły już swą działalność zawodową często nie uczestniczą w życiu publicznym i stają się coraz bardziej wycofane i nie nadążają za społecznymi normami i oczekiwaniami. Dlatego jakakolwiek forma treningu zdrowotnego może wpłynąć na poprawę samopoczucia i wyregulować negatywne emocje. Wydłużenie i poprawę jakości życia seniora spowodują ćwiczenia angażujące duże grupy mięśniowe takie jak intensywne spacery, marsz, chodzenie po schodach, jazda na rowerze, pływanie, niektóre gry zespołowe, nordic walking, a także sporty z użyciem rakiety. Wśród pacjentów geriatrycznych wyróżnia się następujące nurty aktywności fizycznej:

- Aktywność rekreacyjna czyli spędzanie czasu wolnego i aktywnego wypoczynku
- Aktywność prewencyjna której zadanie jest działanie przeciwko starzeniu się
- Aktywność leczniczo- rehabilitacyjna dzięki której senior powraca do utraconej sprawności i zapobiega skutkom bezruchu (15).

Większość wymienionych aktywności fizycznej seniorzy wykonują z pomocą lub wraz z osobami opiekującymi. Wśród nich są współmałżonkowie, osoby bliskie z rodziny lub przyjaciele, którzy angażują osoby starsze i zachęcają je do ruchu fizycznego. Często

organizują dzień seniora, w którym pamiętają o odpowiedniej dawce ćwiczeń. Rodziny wiedzą, że do prostej aktywności nie są konieczne wysoko specjalistyczne sprzęty czy wyposażenie. Wystarczy chęć, wygodne buty, dopasowane ubranie i trening może być przyjemną formą wypoczynku, a także może stworzyć okazję do relaksu i w konsekwencji poprawić samoocenę i obraz własnej osoby u seniora. Osoby bliskie dbając o jak najdłuższą sprawność osoby starszej dbają także o jej samodzielność i samowystarczalność. To z kolei sprawia, że sami opiekunowie będą mniej obciążani opieką i odpowiedzialnością za seniora (16).

Aktywność społeczna człowieka wiąże się ze sposobami porozumiewania się z innymi ludźmi, oraz z otaczającym światem. Wśród osób starszych w wyraźny sposób łączy się ona z zaspokojeniem potrzeb rozwoju osobistego, poczucia własnej wartości, przynależności, realizowania planów życiowych, przystosowania do zmieniających się warunków oraz oczekiwań społecznych i własnych możliwości. Jednak rodzaj aktywności jest zależny nie tylko od indywidualnych preferencji seniora, ale też w dużej mierze odzwierciedla kontekst społeczny wymiarów ludzkiego działania. Działania społeczne, czy to w społeczności lokalnej, rodzinnej czy innej umacnia poczucie własnej wartości, staje się siłą napędową dalszego rozwoju seniora, umożliwiają prowadzenie twórczego i harmonijnego życia, oraz stanowią podstawę leczenia wielu chorób, a także czynnik opóźniający procesy starzenia. Jest to taki obszar działalności, który daje człowiekowi możliwość wyrażania siebie w formie dostępnej i bardzo indywidualnej, określanej jego zdolnościami, upodobaniami i zwyczajami. Z kolei brak tejże aktywności, kontaktów społecznych i poczucie braku przydatności prowadzą do izolacji, pustki społecznej i osamotnienia, które są formami śmierci społecznej(17). Niestety wśród seniorów- według ostatnich badań- najbardziej popularną aktywnością jest oglądanie telewizji, następnie słuchanie radia, oraz czytanie gazet w domowym zaciszu, czasem pojawiają się spotkania integracyjne z przyjaciółmi, rzadko zdobywanie wiedzy na Uniwersytecie Trzeciego Wieku czy działalność charytatywna. Czas wolny seniora staje się coraz dłuższy i nie zawsze jest wypełniony. Pojawia się postawa bierności, apatia i wyłączenie się z życia a także czekanie na śmierć. Seniorzy najbardziej aktywni są w rodzinie, gdzie otrzymują niezbędna im pomoc i sami ją ofiarowują. Rzadko kiedy udzielają się w życiu publicznym i społecznym (18). Wśród osób starszych rozpoznaje się zjawisko określane poczuciem samotności psychicznej, które znacznie utrudnia ich aktywność społeczną we wszystkich jej formach. Może ona mieć charakter sytuacyjny lub osobowościowy. Sytuacyjny występuje wtedy, gdy osoba starsza jest z powodu różnych sytuacji losowych rozłączona z rodziną, współmałżonkiem bądź przyjaciółmi. Osamotnienie osobowościowe natomiast ma swoje źródło we właściwościach jednostki. Osoba dotknięta nią zakłada z góry, że wchodzenie w jakiekolwiek relacje nie przyniesie oczekiwanych rezultatów z różnych względów i czuje się chronicznie osamotniona. Stan taki wynika z powodu występujących w osobie sprzeczności: jednocześnie chce ona autonomiczności, odłączenia

i zerwania więzi, z drugiej poczucia integracji, połączenia czy wspólnoty wyrażając chęć pogłębienia i utrwalenia związków z innymi ludźmi(19). Wycofanie się z życia społecznego może mieć znaczący wpływ na zdrowie psychiczne jednostki, oraz na jego kondycje fizyczną. Brak zainteresowań, bodźców społecznych działa destrukcyjnie. Nie zwracając uwagi na uwarunkowania i wybory indywidualne seniora należy pamiętać, iż na społeczeństwie(w tym przede wszystkim na rodzinie) ciąży obowiązek zorganizowania przestrzeni społecznej w taki sposób, by kontakty osób starszych nie były ograniczone do rozmów na poczekalni przed wizyta lekarską. Rodzina powinna uświadomić sobie, jakie ma oczekiwania wobec osób starszych w zakresie ról pełnionych w domu, rodzajów komunikacji oraz pozycji społecznych. Proces starzenia się społeczeństwa ma znaczący wymiar i stał się przedmiotem dużego zainteresowania na gruncie społecznym. W krajach rozwiniętych seniorom przypisuje się specjalne miejsce w systemie i strukturze społecznej, w tym przede wszystkim w małej grupie jaką jest rodzina. Funkcjonowanie seniora w społeczeństwie warunkowane jest wieloma czynnikami społecznymi takimi jak: uwarunkowania makroi mikrospołeczne, uwarunkowania krajowe, regionalne, etniczne, religijne, determinowane miejscem zamieszkania (miasto, wieś), oraz rodzajem grup społecznych i zawodowych. Do czynników tych włącza się także uwarunkowania osobiste (płeć, wiek wykształcenie, stan zdrowia, warunki finansowe itp.), a także rodzinne i towarzyskie (20). Status rodziny seniorów w tym ilość posiadanych dzieci i wnuków, stan cywilny nie gwarantuje dostępu do rodzinnych sieci wsparcia. Mimo silnych norm wsparcia najbliższych członków rodziny częstość udzielania pomocy zależy od jakości relacji łączących poszczególnych jej członków. Mają one wpływ przede wszystkim na jakość udzielanych świadczeń, ich intensywność oraz spójność z potrzebami seniorów. Oceniając jakość udzielanej przez rodzinę pomocy należy brać perspektywę nie tylko seniorów, gdyż ich obraz jest pod pewnym względem zniekształcony. Pomniejszają oni znaczenie konfliktów i nieporozumień wewnątrzrodzinnych, a także wyrażają niechęć do publicznego przyznawania się do największego (ich zdaniem) niepowodzenia życiowego, jakim jest nieumiejętność stworzenia i utrzymania poprawnych kontaktów z własnymi dziećmi i wnukami(21). W rodzinach wielopokoleniowych seniorzy często do końca angażowali się w prace domowe , a dla młodego pokolenia byli skarbnicą wiedzy. Współczesność mocno pomniejszyła te role. Jednocześnie jednak dziadkowie stają się bardzo ważnym ogniwem rodziny pełniącym rolę opiekuńczo-wychowawczą nad wnukami. Należy pamiętać, że każda relacja interpersonalna działa w obydwie strony. Nie tylko dziadkowie są potrzebni wnukom, ale także wnukowie są bardzo potrzebni dziadkom. O roli seniorów w rodzinie i w społeczeństwie nie wolno zapominać. Pozytywną formą profilaktyki osamotnienia i izolacji w starczym wieku jest przygotowanie do starości dzięki edukacji oraz promocji zasad aktywnego starzenia się. W związku z tym potrzebne są szerokie programy działania o charakterze aktywizującym osoby starsze, dostosowane do ich zróżnicowanych potrzeb, warunków, ambicji i aspiracji. We współczesnym świecie, gdzie jednostka ma prawo na indywidualny sukces i rozwój osobisty

często ludzie słabsi fizycznie i psychicznie (w tym seniorzy)są stygmatyzowani i izolowani w społeczeństwie. Rodzina odgrywa w budowaniu społeczeństwa przyjaznego ludziom w każdym wieku szczególną rolę. Młode pokolenie czerpie z doświadczeń seniorów ,i jeśli relacja między pokoleniami oparta jest na miłości i wzajemnym szacunku staje się cennym drogowskazem w poszukiwaniu własnej drogi życia (22).

1. LEHR U. Kulturowe paradygmaty starości w społeczności lokalnej. Tradycja i współczesność w : Ludzie starzy i starość na ziemiach polskich od XVIII do XXI wieku (na tle porównawczym) T. 2.Red. A. Janiak-Jasińska, K. Sierakowska, A. Szwarc. Warszawa 2016:427
2. WOZNIAK PB. Problematyka psychospołecznej aktywności osób starszych w polskich czasopismach popularnych dotyczących zdrowia, „Gerontologia Polska" 2007, nr 1-2: 10-12.
3. ZIOMEK-MICHALAK K. Znaczenie rodziny w starzeniu się i starości człowieka w: Roczniki Teologiczne Vol 62, No 10(1015) :1.
4. RUDNIK A Relacje międzypokoleniowe w rodzinie- perspektywa gerontologiczna w: Relacje międzypokoleniowe we współczesnych polskich rodzinach pod. Red. P. Szukalskiego Wyd. Łódź 2014 : 425.
5. WIECZOROWSKA-TOBIS K. Specyfika pacjenta starszego w Fizjoterapia w Geriatrii pod red. K. Wieczorkowska- Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz. PZWL Warszawa 2011 :22-24
6. BENEK ID, SZEWCZENKO AM. Realizacja potrzeb społecznych pacjentów w obrębie szpitala geriatrycznego Acta Universitati Slodziensisia Folia Oeconomica 4(315), 2015
7. DOROSZKIEWICZ H. Uwarunkowania zapotrzebowania na opiekę nad osobami starszymi w: Geriatria i Pielęgniarstwo Geriatryczne pod red. K. Wieczorkowska- Tobis, D. Talarska. PZWL Warszawa 2017 :351-353
8. BRZEZIŃSKA AI. Rola rodziny w podtrzymaniu wysokiej jakości życia osób starszych w: Geriatria i Pielęgniarstwo Geriatryczne pod red. K. Wieczorkowska- Tobis, D. Talarska. PZWL Warszawa 2017 :39-40.
9. Znaczenie więzi rodzinnych i uczestnictwa w życiu rodzinnym w wieku starszym w: Pielęgnowanie pacjentów w wieku starszym pod red. M. Muszalik, K. Kędziora-Kornatowska PZWL Warszawa 2018 :50-51.
10. ŚWIĘCICKA A, ŚWIĘCICKI M Wpływ rodziny na zachowania prozdrowotne osób starszych po 65 roku życia. Pielęgniarstwo Polskie nr 2 (56) 2015: 146
11. SULIGA E. Zachowania zdrowotne związane z żywieniem osób dorosłych i starszych. Hygeia Public Health 2010, 45(1): 51
12. GRABOWSKA E ,SPORADYK M. Zasady żywienia osób w starszym wieku 14, Gerontologia Polska 2006: 58-59

13. KRZYSZYCHA R, MARZEC A, SZPONAR B. in.; *Praktyczne wskazówki prawidłowego żywienia osób starszych,* Gerontologia Polska, 2015: 3;
14. GRZANKA-TYKWIŃSKA A, KĘDZIORA-KORNATOWSKA K. Aktywności osób w podeszłym wieku. Gerontologia Polska 2010, tom 18, nr 1:30
15. SKOPOWSKA A, SZYMAŃSKA J, WEBER- RAJEK M. Aktywność fizyczna elementem zdrowego stylu życia osób w starszym wieku w: Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla zespołu opieki interdyscyplinarnej pod red .A. Renn- Żurek Łódź 2013:21-29
16. POCZĄTEK M. Przełamanie stereotypów. Mity i opcje praktyczne w geriatrii:88-89
17. RYNKOWSKA D. Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów Annales Universitatis Maria Curie Skłodowska Lublin- Polonia Vol.XLI,2 Sectio I: 93-94
18. SZATUR-JAWORSKA B, BŁĘDOWSKI P, DZIĘGIELEWSKA M. Podstawy gerontologii społecznej. Warszawa 2006:103-165.
19. R. PICHALSKI Psychospołeczne uwarunkowania funkcjonowania osób w podeszłym wieku Toruń 2014: 106-107.
20. IWAŃSKI R. Opieka długoterminowa nad osobami starszymi Warszawa 2016: 19-22.
21. Opieka nad osobami starszymi pod red. M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak PZWL Warszawa 2016: 215-216.
22. KEMPIŃSKA U. Rola seniorów w rodzinie. Pedagogika Społeczna Nr 4(58):92-93

Kontakt:
Mgr. Patrycja Trojnar
Instytut Ochrony Zdrowia
Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno – Ekonomiczna w Jarosławiu
ul Czarnieckiego 16
37-600 Jarosław
e-mail: piel@pwste.edu.pl

JAZYKOVÁ VALIDIZACE DOTAZNÍKU SNAP (SPIRITUAL NEEDS ASSESSMENT FOR PATIENTS)

Lingvistic Validation of SNAP (Spiritual Needs Assessment for Patients) Questionnaire

Lucie Mráčková[1,2], Helena Kisvetrová[1]

[1]Centrum vědy a výzkumu, , Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci
[2]Ústav ošetřovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská Univerzita v Opavě

Abstrakt

Úvod: Spiritualita zahrnuje religiózní i existenciální dimenzi a je integračním faktorem v hledání významu a smyslu života. V současném sekulárním prostředí často dochází k přehlížení spirituálních potřeb pacientů, a to významně i v akutní ošetřovatelské péči. Vhodným nástrojem pro hodnocení této skupiny potřeb pacientů je Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP), který má 23 položek rozdělených do tří oblastí: psychosociální, spirituální a religiózní. Dotazník je využitelný u širokého spektra pacientů v různém kulturním prostředí. V České republice ale dosud neexistuje jeho český validizovaný překlad.

Cíl: Vytvoření české verze dotazníku SNAP a jeho lingvistickávalidizace.

Materiál a metodika: Byl využit pětifázový postup jazykové validizace: překlad originální verze do českého jazyka; syntéza překladu; zpětný překlad do původního jazyka; recenze překladu komisí expertů; pretest dotazníku; a vytvoření finální verze dotazníku SNAP. Pretest byl realizován na vzorku 100respondentů (50pacientů z Kliniky úrazové chirurgie a 50 seniorů z institucionální/rezidenční péče).

Výsledky: Finální verze dotazníku byla vytvořena na základě recenze komisí expertů. Oproti překladu byla upravena otázka č. 12. Žádné otázky nebyly odstraněny ani doplněny. Finální verze dotazníku byla pojmenována SNAP-CZ.

Závěr: Dotazník SNAP-CZ umožní i v českém sekulárním prostředí ošetřovatelskému personálu hodnotit spirituální potřeby širokého spektra pacientů. Na základě zjištěných problémů zdravotníci snadněji zvolí adekvátní ošetřovatelskou intervenci, která povede ke zkvalitnění péčea podpory spirituálního komfortu konkrétního pacienta.

Příspěvek je dedikován projektu č. IGA_FZV_2019_010.

Klíčová slova: Spiritualita. Dotazník. Jazyková validizace. Potřeba. Pacient.

Abstract

Introduction: Spirituality includes a religious and existential dimension and is an integrating factor in the search for the significance and meaning of life. In the current secular environment, the spiritual needs of patients are often overlooked, even in acute nursing care. A suitable tool for assessing this patient needs group is the Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP), which has 23 items divided into three areas: psychosocial, spiritual and religious. The questionnaire is applicable to a wide range of patients in different cultural environments. However, its Czech validated translation does not yet exist in the Czech Republic.

Aim: To create a Czech version of the SNAP questionnaire and perform its linguistic validation.

Material and methodology: The five-step language validation procedure was used: translation of the original version into Czech; creation of synthesis; reverse translation to the original language; review of translation by expert committees; questionnaire pretest; and creating the final version of the SNAP questionnaire. Pretest was performed on a sample of 100 respondents (50 patients from the Trauma Surgery Clinic and 50 seniors from institutional / residential care).

Results: The final version of the questionnaire was created based on a review of expert committees. Question 12 was modified compared to the translation. No questions were removed or added. The final version of the questionnaire was named SNAP-CZ.

Conclusion: The SNAP-CZ enables to assess the spiritual needs of a wide range of patients even in the Czech secular environment. Based on probable doubts of health care professionals, it is easier to choose an adequate nursing intervention that leads to better care and support of a particular patient.

The contribution is dedicated to project no. IGA_FZV_2019_010.

Key words: Spirituality. Questionnaire. Lingvisticvalidation. Need. Patients.

Kontak:
Mgr. Lucie Mráčková
Centrum vědy a výzkumu
Fakulta zdravotnických věd
Univerzita Palackého v Olomouci
tel.:+420 775 088 833
e-mail: lucie.mrackova@fvp.slu.cz

POSUDZOVANIE MIGRÉNY Z OŠETROVATEĽSKÉHO ASPEKTU

Assessing Migraine from the Nursing Aspect

Ivica Gulášová[1], Nadežda Peterková Justhová[1], Ján Breza ml.[2]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava
[2]NÚDCH Klinika pediatrickej urológie, Bratislava[3]

Súhrn

Migrenózne bolesti hlavy síce neohrozujú pacientov život, ale majú veľmi negatívny dopad na kvalitu jeho života. Migréna postihuje oveľa častejšie ženy ako mužov, narastajúci je aj počet prípadov u detí. Z uvedeného prieskumu vyplynulo, že najčastejší výskyt migrény je u žien vo veku v rozmedzí od 30 do 50 rokov, čo pravdepodobne v nezanedbateľnej miere súvisí aj s hormonálnymi zmenami počas menštruácie, po pôrode a v období menopauzy.

Približne rovnaký bol počet respondentov, ktorí uviedli, že vedia rozpoznať „prichádzajúcu“ migrénu a tých, ktorí nevedia spoznať příznaky blížiacej sa migrény a odlišit ich od iných príznakov. Viac jako polovica opýtaných uviedla, že už využila aj alternativně metódy liečby a všetci dokonca uviedli, že vedia identifikovať podnety, ktoré im migrénu vyvolávajú.

Kľúčové slová: Migréna.Migrenózne bolesti hlavy.Aura.Migrenik. Liečba migrény.

Summary

Although migraine headaches do not endanger patient´s life, they have a very negative impact on quality of her life. Migraine afflicts women much more often than men and there is also increasing number of children`s migraine episodes. According to this survey it is clear that the episode of migraine is the most common for women between 30 and 50 years that is very likely due to hormonal changes during menstruation, after the childbirth and menopause.

There is approximately the same number of respondents who presented their ability to recognize the "incoming" migraine and those who fail to recognize symptoms of incoming migraine and distinguish them from the other symptoms. More than a half of respondents said that they have already used alternative methods of treatment and all of them even said that they can identify the stimuli that cause their migraines.

Key words: Migraine.Migraine headache. Aura. Migraineurs. Migrainetreatment.

Úvod

Migréna je primárna bolesť hlavy.Pulzujúca bolesť zvyčajne strednej až silnej intenzity, väčšinou iba na jednej polovici hlavy je pre migrénu charakteristická.Niektorí ľudia mávajú určité príznaky niekoľko hodín pred záchvatom – pocit únavy, malátnosť, neurčitý tlak v hlave. Migrénu s aurou máva asi 20 % migrenikov, ostatných 80 % trpí tzv. migrénou bez aury. Najčastejšie býva aura zraková (pred očami sa objavujú rôzne záblesky, obrazce, niekedy výpadky zorného poľa, skreslenie tvaru predmetov), inokedy pociťujú pacienti tŕpnutie končatín alebo poruchu reči. Typická aura odoznie s nástupom bolesti [2]. Bolesť býva sprevádzaná pocitom na zvracanie, niekedy zvracaním, časté sú problémy so zrakom, zvýšená citlivosť na svetlo, zvuky, či pachy.Neliečený záchvat trvá od 4 do 72 hodín. Liečba akútneho záchvatu je možná jednoduchými analgetikami, nesteroidnými antireumatikami, antimigrenikami – triptanmi, vo forme tabliet, nosného spreja, alebo injekcie. Pre každého je vhodné niečo iné, preto je nutné individuálne posúdenie [3]. Po záchvate býva obyčajne prítomná tzv. postdromálna fáza, kedy sa pacient cíti vyčerpaný, niekedy zmätený, môže pociťovať aj úľavu.Migréna postihuje približne 15-20 % ženskej a 6 % mužskej populácie.Predpokladá sa vrodená predispozícia pre zvýšenú citlivosť na podnety z vonkajšieho prostredia (zmena počasia, niektoré jedlá alebo nápoje, chlad, námaha) a vnútorného prostredia človeka (hormonálne zmeny, hlad, smäd a pod.). Migrenózne bolesti síce neohrozujú pacientov život, ale majú veľmi negatívny dopad na kvalitu jeho života [4]. Práve ochorenie je to čo vplýva na kvalitu života jedinca a núti ho vytvárať alternatívne spôsoby fungovania jeho životnej existencie [1].

Vymedzenie prieskumného problému:

Posúdiť mieru vedomostí pacientov o migrenóznych bolestiach hlavy, o možnosti predchádzať bolesti a liečiť bolesť.

Ciele prieskumu:

C 1 Zistiť vekový priemer a pomer pohlavia pacientov.

C 2 Zistiť rozsah vedomostí pacientov o migréne a spôsob ich získavania.

C 3 Zistiť percento pacientov, ktorí vedia včas rozpoznať prichádzajúci záchvat migrény.

C 4 Zistiť najčastejšie príznaky záchvatu migrény.

C 5 Zistiť spôsob a účinnosť najčastejšie využívanej liečby.

Pracovné hypotézy

H1 Predpokladáme, že najčastejší výskyt migrény je u žien vo veku 30 – 50 rokov.

H2 Predpokladáme, že ľudia postihnutí migrenóznymi bolesťami majú záujem získavať informácie o možnostiach liečby a zároveň vyhľadajú odbornú pomoc.

H3 Predpokladáme, že najmenej 50 % pacientov dokáže dopredu rozpoznať prichádzajúci záchvat bolesti.

H4 Predpokladáme, že bolesť hlavy pri migréne približne u 80% pacientov sprevádzajú ďalšie príznaky.

H5 Predpokladáme, že väčšina pacientov užíva pri záchvate bolesti predpísané lieky,v pevnej forme /tablety, pilule/ a zároveň, že minimálne 50% pacientov aspoň raz vyskúšalo alternatívne spôsoby liečby.

Charakteristika základného súboru respondentov

Základný súbor respondentov tvorilo 60 pacientovz vybraných ambulancií praktického lekára v Bratislave a Trenčíne, ktorí trpia záchvatmi migrény.

Metódy prieskumu

Hlavnou metódou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie s počtom 12 položiekštruktúrou zatvorené, polootvorené a otvorené položky.

Vyhodnotenie prieskumu

Zistili sme, že najviac pacientov s migrénou – 40 % je vo veku 31 – 40 rokov, ďalej 30 % pacientov je vo veku 41 – 50 rokov, vo veku 51 – 60 rokov je 16,6 % pacientov a najmenej – 13,4 % je vo veku 20 – 30 rokov.

Podľa prieskumu je pomer žien 73,4 % a mužov 26,6 %, čo je približne uvádzaný pomer v literatúre 3:1.Z dotazníku vyplynulo, že väčšina pacientov – 76,6 % má pocit, že má dostatok informácií o svojich ťažkostiach a o možnostiach liečby migrény. Nespokojných bolo 23,4 %.53,4 % pacientov získalopotrebné informácie o migréne a jej liečbe hlavne od svojho lekára, 26,7 % pacientov z internetu, 13,3 % pacientov z kníh a najmenej bolo 6,6 % pacientov, ktorí uviedli možnosť – iné – najmä letáky.

Hľadanie odbornej pomoci v liečbe migrény. Zistili sme, že najviac pacientov – 46,6 %, sa lieči v ambulancii praktického lekára, 40 % pacientov vyhľadalo pomoc odborného lekára. 13,4 % opýtaných užíva voľne dostupné lieky proti bolesti. Otázkou nám ale ďalej ostáva, či ide u týchto oslovených respondentov skutočne o migrénu. Iné možnosti neuviedol ani jeden pacient.

Z oslovených pacientov uviedlo 43,3 %, že nerozozná príznaky pred prichádzajúcou bolesťou, 40% oslovených väčšinou tuší, že sa záchvat migrény blíži. Medzi najčastejšie udávané príznaky patrila malátnosť, tlak v hlave, záblesky pred očami a tŕpnutie končatín. 16,7% pacientov udávalo 2 a viac príznakov na rozoznanie prichádzajúceho záchvatu.

Podnety podporujúce vznik záchvatu migrény. Až u 33,4 % opýtaných spôsobujú vznik záchvatu hormonálne zmeny – z toho 14 žien uviedlo menštruáciu a 6 žien boli v menopauze.

Námaha a stres spôsobujú migrénu u rovnakého počtu opýtaných, t.j. po 20 %. Zmeny počasia uviedlo 13,4 % opýtaných, u 6,6 % je to jedlo alebo nápoj (uviedli alkohol). Rovnako 6,6% opýtaných pod iné uviedlo nedostatok spánku.

Lokalizácia bolesti. Až 86,6 % pacientov lokalizovalo bolesť na jednu polovicu, 13,4 % pacientov pri záchvate migrény bolieva celá hlava.

Iné ťažkosti sprevádzajúce bolesť hlavy. Veľká väčšina respondentov – 93,4 %, označilo ďalšie ťažkosti sprevádzajúce bolesť hlavy pri záchvate. Iba 6,6% respondentov nemáva vedľajšie ťažkosti.Medzi najčastejšie uvádzané ťažkosti pri bolesti hlavy patrí nauzea, udávalo ju až 90 % opýtaných, približne 20 % z nich aj zvracia, a rovnaký počet udáva aj hnačky. 78 % pacientom výrazne prekáža svetlo, prípadne hluk.

Spôsob prekonávania migrény. Na túto otvorenú položku väčšina pacientov – až 83,4 %, odpovedala, že im pomáha ticho, tma a oddych a samozrejme užitie lieku. 16,6 % pacientom pomáha len samotný liek.

Spôsob užitia lieku. Z tejto položky vyplynulo, že najviac pacientov 70 % užíva lieky pri migréne vo forme tabliet, 20 % opýtaných používa pri bolesti čípky, 6,6 % pacientov dostáva na prekonanie bolesti injekcie a najmenej 3,4 % - spray do nosa.

Alternatívne spôsoby liečby. 46,7 % opýtaných respondentov neskúšalo alternatívne spôsoby liečby pri migréne, 33,3 % užíva bylinky vo forme čajov, 13,4 % respondentov vyskúšalo masáže. 3,3 % opýtaných skúsilo akupunktúru a rovnako jogu pri liečbe záchvatov bolesti.

Diskusia, vyhodnotenie pracovných hypotéz

V pracovnej hypotéze H 1 sme predpokladali, že najčastejší výskyt migrény je u žien vo veku 30 – 50 rokov.Z položiek 1 a 2 sme zistili, že pacientov v tejto vekovej kategórii je 70 % zo všetkých opýtaných a spolu žien je 73,4 %. Pracovná hypotéza H 1 sa potvrdila.

Predpokladom pracovnej hypotézy H 2 bolo, že ľudia postihnutí migrenóznymi bolesťami majú záujem získavať informácie o možnostiach liečby a zároveň vyhľadajú odbornú pomoc.

Z položiek 3, 4, 5 v dotazníku vyplynulo, že 76,6 % opýtaných má pocit, že má dostatok informácií o migréna a jej liečbe, 53,4 % pacientov má informácie od lekára, napriek tomu však odborného lekára vyhľadalo len 40 % opýtaných.Z uvedeného možno skonštatovať, že pracovná hypotéza H 2 sa potvrdila len čiastočne.

V pracovnej hypotéze H 3 sme predpokladali, že najmenej 50 % pacientov dokáže dopredu rozpoznať prichádzajúci záchvat bolesti. Z položiek 6 a 7 sme zistili, že 56,7 % opýtaných dokáže dopredu rozpoznať príznaky prichádzajúceho záchvatu migrény. Až 100 % pacientov vie identifikovať podnety, ktoré u nich podporujú vznik záchvatu. Na základe uvedeného môžeme konštatovať, že pracovná hypotéza H 3 sa potvrdila.

Predpokladom pracovnej hypotézy H 4 bolo, že bolesť hlavy pri migréne približne u 80% pacientov sprevádzajú aj ďalšie nepríjemné príznaky.Z položky 9 sme sa dozvedeli, že až 93,4 % opýtaných má okrem bolesti ďalšie, rôzne príznaky. Pracovná hypotéza H 4 sa potvrdila.

V pracovnej hypotéze H 5 sme chcelizistiť, či väčšina pacientov užíva pri záchvate migrény lieky, predpokladali sme, že väčšina pacientov užíva lieky v pevnej forme /tablety, pilule/ a minimálne 50% opýtaných aspoň raz vyskúšalo alternatívne spôsoby liečby.

V dotazníku z položiek 5, 11 a 12 vyplynulo, že lieky predpísané lekárom, či už odborným alebo praktickým, užíva 86,6 % opýtaných, najčastejšie v tabletovej forme – 70 %. Rôzne alternatívne spôsoby liečby vyskúšalo 53,3 % pacientov.Na základe uvedeného môžeme konštatovať, že pracovná hypotéza H 5 sa potvrdila.

Záver

Z uvedeného prieskumu vyplynulo, že najčastejší výskyt migrény je u žien vo veku v rozmedzí od 30 do 50 rokov, čo pravdepodobne v nezanedbateľnej miere súvisí s hormonálnymi zmenami počas menštruácie, po pôrode a v období menopauzy.

Prieskum ďalej ukázal, že najčastejšie ide o bolesť ½ hlavy, postihnutí často vedia dopredu predvídať prichádzajúci záchvat, majú poznatky o tom, čo u nich spôsobuje vyvolanie záchvatu.

Respondenti prieskumu majú záujem o informácie týkajúce sa ich problému, zároveň však pomerne málo ich vyhľadalo pomoc odborného lekára. Súvisí to zrejme s tým, že niektoré formy migrény sú liečiteľné jednoduchými analgetikami, alebo nesteroidnými antireumatikami.

Vo veľkej mierte záchvat bolesti sprevádzajú aj iné ťažkosti, pacienti zväčša vedia, čo okrem liekov im najčastejšie pomáha. Často skúšajú v liečbe aj alternatívne spôsoby, prípadne ich využívajú ako pomocné metódy v liečbe stavu, ktorý síce neohrozuje život pacienta, ale má negatívny dopad na kvalitu jeho života [5].

Literatúra

1. BABEČKA J. Limity životného štýlu u osôb s chronickým ochorením. In: *Pozícia ošetrovateľstva a verejného zdravotníctva v podpore zdravia.* Trenčín: Slovakia; Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, 2016: 4-13.
2. KALVACH Z, ZADÁK Z. JIRÁK R, ZAVÁZALOVÁ H, SUCHARDA P. *Geriatrie a gerontologie*, Praha:Czech Republic;Grada: 2004.
3. KOHOUT P, KOTRLÍKOVÁ E. *Základy klinické výživy*. Praha: Czech Republic;AgenturaKrigl, 2005.
4. KLEVETOVÁ D. *Motivační prvky při práci seseniory*. Praha: Czech Republic;Grada, 2017.
5. TOPINKOVÁ E. *Geriatrie pro praxi*. Praha: Czech Republic;Galén, 2005.

Kontakt:
prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.
Narcisová 40
821 01, Bratislava
e-mail: gulasova@vssvalzbety.sk

UTRZYMYWANIE ABSTYNENCJI I DOŚWIADCZENIE NEGATYWNYCH ZDARZEŃ ŻYCIOWYCH A NASILENIE GLODU ALKHOLOWEGO

Maintaining Abstinence and Experiencing Negative Life Events and the Severity of Alcohol Craving

Monika Szpringer[1], Mariola Wojciechowska[2]

[1]Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
[2] Wydział Pedagogiczny i Artystyczny, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Cel pracy: Celem badań było rozpoznanie, jak utrzymywanie abstynencji i negatywne doświadczenia życiowe z dzieciństwa różnicują głód alkoholowy.

Materiał i metody: Przebadano 168 mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Badano mężczyzn utrzymujących abstynencję (*N*=94) oraz mężczyzn nie utrzymujących abstynencji (*N*=74). Wykorzystano Kwestionariusz Typów Głodu (CTQ), Skalę Głodu Alkoholu PENN i Kwestionariusz Wywiadu.

Wyniki: Wyniki wskazują na istotne powiązania różnych typów głodu alkoholowego i negatywnych doświadczeń życiowych z dzieciństwa.

Wnioski: Utrzymywanie abstynencji oraz posiadanie negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa różnicują głód alkoholowy wynikający z potrzeby nagrody i potrzeby ulgi. Jest on istotnie wyższy u osób z doświadczeniem negatywnych wydarzeń w dzieciństwie niż bez takich doświadczeń. Głód będący następstwem ulęgnięcia obsesyjnym myślom różnicowany jest tylko doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych.

Utrzymywanie abstynencji różnicuje nasilenie głodu alkoholowego u mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Mężczyźni nie utrzymujący abstynencji deklarowali wyższe nasilenie głodu alkoholowego w porównaniu do abstynentów.

Mężczyźni utrzymujący abstynencję otrzymują większe wsparcie od osób zajmujących się pomocą osobom uzależnionym od alkoholu niż mężczyźni wciąż pijący. Zatem otrzymywanie wsparcia może potencjalnie pomagać mężczyznom uzależnionym od alkoholu w utrzymaniu abstynencji.

Słowa kluczowe: Alkohol. Abstynencja. Kwestionariusz.

Summary

Aim of the study: The aim of the study was to recognize how maintaining abstinence and negative childhood life experiences differentiate craving.

Material and methods: 168 alcohol addicted men were examined. Men who maintained abstinence (N = 94) and men who did not abstain (N = 74) were examined. The Hunger Types Questionnaire (CTQ), the PENN Alcohol Craving Scale and the Interview Questionnaire were used.

Results: The results indicate significant connections between different types of craving and negative childhood life experiences.

Conclusions: Maintaining abstinence and having negative childhood experiences differentiate craving resulting from the need for rewards and the need for relief. It is significantly higher in people with experience of negative events in childhood than without such experiences. The hunger that is a consequence of being overwhelmed by obsessive thoughts is differentiated only by the experience of negative life events.

Maintaining abstinence differentiates the intensity of alcohol craving in men addicted to alcohol. Men who did not maintain abstinence declared higher intensity of craving compared to abstinents.

Abstinence men receive more support from those who help alcohol addicts than men who still drink. Thus, receiving support can potentially help men addicted to alcohol in maintaining abstinence.

Key words: Alcohol. Abstinence. Questionnaire.

Kontakt:
dr hab. n. hum. Monika Szpringer, prof. nadzw.
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. IX Wieków Kielc 19a
25-516, Kielce
e-mail: mszprin@poczta.onet.pl

HISTÓRIA, SÚČASNOSŤ A BUDÚCNOSŤ VÝUČBY RÁDIOLOGICKÝCH ASISTENTOV

History, Present and Future of Teaching Radiological Assistants

Ján Lepej[1], Katarína Geberová[2], Anton Lacko[1]

[1]Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberok
[2]Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Tento príspevok venujem 100 výročiu od narodenia mojej matky, Antónie (Masárovej) Lepejovej jednej z prvých civilných rádiologických sestier na Slovensku, ktorá časť svojho života zasvätila výučbe novej generácie rádiologických asistentov.

Úvod

Možno máloktorá profesia, či odbor v zdravotníctve, mala taký búrlivý vývoj a toľkokrát menila svoj názov za posledné desaťročia ako pracovníci, ktorí zabezpečujú chod jedných z najdrahších prístrojov v medicíne. Títo strední zdravotnícki pracovníci, ktorí obsluhujú techniku v rádiológii, nukleárnej medicíne a radiačnej onkológii. Ich náplňou sú najmä osobitné praktické, technické a metodické činnosti, ktoré nevykonávajú lekári. Jedná sa o vysoko zodpovedné práce prevádzané bez pomoci lekára, s potrebnou samostatnosťou a flexibilitou v rozhodovaní.

História

Lekári spočiatku vykonávali vyšetrenia sami alebo spolu s fyzikmi, ktorí dokázali obsluhovať prístroje. Takým bol aj náš rodák Ignác Béla Alexander(1957-1916), ktorý v rodnom Kežmarku už v roku 1897 zriadil prvé röntgenologické pracovisko vo vtedajšom Uhorsku.

Keď sa technika zdokonalila, pri vyšetreniach lekárom začali pomáhať zdravotné sestry a postupne aj špecializovaní pracovníci – rádiologickí technici (asistenti). K zavádzaniu novej diagnostickej techniky a výučby personálu, ktorý obsluhoval RTG prístroje počas I. svetovej vojny prispela veľkou mierou aj Mária Curie-Sklodowska (1867-1934).Táto významná francúzsko-poľská vedkyňa chemička a fyzička. Jediná žena nositeľka dvoch Nobelových cien (1903,1911), spolu s jej dcérou Iréne Joliot Curie (tiež budúca nositeľka Nobelovej ceny) pomáhala na fronte a vyškolila prvých 150 rádiologických asistentov a asistentiek.

Od roku 1918 po I. svetovej vojne a vzniku Československa, ošetrovateľkami boli najmä rádové sestry. Niektoré z nich sa mali záujem špecializovať aj na prácu s novou technikou. Vzdelanie v obsluhe röntgenových prístrojov získavali počas kurzov vo Viedni alebo Budapešti. Medzi nimi bola aj rádová sestra Eustella rodená Masárová, ktorá začala pracovať

v novovybudovanej Košickej štátnej nemocnicitu sa v 30-tych rokoch začali prvé odborné kurzy pre prácu s RTG technikou prístupné aj precivilné rádiologické sestry.Jednou z prvých dvoch bola Antónia Masárová (neskôr Lepejová). Na kurzy sa mohli hlásiť študenti s ukončenou strednou školou, ale aj po ukončenej 2. ročnej vyššej dievčenskej školy, ktorá bola základom aj pre vzdelávanie ošetrovateliek. Od roku 1942 sa organizácia výučby preniesla z nemocnícna vznikajúce ošetrovateľské školy a prebiehala formou 6-mesačných kurzov pre röntgenových laborantov. Prvá škola počas vojnového Slovenského štátu, ktorá začala organizovať kurzy bola v Bratislave.

V Československu po roku 1949, sa začala zriaďovať odborná príprava na niektorých novo organizovaných Zdravotníckych školách. Systematická výučba začala od školského roku 1951/52 na Zdravotníckej škole, Nedbalova ul. Bratislava, prvý jednoročný kurz röntgenologických laborantov. Tu od školského roku 1956/57 začína nová forma denného pomaturitného štúdia "2-ročné nadstavbové štúdium". Po roku 1960 existovali 3 kraje - Západoslovenský, Stredoslovenský a Východoslovenský. Vtedy sa zdravotnícke školy premenovali na Stredné zdravotnícke školy (SZŠ) a výučba rádiologických laborantov postupne prebiehala v Bratislave, Martinea v Košiciach (SZŠ Moyzesova). V týchto mestách mala odborná príprava lepšie podmienky pre úzke prepojenie na lekárske fakulty (centrá, ktoré mali prístup k novej rádiologickej technike a špecializovaným pedagógom, ktorí súčasne vyučovali aj na vysokej škole).

Náplň vzdelávania, až na niekoľko ideologických nánosov, sa štrukturálne veľmi nelíšila od dnešného stavu. Zodpovedala miere vtedajšieho rozvoja techniky a spĺňala potreby pre vzdelávanie pracovníkov, aby ju vedeli čo najkvalitnejšie používať. V mnohých aspektoch predbiehala aj výučbu v Európe a USA, kde vtedy bolo (a niekde zostáva aj dnes) vzdelávanie v tejto profesii menej inštitucionalizované. Pretože technológie sa menili a nové pribúdali, vznikla potreba ďalšieho doškoľovania. Už koncom 50. Rokov, vtedajší odbor MZ ČSR začalo organizovať centrálne školiace akcie k aktuálnym problémom, alebo ako prípravu na určité pracovné funkcie. Systematické doškoľovacie akcie začali byť organizované v 60 rokoch na Ústavoch pre ďalšie vzdelávanie stredných zdravotníckych pracovníkov (SZP) a to v Bratislave a v Brne.

Aby sa zabezpečila jednotná výchova na všetkých školách, obvykle raz ročne sa konali odborové a predmetové komisie, kde vyučujúci špecialisti navrhovali úpravy učebných plánov a robil sa výber učebných textov a literatúry. Riešili sa aj problémy spolupráce, niekedy žiaľ direktívne. Existovala však jedna, dnes zabúdaná, výhoda oproti súčasnému stavu. Pracoviská mali eminentný záujem na spolupráci a nevytvárali sa konkurenčné vzťahy, aké poznáme dnes, keď medzi pracoviskami bojujeme o študentov a s tým súvisiace financie. V 80. rokoch bola medzi školami dobrá spolupráca. Delili sa o dobré nápady a postupy. Častá bola výpomoc všade tam, kde to bolo potrebné a možné. Hlavným problémom výučby v tomto

období bol relatívny nedostatok financií na novú techniku ani nie tak v edukačnom procese, ako na nákup novej techniky zo zahraničia. Nižšia dostupnosť najmodernejšej diagnostickej technológie a liekov bol hlavný (možno aj jediný) problém vtedajšieho zdravotníctva. Dnes si nevieme predstaviť, aké vznikali problémy, keď na nákup najmodernejšej techniky bolo uvalené medzinárodné embargo, napríkladna nákup počítačov pre nukleárnu medicínu a nové CT prístroje.

Po roku 1989aj život v tejto profesii na Slovensku a v Čechách začal prebiehať rozdielnym smerom, hlavne čo sa týkalo organizácie vzdelávania rádiologických asistentov. Politické zmeny sa premietli aj do výučby na školách a tak v roku 1990 došlo k ďalšej úprave výučbových plánov. V roku 1992 sa mení názov odboru na rádiologický asistent. Žiaľ začali sa tendenčne preberať niektoré vzory - modely výučby zo zahraničia. V tom sme boli vždy veľmi snaživý a neuvedomovali sme si, že v mnohých ohľadoch sme boli organizačne ďalej aj ako niektoré krajiny v EU. V rozvinutých krajinách EU a USA existovali veľmi odlišné, nejednotné, systémy vzdelávania v tomto odbore. Napríklad v súčasnosti (2019) sa v USA vyžaduje minimálne diplom zo strednej školy a diplom, alebo certifikát z akreditovaného tréningového programu, ktorý trvá od 10 do 12 mesiacov! Len v prípade, že pracovník má záujem vykonávať pozíciu v manažmente, môže si zlepšiť svoje šance získaním bakalárskeho stupňa vzdelania.

Po rozdelení ČSFR (pre mladších - Československej federatívnej republiky) v roku **1993**, nastal odlišný vývoj v Čechách a na Slovensku. V roku **1995** bola prijatá ďalšia transformácia, na **3-ročné denné vyššie odborné štúdium**. Absolvent-**diplomovaný rádiologický asistent** (**DRA**) absolvoval náročnejšie záverečné teoretické a praktické skúšky, ako aj záverečnú diplomovú prácu s obhajobou. Stredné zdravotnícke školy aktívne reagovali na požiadavky praxe a postupne od roku **1997** vznikalo aj **2-ročné diaľkové štúdium DRA**, pre bývalých absolventov študijných odborov rtg laborant, rádiologický laborant a rádiologický asistent.

Posledné závažné zmeny nastali **od roku 2004**po vstupe Slovenska do Európskej únie(EU). Vyžadovala sa postupná harmonizácia s odporúčaniami, ktoré postupne vznikali. Niektoré odporúčania sme si žiaľ vykladali iniciatívne ako nariadenia a prebrali sme ich, aj keď nemali formu zákona a nezodpovedali našej tradícii. Od akademického roku **2005/2006**, po prechode SZŠ do JLF v Martine bol akreditovaný nový študijný **odbor Rádiologická technika**, ktorý bol zaradený do Sústavy študijných odborov na úrovni **I. stupňa vysokoškolského vzdelávania**. Odbor má štandardnú dĺžku 3 roky pre dennú a 3-4 roky pre externú formu výučby za podmienky splnenia dostatočnej odbornej praxe pre získanie odbornej spôsobilosti. Absolventi študijného odboru Rádiologická technika po úspešnej obhajobe bakalárskej práce, absolvovaní praktickej a teoretickej časti štátnej skúšky získajú **titul bakalár** (**Bc**) sú spôsobilí vykonávať profesiu, rádiologický technik-bakalár.Výučbu v odbore, vykonávalo 6 vysokých škôl, ale výučba diplomovaných rádiologických asistentov (DRA) na stredných zdravotníckych

školách sa, na rozdiel od Českej republiky, neskončila. Tak v súčasnosti vychovávame dva druhy pracovníkov pre jeden typ profesie, bez dopadu na ich kompetencie a platové zaradenie.

Pretože sa požiadavky zamestnávateľov na pracovníkov zvyšovali, mnohí z dnešných rádiologických technikov postupne prešli všetkými novovznikajúcimi formami štúdia. Žiaľ mnohokrát, tento rast nebol nasledovaný zvýšením finančného ocenenia (!). Takže po základnej a diaľkových formách štúdia mnohí študovali ten istý odbor až 9 rokov. Ak k tomu pripočítame 2 roky špecializačného štúdia (SZU) bolo to až 11 rokov. Rovnaká je dĺžka vzdelávania lekárov (6 rokov LF a 3-5 rokov špecializácia na SZU). Mnohí do tohto legislatívneho chaosu venovali nielen čas, ale aj osobné prostriedky, ktoré sa im na plate nikdy nevrátili.

Prečo nezanikla výučba na SZŠ, tak ako tomu bolo v ČR, kde postup Ministerstva školstva bol direktívnejší? Pretože výučba zdravotných sestier zo SZŠ sa rýchlo transformovala na vysokoškolské – bakalárske a magisterské štúdium, existujúce školy sa stávali ekonomicky nefunkčnými jednotami.

V súčasnosti na Slovensku existujú paralelne **dve formy štúdia** na túto profesiu, ktorí končia ako: **Diplomovaný rádiologický asistent** na Stredných zdravotníckych školách; **Rádiologický technik-bakalár** ako I. stupňa vysokoškolského vzdelania na Fakultách zdravotníctva.

Okrem získaného titulu a formy záverečných skúšok, ako sme už uviedli, obidve formy štúdia majú aj veľa spoločných rysov. Niekedy rovnakí pedagógovia vyučujú na obidvoch typoch škôl (hlavne v praktickej výučbe). Vyučované sú často rozdielne predmety aj v rámci toho istého programu na rôznych školách. Rozdielne požiadavky sú kladené na záverečnú písomnú prácu. Obsah študijného odboru zohľadňuje vývoj porovnateľných profesií v zahraničí a vychádza z odporúčaní a požiadaviek Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) na vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov ako aj z odporúčaní Európskej únie (EU) pre vzdelávanie v oblasti radiačnej ochrany.

Súčasný vývoj a stav vzdelávania

Výučbu od roku 2004 vykonávali alebo vykonávajú tieto inštitúcie: Slovenská zdravotnícka univerzita (pregraduálne a postgraduálne), Bratislava (SZU), ktorá pokračovala vo výučbe po Strednej zdravotníckej škole, Bratislava. Univerzita sv. Cyrila a Metoda, Trnava, pracovisko IFBLR Piešťany (Trnavský kraj). Stredná zdravotnícka škola, Nitra. Stredná zdravotnícka škola, Martin presunula výučbu na Jesseniovu lekársku fakultu UK v Martine, kde bola po niekoľkých rokoch ukončená. Jej nasledovníčkou sa stala naša Katolícka univerzita Ružomberok (Žilinský kraj). Na východnom Slovensku dočasne pôsobilo súkromné zariadenie Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl. P.P.Gojdiča v Prešove VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava. Po ukončení jej činnosti, nepriamou pokračovateľkou bola Prešovská

univerzita v Prešove. Poslednou je Stredná zdravotnícka škola, Košice s najdlhšou tradíciou výučby. Tieto školy za celú dobu histórie od roku 1942 vyškolili 3 586 študentov. V roku 2019 počet absolventov bol 135, jeden z najvyšších. Celkový priemer bol 18 študentov za rok na jednu školu, čo nie je veľa.

Na ukážke zmien počtu absolventov na jednej zo škôl (SZŠ Košice), dokumentujeme, že podobne ako dnes ani počas socializmu sa neotváralo štúdium v každom roku. Záujem študentov sa z roku na rok aj dnes veľmi mení. Pomer absolventov v jednotlivých typoch štúdia (EQF úroveň 5 –SZŠ a EQF úroveň 6 – bakalár) je veľmi rozdielny čo reprezentuje problémy: nestabilitu, nejednotnosť a nedostatočnú koordináciu procesu vzdelávania. Nepredvídateľnosť a dostatočná možnosť plánovania práce má pochopiteľné dôsledky na kvalitu pedagogického procesu. Chýbajú nám vyššie úrovne vzdelávania (EQF 7 – magister a vyššie).

S problémami nejednotnosti vzdelávania sa stretávame aj v iných krajinách EU. Popísané v článku McNultyetall: Obraz rádiografie v celej Európe, Rádiografia (2015), http://dx.doi.org/10.1016/j.radi.2015.09.007. Účastníkmi bolo 41 vzdelávacích inštitúcií, zastupovalo 21 krajín Európy. Žiaľ Vyšehradskú skupinu reprezentovali len Maďarsko, (Univerzita Semmelweis) a Česká republika, (Univerzita Západné Čechy). Bohužiaľ sa nezúčastnilo viac škôl a nikto z Poľska a Slovenska. Stav u nás tiež nie je jednotný ale pri porovnaní s týmto prieskumom nevychádzame zle:

- Dĺžka vzdelávania je 3 roky pre interných a zvyčajne (nie pre všetky inštitúcie) 4 roky pre externých študentov. Rovnako ako 54 % programov v EÚ.
- Všetky naše vzdelávacie inštitúcie, podobne ako väčšina (64,3 %) inštitúcií v EÚ, ponúkli kombinovaný program rádiológia (medicínske zobrazovanie), rádioterapia a nukleárna medicína.
- ECTS - Európsky systém prenosu kreditov sa používa v našich inštitúciách a ponúka 187 kreditov. Čo korešponduje s prieskumom EÚ (4y = 240 ECTS, 3,5y = 210 ECTS a 3y = 180 ECTS). Ale v mnohých krajinách sa ich počty odlišujú (UK - 2 UKC = 1 ECTS, niektoré mali CFU).
- Vyučovacie hodiny NM vzdelávania v KUR (naša inštitúcia) sú celkovo: prednášky / prax = 108/464. Nukleárna medicína predstavuje 24 % všetkého praktického vzdelávania. Na strednej škole je tento podiel rozdielny: 120/299.

Zlepšujú sa podmienky vzdelávania, zapájaním viacerých výučbových základní, pracovísk z verejného aj súkromného sektoru. Snažíme sa vydávať nové učebnice. Jednou z nich je najnovšia 3 dielna učebnica nukleárnej medicíny z roku 2018, ktorá je základnou literatúrou v odbore. Autori:Ján Lepej a Anton Lacko. Je smerovaná nielen pre rádiologických asistentov, ale aj medikov a lekárov v špecializácii.

Začneme zisťovať problémy vo vzdelávaní rádiologických asistentov v SK. a dúfame, že by výsledky mohli byť užitočné na prípravu podkladov na diskusiu so zodpovednými inštitúciami. S otázkami:

1. Koľko rokov praxe máte v odbore rádiológia, radiačná onkológia alebo nukleárna medicína?
2. Aké máte absolvované štúdia v odbore (prosím uviesť všetky typy, ktoré ste absolvovali, a miesto kde)?
3. V čom sú podľa Vášho názoru 3 hlavné problémy vo vzdelávaní rádiologických asistentov a technikov?
4. Myslíte si, že by bolo vhodné, keby bolo akreditované aj magisterské štúdium v odbore?
5. Ak áno, ako by malo byť zamerané?
6. Aké máte odborné kompetencie na pracoviskách (CT, MR, rádioterapia, nukleárna medicína)?
7. Došlo k zlepšeniu Vášho finančného ohodnotenia po získaní špecializácie?
8. Typ zdravotníckeho zariadenia v ktorom aktuálne pracujete?

Dotazníkový prieskum je plánovaný na viacerých úrovniach. Na odborných konferenciách, internete a na niektorých vybraných pracoviskách. Dnes máme spracované prvé výsledky a podrobnejšie o prieskume budeme informovať na niektorej s budúcich konferencií.

Výzvy do budúcna

V najbližších rokoch nás čaká viacero výziev z ktorých vyberáme len tie najzávažnejšie:

- Potrebné je merať a porovnávať kvalitu absolventov medzi inštitúciami. Toto je jedna z ciest ako pomôcť zlepšovať kvalitu.
- Bohužiaľ nepoznáme aktuálne požiadavky zamestnávateľov na túto profesiu ani čo sa týka počtov ani odbornej úrovne absolventov. Jednou z ich hlavných motivácií je práca za nízku plácu.
- Nemáme predstavu ako veľký je export našich absolventov do krajín EU. Vieme o veľkom počte odchádzajúcich sestier, ale aj lekárov. Predstavuje nielen finančné straty zo štátneho rozpočtu, ale aj stratu obvykle kvalitnejších absolventov.
- Stále je problémom nehomogenita medzi výučbovými programami vzdelávacích inštitúcií v našej krajine. Nie sú vytvorené spoločné diskusné a koordinačné orgány, organizované MŠ SR a/alebo MZ SR. Žiaľ konkurencia je pre školy dôležitejšia ako spolupráca.

- Väčšina z praktických vyučujúcich má základnú a postgraduálnu kvalifikáciu, ale nemajú pedagogické vzdelanie. Bohužiaľ len veľmi malá skupina má vyššiu kvalifikáciu (Magister, PhD., RNDr. Ing. atď.).

Budeme pokračovať v transformácii vzdelávania v rámci bolonského procesu a teraz sa pripravuje nová verziu školského zákona na Slovensku. Všetky programy (aj rádiologickí technici) by mali byť v jednej skupine: ZDRVOTNÍCKE VEDY a mali by umožniť vytvoriť podmienky pre rozšírenie štúdia okrem Bc.aj na Mgr. - Dr. a PhD.,podobne ako je to u sestier a iných zdravotníckych pracovníkov.

Záver

Čo je lepšie konkurencia alebo spolupráca? Strata energie s otáznym výsledkom alebo Stratégia jedného cieľa. Súhlasíme s autormi posledného európskeho prieskumu: „Súbežne s nedostatkom absolventských príležitostí je potrebné, aby učitelia rádiologických pracovníkov (asistenti a technici) mali možnosť postupovať do magisterského a doktorandského štúdia s cieľom zabezpečiť, aby profesia udržiavala porovnateľné štandardy vzdelávania a výskumu, ktoré sú k dispozícii absolventom medicíny, ošetrovateľstva. a iných zdravotníckych profesií, zostáva výzvou v mnohých krajinách“.

Spoločným cieľom všetkých vzdelávacích inštitúcií u nás musí byť vyššia kvalita našich absolventov.

Literatúra

1. http://www.srasr.sk/historia.html
2. https://en.wikipedia.org/wiki/Radiographer
3. Dopadová štúdia rozvoja študijných programov na JLF UK v Martine. https://www.jfmed.uniba.sk /fileadmin/jlf/Dekanat/Sekretariat/Akademickysenat/Zapisnice/10.12.2007_Priloha_c.2_71210.pdf
4. Stredná zdravotnícka škola, Záhradnícka 44, Bratislava, informácia z priamej komunikácie
5. https://www.cambridgehealth.edu/blog/whats-the-difference-between-a-technician-and-technologist-in-radiology/
6. https://study.com/articles/x-ray_technician_vs_radiologic_technologist_salary_schools.html
7. https://myturiec.sme.sk/c/1661639/zmena-vynutena-praxou.html
8. https://sk.wikipedia.org/wiki/Stredn%C3%A1_zdravotn%C3%ADcka_%C5%A1kola_(Ko%C5%A1ice,_Moyzesova_17)

9. http://www.vssvalzbety.sk/o-nas
10. http://www.kumc.edu/wwi/base-hospital-28/clinical-services/radiology.html

Kontakt:
doc. MUDr. Ján Lepej, CSc.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01, Ružomberku
e-mail: jan.lepej@ku.sk

PROBLEM NIETRZYMANIA STOLCA U OSÓB STARSZYCH

Faecal Incontinence Problem in Old People

Beata Boratyn[1], Edyta Guty[2], Patrycja Trojnar[1], Zuzanna Borowiecka[1]

[1]Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
[2]Instytut Socjologii, Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu

Streszczenie

Wstęp: Nietrzymanie stolca (NS) jest nieprzyjemną dolegliwością o zróżnicowanej i złożonej etiologii. Ludzie tracący kontrolę nad jedną z podstawowych czynności fizjologicznych, takich jak defekacja, tracą poczucie bezpieczeństwa. Rozwija się u nich strach, lęk, a nawet depresję. Ludzie z tym problemem często wycofują się z kontaktów społecznych oraz izolują się. Częściej problem ten występuje u osób starszych.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie problemu nietrzymania stolca u osób starszych oraz przedstawienie metod, które mogą zmniejszyć jego nasilenie.

Omówienie: Nietrzymanie stolca jest częstym problemem, zwykle słabo rozpoznawanym przez lekarzy i niechętnie zgłaszanym przez pacjentów. Jego występowanie rośnie wraz z wiekiem. Leczenie NS zależy od przyczyn i stopnia nietrzymania stolca, a efekty leczenia zależą od właściwej kwalifikacji, wyboru metod leczenia i metod jego realizacji. Sposób radzenia sobie ze starszym pacjentem to przede wszystkim próba leczenia zachowawczego. W leczeniu zachowawczym należy wziąć pod uwagę: planowanie wypróżnień, leczenie dietetyczne i farmakologiczne, a także zabiegi kosmetyczne i higieniczne.

Podsumowanie: Nietrzymanie stolca znacznie pogarsza jakość życia, prowadząc do niepełnosprawności fizycznej, zaburzeń psychicznych i nieprzystosowania społecznego. W miarę starzenia się społeczeństwa problem nietrzymania moczu będzie się nasilał. Rodzi to potrzebę opracowania standardów postępowania z pacjentami w podeszłym wieku dotkniętymi tym problemem

Słowa kluczowe: Nietrzymanie stolca. Osoby starsze. Opieka.

Summary

Background: Faecal incontinence (NS) is an unpleasant ailment with diversified and complex etiology. People losing control of one of the basic physiological activities, such as defecation,

lose their sense of security. They develop fear, anxiety and even depression. People with this problem withdraw from social contacts, isolate. It is more often in elderly people.

Objective of the work: The aim of the work is to present the problem of faecal incontinence in elderly people and to present methods that can reduce its severity and provide comfort and dignity to the patients during defecation.

The content of the work: Faecal incontinence is a common problem, usually poorly recognized by doctors and reluctantly reported by patients. Its occurrence increases together with age. The treatment of NS depends on the causes and degree of stool incontinence, and the effects of treatment depend on the correct qualification, the choice of treatment methods and methods of its implementation. The way to deal with an elderly patient is first of all an attempt at conservative treatment. In conservative treatment, the following should be considered: bowel movement planning, dietary and pharmacological treatment as well as beauty and hygiene treatments.

Summary: Faecal incontinence significantly worsens the quality of life, leading to physical disability, mental dysfunction and social maladaptation. As the population ages, the problem of incontinence will increase. This raises the need to develop standards for dealing with elderly patients affected by this problem.

Key words: Faecal incontinence. Elderly person. Care.

Wstęp

Nietrzymanie stolca (NS) to dolegliwość o zróżnicowanej i złożonej etiologii. Zmiany w funkcjonowaniu organizmu spowodowane procesami starzenia się przyczyniają się do wzrostu występowania NS u osób starszych.

Definicje nietrzymania stolca

Nietrzymanie stolca wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) definiowane jest bardzo ogólnikowo jako zanieczyszczanie się kałem i zaliczane jako jeden z objawów i cech chorobowych ze strony układu pokarmowego i jamy brzusznej.

Międzynarodowe Towarzystwo Inkontynencji (International Continence Society, ICS) definiuje nietrzymanie stolca jako mimowolną utratę płynnego lub stałego stolca[1]. Permanentna ucieczka gazów z jednoczesną utratą możliwości ich różnicowania ze stolcem jest także objawem inkontynencji [2].

Wyróżnia się trzy podtypy NS:

1. bierne nietrzymanie stolca – mimowolne wypróżnianie stolca lub gazów wynikające z braku odczucie parcia na stolec, prowadzące do niekontrolowanej defekacji, bez świadomości;
2. nagłe nietrzymanie stolca – manifestujące się nagła potrzebą wypróżnienia, która może być tak silna, że pacjent ma problem z dotarciem do toalety na czas,
3. wyciek kału – związany z osłabieniem mięśni dna miednicy, szczególnie mięśnia łonowo-odbytniczego. Wyciek stolca może wynikać także z przelewania płynnego stolca przez zalegające w odbytnicy i esicy masy kałowe [3].

Objawy NS są bezpośrednio lub pośrednio związane z utratą kontroli nad defekacją. Bezpośrednim (pierwotnym) objawem jest brak kontroli nad treścią jelit, która ma tendencję do nasilania się bez leczenia. Pośrednie (wtórne) objawy, są wynikiem przecieku stolca i obejmują: świąd odbytu, podrażnienie, zapalenie skóry wokół odbytu, infekcje dróg moczowych oraz powstawanie odleżyn.

Patomechanizm nietrzymania stolca

NS to skutek wadliwego funkcjonowania jednego lub kilku elementów koniecznych do kontrolowanej defekacji:

a) elastyczność i podatność ściany odbytnicy;
b) sprawny kompleks zwieraczy odbytu;
c) sprawne szlaki nerwowe: receptory, nerw sromowy, układ autonomiczny, CUN;
d) koordynacja odbytniczo-odbytowa – prawidłowe odruchy rektoanalne odpowiedzialne za koordynację zwieraczy i odbytnicy;
e) anatomiczny układ osi prostnicy i kanału odbytu uzupełniający mechanizm zaporowy [4].

Uszkodzenie lub dysfunkcja jednego lub kilku przedstawionych powyżej elementów prowadzi do zaburzeń utrzymania stolca i gazów.

Epidemiologia

Nietrzymanie stolca jest problemem, zwykle słabo rozpoznawanym przez lekarzy i niechętnie zgłaszanym przez pacjentów. Jego występowanie wzrasta wraz z wiekiem. Prowadzone w USA badania ukazują silną zależność między wiekiem, a częstością występowania NS. NS rozpoznano u 2,6% osób w wieku od 20-30 lat, a u osób w wieku 70 lat lub starszych u 15,3% [5]. Wskaźnik występowania NS u seniorów jest różny w zależności od miejsca ich pobytu. U osób starszych leczonych w szpitalu NS stwierdzono u 18-33%, a u pensjonariuszy domów opieki aż u 50-70% [6]. W ciągu 10 miesięcy od przyjęcia do zakładu opiekuńczego u 20% pensjonariuszy rozwija się NS. Te znacznie zwiększone wskaźniki NS w

placówkach opiekuńczych wynikają z wielochorobowości, niskiego stanu funkcjonalnego pensjonariuszy, większego upośledzenia ich funkcji poznawczych oraz lepszego monitorowaniem tego problemu w zakładach opiekuńczych [7].

W Polsce rozmiar nietrzymania stolca nie został jasno określony ani scharakteryzowany pod względem epidemiologicznym. W jednym z przeprowadzonych badań na grupie 174 chorych rozpoznano objawy nietrzymania stolca u 3,5% badanych w grupie 31-40. r.ż., 5,0% w grupie 41.-50. r.ż. i 10,0% chorych powyżej 51. r.ż. Dane szacunkowe wieloletnich badań wskazują, iż problem ten może dotyczyć znacznie większego odsetka chorych [8].

Czynnik przyczyniające się do rozwoju NS

Problem z utrzymaniem stolca i gazów rzadko kiedy zależy tylko od jednego czynnika. Najczęściej rozpoznaje się obecność kilku z nich, szczególnie u osób starszych. Poza tym występowanie jednego zaburzenia generuje pojawienie się kolejnych.

Czynniki ryzyka nietrzymania stolca.

1. zmiana konsystencji stolca
   - biegunki,
   - zaparcia,
   - biegunka rzekoma – megarectum – wyciek płynnego stolca przez zbite masy kałowe gromadzące się w odbytnicy,
2. nieprawidłowa perystaltyka jelit
   - zaburzenia metaboliczne np. niedoczynność, nadczynność tarczycy,
   - leki wpływające na perystaltykę jelit np. przeciwdepresyjne, preparaty żelaza,
3. Nienowotworowe choroby jelit
   - uchyłkowatość jelita grubego,
   - czynnościowe choroby jelit z towarzyszącymi zaburzeniami motoryki jelita grubego – zespół jelita drażliwego,
   - przewlekłe stany zapalne jelit np. choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
4. zaburzenia funkcjonowania odbytnicy
   - mała podatność odbytnicy na rozciąganie z powodu zaburzeń w jej ukrwieniu,
   - zwłóknienia,
   - radioterapia przed lub pooperacyjna wyzwalająca odczyn zapalny i niszcząca śródścienne sploty odpowiedzialne za odruchy anorektalne,
   - choroba Hirschprunga,
   - nowotwory miejscowe lub naciekające odbytnicę,

5. dysfunkcje zwieraczy odbytu
    - urazy: położnicze, powypadkowe, chirurgiczne,
    - hemoroidy III stopnia,
    - przetoka odbytu,
    - ropienie okołoodbytnicze,
    - wypadanie śluzówki odbytnicy,
6. zaburzenia neurologiczne wpływające na pracę jelit, funkcję odbytnicy i zwieraczy odbytu
    - udar naczyniowo – mózgowy,
    - uszkodzenia kręgosłupa,
    - urazowe uszkodzenia mózgu,
    - guzy OUN,
    - rwa kulszowa,
    - zaawansowane otępienie,
    - encefalopatia,
    - głębokie upośledzenie umysłowe,
    - stwardnienie rozsiane,
    - mielodysplazja i związane z nią wady cewy nerwowej,
    - polineuropatia w przebiegu wieloletniej cukrzycy,
    - zatrucia metalami ciężkimi,
    - przewlekły alkoholizm,
    - miastemia,
7. inne przyczyny
    - wielochorobowość,
    - utrudniony dostęp do toalety,
    - nadużywanie środków przeczyszczających,
    - fizjologiczne procesy starzenia się,
    - choroby psychiatryczne,
    - depresja,
    - błędy dietetyczne,
    - zaburzenia trawienia i wchłaniania na skutek zmian aktywności enzymów,
    - alergie pokarmowe,
    - nietrzymanie moczu,
    - otyłość,
    - palenie papierosów [7,8,9].

Do najważniejszych czynników ryzyka NS u osób starszych zalicza się: upośledzenie funkcji poznawczych, unieruchomienie, nadużywanie środków przeczyszczających, choroby współistniejące i wynikająca z tego wielolekowość [9, 10, 11] oraz ograniczona dostępność do toalety szczególnie wśród osób przebywających w placówkach opiekuńczych [12].

Demencja a NS

Ludzie z demencją cierpią na ubytki w pamięci, często są zdezorientowani, nie wiedzą gdzie się znajdują. Wszystko to wpływa negatywnie na kontrolowanie czynności fizjologicznych. NS u osób starszych z demencją wynika z trudności z utrzymaniem stolca zanim dojdą do toalety, ze znalezieniem toalety, z zanikiem odczuwania potrzeby ściągnięcia spodni przed skorzystaniem z toalety, a z czasem zanikiem potrzeby oddawania stolca i moczu[9].

Cukrzyca a NS

NS występuje u ok 22% chorych na cukrzycę [13]. Przyczyn wywołujących NS jest wiele. Począwszy od zmian w diecie u osób z rozpoznana cukrzycą, w tym stosowanie sorbitolu lub innych sztucznych słodzików, sprzyjających luźnym stolcom do nadwrażliwości odbytnicy w wyniku neuropatii cukrzycowej. Neuropatia może prowadzić do zaparć lub biegunek [14].

Biegunka a NS

Ciekły stolec jest trudniejszy do kontrolowania niż uformowany. Ostre i przewlekłe choroby biegunkowe są częste u osób w podeszłym wieku i mogą wyzwalać lub nasilać NS, na skutek osłabienia zwieraczy odbytu, zaburzeń czucia, ograniczeń w poruszaniu i zaburzeń poznawczych. Niektórzy uważają biegunkę za najczęstszy czynnik obciążający w NS [15]. W przypadku, gdy biegunka jest spowodowana przejściowymi problemami, takimi jak łagodne zakażenia lub reakcje na pokarmy, nietrzymanie kału może być krótkotrwałe. Przewlekłe stany chorobowe, takie jak zespół jelita drażliwego lub choroba Leśniowskiego-Crohna, mogą powodować ciężką biegunkę trwającą tygodnie lub miesiące. Niektóre leki, błędy dietetyczne, nietolerancje pokarmowe zakłócają wchłanianie jelitowe powodując luźne stolce i przyczyniać się do rozwoju NS.

Zaparcia a NS

Przewlekłe zaparcia występują często u osób starszych. Rozpoznawane są u 27% populacji powyżej 65 roku życia [16]. Częstość zaparć wzrasta z wiekiem. Zaparcia zdefiniuje się jako dwa lub mniej wypróżnień w ciągu tygodnia, twardy stolec, wzmożony wysiłek przy defekacji lub niepełną defekację [17]. Do czynników predysponujących do zaparć u osób

starszych zaliczamy siedzący tryb życia, zmniejszona ilości błonnika i wody w diecie. Ponadto zażywanie leków zwalniających metabolizm przewodu pokarmowego czy choroby neurologiczne np. Parkinsonizm.

Biegunka rzekoma

Biegunka rzekoma, biegunka z przelania, zaparcia utajone – terminy stosowane zamiennie. Odnoszą się do sytuacji gdy dochodzi do przelewania płynnego stolca przez zalegające w odbytnicy i esicy masy kałowe, które gromadzą się tam przy przedłużającym się braku wypróżnienia. Z czasem woda z zalegającego stolca ulega wchłonięciu, stolec twardnieje tworząc kamienie kałowe. Przeciekanie luźnego stolca, brudzącego bieliznę często błędnie rozpoznawane jest jako biegunka. Podaje się środki zapierające, co w konsekwencji nasila zaburzenia wypróżnienia. Najprostszym sposobem rozpoznania biegunki rzekomej jest badanie per rectum. Badanie to powinno być wykonane u każdego chorego zniedołężniałego, obłożnie chorego czy unieruchomionego, po wielodniowym braku wypróżnienia [18]. Do nietrzymania stolca z przepełnienia prowadzi zwiększona objętość odbytnicy – megarectum i/ lub zmniejszona wrażliwość odbytnicy.

Diagnoza NS

Określenie prawdopodobnej etiologii nietrzymania kału jest konieczne, aby określić plan postępowania kontrolujący lub eliminujący ten stan.

Diagnozowanie NS powinno rozpoczynać się od przeprowadzenia dokładnego wywiadu, zawierającego szczegółowe pytania dotyczące początku problemu, częstości, ilości i objętości wypróżnień. Należy uzyskać informacje o przebytych zabiegach operacyjnych, chorobach współistniejących, u kobiet o przebytych porodach. Ważne jest poznanie przyzwyczajeń żywieniowych, w tym ilości przyjmowanego błonnika czy wypijanych płynów w ciągu dnia.

W badaniu fizykalnym oprócz wizualnej i palpacyjnej oceny okolic odbytu należy ocenić wzrok, mobilność chorego oraz funkcje poznawcze, które mogą także przyczyniać się do problemów z wypróżnianiem.

Do oceny stopnia nietrzymania stolca służą skale, które stanowią obiektywne narzędzie pomiarowe. Na ich podstawie bierze się pod uwagę częstotliwość, objętość, konsystencję i charakter wycieku stolca. Do najczęściej stosowanych skal należą:

- Skala Rockwooda – Fecal Incontinence Severity Index (FISI) [19],
- Skala Wexnera – skala Cleveland [20],
- Skala Vaizeya [21],
- Skala Pescatoriego [22],
- American Medical Systems Scale [23],

- Skala Holschneidera – Holschneider Scoring Scale [24].

Do badań pogłębiających diagnostykę zaliczamy badania obrazowe i czynnościowe.

Badania obrazowe

- Sigmoidoskopia – badanie endoskopowe ograniczone do końcowej części jelita grubego. Umożliwia wykazanie nieprawidłowości w obrębie odbytnicy i esicy.
- Ultrasonografia przezodbytowa (TAUS)- USG z wykorzystaniem głowicy wewnątrzodbytowej.
- Rezonans magnetyczny (MRI) z sondą doodbytniczą
- Defekografia – RTG defekacji [4].

Badania czynnościowe

- Manometria anorektalna
- Elektromiografia z oceną asymetrii unerwienia zwieraczy
- Badanie funkcji anorektalnych za pomocą barostatu [25].

Leczenie

Postępowanie lecznicze w NS zależy od przyczyn i stopnia nietrzymania stolca, zaś efekty leczenia zależą od prawidłowej kwalifikacji, doboru metod leczenia oraz sposobów jego wykonania. Zasadą jest wykorzystywanie wszystkich możliwych zachowawczych metod leczenia, zanim zapadnie decyzja o leczeniu operacyjnym. Sposobem postępowania z pacjentem w podeszłym wieku jest w pierwszej kolejności próba leczenia zachowawczego.

Leczenie zachowawcze.

W leczeniu zachowawczym wyróżnia się planowanie oddawania stolca, leczenie dietetyczne, farmakologiczne oraz zabiegi pielęgnacyjne i higieniczne.

Planowanie oddawania stolca i korzystania z toalety

Planowanie oddawania stolca jest bardzo pomocne w kontrolowaniu bezwiednych defekacji, zwłaszcza wśród pacjentów unieruchomionych i / lub demencyjnych.

U pacjentów z nagłym parciem na stolec należy:

- rozpoznać „schematy toaletowe”
- odpowiednio zaplanować korzystanie z ubikacji,
- szybko reagować na wszelkie sygnały świadczące o potrzebie wypróżnienia,
- regularnie „wysadzać” chorego na toaletę przynajmniej 3 razy dziennie.

U osób, u których występują zaparcia należy opracować i wdrożyć indywidualny program stymulacji defekacji oparty na wcześniejszych wzorcach eliminacji stolca. Stymulowany program defekacji polega na normalizacji konsystencji stolca oraz na zastosowaniu mechanicznego lub chemicznego bodźca w celu wytworzenia skurczu odbytu i usunięcia mas kałowych. U osób z nawykowymi zaparciami wskazane jest stosowanie

raz, dwa razy w tygodniu wlewów doodbytniczych z jednoczesnym stosowaniem 2-3 razy w tygodniu osmotycznych środków przeczyszczających.

Zmiana przyzwyczajeń dietetycznych

Zmiana diety ma szczególne znaczenie, gdy przyczyną nietrzymania stolca są biegunki lub przewlekłe zaparcia. Modyfikacja diety w znacznym stopniu może zmniejszyć nasilenie objawów.

W starszym wieku często dochodzi do zaburzenia trawienia i wchłaniania na skutek zmian aktywności enzymów jelitowych, czego objawem jest biegunka np. po wypiciu słodkiego mleka. W takim przypadku eliminacja z diety źle tolerowanego składnika zlikwiduje problem NS. Przyczyną biegunek u osób starszych mogą być alergie pokarmowe. Zidentyfikowanie alergenu i jego wykluczanie z codziennego jadłospisu może uregulować wypróżnienia.

Nieprawidłowa dieta składająca się z dużej ilości węglowodanów i tłuszczy zwierzęcych sprzyja zaparciom. Są one ciężkostrawne i długo zalegają w żołądku i jelitach. Dieta osoby starszej powinna być lekkostrawna, urozmaicona, odpowiednio zbilansowana co do ilości składników budulcowych (białko), energetycznych (tłuszcze i węglowodany), witamin i minerałów, bogata w produkty wysokobłonnikowe. Ważne jest ograniczenie cukrów prostych oraz soli, która zatrzymując w organizmie wodę prowadzi do obrzęków. Osoby starsze powinny zjadać cztery, pięć posiłków w ciągu dnia o stałych godzinach. Ich konsystencja powinna być dostosowana do zachowanej funkcji żucia i połykania. W ciągu dnia należy wypijać około 2-3 litry wody ponieważ zbyt mała ilość wypitych płynów prowadzi do zaparć. Najlepsza jest niegazowana woda i słaba herbata, która wspomaga trawienie. Unikać należy gazowanych słodkich napoi wywołujących wzdęcia [26].

Leczenie farmakologiczne

Terapia farmakologiczna ma za zadanie zmniejszenie częstości oddawania stolca oraz zmianę jego konsystencji.

Częstość oddawania stolców redukuje się poprzez podawanie leków przeciwbiegunkowych. Leki te można zastosować po wykluczeniu zakaźnej bądź pasożytniczej etiologii luźnych stolców.

Środki stosowane przy zaparciach należy stosować z duża ostrożnością ponieważ wpływają na wchłanianie innych leków, z którymi łączą się na drodze chemicznej lub fizycznej. Nasilając perystaltykę jelit może dochodzić do przesunięcia się leków do dystalnej części jelit, gdzie są słabo wchłaniane. Ponadto zbyt częste stosowanie środków przeczyszczających może prowadzić do zaparć uszkadzając zakończenia nerwowe w błonie śluzowej, których pobudzenie wyzwala odruch defekacyjny.

Zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne

Utrzymanie higieny u osób z zaburzeniami defekacji jest bardzo ważne. Pomocne są w tym różnego rodzaju środki higieniczne: pieluchomajtki, wkładki, chłonne majtki zabezpieczające przed zabrudzeniem odzieży, zmniejszające nieprzyjemny zapach. Gdy dojdzie do zanieczyszczenia należy jak najszybciej umyć zabrudzoną stolcem okolicę używając do tego specjalnych produktów do pielęgnacji. Po umyciu trzeba zabezpieczyć skórę poprzez aplikację środków łagodzących podrażnienia skóry i izolujące ją przed wilgocią. Przy każdej zmianie pieluchomajtek należy ocenić stan skóry krocza i okolicy kości krzyżowej pod kątem przerwania jej ciągłości i pojawienia się patologicznych zmian.

Alternatywne metody leczenia NS

Biofeedback

Metoda treningu behawioralnego, do zastosowania którego kwalifikują się osoby bez defektu zwieraczy oraz osoby u których ubytek nie przekracza ¼ obwodu, przy zachowanym obwodowym unerwieniu. Celem biofeedback jest poprawa odczuwania bodźców czuciowych i reagowania skurczem mięśnia zwieracza. Metoda ta polecana jest u osób z nagłym parciem na stolec i nietrzymaniem stolca na skutek nawracających biegunek [27]. Osoba starsza, która może zostać objęta tą terapią musi mieć niezaburzone funkcje poznawcze.

Elektrody stymulujące skurcz zwieraczy odbytu

Metoda polega na umieszczeniu w odbycie elektrod, które za pomocą impulsów elektrycznych wywołują skurcz zwieraczy odbytu. Stymulacja powoduje stopniowy wzrost napięcia i siły skurczu zwieraczy odbytu (28).

Leczenie chirurgiczne

Mniej lub bardziej inwazyjne metody chirurgicznego leczenia NS zarezerwowane są dla małego procenta starszych osób. W zależności od przyczyn NS i ich nasilenia wykonuje się:

- plastykę i zabiegi rekonstrukcyjne zwieraczy,
- operacyjne wytworzenie zastępczego zwieracza np. z mięśni uda,
- implantację zwieraczy zastępczych,
- implantację w sferze zwieraczy kolagenu, silikonu, autologicznego tłuszczu,
- plastykę pochwy i krocza – jeśli nietrzymanie stolca współistnieje z wypadaniem odbytnicy lub pęcherza moczowego,
- zabiegi umożliwiające systematyczne płukanie okrężnicy,
- kolostomię.

Kolostomia paliatywna

W przypadku chorych, u których zawiodły wszystkie dostępne metody leczenia NS, należy rozważyć wytworzenie sztucznego odbytu, szczególnie u osób obłożnie chorych, ze znaczną demencją i odleżynami.

Wnioski

Nietrzymanie stolca znacząco pogarsza jakość życia, prowadząc do niepełnosprawności fizycznej, dysfunkcji psychicznej i dezadaptacji społecznej. Wyzwala wstyd, upokorzenie, frustrację, zażenowanie, niekiedy depresję. Dezadaptacja społeczna objawia się spadkiem aktywności życiowej, zaburzeniami motywacji. Osoby z problemem defekacji unikają kontaktów z innymi, niektórzy nawet się izolują. Często są zbyt zawstydzeni, aby szukać pomocy medycznej. Osoby dotknięte NS i ich rodziny muszą organizować życia wokół łatwego dostępu do łazienki. Ponadto niekontrolowany wyciek stolca podrażnia skórę w okolicy odbytu i dróg moczowych powodując jej maceracje, ból, świąd. U tych osób zwiększa się ryzyko infekcji dróg moczowych i rozwoju odleżyn. NS przyczynia się do wzrostu kosztów związanych z zakupem leków, produktów do pielęgnacji i środków higienicznych. Jest główną przyczyną umieszczania seniorów w domach opieki. W licznych badaniach udowodniono związek między starzeniem się a wzrostem częstotliwości NS. W związku ze starzeniem się społeczeństwa problem nietrzymania stolca będzie narastał. Rodzi to potrzebę opracowania standardów postępowania z pacjentem w wieku podeszłym dotkniętym tym problemem.

Literatura

1. AKPAN A., GOSNEY M.A., BARRETT J.: Factors contributing to fecal incontinence in older people and outcome of routine management in home, hospiale and nursing home settings. Clin Interv Aging 2007Mar;2 (1): 139-145.
2. WHITEHEAD W.E., WALD A., NORTON N.J.: Treatment options for fecal incontinence. Dis. Colon Rectum 2001; 44: 131-144.
3. HIRSH T, LEMBO T. Diagnosis and management of fecal incontinence in elderly patients. Am Fam Physician. 1996;54:1559–1564.
4. HERMAN R.M., WAŁĘGA P., SOBOCKI J. i wsp.: Nowoczesna diagnostyka i możliwości leczenia nietrzymania stolca. Postępy Nauk Medycznych 5/2006, s.216-234;
5. WHITEHEAD WE, BORRUD L, GOODE PS, et al. Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. Gastroenterology. 2009;137:512–517.
6. BLISS DZ, HARMS S, GARRARD JM, et al. Prevalence of incontinence by race and ethnicity of older people admitted to nursing homes. J Am Med Dir Assoc. 2013;14:451.
7. NYROP KA, GROVER M, PALSSON OS, et al. Likelihood of nursing home referral for fecally incontinent elderly patients is influenced by physician views on nursing home care and outpatient management of fecal incontinence. J Am Med Dir Assoc. 2012;13:350–354.
8. WAŁĘGA P., HERMAN R.M.: Nietrzymanie moczu i stolca - mit czy rzeczywistość. Przegląd Urologiczny 2003; 4: 108-111.

9. SHAH BJ1, CHOKHAVATIA S, ROSE S. Fecal incontinence in the elderly: FAQ. Am J Gastroenterol. 2012 Nov;107(11):1635-46.
10. AKHTAR AJ, PADDA M.:Fecal Incontinence in older Patients. J Am Med. Dir Assoc 2005;6:54-60
11. AKPAN A., GOSNEY M.A., BARRETT J.: Factors contributing to fecal incontinence in older people and outcome of routine manadment in home, hospiale, and nursing home settings. Clin IntervAging 2007 Mar;2(1):139-145.
12. SCHNELLE J.F., LEUGN F.W: Urinary and Fecal Incontinencein Nursing Homes. Gastroenterology 2004; 126:41-47.
13. FELDMAN M., SCHILLER L.R: Disorders of gastrointestinal motility associated with diabetes 7.mellitus. Ann. Int. Med., 1983;98: 378-384.
14. .WHITEHEAD W.E, BHARUCHA A.E.: Diagnosis and treatment of pelvic floor disorders: what's new and what to do. Gastroenterology 2010;138:1231 – 1235.
15. BHARUCHA AE, DUNIVAN G, GOODE PS, (wsp.).: Epidemiology, pathophysiology, and classification of fecal incontinence: state of the science summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Workshop. Am J Gastroenterol. 2015 Jan;110(1):127-136
16. BRANDT LJ, PRATHER CM, QUIGLEY EM: Systematic review on the management of chronic constipation in North America. Am J Gastroenterol, 2005;100:5–21.
17. DE LILLO AR, ROSE S. Functional bowel disorders in the geriatric patient (constipation, fecal impaction, and fecal incontinence) Am J Gastroenterol. 2000;95:901–905.
18. pod red. de Walden-Gałuszko K.: Postawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2006;86-87.
19. ROCKWOOD T.H., CHURCH J.M., FLESHMAN J.W. i wsp.: Patient and surgeon ranking of the severity of symptoms associated with fecal incontinence: the fecal incontinence severity index. Dis. Colon Rectum 1999; 42: 1525-1532.
20. JORGE J.M., WEXNER S.D.: Etiology and management of fecal incontinence. Dis. Colon Rectum 1993; 36: 77-97.
21. VAIZEY C.J., CARAPETI E., CAHILL J.A., KAMM M.A.: Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. Gut 1999; 44: 77-80.
22. PESCATORI M., ANASTASIO G., BOTTINI C., MENTASTI A.: New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients. Dis. Colon Rectum 1992; 35: 482-487.
23. American Medical Systems. Fecal Incontinence Scoring System. Minnetonka, Minnesota: American Medical Systems 1997.

24. HOLSCHNEIDER A.M.: Elektromanometrie des Enddarms. Diagnostik und Therapie der Inkontinenz und der chronischen Obstipation. Wyd. 2, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1983: 3-50.
25. WAŁĘGA P., ROMANISZYN M.: Nietrzymanie stolca. Medycyna praktyczna. https://www.mp.pl/gastrologia/wytyczne/88115,nietrzymanie-stolca dn. 05.01.2018.
26. Pod.red. Szczerbińska K., Wilczek-Rużyczka E.: Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zdrowotne zachowania osób starszych. Zdrowie i Zarządzanie, Kraków 2010:41-54.
27. HERMAN R.M., WAŁĘGA P., WIDERA A.: Biofeedback jako zachowawcza metoda leczenia nietrzymania stolca. Przegl. Lek. 2004; 61: 54-59.
28. HERMAN R.M., WAŁĘGA P., NOWAKOWSKI M. i wsp.: Transanal electrostimulation in the treatment of fecal incontinence following low anterior rectum resection. International Proceedings Division. Monduzzi Editore 2001: 295-299.

Kontakt:
Mgr. Beata Boratyn
Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
ul. Czarnieckiego 16
37-500, Jarosław
tel: 696 140 251
e-mail: beataboratyn@wp.pl

METASTÁZY CHRBTICE, ICH DIAGNOSTIKA A CHIRURGICKÁ LIEČBA

Diagnosis and Surgical Treatment of Spinal Metastases

Tomáš Čižmár, Tomáš Sloboda

Neurochirurgická klinika, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

Abstrakt

V súčasnej dobe sa čoraz častejšie stretávame s onkologickými pacientmi, u ktorých nachádzame metastatické poškodenie chrbtice. Medicínsky pokrok, ktorý zahŕňa stále sa zdokonaľujúce zobrazovacie metódy a operačné postupy,umožňuje včasný záchyt pacientov a ich liečbu. Nesmierne dôležitéje to pre ich návrat do bežného života či zlepšenie kvality zostávajúceho života. Štúdie z posledných rokov dokazujú, že viac ako 10 % zo všetkých onkologických pacientov má postihnutie chrbtice metastázami (MTS). MTS zaradujeme medzi najčastejšie nádorové ochorenie chrbtice.

Chrbtica ako celok, môže byť postihnutá metastázami na rôznych častiach.Štatistiky uvádzajú, že najviac je postihnutá lumbosakrálna oblasť (LS) a najmenej cervikálna oblasť (C) chrbtice.V závislosti od toho ktoré miesto je postihnuté vznikajú aj charakteristické neurologické príznaky. Metastatické postihnutie sa najčastejšie vyskytuje u onkologických pacientov, ktorých primárne ložisko sa vyskytuje v prsníku, pľúcach, obličkách a prostate. Lokálna bolesť, neustupujúca ani v kľude s najväčšou intenzitou v noci je základný spoločný znak týchto pacientov. Veľmi dôležite je sledovať progresiu neurologických príznakov, ktoré nastupujú spolu so šírením metastáz v spinálnom kanáli.

Cieľom prezentácie bude, zrozumiteľnou formou informovať lekársku verejnosť z iných odborov o základoch diagnostického postupu a možnostiach chirurgickej liečby u tejto skupiny pacientov. Obsahovať bude kazuistiky, pacientov chirurgicky liečených na našej klinike v posledných rokoch.

Kľúčové slová: Metastázy chrbtice. Tokuhashiho skórovací systém. Spondylochirugické výkony.

Abstract

Currently, we are increasingly encountering cancer patients with metastatic spine damage. Medical advances, which include ever – improving imaging methods and surgical procedures, allow us timely capture and treatment of patients. This is extremely important for their return to normal life or for improving the quality of their remaining lives. Recent studies

have shown that more than 10% of all cancer patients have spinal metastasis (MTS). Therefore, MTS is one of the most common cancer of the spine.

The spine as a whole segment, may be affected by metastases on various parts. The statistics show that the lumbosacral region (LS) of the spine, are most affected and the least cervical region (C) . Depending on which site is affected, characteristic neurological symptoms also occur. Metastatic involvement is most common in cancer patients whose primary focus is in the brea st, lung, kidney and prostate. Local pain, relentles s even at rest with the greatest intensity at night, is an essential common feature of these patients. It is very important to monitor the progression of neurological symptoms that occur along with the spread of metastasis.

The aim of the presentation will be to inform the medical public from other disciplines about the basics of diagnostic procedure and possibilities of surgical treatment in this group of patients. It will include case reports of patients surgically treated in our clinic in recent years.

Keywords: Spinal metastases. Tokuhashi scoring system. Spondylochirological procedures.

Kontakt:
MUDr. Tomáš Čižmár
Neurochirurgická klinika
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. gen. Vesela 21
03426, Ružomberok
e-mail: tomas.cizmar@orava.sk

INFORMOVANOSŤ VERZUS EDUKÁCIA PACIENTA

Awareness Versus Patient Education

Mariana Magerčiaková

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku, Slovenská republika

Abstrakt

Poskytovanie informácií a poučenie pacienta sú často zamieňané pojmy a činnosti. Tieto činnosti vyplývajú zdravotníckym pracovníkom aj z príslušnej legislatívy. Edukácia a informovanosť spolu úzko súvisia, nie sú však identické. Edukácia predstavuje dôsledne pripravenú a kvalitne a efektívne realizovanú výučbu. Cieľom edukácie je vytváranie nových vedomostí, zručností, hodnôt, ako aj zmeny postojov a správania pacienta vzhľadom na jeho zdravotný stav. Naopak, poskytovanie informácií a následná informovanosť je nástrojom na zabezpečenie účasti a rozhodovania sa pacienta v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti v ambulantnom alebo ústavnom zdravotníckom zariadení. S informáciami ako určitým obsahom pracujú zdravotnícki pracovníci tak pri poskytovaní informácií pacientom a zlepšovaní ich informovanosti, ako aj pri edukačnej činnosti, ale vždy s iným cieľom. Poster je zameraný na charakteristiku a identifikáciu rozdielov vo vzťahu k informovanosti a edukácii pacienta.

Kľúčové slová: Informovanosť. Edukácia. Pacient.

Abstract

The provision of information and patient education are often confused with terms and activities. These activities also result from healthcare professionals in the relevant legislation. Education and awareness are closely related but not identical. Education represents consistently prepared and quality and efficiently realized teaching. The aim of education is to create new knowledge, skills, values, as well as to change the patient's attitudes and behavior with respect to health. The provision of information and subsequent information is a tool to ensure patient participation and decision-making in the process of providing healthcare in an outpatient or inpatient health facility. Healthcare professionals work with information as a certain content both in providing information to patients and improving their awareness, as well as in educational activities, but always with a different goal. The poster focuses on the characteristics and identification of differences in relation to patient information and education.

Key words: Awareness. Education. Patient.

Kontakt:
Mariana Magerčiaková, PhDr. Mgr. PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Nám. A. Hlinku 48
034 01, Ružomberok
tel: + 421 918 722 189
e-mail: mariana.magerciakova@ku.sk

MODERNÉ A EXPERIMENTÁLNE PRÍSTUPY V CHIRURGICKEJ LIEČBE OCHORENÍ ŠTÍTNEJ ŽĽAZY

Modern and Eperimental Approaches in Surgical Treatment of Thyroid Diseases

Marián Duffek

Klinika chirurgie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

Abstrakt

Všeobecný trend vo všetkých chirurgických odboroch je smerovanie k minimalizácii invazivity v diagnostike i liečbe chorých. Chirurgia štítnej žľazy nie je výnimkou. Od roku 2002, kedy talianski autori Miccoli s kolektívom publikovali vo World Journal of Surgery prvé výsledky svojej inovatívnej metódy MIVAT (minimálne invazívna video-asistovaná tyreoidektómia) boli publikované práce ďalších autorov zaoberajúce sa ďalšou minimalizáciou prístupu predovšetkým s ohľadom na kozmetický efekt. Všeobecne sa tieto metódy ešte dlho nebudú používať štandardne a ich širšiemu zavádzaniu do praxe budú musieť predchádzať vedecké štúdie zamerané predovšetkým na posúdenie ich bezpečnosti pre pacienta. Cieľom nášho príspevku je informovať odbornú verejnosť o nových a experimentálnych prístupoch v chirurgii ŠŽ.

Kľúčové slová: Chirurgia štítnej žľazy. Experimentálna chirurgia. MIVAT. Miniinvazívny prístup.

Abstract

Mini invasive aproach in diagnostics and therapy of surgical pacients is nowadays a common trend also in a thyroid gland surgery. From 2002 when italian authors Miccoli et all. have publised their first results of an innovative method MIVAT(Minimally invasive video-assisted thyreoidectomy) publications from another authors did follow dealing with further minimization with respect to the cosmetic effect. In general, these methods will not be used as standard for a long time and their wider implementation will have to be preceded by scientific studies aimed primarily at assessing their safety for a patient. The aim of our contribution is to inform the vocational public about new and experimental approaches in the thyroid gland surgical procedures.

Key words: Thyroid gand surgery. Experimental surgery. MIVAT. Minimaly invasive approach.

Kontakt:
MUDr. Marián Duffek
Klinika chirurgie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. gen. Vesela 21
03426, Ružomberok
e-mail: duffekm@uvn.sk

ZÁVISLOSŤ MEDZI ČASOM POSKYTOVANIA KARDIOPULMONÁLNEJ RESUSCITÁCIE A JEJ KVALITOU

The Relationship between the Time of Cardiopulmonary Resuscitation and its Quality

Imrich Andrási, Milan Minarik, Michal Sekerák, Marek Šichman

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Úvod: Včasné, vysoko kvalitné kompresie hrudníka a včasná defibrilácia sú obzvlášť dôležité pre výsledok prežitia po náhlej zástave obehu. Posledné doporučenia ERC zdôrazňujú význam kvality kompresii hrudníka a minimalizáciu času bez žiadnych kompresií hrudníka počas kardiopulmonálnej resuscitácie (KPR). Avšak štúdie ukázali, že kompresie vykonávané zdravotníkmi nespĺňajú odporúčania kompresných pomerov, hĺbku a kontinuitu, čo má za následok podstatne dlhšiu dobu medzi stláčaniami, ako je potrebné a žiadúce.

Cieľ a hypotéza: Porovnať vzájomnú závislosť medzi časom poskytovania KPR a jej kvalitou. Identifikovať a posúdiť vzťah medzi kvalitou kardiopulmonálnej resuscitácie a dĺžkou ich realizácie v rámci kardiopulmonálnej resuscitácie vykonávanej resuscitačnými tímami (RT) na modely. Na základe stanoveného cieľa a čiastkových cieľov sme stanovili nasledovnú hypotézu: Predpokladáme, že existuje vzájomná závislosť medzi uplynutým časom realizácie KPR a hĺbkou, frekvenciou, celkovou efektivitou kompresií hrudníka a ventiláciou.

Metodika: V rámci projektu 003-KU-2-1 2018 pod názvom Rozvoj a podpora KU pri napĺňaní dlhodobého zámeru, sme do výskumu sme zapojili 80 RT, ktoré boli rôzne zložené. Súbor tvorilo celkovo 160 respondentov, z toho 102 mužov (63,75 %) a 58 žien (36,25 %). Experiment prebiehal v simulovaných podmienkach na modely Laerdal ResusciAnne®QCPR®, podľa presne definovaného protokolu. Požili sme jednofaktorovú analýzu rozptylu v podobe One-Way ANOVA $p< 0,05$.

Výsledky a záver: Predpokladali sme vzájomnú závislosť medzi uplynutým časom realizácie KPR a hĺbkou, frekvenciou, celkovou efektivitou kompresií hrudníka a ventiláciou. Po dosiahnutí priemerných hodnôt frekvencie v sumáre za 15 minút bola výsledná hodnota 84,74 % čo predstavuje priemernú frekvenciu 93 kompresií, za mierne podpriemernú. Frekvencie sa v jednotlivých úsekoch líšili a mali tendenciu klesať, no najviac o 3,95 %. Obdobne klesli aj hodnoty hĺbka kompresií o 3,95 %, uvoľnenie hrudníka o 3,07 %, poloha rúk vykazuje najnižšiu odchýlku 0,71 %, jednorázový vdychovaný objem zaznamenal 2,63 % pokles a efektívna ventilácia pokles 2,08 % počas 15 minútovej kardiopulmonálnej resuscitácii na modely.

Kľúčové slová: Kardiopulmonálna resuscitácia. Kvalita. Kompresia hrudníka.

Abstract

Introduction: Early, high-quality chest compression and early defibrillation are particularly important for survival after sudden circulatory arrest. Recent ERC recommendations emphasize the importance of quality chest compression and minimizing time without any chest compression during cardiopulmonary resuscitation (CPR). However, studies have shown that compressions performed by healthcare professionals do not meet the recommendations of compression ratios, depth and continuity, resulting in a significantly longer time between squeezes than necessary and desirable.

Objective and hypothesis: To compare the interdependence between CPR delivery time and quality. Identify and assess the relationship between the quality of cardiopulmonary resuscitation and the length of time it takes for cardiopulmonary resuscitation performed by resuscitation teams (RT) to models. Based on the stated goal and partial goals, we have established the following hypothesis: We assume that there is a correlation between elapsed CPR implementation time and depth, frequency, overall chest compression efficiency and ventilation.

Methodology: Within the project 003-KU-2-1 2018 under the title Development and support of KU in fulfilling the long-term plan, we involved in the research 80 RTs, which were differently composed. The sample consisted of a total of 160 respondents, including 102 men (63.75%) and 58 women (36.25%). The experiment was run under simulated conditions on Laerdal ResusciAnne®QCPR® models, according to a well-defined protocol. We used a one-way analysis of variance in the form of One-Way ANOVA $p < 0.05$.

Results and Conclusion: We assumed an interdependence between elapsed CPR time and depth, frequency, overall chest compression efficiency and ventilation. After reaching the average frequency values in the summary over 15 minutes, the resulting value was 84.74%, which represents an average frequency of 93 compressions, to be slightly below average. The frequencies varied from section to section and tended to fall, but by no more than 3.95%. Similarly, the depth of compression decreased by 3.95%, chest release by 3.07%, hand position showed the lowest deviation of 0.71%, a one-time inhaled volume recorded a 2.63% decrease and effective ventilation decreased 2.08% over 15 minutes cardiopulmonary resuscitation on models.

Key words: Cardiopulmonary resuscitation. Quality. Chest compression.

Kontakt:
Ing. Mgr. Imrich Andrási
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 4
034,01 Ružomberok
e:mail: imrich.andrasi@ku.sk

NEFARMAKOLOGICKÁ LIEČBA A JEJ VYUŽITIE V KOMPLEXNEJ STAROSTLIVOSTI O SENIOROV

Non-pharmacological Treatment and its Use in Complex Care for Seniors

Katarína Zrubáková, Mária Novysedláková, Soňa Hlinková

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

Abstrakt

Nefarmakologická liečba je veľmi dôležitá v liečbe seniorov. Využíva sa ako alternatíva farmakologickej liečby alebo je súčasťou komplexnej liečby chorôb a geriatrických syndrómov. Jej výhodou je, že na rozdiel od farmakologickej liečby má minimum nežiaducich účinkov. Nevýhodou je, že si často vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu a aktívne zapojenie seniora. Podľa výsledku, ktorý bol súčasťou projektu KEGA sme zistili, ktoré nefarmakologické metódy sa najčastejšie využívajú v domácej a inštitucionálnej starostlivosti o seniorov a ako sa realizujú v inštitucionálnej starostlivosti o seniorov v Slovenskej republike. Pre triangluláciu údajov sme použili výskum, ktorý bol kombináciou kvalitatívnych a kvantitatívnych metód. Hlavnými metódami boli narrative review a neštandardizovaný dotazník. Ako prvé sme realizovali analýzu výskumných štúdií, ktoré sme získali po zadaní kľúčových slov - nefarmakologická liečba seniorov, použitie nefarmakologickej liečby seniorov, v databázach Scopus, Web of Science, ProQuest Central publikovaných v rokoch 2010 – 2017. Na porovnanie získaných údajov sme analyzovali vedeckú literatúru publikovanú v Slovenskej a Českej republike. Následne sme administrovali dotazník vlastnej konštrukcie. Doteraz sme spracovali údaje od 229 respondentov (sestier). Prostredníctvom narrative review sme zistili, že najviac nefarmakologických metód sa použilo na liečbu demencie, depresie a geriatrickej krehkosti. Údaje z dotazníka boli spracované pomocou jednorozmernej deskriptívnej štatistiky. Výskumné hypotézy boli štatisticky testované pomocou induktívnej štatistiky. Podľa odpovedí bolo priemerné skóre pri použití nefarmakologických metód 2,49173. Ako najdôležitejšie metódy boli identifikované liečebná výživa, hydratácia a fyzioterapia (priemer 1,05). Najčastejšími metódami boli rehabilitácia, kognitívna aktivácia, bazálna stimulácia, ergoterapia (priemer 2,33).

Kľúčové slová: Nefarmakologická liečba. Nefarmakologické metódy. Senior. Starostlivosť. Zdravotná sestra.

Abstract

Non-pharmacological treatment is very important in curative care of seniors. It´s used as an alternative to pharmacological treatment or is part of a comprehensive treatment of diseases and geriatric syndromes. Its advantage is that unlike pharmacological treatment it has minimum side effects. The disadvantage is that it often requires interdisciplinary collaboration and active involvement of the elderly. By the research that was part of the project KEGA we found out which non-pharmacological procedures are most often used in home and institutional care for seniors and of them are realized in seniors in institutional facilities in Slovakia. For data triangulation we used research which is a combination of qualitative and quantitative methods. The main methods included narrative review and non-standardized questionnaire. Firstly we conducted an analysis of research studies that we obtained after entering key words - non-pharmacological treatment in seniors, use of non-pharmacological in seniors treatment in databases Scopus, Web of Science, ProQuest Central published in 2010-2017. To compare the obtained data we analyzed scientific literature published in the Slovak and Czech Republics. Then we administered the non-standardized questionnaire. So far we have processed data from 229 respondents (nurses). By the mean of narrative review we found out that the largest numbers of non-pharmacological treatments were used to treat dementia, depression and geriatric frailty. The questionnaire data were processed using one-dimensional descriptive statistics. The research hypotheses were statistically tested using inductive statistics. According to the responses the average score in the use of non-pharmacological methods was 2.49173. Diet therapy, hydration and physiotherapy were identified as the most important methods (average 1.05). The most frequent methods were rehabilitation, cognitive activation, basal stimulation, ergotherapy (average 2.33).

Key words: Non-pharmacological treatment. Non-pharmacological methods. Senior. Care. Nurse.

Kontakt:
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva
Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
03401, Ružomberok
e-mail: katarina.zrubakova@ku.sk

OCENA WYDOLNOŚCI OSÓB STARSZYCH PRZY UŻYCIU SKALI BARTHEL

Assessment of Elderly Performance Using the Barthel Scale

Janina Zajchowska[1], Edyta Guty[2], Elżbieta Bytnar[1], Kozimala Magdalena[1]

[1]Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno–Ekonomiczna w Jarosławiu

[2]Instytut Socjologii, Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu

Streszczenie

Wprowadzenie: Stopień sprawności osób starszych zależy od wielu aspektów min. procesu starzenia, występowania schorzeń, stylu życia, oraz czynników społeczno – środowiskowych i psychicznych występujących w ciągu życia.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie oceny sprawności i wydolności fizycznej badanych osób, mieszczących się w przedziale wiekowym powyżej 60 roku życia na podstawie skali Barthel.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono wśród pacjentów szpitalnych powyżej 60 roku życia na terenie województwa podkarpackiego. Badanie sprawności i wydolności osób starszych zostało przeprowadzone za pomocą skali Barthel oraz metryczki.

Wyniki: Ponad połowa badanych 52% to osoby całkowicie niezależne i samodzielne w spożywaniu posiłków. Większość badanych (66%) jest zależna od pomocy innych, respondenci nie są w stanie samodzielnie się umyć. Natomiast 34% radzi sobie z kąpielą własnego ciała. Po przeprowadzonym badaniu 48% charakteryzuje się sporadycznym, bezwiednym oddawaniem moczu (5 pkt.), 32% kontroluje oddawanie moczu (10 pkt.), natomiast 20% ze wszystkich seniorów nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowanych (0 pkt.).

Wnioski: Analizując problemy w poruszaniu się po schodach, najwyższy odsetek badanych 42% potrzebuje pomocy fizycznej i asekuracji innych. Większość badanych (70%) nie ma problemów z kontrolą stolca/ zwieracza odbytu. Z przeprowadzonej analizy końcowej wynika, że 54% mieścił się w II kategorii, 32% badanych to pacjenci I kategorii, którzy są samodzielni , 14% badanych nie jest w stanie samodzielnie wykonywać większości czynności życia codziennego.

Słowa kluczowe: Osoby starsze. Skala Barthel.

Summary

Introduction: The level of fitness of older people depends on many aspects of min. the aging process, occurrence of diseases, lifestyle, as well as socio-environmental and psychological factors occurring during life.

Aim of the study: The aim of the study is to provide an assessment of the fitness and physical capacity of the surveyed people who are above the age of 60 on the basis of the Barthel scale.

Material and methods: The study was conducted among hospital patients over 60 years of age in the Podkarpackie Voivodeship. The fitness and fitness test of the elderly was carried out using the Barthel scale and metric.

Results: More than half of the respondents 52% are completely independent and independent in eating meals. Most of the respondents (66%) depend on the help of others, the respondents are not able to wash themselves. In contrast, 34% handle their own body bath. After the test, 48% are characterized by sporadic, unintentional urination (5 points), 32% control urination (10 points), while 20% of all seniors do not control urination or are catheterized (0 points).

Conclusions: Analyzing problems in moving up the stairs, the highest percentage of respondents 42% need physical help and protection of others. Most respondents (70%) do not have problems with stool / anal sphincter control. The final analysis shows that 54% was in category II, 32% of patients were patients in category I who are independent, 14% of respondents are not able to perform most everyday activities on their own.

Key words: Elderly. Barthel scale.

Kontakt:

dr n. med. Janina Zajchowska

Instytut Ochrony Zdrowia

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno–Ekonomiczna w Jarosławiu

ul. Czarnieckiego 16

37-500, Jarosław

janina.zajchowska@pwste.edu.pl

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA V TERMINÁLNOM ŠTÁDIU OCHORENIA

Specifics of the Nursing Care of the Patient in the Terminal Stage of the Disease

Ivica Gulášová, Jozef Babečka, Nadežda Peterková Justhová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Súhrn

Dôležitou súčasťou starostlivosti o pacientov v terminálnom štádiu ochorenia je psychoterapia, ktorá pomáha pacientovi zvládať jeho psychické problémy pri umieraní. Významnú úlohu tu zohráva vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom, ako aj komunikácia s ním (hlavne neverbálna). Pri starostlivosti je nevyhnutná aj spolupráca s rodinou a blízkymi osobami zomierajúceho a podľa možnosti ich zapojenie do starostlivosti o neho. Starostlivosť o zomierajúcich so sebou prináša značnú psychickú záťaž aj pre samotného zdravotníckeho pracovníka, ktorý musí dokázať akceptovať svoje pocity a vedieť zaujať postoj k sebe samému.

Kľúčové slová: Terminálne štádium ochorenia. Zdravotnícky pracovník. Psychoterapia. Zomieranie. Komunikácia.

Summary

An important part of patient care in the terminal stage of the life is a psychotherapy that helps patients manage their mental health problems in dying. Important role is played by the relationship between health workers and patients, as well as communication with him (mainly nonverbal). In process of dying is essential the cooperation with family and close relatives, and if possibletheir involvement in caring for him. Caring for th edying person brings with it considerable psychological stress for the achal medici practitioner who mustbeable to accept thein feelings and beable to take a position him self.

Key words: Terminal stage of life.Health professional. Psychotherapy.Dying. Communication.

Úvod

Pojmom starostlivosť na psychologickej úrovni v terminálnom štádiu života pacienta sa rozumie uskutočňovanie psychoterapie, takzvanej tanatopsychoterapie, ktorá si vytyčuje

nasledujúce ciele: zvládnutie ťažkostí, ktoré vyplývajú z realizácie somatickej liečby a psychologické zvládnutie bolesti

Na dosiahnutie týchto cieľov tanatopsychoterapia využíva nasledujúce prostriedky: terapeutický vzťah a neverbálnu komunikáciu [6].

Terapeutický vzťah vzniká medzi lekárom a pacientom a medzi sestrou/ošetrujúcou osobou a pacientom. Vytvára sa hneď pri prvom vzájomnom kontakte a jeho kvalita závisí od schopnosti empatie lekára a sestry. Nesprávne zvládnutý vzťah z ich strany môže pacienta psychicky traumatizovať alebo viesť k jeho prílišnej závislosti od zdravotníka [3].

Neverbálna komunikácia – táto forma komunikácie sprostredkúva informácie mimoslovnými prostriedkami. To znamená, že na pacienta vplývame nielen tým, čo mu hovoríme, ale aj tým, ako mu to hovoríme, ako sa na neho pozeráme, ako gestikulujeme, či sa ho dotýkame a podobne. Pri neverbálnej komunikácii pacient vníma:

- paralingvistickú stránku reči – hlasitosť reči, výšku hlasu, rýchlosť a čas trvania reči, členenie a plynulosť reči, štylistickú úroveň reči
- zrakový kontakt – ak sa rozprávame s pacientom, pozeráme sa mu do očí; uhýbanie pohľadom vyvoláva nedôveru a podozrenie z neúprimnosti, ak teda nechceme komunikovať, zrakový kontakt nevytvárame - vzdialenosť medzi komunikujúcimi (takzvaná proxemika) – vyjadruje v metroch alebo centimetroch vzdialenosť medzi komunikujúcimi, pričom môže byť horizontálna alebo vertikálna; podľa vzdialenosti rozoznávame intímnu sféru (15 – 30 cm), osobnú sféru (45 – 70 cm), sociálnu sféru (1,5 – 3,5 m) a verejnú sféru (nad 5 m). Vstup druhého človeka do niektorej z týchto sfér závisí od sociálnej situácie a povahy jednotlivca. Ošetrujúca osoba sa dostáva pri výkone svojho povolania a poskytovaní pomoci do osobnej a intímnej sféry pacienta.
- dotykový kontakt s druhou osobou (takzvaná haptika) – dotyk je významný spôsob komunikácie, a to najmä u starých, nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich pacientov; vyjadruje sa ním účasť, porozumenie a podpora (napríklad držaním za ruku, pohladením a podobne). Dotykovú komunikáciu predstavuje aj spôsob, akým ošetrujúca osoba realizuje ošetrovateľskú starostlivosť (napríklad pri toalete, polohovaní, ošetrovaní dekubitov); ak je pri týchto úkonoch bezohľadná a nešetrná, dotykmi vlastne vyjadruje svoj nezáujem, neúčasť alebo dokonca odpor.
- posturológia – znamená zaujímanie polôh a postojov pri reči; patrí sem aj neuvedomelá imitácia polôh druhých ľudí, čo môže byť znakom sympatie
- mimika a pantomimika – ide o celkový výraz tváre a gestikuláciu pri reči; v psychoterapii zomierajúcich, ale aj všeobecne má osobitný význam úsmev, ktorým možno vyjadriť povzbudenie, priateľstvo, náklonnosť, podporu a láskavosť.

Úsmevom môžeme zmierniť i nepríjemnú správu, avšak v kontakte a pacientom je potrebné sa vyvarovať akýchkoľvek ironických úškrnov, ktoré ho veľmi zraňujú; pacient má totiž pocit

závislosti voči ošetrujúcemu personálu a tento pocit je pre neho nepríjemný a stiesňujúci. Metódami tanatopsychoterapie sú: počúvanie a rozhovor; špeciálne psychoterapeutické techniky.

Počúvanie a rozhovor – naučiť sa umeniu počúvať a viesť rozhovor nie je ľahké, ale mali by to ovládať všetci zdravotnícki pracovníci, ktorí sa starajú o chorých v terminálnom štádiu alebo o starých ľudí [3].

Špeciálne psychoterapeutické techniky sú odborné techniky, ktoré sa zvyčajne nedajú používať bez špeciálneho psychoterapeutického výcviku. Ovláda ich psychológ a psychiater, ostatný zdravotnícky personál ich nemusí ovládať, ale je výhodou, ak je s nimi oboznámený. V tanatopsychoterapii sa využívajú v závislosti od štádia choroby a stavu pacienta viaceré psychoterapeutické techniky – racionálna psychoterapia, kognitívna psychoterapia podľa Becka, relaxačné techniky (akými sú autogénny tréning, jóga, meditácia), sugestívna psychoterapia zakladajúca sa na sugescii a nekritickom prijímaní myšlienok. Ďalšiu metódu, dostupnú a vhodnú aj pre špeciálne nevycvičený personál, predstavuje empatická psychoterapia, ktorej základom sú rozhovory so zomierajúcim o jeho chorobe a ťažkostiach, spojené s ochotou a trpezlivosťou počúvať ho[1].Jednou z foriem je takzvaný nedirektívny rozhovor podľa Rogersa, pri ktorom terapeut pacienta iba počúva, povzbudzuje ho k vyrozprávaniu sa zo svojich trápení a strachu a pritom ho prijíma takého, aký je. V rámci tanatopsychoterapie sa uplatňujú i metódy kognitívnej psychoterapie, najmä logoterapia podľa Frankla. Ide o špeciálny druh psychoterapie, ktorá sa dobre uplatňuje u nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich. Je založená na filozofii života, pričom sa usiluje, aby sa duchovné hodnoty dostali na vedomú úroveň v psychike pacienta. Pri logoterapii pomáha terapeut pacientovi hľadať životný zmysel. Frankl pokladá práve potrebu životného zmyslu za základnú duchovnú a motivačnú potrebu človeka. Poslednou tanatopsychologickou metódou je pastorálna starostlivosť. Rozumie sa ňou duchovná starostlivosť o nevyliečiteľne chorého a zomierajúceho pacienta, ktorú vykonávajú spravidla kňazi, alebo iné duchovné osoby. Jej cieľom je duchovná pomoc v utrpení a usmernenie chorého človeka v etickom a duchovnom zmysle tak, aby našiel zmierenie s Bohom, s ľuďmi a so sebou samým. Pastorálna starostlivosť je určená pacientom, ktorí si ju želajú, nikdy sa nesmie nikomu vnucovať. Obsahuje terapeutický aspekt, ktorý chýba klasickej psychoterapii a ním je viera v Božiu lásku, odpustenie hriechov, dosiahnutie transcendentna.

Sociálna rovina terminálnej starostlivosti

Sociálna rovina terminálnej starostlivosti zahŕňa spoluprácu ošetrujúceho personálu so zomierajúcim a s jeho rodinou a priateľmi. Ak si to príbuzní želajú, treba im umožniť účasť na terminálnej starostlivosti a prípadne ich usmerniť, poradiť, čo konkrétne môžu urobiť pre svojho blízkeho (vrátane poskytnutia pomoci pri riešení praktických problémov, či duševnej podpory).

Ak je chorý členom náboženského spoločenstva a má záujem o pastorálnu starostlivosť, je potrebné umožniť prístup a kontakt duchovným či iným osobám z tohto spoločenstva.

Spolupráca s rodinou a známymi predpokladá organizačne riešiť prácu na oddelení tak, aby nevznikali prevádzkové problémy a nedorozumenia. Zabezpečenie týchto kontaktov zomierajúceho s rodinou a s ľuďmi, ktorých má rád, je veľmi dôležité, lebo formou rozlúčky s nimi sa môže ľahšie vyrovnať so svojim odchodom.

Etické zásady v terminálnej starostlivosti

Etickými zásadami, ktoré uplatňuje zdravotnícky pracovník v rámci starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu, rozumieme súhrn takých zásad, ktoré sú vyjadrením jeho postojov a vlastností, nevyhnutných na úspešné zvládnutie svojej práce [8].

Zdravotnícky pracovník, ktorý sa chce starať o zomierajúceho, musí vedieť zaujať postoj k sebe samému. Ak svoje city sám pred sebou skrýva, alebo ich úmyselne zapiera, nebude citlivý ani k citom iného človeka. Starostlivosť o ťažko chorých a zomierajúcich však kladie nároky predovšetkým na citovú účasť a až potom na odborné znalosti. Je dôležité naučiť sa akceptovať vlastné pocity, i tie nepríjemné, hľadať odpovede na psychologické, ale aj na duchovné, náboženské otázky [2].

Autentickosť – to je zásada, ktorá vyjadruje, že od ošetrujúcej osoby sa neočakáva skrývanie sa za profesionálne postoje a predstierané emócie, ale vystupovanie ako osoby so svojimi silnými a slabými stránkami a osobitosťami. Ak pociťuje pri ošetrovaní hnev, súcit, úzkosť, či sympatiu, nesmie ich ignorovať, ale naučiť sa s nimi zaobchádzať a neprenášať ich ďalej bez kontroly, čo teda znamená, že s chorým hovorí aj o svojich pocitoch neistoty a úzkosti, čím ho povzbudí, aby sa odhodlal hovoriť aj on sám o svojich obavách, starostiach a potrebách [4].

Úprimnosť – znamená to pacientovi vždy hovoriť pravdu a neklamať ho, aj keby to bola neúplná pravda. V prípade, že si pacient žiada informácie, ktoré ošetrujúca osoba nie je kompetentná poskytnúť, tlmočí jeho otázky lekárovi, pričom pacientovi vysvetlí, že mu na ne môže odpovedať iba lekár. Diagnózu, či pravdu o terminálnej chorobe má oznamovať lekár. Ak sa lekár rozhodne zo závažných dôvodov nepovedať pacientovi pravdu, mal by o tom informovať aj zdravotnícky personál. Vhodnosť tohto postupu je diskutabilná, keďže pacient sa neskôr dozvie pravdu o ochorení; vedie to u neho k pocitom podvodu, opustenia, sťažuje sa možnosť prirodzene dospieť do fázy zmierenia. Rozhodnutie lekára o zamlčaní pravdy chorému bráni nájsť partnera pre rozhovor o svojich pocitoch, obavách a napokon aj o smrti. Na druhej strane treba upozorniť, že oznámenie o smrteľnej či nevyliečiteľnej chorobe a zlej prognóze musí byť čo najšetrnejšie. Každý chorý si vyžaduje iný, individuálny spôsob, ktorý treba prispôsobiť danej situácii. Oznámenie pravdy takto ťažko chorému pacientovi nikdy nesmie zmariť jeho nádej. Pravda a nádej sa navzájom nevylučujú [5]. Akceptácia pacienta

takého, aký je – znamená to zrieknuť sa akéhokoľvek poučovania a hodnotenia pacienta, tolerovať jeho prežívanie a reakcie (aj tie negatívne), čo kladie vysoké nároky na sebadisciplínu. Trpezlivý, úctivý a láskavý prístup – vyžaduje schopnosť trpezlivo počúvať pacienta a pokojne mu odpovedať, pri rozhovore používať oslovenie pán/pani pred menom pacienta/pacientky. Zahrnúť tu treba aj pozdrav pri príchode a odchode z izby, pri prvom stretnutí predstavenie sa [7]. Sestra musí zaobchádzať s pacientom ako s partnerom, ktorý má právo na rešpektovanie svojej individuality, osobnej autonómie a intimity. V prvom rade sa pacientovi má umožniť rozhodovanie o niektorých detailoch jeho každodenného života, napríklad čo si oblečie, čo bude mať na stolíku, čo bude jesť; teda nevoliť direktívny postup. V prípade, že nepochopí nejakú inštrukciu, je potrebné to znova vysvetliť, avšak bez akejkoľvek nervozity, podráždenosti, či dokonca kriku. Zlé zaobchádzanie a krik vystavujú najmä starších pacientov psychickému stresu, na ktorý môžu reagovať zmätenosťou a celkovým zhoršením ochorenia. Nemožno zabudnúť aj na neverbálnu komunikáciu (napríklad úsmev), je to významný psychoterapeutický prostriedok. Sestra musí spolupracovať s lekárom pri liečbe bolesti a ďalších nepríjemných príznakov. Bez vedomia a ordinácie lekára nesmie pacientovi podávať nijaké utišujúce alebo iné lieky. Spolupráca s rodinou pacienta – znamená to umožniť príbuzným, aby sa zapojili do terminálnej starostlivosti.

Záver

"Nikto sa nerodí sám a nikto by nemal zomrieť sám" – táto veta v sebe nesie dôležitý prvok, ktorý robí umieranie dôstojným, a tým je blízkosť druhého človeka. Prítomnosť druhých ľudí činí z procesu zrodu i skonu sociálny akt, ktorý so znalosťami základného rituálu láskavého doprovodu skutočne môže vytvoriť reálny predpoklad pre dôstojný rámec umierania a smrti.

Literatúra

1. ANDRAŠIOVÁ M, et al.: *Hospic a paliatívna starostlivosť- príručka pre dobrovoľníkov*.Bratislava, Slovakia;Oto Németh: 2002.
2. GULÁŠOVÁ I. *Bolesť ako ošetrovateľský problém*. Martin, Slovakia; Osveta: 2008
3. GULÁŠOVÁ I. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení.*Martin, Slovakia; Osveta: 2009
4. GULÁŠOVÁ I. *Právne aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti.*Martin, Slovakia; Osveta: 2009.
5. HEGYI L, BRAŽINOVÁ A, TÓTH K, WEBER J. *Práva pacientov v Slovenskej republike*. Bratislava, Slovakia; MZ SR, 2000.
6. KUBLER-ROSSOVÁ E. *Život a umíraní*. 1. vyd. Hradec Králove: Czech Republic; SignumUnitatus, 1991.

7. POPOVIČOVÁ M. Komunitná práca so seniormi ako metóda ošetrovateľskej starostlivosti. In: zborník,*III. Medzinárodnej vedeckej konferencie komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách.*Varšava: WyższaSzkołaFinansów i Zarządzania w Warszawie, 2017: 353-366.
8. MUZNÁROVÁ M. *Lekářský výskum a etika*. Praha:Czech Republic; GradaPublishing, 2005.

Kontakt:
prof. PhDr. I. Gulášová, PhD., MHA
Námestie 1.mája
81000, Bratislava
e-mail: gulasova@vssvalzbety.sk

VÝSLEDKY CHIRURGICKEJ LIEČBY PRI MTS CHRBTICE

The Results of the Differentiated Surgical Treatment of Patients with Pathological Fractures of the Spine in Metastatic

Sándor Horváth[1], Róbert Rusnák[1,2]

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

Abstrakt

Metastázy chrbtici sú naďalej jedným z najťažších problémov modernej medicíny. Vysoká úmrtnosť, ťažká zdravotná neschopnosť, finančné náklady na liečbu a rehabilitáciu pacientov, otázky týkajúce sa starostlivosti a blahobytu pacientov a ich rodín veľkú sociálnu a ekonomickú hodnotu.

Kľúčové slová: Patologická zlomenina. Metastáza. Myelopatia.

Abstract

Metastases of the spine continue to be one of the most complex problems of modern medicine. High mortality, severe disability, significant financial costs for treatment and rehabilitation of patients, issues related to care and social care for patients and their families, give this problem social and economic importance.

Key words: Pathological fracture. Metastasis. Myelopathy.

Kontakt:
MUDr. Sándor Horváth
Klinika neurochirurgie
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. gen. Vesela 21
03426, Ružomberok
e-mail: o.gorvat@gmail.com

MANAŽMENT POOPERAČNEJ STAROSTLIVOSTI

Postoperative Management of Nursing Care

Ivica Gulášová[1], Ján Breza[2], Ján Hruška[3]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
[2]Klinika pediatrickej urológie, NÚDCH, Bratislava
[3]ZDRAVSTAR, Ružomberok

Súhrn

Náplňou pooperačnej ošetrovateľskej starostlivosti je zabezpečiť kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť s monitorovaním základných životných funkcií prostredníctvom kvalitných ošetrovateľských procesov pooperačnej starostlivosti. Starostlivosťje koncentrovaná na bezprostrednú a následnú pooperačnú ošetrovateľskú starostlivosť. Cieľom pooperačnej starostlivosti je urýchliť hojenie, minimalizovať pooperačné komplikácie, skrátiť pobyt na jednotke pooperačnej starostlivosti, ale najmä celkový pobyt v zdravotníckom zariadení. Sestra svoju činnosť organizuje v súlade s dokonale organizovanou ošetrovateľskou starostlivosťou, čo vedie k výsledku, že pacient opúšťa oddelenie nielen vyliečený, ale aj s pocitomspokojnosti.

Klúčové slová: Pooperačná ošetrovateľská starostlivosť.Sestra. Pacient. Manažment.

Summary

The aim of postoperative nursing care is to provide the quality of nursing care, monitoring of vital functions through the quality of nursing processes of postoperative care. Nursing care is concentrated on the immediate and subsequent postoperative nursing care. The objective of postoperative care is to promote healing, to minimize postoperative complications, to short the stay at postoperative care unit, but in particular the total staying in hospital. Nurse organizes its activities in accordance with the perfectly organized nursing care, which leads to the conclusion, that the patient leaves the department not only cured but also with a sense of satisfaction.

Key words: Postoperativen ursingcare. Nurse. Patient. Management.

Úvod

Cieľom pooperačnej ošetrovateľskej starostlivosti v bezprostrednom pooperačnom období je zabezpečiť základné životné funkcie a pomôcť mu v zotavovaní sa z anestézie. Po operácii je pacient ohrozený komplikáciami, ktoré vyplývajú z účinkov celkovej anestézie. V pooperačnej fáze je komplexná ošetrovateľská starostlivosť zameraná na zotavovanie pacienta z účinkov anestézie.

Ošetrovateľská starostlivosť po operácii sa musí odvíjať od niekoľkých faktorov:

- vek operovaného pacienta – či ide o operované dieťa, mladého človeka alebo geriatrického pacienta
- druh a závažnosť operácie – či bola operácia plánovaná, akútna, či bol pacient pred zákrokom pripravený, oboznámený o tom čo ho čaká
- typ anestézie – celková anestézia, lokálna, spinálna, epidurálna
- celkový fyzický stav pacienta po zákroku – permanentný katéter, nazogastrická sonda, drény, stómie, aplikátor kyslíka...
- duševný stav pacienta

V bezprostrednej pooperačnej starostlivosti sestra sleduje vitálne funkcie každých 10 – 15 minút (podľa ordinácie lekára) do stabilizácie, minimálne však jednu hodinu, neskôr podľa ordinácie menej často, napríklad každú hodinu, každé dve, tri... Vždy prísne dodržuje interval ordinovaný lekárom!

U detí je veľmi dôležité zachovať pokoj dieťaťa, preto je umožnené hneď po prebratí dieťaťa z anestézie, aby pri ňom bol jeho rodič alebo blízka osoba, ktorá v ňom vyvoláva pocit bezpečia a zmierňuje úzkosť z cudzieho prostredia(Zacharová, 2007). Detský organizmus sa zvyčajne so záťažou operačným zákrokom vyrovná pomerne dobre vzhľadom na jeho rýchlejší metabolizmus. Naopak, u geriatrických pacientov nastáva odlišná reakcia na operačnú traumu. Vychádza z patofyziologických dôsledkov staroby. Operačný výkon je vykonávaný na anatomicky aj funkčne zmenenej časti tela, čo určuje funkčnú odozvu organizmu na operačný stres. Odlišnú reakciu určujú nasledovné faktory:

- zmenené hemodynamické pomery
- rozdielna reakcia žliaz s vnútorným vylučovaním a znížená funkčná schopnosť
- pečene a obličiek
- odlišná stavba tela
- zvýšená citlivosť na infekciu
- spomalené hojenie rán[2].

Následná pooperačná starostlivosť nastáva po stabilizácii pacientových vitálnych funkcií, zvyčajne do jednej hodiny po operačnom zákroku, ale môže aj po niekoľkých hodinách.

Sledovanie prejavu bolesti

Dojčatá a batoľatá nevyjadria slovne svoje pocity bolesti, preto musí dieťa dôsledne sledovať. Podľa ordinácie lekára podáva analgetiká, ak je ich účinnosť slabá alebo neprimeraná, informuje lekára, ktorý liečbu upraví[4]. Keďže sú analgetiká aplikované intravenózne, sestra sleduje priechodnosť cievnej kanyly, či sa neobjavujú v jej okolí zápalové prejavy. Cez cievnu kanylu je pacient zároveň hydratovaný infúznou terapiou.

Sledovanie vitálnych funkcií

Sestra pravidelne, podľa ordinácií lekára meria pacientovi telesnú teplotu, krvný tlak, srdcové frekvencie, dychovú frekvenciu, sleduje stav vedomia, schopnosť komunikácie pacienta. O akýchkoľvek odchýlkach od normy okamžite informuje lekára, ktorý doordinuje patričnú zmenu liečby. U diabetikov sa tiež sleduje hladina glykémie odberom kapilárnej krvi z prsta a následným vyšetrením v biochemickom laboratóriu. Neprimeraná hladina cukru v krvi sa reguluje inzulínom v 10% - nom glukózovom infúznom roztoku podľa ordinácie lekára [3].U starších ľudí sa sleduje kardiovaskulárne funkcie, cirkuláciu – teplota, farba kože, EKG.

Sledovanie bilancie tekutín

Keďže každý pacient po operačnom zákroku je hydratovaný infúznou terapiou, sestra sleduje jeho príjem aj výdaj tekutín. Dôsledne zaznamenáva každý infúzny roztok – jeho množstvo v mililitroch, jeho názov a všetky intravenózne lieky, ktoré do roztoku aplikovala zapisuje do záznamu o sledovaní pacienta. Rovnako sleduje diurézu pacienta a zapisuje jej množstvo do určenej kolónky pre moč. Ak má pacient zavedený permanentný katéter, sleduje množstvo moču odvedeného do zberného vrecka, ktoré je pravidelne vyprázdňované. Ak permanentný katéter pacient nemá, močí spontánne buď do močovej fľaše u mužov a chlapcov alebo do podložnej misy. Množstvo moču musí sestra vždy dôkladne zmerať. Do bilancie tekutín sa takisto musí zaznamenávať tekutina odvádzaná z drénov, nazogastrickej sondy, stómických vývodov, hnačkovitá stolica či tekuté zvratky [3].

Sledovanie operačnej rany

Sestra sleduje, či rana nekrváca, neporušenosť stehov, zápalové procesy v okolí rany, hnisavý výtok z rany a podobne. Zabezpečuje pravidelné sterilné preväzy operačnej rany podľa ordinácie lekára.

Sledovanie drénov, kanyly, sondy, aplikátory kyslíka, permanentný katéter

Vysvetlí pacientovi nutnosť týchto vývodov pre jeho rýchle uzdravenie. Sleduje zápalové procesy v okolí ich ústia do organizmu, ich funkčnosť. Pri tracheostómii umožní pacientovi komunikovať písomne, ak je toho schopný, ak nie, musí dbať o jeho potreby o to

dôkladnejšie. Sledovať u pacienta mimiku tváre, pohyby rúk, hlavy, snažiť sa pochopiť jeho požiadavky. Klásť mu otázky tak, aby mohol odpovedať kývnutím alebo otočením hlavy či ruky. Sestra môže pri komunikácii s pacientom využívať komunikačné karty.

Zabezpečiť bezpečnosť pacienta

U nepokojných pacientov treba použiť bočnice k posteli, ak je to nutné aj popruhy, aby si nevytiahol kanylu, či iný vývod z tela. U detí cievnu kanylu fixuje ovínadlom alebo prubanom, ak treba, priložiť aj dlahu. Pre zabezpečenie bezpečnosti dieťaťa sestra vylúči z jeho dosahu hračky, ktoré by mohli byť nebezpečné – ostré hrany, autíčka na zotrvačník (môžu iskriť). U detí tiež treba pozornosť venovať i v prípade aplikácie kyslíka. Dieťa nesmie byť dlhodobo vystavené vysokej koncentrácii kyslíka, čo môže byť pre niektoré tkanivá toxické. Aplikátory kyslíka sestra volí podľa veku pacienta [7].

Zabránenie imobilizácii

Hlavne u starších ľudí treba čo najskôr – v kontexte s morbiditou a závažnosťou operácie vertikalizovať pacienta. Najskôr ho sestra s ďalším pracovníkom posadí na posteli, neskôr mu pomôžu vstať. Je dôležité pacienta upozorniť, aby si pri dvíhaní pridŕžali operačnú ranu, pokiaľ ide o ranu na bruchu. Takisto aj pri kašľaní či kýchaní. Pacientovi treba vysvetliť, že tak predíde komplikáciám pri ruptúre stehu. Ak je už pacient schopný chodiť, treba ho upozorniť na sledovanie bilancie tekutín, pokiaľ je ešte ordinované lekárom. Sestra mu vysvetlí, aby sa nevymočil na WC, ale do fľaše a množstvo zahlásil sestre. Vysvetlí mu tiež nutnosť tohto sledovania pre jeho správnu rekonvalescenciu.

Zabezpečenie rehabilitácie

U imobilných pacientov sestra úzko spolupracuje s fyzioterapeutom, ktorý pravidelne navštevuje oddelenie a s pacientom realizuje cvičenia na lôžku [1].

Zníženie rizika vzniku infekcie

Sestra zabezpečuje hygienickú čistotu postele pacienta ako aj hygienu pacienta samého. Podľa ordinácie lekára podáva preventívne ako aj liečebné dávky antibiotík podľa časového harmonogramu. Pri intravenóznej aplikácii lieku prísne dodržiava sterilitu, takisto pri každej výmene infúzneho roztoku dbá o dodržanie sterility intravenóznej kanyly.

Zabránenie psychickej depresii

Sestra sa snaží čo najviac komunikovať s pacientom, vysvetľovať mu nevyhnutnosť liečby, príčiny jeho zdravotného stavu po operačnom zákroku, približnú dĺžku liečby, nabáda

ho k čo najlepšej spolupráci a sebestačnosti. Do uvedeného procesu zapája aj príbuzných pacienta.

Sledovanie tráviaceho traktu

Na druhý až tretí deň po operačnom zákroku – závisí opäť od typu a závažnosti operácie ako aj od individuálneho zdravotného stavu pacienta – sa pacientovi popri parenterálnej výžive naordinuje aj strava. Najskôr ide len o tekutú stravu, postupne prechádza na kašovitú až tuhú stravu. Strava sa prispôsobuje ochoreniam pacienta podľa diétneho systému. Sestra musí sledovať odchod stolice pacienta, zaznamenáva to do teplotnej tabuľky. Sleduje tiež toleranciu stravy – nevoľnosť, meteorizmus, hyperacidita [2].

Pred prepustením z nemocnice do domáceho ošetrenia sestra poučí pacienta alebo jeho rodinného príslušníka o vhodnej a nevhodnej ďalšej životospráve [5].Oznámi mu termín kontroly v chirurgickej ambulancii, kde mu odstránia stehy z pooperačnej rany (jazvy), ak mu neboli odstránené ešte počas hospitalizácie, vysvetlí mu užívanie ordinovaných liekov, ak mu lekár nejaké naordinoval a vydá mu lieky na 2 až 3 dni. Ak sa jedná o pacienta s kolostómiou alebo inou stómiou, pred prepustením sa musí on alebo jeho rodinný príslušník naučiť túto stómiu ošetrovať. Sestra mu vydá všetky potrebné pomôcky a poučí ho ako a kde si zabezpečí ďalšie [3].Tesne pred odchodom pacienta z oddelenia mu sestra vydá preukaz poistenca, potvrdí mu lístok z centrálnej šatne o tom, že bol prepustený a popraje mu veľa zdravia.

Záver

Nie je nič krajšie pre sestru, ako keď sa pacient s ňou pri prepustení lúči so srdečnými slovami vďaky za starostlivosť. Sestry tento pocit napĺňa radosťou zo zmysluplnosti povolania, že to, čo robí, má naozaj zmysel.

Literatúra

1. BABEČKA J. Limity životného štýlu u osôb s chronickým ochorením. In: Pozíciaošetrovateľstva a verejnéhozdravotníctva v podpore zdravia. Trenčín: Slovakia; Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Fakulta zdravotníctva, 2016: 4-13.
2. BRUNER A, SUDDARTH B. *Text bookofMedical – SurgicalNursing.* Pensylvania, Philadelphia, Scholl ofNursing University, 1998.
3. DOENGES M, MOORHOUSE MF. *Kapesní pruvodce zdravotní sestry*. Praha: Czech Republic;GradaPublishing: 1996.
4. GULÁŠOVÁ I. Bolesť ako ošetrovateľský problém. Martin, Slovakia; Osveta: 2008.
5. JUŘENÍKOVÁ P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi.* Praha: Czech Republic;Grada:2010.

6. KAČŠÁK M. *Klinická propedeutika,*Matrin: Slovakia; Osveta: 2006.
7. KOZIEROVÁ B, et al.*Ošetrovateľstvo 1,2.* Martin: Slovakia;Osveta: 1995.

Kontakt:
prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD.
Narcisová 40
821 01, Bratislava

BIOFEEDBACK – NEFARMAKOLOGICKÁ TERAPIA S POTENCIÁLOM

Biofeedback as a Potential Non-pharmacological Therapeutic Method

Mária Sláviková[1,2], Nikola Sekaninová[1], Lucia Bóna Olexová[1], Zuzana Višňovcová[1], Ingrid Tonhajzerová[1]

[1]Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave
[2] Detská klinika ÚVN SNP Ružomberok – FN

Abstrakt

Biofeedback predstavuje metódu, pomocou ktorej sa pacient učí modifikovať reakcie organizmu s cieľom zmierniť symptómy ochorenia, zlepšiť celkové psychické, i fyzické zdravie, či zvýšiť výkonnosť prostredníctvom nácviku zvládania stresu. Metóda využíva moderné technológie, pomocou ktorých zanamenáva a zobrazuje biosignály z ľudského tela. Pomocou senzorov sa monitorujú informácie o elektrodermálnej aktivite, variabilite srdcovej frekvencie, frekvencii dýchania, krvnom tlaku, svalovom napätí, teplote atď. Tieto informácie sú v reálnom čase, v jednoduchej a zrozumiteľnej forme prezentované pacientovi, ktorý sa s pomocou terapeuta postupne učí upravovať reakcie organizmu na podnety. Súčasné klinické štúdie a výskumy ukazujú na psychofyziologické tréningové moduly, ako na efektívnu nefarmakologickú terapeutickú metódu širokého spektra ochorení a ich symptómov. V praxi je biofeedback metódou buď bezvýhradne akceptovanou, alebo naopak výrazne kritizovanou. Za túto polaritu v názoroch je zodpovedná najmä masívna komerčná propagácia bez dostatočného podloženia vedeckými štúdiami z prelomu 20. a 21. storočia. Prezentácia poskytuje prehľad tematiky tréningu spätnej väzby, predstaví jeho modality, načrtne klinické využitie a efektivitu v rôznych indikách.

Kľúčové slová: Biofeedback. Pychofyziológia. Self-regulácia. Stres-manažment.

Abstract

Biofeedback represents a method usingwhich the patient learns to modify the body's reactions to alleviate the symptoms of the disease, improve overall mental and physical health, or improve performance through stress-management training. The method uses modern technologies to monitor and display biosignals from the body (e.g. informationabout electrodermal activity, heart rate variability, respiratory rate, blood pressure, muscle tension, temperature, etc.). This information is in real-time, in a simple and comprehensible form presented to the patient. With the help of a therapist,the patient gradually learns to modify the

body's response to stimuli. Recent clinical studies and researches have shown psychophysiological training modules as an effective non-pharmacological therapeutic method for a wide range of diseases and their symptoms. In practice, biofeedback is either an unconditionally accepted or strongly criticized method. This polarity in opinion is mainly due to a massive commercial promotion without sufficient evidence based on scientific studies from the turn of the 20th and 21st centuries. The presentation provides an overview of thebiofeedback trainingtopic, introduces its modalities, and outlines its clinical use and effectiveness in various indications.

Key words: Biofeedback. Psychophysiology. Self-regulation. Stress-management.

Kontakt:
MUDr. Mária Sláviková
Ústav fyziológie a BioMed
Jesseniova lekárska fakulta v Martine
Univerzita Komenského v Bratislave
Malá Hora 4
036 01, Martin
tel.: +421 907 821 480
e-mail: maria.slavikova@yahoo.com

PROFILAKTYKA OSTRYCH ZESPOŁÓW BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA – EDUKACYJNA ROLA PIELĘGNIARKI

Prevention of acute back pain syndromes - the educational role of a nurse

Edyta Guty[1,3], Anna Mańkowska[2], Beata Boratyn[1], Magdalena Kozimala[1], Janina Zajchowska[1]

[1]Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno – Ekonomiczna w Jarosławiu

[2]Wydział Nauk Społecznych i Humanistycznych, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnobrzegu

[3]Instytut Socjologii, Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu

Streszczenie

Wstęp: Dolegliwości bólowe kręgosłupa stanowią istotny problem zdrowotny obecnych czasów. Są najczęściej spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i prowadzą w konsekwencji do niepełnosprawności, głównie fizycznej. Ograniczenie wykonywania codziennych czynności doprowadza do obniżenia życia osób dotkniętych tym schorzeniem.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie roli personelu pielęgniarskiego w profilaktyce występowania ostrych zespołów bólowych kręgosłupa.

Materiał i metoda: W pracy opisano studium przypadku 55 letniego mężczyzny, u którego występują dolegliwości bólowe kręgosłupa. Do opisu studium przypadku wykorzystano wywiad, obserwację, analizę dokumentacji oraz kwestionariusze: Skala Lawtona (IADL), Kwestionariusz Oswestry Disability Index (ODI), Kwestionariusz Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ).

Wyniki: Proces pielęgnowania dotyczył pacjenta zmagającego się z chorobą od 12 lat. W badaniu neurologicznym: osłabiony odruch kolanowy w lewej kończynie dolnej, odruch skokowy w prawej kończynie dolnej., objaw Lasegu'a w prawej kończynie dolnej. przy około 45 st., w lewej kończynie dolnej przy około 60 st., pogłębienie fizjologicznych krzywizn kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, zwiększone napięcie mięśni przykręgosłupowych w odcinku lędźwiowym, chód oszczędzający prawą kończyne dolną, skrócenie prawej kończy dolnej o około 1,5 cm. Po zastosowanym leczeniu uzyskano złagodzenie dolegliwości bólowych,

Wnioski: 1. U badanej osoby dominującą przyczyną dolegliwości bólowych był przebyty epizod urazu kręgosłupa. Spośród czynników ryzyka schorzenia występowała nadwaga

(BMI 27) oraz nieprawidłowe nawyki ruchowe powodujące przeciążenia, urazy i mikrourazy związane z nieprawidłowym mechanizmem obciążania kręgosłupa.
2. Głównymi problemami pielęgnacyjnymi u badanego pacjenta z ostrymi zespołami bólowymi kręgosłupa były dolegliwości bólowe, które znacznie wpływały na zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym.
3. Działanie personelu pielęgniarskiego wobec pacjenta z ostrymi zespołami bólowymi kręgosłupa w okresie remisji opiera się na powadzeniu edukacji na temat zapobiegania nawrotom dolegliwości bólowych.
Słowa kluczowe: Bóle kręgosłupa. Jakość życia. Edukacja. Personel pielęgniarski.

Summary

Introduction: Back pain is an important health problem of our time. They are most often caused by degenerative changes of the spine and consequently lead to disability, mainly physical. Restricting the performance of daily activities leads to a decrease in the lives of people affected by this disease.
Aim of the study: The aim of the study is to present the role of nursing staff in the prevention of acute back pain syndromes.
Material and method: The study describes a case study of a 55-year-old man who has back pain. To describe the case study, interview, observation, documentation analysis and questionnaires were used: Lawton's Scale (IADL), Oswestry Disability Index (ODI) Questionnaire, Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ).
Results: The nursing process concerned a patient struggling with the disease for 12 years. In the neurological examination: weak knee reflex in the left lower limb, ankle reflex in the right lower limb, Laser sign in the right lower limb. at about 45 degrees, in the left lower limb at about 60 degrees, deepening of the physiological curves of the spine in the lumbar region, increased tension of the paravertebral muscles in the lumbar region, gait saving the right lower limb, shortening of the right lower limb by about 1.5 cm. After the treatment, pain relief was achieved.
Conclusions: 1. In the examined person, the main cause of pain was the episode of spinal injury. Among the risk factors of the disease were overweight (BMI 27) and abnormal exercise habits causing overloads, injuries and microtraumas associated with an incorrect mechanism of loading the spine.
2. The main nursing problems in the examined patient with acute back pain syndromes were pain, which significantly affected the functioning disorders in everyday life.
3. The action of nursing staff towards a patient with acute back pain syndromes during remission is based on successful education on preventing the recurrence of pain.

Key words: Backache. Quality of life. Education. Nursing staff.

Wstęp

Dolegliwości bólowe kręgosłupa, a przede wszystkim okresowe lub długotrwałe zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego, którym może towarzyszyć promieniowanie bólu do jednej lub obydwu kończyn są istotnym problemem zdrowotnym ludności żyjącej w XXI wieku. W 90 % są spowodowane chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa i stanowią główną przyczynę obniżenia aktywności ruchowej większości populacji, utrudniają wykonywanie czynności dnia codziennego, a co za tym idzie znacząco obniżają jakość życia[1,2,3].

Zmiany zwyrodnieniowo mogą przebiegać bezbólowo lub powodować zespoły bólowe, dolegliwości nerwowe takie jak postrzał (lumbago) lub rwa kulszowa (ischialgia). Silne bóle powstają w następstwie zmian zwyrodnieniowych jądra miażdżystego krążka międzykręgowego i jego przemieszczania się wywierającego ucisk na korzenie nerwowe (dyskopatia) [3,4].

Według Teofana M. Domżała„ bólem kręgosłupa lędźwiowego (bólem krzyża, ang. low back pain - LBP - ból w obrębie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego) przyjęto nazywać każdy ból zlokalizowany w dolnej części kręgosłupa lub wywodzący się z tej okolicy, który może promieniować do pośladków lub kończyny dolnej po jednej lub po obu stronach [2,4].

Przebieg choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa często jest wieloletni, rozwija się powoli i ma charakter postępujący, powodujący nieodwracalne zmiany w obrębie kręgosłupa, które pozostaną nawet po ustaniu dolegliwości. *Odcinek lędźwiowo-krzyżowy jest najczęstszym miejscem lokalizacji tych dolegliwości,* w 95 % przypadków dotyczy poziomu L4-L5, L5-S1. *Odcinek ten jest szczególnie narażony na przeciążenia oraz rozwój zespołów bólowych, które mają związek z jego znaczną ruchomością i utrzymywaniem ciężaru górnej części ciała* [5,6].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie roli personelu pielęgniarskiego w zakresie profilaktyki ostrych zespołów bólowych kręgosłupa.

Metody, techniki i narzędzia badawcze

W pracy zastosowano metodę indywidualnego przypadku tzw. studium przypadku, które polega „na analizie jednostkowych losów ludzkich, które wynikają ze specyficznej sytuacji klinicznej lub na analizie psychospołecznej lub kulturowej sytuacji osoby wynikającej z choroby i jej następstw, a także leczenia nastawionego na rozpoznanie problemów zdrowotnych i opracowanie modelu opieki pielęgniarskiej”[7].

W pracy wykorzystano następujące techniki w przeprowadzonej części badawczej; wywiad z pacjentem, analiza dokumentacji medycznej, obserwacja, kwestionariusze: Skala

Lawtona (IADL), Kwestionariusz Oswestry Disability Index (ODI), Kwestionariusz Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ).

Skala Lawtona służy do oceny złożonych czynności życia codziennego. Skala ta ocenia osiem parametrów: zdolności posługiwania się telefonem, dokonywania zakupów, przygotowywania posiłków, sprzątania, prania, korzystania ze środków transportu, przyjmowania leków oraz posługiwania się pieniędzmi. Maksymalna liczba punktów wynosi 24 (w każdym pytaniu można uzyskać od 1 do 3 punktów, 3 punkty za odpowiedź: wykonuję daną czynność bez pomocy, 2 – z niewielką pomocą, 1- nie jestem w stanie wykonać danej czynności samodzielnie). Badanie powtarza się w pewnym odstępie czasowym, by ocenić czy nastąpił spadek liczby osiągniętych punktów i tym samym pogorszenie stanu ogólnego chorego[8].

Kwestionariusz Oswestry Disability Index (ODI) ocenia wpływ bólów kręgosłupa na różne dziedziny życia. Składa się z 10-punktowej ankiety dotyczącej: intensywności bólu, podnoszenia, siedzenia, spania, podróżowania, pielęgnacji, chodzenia, stania, życia towarzyskiego, zmiany natężenia bólu. Każda z dziedzin życia oceniana jest od 0 do 5 punktów w zależności od natężenia bólu. Stopień niepełnosprawności chorego jest oceniony w skali punktowej od 0 do 50 punktów lub w procentach (od 0% do 100%). Liczba od 0 do 4 punktów charakteryzuje grupę osób, w której niepełnosprawność nie występuje lub jest minimalna. Liczba od 5 do 14 punktów wskazuje na łagodną niesprawność. Do stopnia niepełnosprawności umiarkowanej zaliczono osoby ocenione od 15 do 24 punktów. Ciężka niepełnosprawność charakteryzuje punktacja od 25 do 34 punktów. Liczba od 35 do 50 punktów oznacza skrajne cierpienie i niepełnosprawność [9].

Z kolei kwestionariusz Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) stosowany jest do oceny stopnia niepełnosprawności z powodu bólu kręgosłupa odcinka L -S. Kwestionariusz składa się z 24 zdań na które pacjent odpowiada „tak” lub „nie”. W końcowym ocenie badany może otrzymać od 0 do 24 punktów. Występują cztery grupy niepełnosprawności. Niski stopień niepełnosprawności: 4-10 punktów, średni: 11- 17 punktów, wysoki: 18-24 punkty. Liczba punktów od 0 – 3 świadczy o braku niepełnosprawności [10].

Wyniki

Opis indywidualnego przypadku: Pacjent lat 55, hospitalizowany, z powodu nasilonych dolegliwości bólowych w odcinku lędźwiowym kręgosłupa promieniujących po bocznych powierzchniach ud do obu kończyn dolnych z przewagą bólu do prawej. W badaniu neurologicznym: osłabiony odruch kolanowy w lewej kończynie dolnej, odruch skokowy w prawej kończynie dolnej., objaw Lasegu’a w prawej kończynie dolnej. przy około 45 st., w lewej kończynie dolnej przy około 60 st., pogłębienie fizjologicznych krzywizn kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, zwiększone napięcie mięśni przykręgosłupowych w odcinku

lędźwiowym, chód oszczędzający prawą kończyne dolną, skrócenie prawej kończy dolnej o około 1,5 cm. Po zastosowanym leczeniu uzyskano złagodzenie dolegliwości bólowych, wypisany do dalszego leczenia ambulatoryjnego z zaleceniami: Dexak 1x1 tabl rano, Nimesil 1x1 saszetka wieczorem, Sirdalud 4mg 2x pół tabl, Roswera 10 mg 1x1 tabl wieczorem. Pacjent korzystał z rehabilitacji leczniczej, leczenia uzdrowiskowego. Podczas pobytów w sanatoriach zastosowane były: kąpiele mineralne, laser, ultradźwięki, magnetoterapia, masaż ręczny, hydromasaż, basen solankowy z ćwiczeniami, zawijania borowinowe. Obecnie jest na rencie z częściową niezdolnością do pracy z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności umiarkowanym. Pacjent leczy się także z powodu choroby wrzodowej dwunastnicy, choroby niedokrwiennej serca oraz hipercholesterolemii. U pacjenta występuje deficyt wiedzy na temat diety zmniejszającej poziom cholesterolu. Mężczyzna nie stosuje żadnych ograniczeń dietetycznych, lubi spożywać potrawy tłuste i z dużą zawartością cukru.. Wskaźnik BMI wynosi 27-co świadczy o nadwadze. Dodatkowo odczuwa bóle w nadbrzuszu spowodowane długotrwałą terapią NLPZ. Podczas nasilonych dolegliwości bólowych chory porusza się przy pomocy kuli łokciowej. Pacjent nie uprawia żadnej formy rekreacji ruchowej. Chory uskarża się na problemy ze snem spowodowane dolegliwościami bólowymi kręgosłupa.

Wstępny wywiad z pacjentem pozwolił ustalić, że mężczyzna posiada wykształcenie średnie, mieszka z żoną i dziećmi. Z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa zmaga się od 12 lat. Po wstępnym wywiadzie przekazano pacjentowi kwestionariusz wywiadu odnośnie oceny czy dolegliwości bólowe ograniczają chorego w złożonych czynnościach życiowych (skala Lawtona), wpływu bólu na różne sfery życiowe chorego (kwestionariusz Oswestry). Oceniono również poziom niepełnosprawności chorego za pomocą kwestionariusza Rolanda Morris'a.

Oceniając chorego skalą IADL stwierdzono iż nie występują ograniczenia w wykonywaniu złożonych czynności życiowych. Deficyt wystąpił jedynie w zakresie wykonywania prac domowych oraz dojściu do miejsc poza odległość spaceru.

Analizując wpływ bólu na codzienne funkcjonowanie pacjenta za pomocą kwestionariusza ODI stwierdzono, że ból jest umiarkowany, o stałym natężeniu. Czynności pielęgnacyjne mycie i ubieranie powoduje lekki ból. Ból nie pozwala podnosić ciężkich przedmiotów, podnoszenie lekkich i niezbyt ciężkich przedmiotów ułożonych w dogodny sposób nie powoduje dyskomfortu. Ból uniemożliwia pacjentowi chodzenie na odległość dłuższą niż 400 m. Ból nie pozwala siedzieć dłużej niż jedną godzinę. Pacjent nie jest wstanie ustać dłużej niż pół godziny. Z powodu bólu występują zaburzenia snu, pacjent przesypia jedynie ¾ nocy. Chory nie wychodzi zbyt często z domu, ból ogranicza życie towarzyskie pacjenta. W trakcie podróży odczuwany jest dodatkowy ból, który zmusza pacjenta do szukania innych sposobów podróżowania. Odczuwany ból ani nie słabnie, ani nie wzmaga się. Uzyskano wynik 27 punktów, który świadczy o ciężkim stopniu niepełnosprawności.

Z kolei uzyskane, na podstawie wypełnionego kwestionariusza RMDQ, wartości pozwoliły na zaliczenie wyniku do jednej z czterech grup niepełnosprawności. Liczba 14 punktów świadczy o średnim stopniu niepełnosprawności pacjenta.

Na podstawie wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji medycznej oraz uzyskanych wyników z przeprowadzonych kwestionariuszy wyłoniono następujące problemy pielęgnacyjne:

Problem 1:**Dyskomfort pacjenta spowodowany** bólami kręgosłupa odcinka lędźwiowo – krzyżowego

Cel pielęgnowania: odciążenie kręgosłupa oraz złagodzenie dolegliwości bólowych;

Interwencje personelu pielęgniarskiego:

- zalecenie wykonywania ćwiczeń rozluźniających napięte mięśnie pleców;
- wskazanie zalecanych ćwiczeń wzmacniających mięśnie kręgosłupa; szczególnie pływanie na pływalni;
- wyrobienie nawyku prawidłowej postawy ciała we wszystkich czynnościach codziennych.
- zalecanie unikania nadmiernego wysiłku fizycznego, zbyt długiego stania, prowadzenia pojazdu;
- przekonanie o konieczności kilka razy dziennie wypoczywania w pozycji przeciwbólowej - leżenie na wznak z podudziami podpartymi tak, aby uda były zgięte pod kątem 45 stopni; nawet krótki wypoczynek w tej pozycji powoduje zmniejszenie nadmiernego napięcia mięśni części lędźwiowej kręgosłupa
- poinformowanie o konieczności prawidłowego ustawienia siedziska i zagłówka w samochodzie;
- poinformowanie o konieczności spania na materacu o odpowiedniej twardości i sprężystości;
- zalecenie skorzystania z poradni ortopedycznej lub rehabilitacyjnej[1,12,13];

Ocena działań: Zastosowanie się do zaleceń spowodowało zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz poprawę samopoczucia.

Problem 2: Silny ból odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz możliwość wystąpienia objawów deficytu neurologicznego.

Cel opieki - zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz ryzyka dalszych powikłań neurologicznych.

Interwencje personelu pielęgniarskiego:

- unieruchomienie chorego w łóżku - długość trwania zależy od nasilenia objawów; aby maksymalnie ograniczyć niepożądane skutki unieruchomienia zaleca się pacjentowi możliwie najkrótszy okres leżenia w łóżku,

- pomoc w ustaleniu i przyjmowaniu przez pacjenta najlepszego ułożenia przeciwbólowego, z pełnym rozluźnieniem mięśni, na półsztywnym materacu:
    1) pozycja na plecach, z kończynami zgiętymi w stawach kolanowych; pod kolana pacjenta można podłożyć małą poduszkę, dla większej wygody chorego małą poduszkę należy umieścić również pod głową;
    2) pozycja na boku zdrowym, z kończynami zgiętymi w stawach kolanowych, podkładamy walki podpierające tułów;
    3) ułożenie na plecach w pozycji „przewróconego krzesła" (pozycja krzesełkowa), podudzia są podparte i ułożone wysoko, a pośladki zwisają nieco nad podłożem,
- zapobieganie przyjmowaniu przez chorego niekorzystnych ułożeń ciała w łóżku przez

*stosowanie techniki „log-rolling" przy obracaniu pacjenta,

*umieszczanie wszystkich przedmiotów (np. stolika z jedzeniem), z których chory korzysta w bliskiej odległości i w takim miejscu, aby mógł je swobodnie sięgnąć, bez konieczności ruchów rozciągających, skrętnych itp.,

- eliminowanie czynników prowadzących do napięcia tłoczni brzusznej (np. parcie, kichanie),
- stosowanie miejscowe ciepła; należy przy tym chronić skórę przed oparzeniem,
- wyjaśnienie choremu celowości unieruchomienia w łóżku, podawanie leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych na zlecenie lekarza[13,14,15].

Ocena działań: Dolegliwości bólowe zostały złagodzone, deficyty neurologiczne nie pojawiły się u pacjenta.

Problem 3: Możliwość ponownego zaostrzenia się objawów choroby u pacjenta w okresie po ustąpieniu ostrych dolegliwości bólowych/symptomów korzeniowych.

Cel opieki: - zapobieganie ponownemu zaostrzeniu się objawów choroby.

Plan działań:

- stopniowe uruchamianie chorego, współudział w rehabilitacji ruchowej pacjenta zgodnie z zaleceniami rehabilitanta,
- udzielanie instrukcji dotyczących bezpiecznych sposobów przyjmowania różnych pozycji ciała,

*wstawanie z łóżka: chory powinien obrócić się na mniej bolesny bok, zgiąć kończyny w kolanach i stawach biodrowych pod kątem prostym tak, aby kolana i stopy wystawały poza krawędź łóżka, podeprzeć się na łokciu na którym leży, stopniowo unosić górną część tułowia, z jednoczesnym opuszczaniem stóp na podłogę, aż do pozycji siedzącej; układając się do łóżka, chory powinien wykonywać wszystkie ww. czynności w odwrotnej kolejności,

*przyjmowanie pozycji stojącej: chory powinien wysoko unieść głowę, wciągnąć brzuch, napiąć pośladki, naprzemiennie postawić stopy na niewielkim stołku i następnie na podłodze; będąc w pozycji wyprostowanej, powinien unikać zbyt długiego stania, podczas schylania plecy powinien mieć wyprostowane, a kończyny ugięte w kolanach, powinien unikać ruchów sięgania i nagłych ruchów skrętnych,
*sposób siedzenia - uda chorego powinny tworzyć kąt prosty z kręgosłupem, plecy powinny być podparte poduszkami lub klinami (pochylenie powoduje nadmierne przeciążenie kręgosłupa lędźwiowego), podczas siedzenia powinien unikać wyginania się do tylu, aby nie dochodziło do przeprostu w odcinku lędźwiowym, powinien też; wystrzegać się zakładania nogi na nogę, gwałtownego odwracania się, siadania na miękkich fotelach, siadania z wyprostowanymi kończynami dolnymi, zwłaszcza na miękkich, zapadających się siedzeniach[12,14,16].
Ocena działań: Pacjent stosuje się do udzielonych powyżej wskazówek.

Problem 4: Możliwość nawrotu choroby w związku z nieprzestrzeganiem i nieznajomością zasad dotyczących stylu życia i czynników predysponujących do wystąpienia ostrych zespołów bólowych kręgosłupa.
Cel opieki: - zapobieganie nawrotom choroby przez edukację zdrowotną.
Interwencje personelu pielęgniarskiego:

- wytłumaczenie choremu przyczyn bólu kręgosłupa,
- uzmysłowienie choremu ryzyka nawrotu dolegliwości,
- poinformowanie i poinstruowanie chorego odnośnie do właściwych wzorców postawy i ruchu,
- poinformowanie chorego aby:
    1) spał na półsztywnym materacu dopasowującym się do fizjologicznych krzywizn kręgosłupa, używał malej poduszki wypełniającej kąt między szyją a barkiem;
    2) nie podnosił ciężkich przedmiotów z pozycji pochylonej, znajdujących się powyżej linii pasa, podnosił ciężkie przedmioty powili z przysiadu, rozkładając ciężar na oba ramiona, unikając nagłych ruchów skrętnych; jeśli to możliwe –ciężary nosił w plecaku lub w walizce na kółkach, unikał korzystania z torby,
    3) przy prowadzeniu samochodu - aby przesunął siedzenie do przodu, robił przerwy podczas dłuższej jazdy;
    4) unikał długiego stania i siedzenia, pamiętał o krótkich przerwach
    5) ostrożnie chodził po schodach i nierównym terenie, używał elastycznego obuwia,
- omówienie z chorym czynników predysponujących do wystąpienia bólu kręgosłupa i w związku z tym zalecenie konieczności zachowania prawidłowej masy ciała, poprzez zdrowe odżywianie i codzienny systematyczny ruch, wypracowania efektywnych

sposobów radzenia sobie ze stresem,

- poinformowanie chorego o konieczności wzmocnienia mięśni stabilizujących kręgosłup. W tym celu wskazane jest ustalenie z rehabilitantem odpowiednich (celowych i bezpiecznych) ćwiczeń, które powinny być wykonywane codziennie przez 15-20 minut, zalecenie pływania (optymalnie 2-3 razy w tygodniu)[12,13,14,16].

Ocena działań: Pacjent chętnie podjął dyskusję na temat poprawy stylu życia. Chory z zainteresowaniem odbierał przekazywane mu treści, zadawał wiele pytań, dzielił się własnym doświadczeniem.

Problem 5: Uczucie pobolewania w nadbrzuszu spowodowane procesem zapalnym błony śluzowej żołądka po terapii NLPZ

Cel opieki: zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Interwencje personelu pielęgniarskiego:

- ocena natężenia oraz charakteru dolegliwości bólowych z wykorzystaniem skali VAS
- podawanie na zlecenie lekarza środków farmakologicznych łagodzących dolegliwości bólowe (leki zobojętniające lub hamujące wydzielanie kwasu żołądkowego),
- monitorowanie natężenia bólu po podaniu środków farmakologicznych za pomocą skali VAS.
- obserwacja innych niepożądanych objawów związanych z terapią NLPZ ze strony przewodu pokarmowego, sercowo-naczyniowego, wątroby, nerek,
- nauczenie monitorowania objawów niepożądanych przy stosowaniu NLPZ, ze szczególnym zwróceniem uwagi na:

* objawy ostrego lub przewlekłego bólu brzucha;

* objawy krwawienia ze strony przewodu pokarmowego (obserwacja stolca, powłok skórnych, objawów osłabienia, spadku ciśnienia tętniczego);

* obserwację funkcji nerek, układu krążenia (pomiar wagi ciała, obserwacja obrzęków, ciśnienia tętniczego krwi, diurezy). Konieczne jest wykonywanie badań diagnostycznych (morfologia krwi, aktywność enzymów wątrobowych, stężenie kreatyniny w surowicy).

- zaleca się przyjmowanie leków w trakcie bądź po posiłku, niełączenie 2 i więcej leków przeciwzapalnych, potęgujących działanie niepożądane, ograniczenie dawek.
- przestrzeganie przed spożywaniem produktów działających drażniąco na błonę śluzową żołądka.
- wyjaśnienie choremu konieczności unikania: leków, używek oraz pokarmów zwiększających wydzielanie kwasu żołądkowego, nadmiernego wysiłku fizycznego oraz stresu[5,6,14,15].

Ocena działań: Dokonano oceny natężenia bólu przed i po zastosowaniu leków hamujących wydzielanie kwasu żołądkowego za pomocą skali VAS (przed zastosowaniem leków wynik-5 po leczeniu wynik-1). Zmniejszenie nasilenia objawów, pacjent odczuł ulgę po zastosowaniu leków hamujących wydzielanie kwasu żołądkowego.

Problem 6: Nadwaga spowodowana złymi nawykami żywieniowymi nasilająca dolegliwości bólowe kręgosłupa.

Cel opieki: – zwiększenie wiedzy na temat zdrowego odżywiania oraz zmiana nawyków żywieniowych, zmniejszenie masy ciała i poprawa samopoczucia.

Interwencje personelu pielęgniarskiego:

- zapoznanie pacjenta ze współczynnikiem BMI, z konsekwencjami nadwagi oraz wpływu nadwagi na stan zdrowia;
- zapoznanie pacjenta z listą produktów niskokalorycznych oraz o niskim wskaźniku glikemicznym;
- zapoznanie pacjenta z metodami ograniczania kaloryczności posiłków oraz z zalecanymi technikami przyrządzania potraw (gotowanie w wodzie i na parze, pieczenie) i przeciwwskazanymi technikami (smażenie, grillowanie, odgrzewanie, rozgotowywanie)
- unikanie spożywania posiłków późnym wieczorem (3 godziny przed snem);
- zalecenie zwiększenia aktywności fizycznej (np.: pływanie, jazda rowerem, spacer);
- zalecane jest spożywanie 5-6 posiłków w mniejszych ilościach niż 2-3 w większych ilościach;
- wskazanie potrzeby włączenia do diety większej ilości warzyw i owoców oraz produktów z dużą zawartością błonnika;
- zapoznanie z produktami przeciwwskazanymi w hipercholesterolemii: ograniczenie spożycia kwasów tłuszczowych nasyconych (obecnych w produktach pochodzenia zwierzęcego, takich jak: mięso, wędliny, masło, tłuste mleko, śmietana, ser, lody) oraz izomerów trans tłuszczów nienasyconych (obecnych m.in. w: słodyczach, twardych margarynach, tłuszczach smażonych, daniach typu fast-food, zupach i sosach instant.)
- okresowa kontrola masy ciała (co 3 miesiace);
- poinformowanie pacjenta o możliwości skorzystania z konsultacji dietetyka w celu ustalenia indywidualnej diety niskokalorycznej i obniżającej poziom cholesterolu;
- nauczenie pacjenta korzystania z tabel kalorycznych i indeksu glikemicznego;

Ocena działań: Pacjent zaakceptował plan modyfikacji diety oraz zmianę sposobu spędzania wolnego czasu. Akceptacja zaleceń wskazanych w procesie pielęgnowania spowodowana jest

pozytywnym nastawieniem pacjenta, chęcią zmiany sposobu spędzania wolnego czasu oraz chęcią walki z dolegliwościami[12].

Problem 7: Możliwość wystąpienia powikłań z powodu hipercholesterolemii:

- miażdżyca, zwężenie naczyń, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze.

Cel opieki: -niedopuszczenie do powikłań.

Interwencje personelu pielęgniarskiego:

- monitorowanie poziomu cholesterolu we krwi pacjenta raz na 2-3 miesiące
- zastosowanie diety niskotłuszczowej bogatej w tłuszcze roślinne,
- edukowanie pacjenta w zakresie diety, stylu życia i wytłumaczenie potrzeby przeprowadzania badań profilaktycznych w zakresie pomiaru LDL, HDL, cholesterolu całkowitego, trójglicerydów, pomiarów ciśnienia tętniczego krwi,
- w razie potrzeby konsultacja kardiologiczna,
- podanie leków zgodnie z indywidualna kartą zleceń[12].

Ocena działań: Pacjent jest pod opieką poradni kardiologicznej. Regularnie dokonuje pomiaru LDL, HDL, cholesterolu całkowitego, trójglicerydów, ciśnienia tętniczego krwi. Stosuje przekazaną dietę obniżająca poziom cholesterolu.

Problem 8: Zaburzenia snu spowodowane dolegliwościami bólowymi kręgosłupa

Cel opieki: -poprawa jakości snu

Interwencje personelu pielęgniarskiego:

- poinformowanie pacjenta o prawidłowej pozycji podczas leżenia:

* zaleca się leżenie na plecach i na boku z nieco ugiętymi w stawach biodrowych i kolanowych nogami (zmniejsza to lordozę lędźwiową i odbarcza krążki międzykręgowe)

*mniej wskazane jest leżenie na brzuch, które może pogłębić lordozę lędźwiową.

- zalecenie zastosowaniamateraca o odpowiedniej twardości i sprężystości, dopasowanym do fizjologicznych wygięć kręgosłupa (podłoże zbyt twarde jak i zbyt miękkie nasila dolegliwości bólowe).
- zalecenie unikania grubych, dużych poduszek pod głowę (najkorzystniejsza jest poduszka, która wypełnia kąt między szyją a barkiem i utrzymuje głowę w przedłużeniu linii kręgosłupa, zarówno przy ułożeniu na plecach jak i na boku).

Ocena działań: Pacjent leżąc w łóżku odczuwa większy komfort. Problemy pacjenta zmniejszyły się, jednak okresowo problem powraca[13,14].

Problem 9: Przygnębienie spowodowane nasileniem dolegliwości bólowych i niesprawności
Cel opieki: -przygotowanie do niepełnosprawności.
Interwencje personelu pielęgniarskiego:

- wyjaśnienie istoty choroby.
- zachęcanie do rozmów na temat obaw dotyczących niesprawności oraz dolegliwości bólowych.
- częste rozmowy z chorym, wyrażanie zainteresowania oraz akceptacji,
- zapewnienie spotkania z psychologiem oraz zorganizowanie grupy wsparcia,
- zmotywowanie do systematycznego wykonywania ćwiczeń usprawniających,
- stworzenie miłej i życzliwej atmosfery,
- wyrażanie uczuć sympatii, zainteresowania oraz akceptacji,
- wzbudzanie wiary w siebie, kształtowanie optymistycznego nastawienia do życia oraz choroby,
- wspólną analizę problemów oraz propozycje różnych możliwości rozwiązań,
- zachęcanie do rozwijania zainteresowań dostosowanych do aktualnej wydolności czynnościowej pacjenta,
- umożliwienie kontaktu z osobami z zespołem bólowym kręgosłupa, którzy dzięki właściwemu leczeniu, rehabilitacji i pielęgnacji zachowują sprawność i niezależność.

Realizacja: Przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat istoty choroby.Zachęcano chorego do wypowiadania się na temat jego obaw dotyczących procesu chorobowego i oczekiwań co do przyszłości. Przygotowano razem z pacjentem zintegrowany plan aktywności, oraz metod radzenia sobie z chorobą [14,15].
Ocena działań: Stan emocjonalny pacjenta uległ poprawie. Mężczyzna stara się myśleć pozytywnie.

Podsumowanie

Rosnąca stale liczba chorych z bólami kręgosłupa lędźwiowego oraz obniżenie się wiekowej granicy zachorowalności zmusza do większego zwrócenia uwagi na tę grupę chorych przez personel pielęgniarski. Przyczyny zespołów bólowych mogą być różne, część z nich poddaje się leczeniu farmakologicznemu lub operacyjnemu, dla części podstawą terapii są działania fizjoterapeutyczne. Duże jednak uznanie zyskuje właściwie prowadzona edukacja zdrowotna. Dolegliwości bólowe, w szczególności przewlekłe i postępujące znacznie wpływają na funkcjonowanie chorego nie tylko mając na uwadze obszar choroby jak i procesu terapeutycznego ale także w relacjach w rodzinie i środowisku [1,2]. Problem stanowi przystosowanie się do zmian w życiu spowodowanych chorobą układu mięśniowo-szkieletowego czy niepełnosprawnością. Pacjent musi dokonać oceny swojego stanu oraz ocenić samopoczucie związane z chorobą i procesem leczenia. Zespół pielęgniarski dąży do

tego, aby pacjent odzyskał możliwości aktywnego, samodzielnego życia. Ponadto akceptacja choroby i poczucie wartości może przyczynić się do znacznej poprawy jakości życia pacjenta [11,14].

Z powodu braku umiejętności radzenia sobie z chorobą pojawiające się niepowodzenia zniechęcają pacjenta. Jest on bezsilny wobec zaistniałej sytuacji zdrowotnej, prowadzi to do braku satysfakcji z własnej roli w społeczeństwie i znaczenia dla innych osób. Duża część osób z powodu występujących dolegliwości bólowych jest zmuszona do zmiany pracy lub rezygnacji i przejścia na rentę. Ograniczona wydolność ruchowa i dolegliwości bólowe mogą występować przez wiele lat, zniechęcać ludzi do aktywności, powodować lekozależność oraz przyczyniać się do pojawienia się objawów depresji, które będą nasilać się wraz z czasem trwania choroby[2,11,12,13]. Leczenie zachowawcze oraz operacyjne przyczynia się do poprawy stanu pacjentów, lecz w każdym przypadku konieczny jest indywidualny plan postępowania terapeutycznego. Na jakość życia pacjentów duży wpływ mają dolegliwości bólowe, które występują przed terapią w większym stopniu, natomiast po zastosowaniu odpowiedniego leczenia dolegliwości zmniejszają się, choć nie ustępują całkowicie. Pacjenci często muszą nauczyć się żyć ze swoją chorobą powodującą odczuwanie bólu przewlekłego. Jak wynika z przeglądu literatury dominującym objawem u pacjentów jest ból i lęk przed niepełnosprawnością. Pacjenci określali dolegliwości bólowe jako objaw dominujący, który wpływa na pogorszenie jakości życia. Dolegliwości bólowe w znacznym stopniu wpływają na sprawność pacjenta, zaburzają wykonywanie prostych czynności codziennych takich jak ubieranie, stanie, siadanie, chodzenie czy sprzątanie[2,13,14,15].

Czynnikiem sprzyjającym rozwojowi bólów kręgosłupa u badanego pacjenta był przebyty uraz, brak ruchu, zbyt wysokie BMI. U badanego pacjenta występujące przewlekle bóle kręgosłupa wpływały na codzienne funkcjonowanie. Schorzenie oddziaływało na sprawność pacjenta, występowały problemy z podnoszeniem przedmiotów, chodzeniem, sprzątaniem, długotrwałym siedzeniem i staniem. Dodatkowo ból powodował zaburzenia snu, ograniczał życie towarzyskie pacjenta, z powodu dolegliwości chory nie wychodził często z domu, a także zrezygnował z podróżowania, co w znacznym wpływało na jakość życia pacjenta. Chory miewał okresy bezsilności wobec schorzenia co przejawiało się w postaci obniżonego nastroju. Z powodu występujących od kilkunastu lat dolegliwości bólowych pacjent zrezygnował z wykonywania pracy i przeszedł na rentę, przyczyniło się to do braku satysfakcji z własnej roli w społeczeństwie oraz znacznego obniżenia jakości życia pacjenta.

Podsumowując, proces chorobowy bez względu w jakiej fazie się znajduje i jakie jest jego nasilenie wpływa na życie pacjenta. Bardzo często prowadzi do jego dezorganizacji oraz ograniczenia pełnienia ról społecznych i zawodowych, co znacznie obniża jakość życia. Proces terapeutyczny w szczególności jest ukierunkowany na zminimalizowanie dysfunkcji kręgosłupa *umożliwiając tym samym* prawidłowe funkcjonowanie w życiu rodzinnym,

towarzyskim oraz zawodowym. Leczenie zespołów bólowych kręgosłupa jest bardzo trudne i długotrwałe, gdyż żadna pojedyncza metoda leczenia nie jest skuteczna, dlatego też wskazane jest postępowanie wielowymiarowe, które opiera się na farmakoterapii, rehabilitacji i psychoterapii. W następstwie tego na poprawę jakości życia ma wpływ nie tylko usuwanie lub łagodzenie objawów choroby ale także uczenie radzenia sobie ze związanymi z chorobą problemami życia codziennego, stresem i cierpieniem. Najważniejsze dla osoby niepełnosprawnej jest odzyskanie aktywności i niezależnego życia w społeczeństwie.

Wnioski:

1. U badanej osoby dominującą przyczyną dolegliwości bólowych był przebyty epizod urazu kręgosłupa. Spośród czynników ryzyka schorzenia występowała nadwaga (BMI 27) oraz nieprawidłowe nawyki ruchowe powodujące przeciążenia, urazy i mikrourazy związane z nieprawidłowym mechanizmem obciążania kręgosłupa.
2. Głównymi problemami pielęgnacyjnymi u badanego pacjenta z ostrymi zespołami bólowymi kręgosłupa były dolegliwości bólowe, które znacznie wpływały na zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym.
3. Działanie personelu pielęgniarskiego wobec pacjenta z ostrymi zespołami bólowymi kręgosłupa w okresie remisji opiera się na powadzeniu edukacji na temat zapobiegania nawrotom dolegliwości bólowych.

Piśmiennictwo

1. KLIMASZEWSKA K, KRAJEWSKA-KUŁAK E, KONDZIOR D, KOWALCZUK K, JANKOWIAK B. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Nurs Top 2011; 19(1):47-54.
2. NOWAKOWSKI A. Bóle krzyża. W: Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja. pod red: Marciniak W., Szulc A. PZWL. Warszawa 2006: 303-333.
3. DOBROGOWSKI J., DUTKA J. Zespoły bólowe narządu ruchu. W: Medycyna bólu pod red. Dobrogowski J., Wardliczek J. PZWL. Warszawa 2005: 273-296.
4. ROSŁAWSKI A., Ruch przedłuża młodość. Lekarz radzi. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 1, 2001. s.49.
5. TEOFAN M. Domżał Przewlekłe nieswoiste bóle krzyża — stara dolegliwość czy nowa choroba neurologiczna? Polski Przegląd Neurologiczny 2007; 3 (4): 216–227.
6. ZDRODOWSKA B., LESZCZYŃSKA-FILUS M., LESZCZYŃSKI R., BŁASZCZYK J.: Porównanie wpływu laseroterapii i magnetoterapii na poziom bólu oraz zakres ruchomości kręgosłupa osób z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa. Pol. Merkuriusz Lek. 2015: 38 (223) s.27.,

7. WÓJCIK G., SKALSKA-IZDEBSKA R., KOLBUSZEWSKA A., SZULC A., Wpływ kompleksowej terapii uzdrowiskowej na leczenie zespołu bólowego kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(12) s.71-83.
8. LENARTOWICZ H, M. KÓZKA, *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, Wyd. Lek. PZWL. Warszawa 2010, s. 86, 96-97, 103-104.
9. KOSTKA T., KOZIARSKA-ROŚCISZEWSKA M. Choroby wieku podeszłego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, 6-12..
10. FAIRBANK J, COUPER J, DAVIES J, i wsp. The Oswestry low back pain questionnaire. Physiotherapy 1980; 66: 271–273.
11. HELMHOUT J.P.H., STAAL B., MARTIJN W.: HEYMANS MH et al. Prognostic factors for perceived recovery or functional improvement in non-specific low back pain: secondary analyses of three randomized clinical trials. Eur Spine J 2010, 19, 650-659.
12. BEUTH W., ŚLUSARZ R.: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa neurochirurgicznego. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im.Ludwika Rydygiera, Bydgoszcz 2002, s.87-90.
13. TALARSKA D.,WIECZORKOWSKA-TOBIS K.,.: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. PZWL, Warszawa, 2008 s.228-236.
14. KIWERSKI J.: Schorzenia i urazy kręgosłupa. Warszawa PZWL 2001.
15. ADAMCZYK K.: Diagnoza pielęgniarska i plan opieki nad chorym z objawami zespołu bólowego kręgosłupa. Red. K. Jaracz, W. Kozubski. Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa PZWL 2008, s.362-365.
16. KRASUSKI M.: Algorytm postępowania diagnostyczno-leczniczego w zespołach bólowych kręgosłupa, Rehabilitacja Medyczna 2005, s. 9, 19-25.

Kontakt:
Edyta Guty
Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyśli
ul. Książąt Lubomirskich 6
37-700, Przemyśl
tel.: 608204144
e-mail: gutyedyta@onet.eu

HPV INFEKCIA A VAKCINÁCIA

HPV Infection and Vaccination

Jozef Babečka[1], Ivica Gulášová[1], Ján Hruška[2], Nadežda Peterková Justhová[1]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava
[2]ZDRAVSTAR, Ružomberok

Abstrakt

Úvod: HPV infekcia, spôsobená ľudskými papilomavírusmi, je v dnešnej dobe označovaná ako jedna z najčastejších sexuálne prenosných chorôb, kedy určité kmene HPV infekcie vedú k rakovine krčka maternice. Hlavným cieľom bakalárskej práce bolo zistiť informovanosť žien o HPV infekciu.

Cieľ: Zistiť mieru vakcinácie u ženskej populácie v SR.

Materiál a metodika: Dotazník je zámerne cielený na ženské pohlavie vo veku 14 rokov a vyššie. Dotazník vlastnej konštrukcie bol rozdaný náhodne ženám v Žilinskom a Bratislavskom kraji metódou "snowball". Prieskum prebiehal v mesiaci február - apríl 2018, kde bolo rozdaných 150 dotazníkov. K samotnému výskumu bolo použitých a vyplnených 100 dotazníkov. Návratnosť tak predstavovala 75%

Výsledky: Takmer polovici z opýtaných žien (57%) nebolo navrhnuté očkovanie u ich gynekológa, ktoré sa radí na prvé miesto v primárnej prevencii v boji proti rakovine krčka maternice. Očkovanie bolo ponúknuté len 44 ženám, z toho k vakcinácii podstúpilo iba 23 žien. 70% respondentiek, že sa nikdy nezaujímalo, či ich zdravotná poisťovňa prispieva na očkovanie proti HPV infekcii. Túto informáciu si zisťovalo 30% opýtaných žien. Z prieskumu vyplýva, že 79% respondentiek uvádza, že ak by zdravotné poisťovne hradili kompletnú vakcináciu, o očkovaní proti HPV by sa zaujímalo oveľa viac ľudí.

Záver: Do kontaktu s HPV infekciou sa môžu dievčatá dostať už pri prvom sexuálnom styku, preto je nevyhnutná prevencia a edukácia zo strany pediatra a gynekológa už v skorom veku, kedy je nutné apelovať na pravidelné preventívne gynekologické prehliadky, hygienu a životný štýl v rámci primárnej prevencie.

Kľúčové slová: HPV. Infekcia. Vakcinácia. Prevencia.

Abstract

Introduction: HPV infectionca used by human papilloma viruses isnowadays referred to as one of the most common sexually transmitted diseases, where certainstrains of HPV infection

lead to cervical cancer. The mainaim of this bachelor thesis was to find out theawareness of women about HPV infection.

Objectives: To find out the vaccination rate in the female population in Slovakia.

Material and methods: The question naireis intentionally targeted to the female gender at the age of 14 years and over. Self-design questionnaire was distributed to women in Žilina and Bratislava region by the "snowball" method. The survey was conducted in February - April 2018 in the Zilina and Bratislava regions. Atotal of 150 questionnaires were distributed, of which two questionnaire scould not be used due to incomplete completion. There fore, 100 questionnaires were used for the research and the return was 75%

Results: Almost half of the women surveyed (57%) had not be envaccinated for their gynecologist, who ranked first in the primary prevention of cervical cancer. Only 44 women were vaccinated, of which only 23 were vaccinated. 70% of respondents have never been wondering wheth ertheir health insurance company contributes to vaccination against HPV infection. This information was collected by 30% of the women surveyed. The survey shows that 79% of respondents say that if health in surance companies paythe complete vaccination, much more people would be interested in vaccination against HPV.

Conclusion: Girl scan get in to contact with HPV infection during their first sexual intercourse, there fore prevention and education by the pediatrician and gynecologistis necessary at an early age, when regular preventive gynecological examinations, hygiene and life style as a primary prevention must be appealed.

Key words: HPV. Infection. Vaccination. Prevention.

Úvod

Ako prvý identifikoval prítomnosť HPV infekcie vo zhubné léziu krčka maternice v roku 1983 nemecký lekár HaraldzurHausen, ktorý sa počas svojho života zaoberal štúdií ľudských papilomavírusov v spojitosti s rakovinou krčka maternice. Za jeho objav mu bola v roku 2008 udelená Nobelova cena za fyziológiu alebo medicínu .V súčasnej dobe je známych asi 100 typov HPV infekcie a medzi najčastejšie typy patrí HPV 16 a HPV 18, ktoré spôsobujú zmeny vedúce k rakovine krčka maternice. Podľa onkogénneho potenciálu sa delia na nízkorizikové (low risk, LR - napr. 6, 11) a vysoko rizikových (high risk, HR - napr. 16, 18) HPV infekcie je v dnešnej dobe označovaná ako jedna z najčastejších sexuálne prenosných ochorení a často je nazývaná ako "sex-vírus".Do kontaktu s HPV infekciou sa môžu dievčatá dostať už pri prvom sexuálnom styku, preto je nevyhnutná prevencia a edukácia zo strany pediatra a gynekológa už v skorom veku, kedy je nutné apelovať na pravidelné preventívne gynekologické prehliadky, hygienu a životný štýl v rámci primárnej prevencie.

Šírenie HPV infekcie

Vstupnou bránou pre HPV infekcie sú mikrotraumy na sliznicu a pokožku. Prenos vírusu môže tiež prebiehať orálne a transamniálne. Vyskytuje sa aj autoinokulácie kontaminovanými prstami a bielizňou. Inkubačná doba HPV infekcie je v rozmedzí 1, 5-8 mesiacov[2].

Rizikové faktory vzniku HPV infekcie

Rizikové faktory vo väčšine prípadov súvisia so sexuálnym správaním. Treba spomenúť, že na vzniku HPV infekcie sa podieľa mnoho kofaktorov:
perzistujúcej infekcie HR HPV - pretrvávajúca HPV infekcia je najdôležitejším faktorom pre vznik závažnej prekancerózy alebo karcinómu, ďalej začatie pohlavného života pred 16. rokom života, promiskuita - zvyšuje sa riziko pri 10 a viac partneroch, fajčenie - patrí sem aj pasívne fajčenie, multiparita - riziko sa zvyšuje od troch a viac pôrodov, nízky vek prvého pôrodu v závislosti na sexuálnom správaní, nízky socioekonomický status, HIV pozitivita, imunosupresia poruchy imunitného systému zvyšujú riziko vzniku karcinómu, ďalšie sexuálne prenosné choroby - patria sem chlamýdie, herpes vírus a iné, hormonálna antikoncepcia súvisí so sexuálnym správaním ženy a striedaním viacero sexuálnych partnerov,diétna chyba potraviny bez folátov, betakaroténu a vitamínu C, absencia cytologického skríningu, v krajinách so zavedeným skríningom je zníženie výskytu HPV infekcie [4].

Prejavy HPV infekcie

Latentná infekcia je najčastejším typom infekcie bez klinických známok ochorenia. Možno ju detekovať molekulárno diagnostickými metódami pomocou vírusovej DNA alebo mRNA. V tejto fáze dochádza k likvidácii infekcie pomocou prirodzených imunitných mechanizmov. Priemerná dĺžka spontánnehoklírens je 7-24 mesiacov. Subklinická Papiloma vírusová infekcia je klinicky detekovateľná. Preukazuje sa pomocou kolposkopia, cytológie a histológie. Manifestná infekcia u zjavnej infekcie nechýba makroskopický obraz [2].

HPV typizácia

HPV typizácia je spoľahlivá metóda určená pre ženy. Má za úlohu zhodnotiť typ HPV infekcie v tele. U žien sa odporúča vykonávanie testu okolo 30-35 rokov. HPV typizácia sa využíva u žien s hraničnými výsledkami cytologického steru. Slúži tiež na sledovanie perzistencie infekcie u žien, ktoré už v minulosti podstúpili ošetrenie krčka maternice. Tu sa volí časový odstup 6-12 mesiacov po výkone. Pomocou brush techniky sa vykonáva odber do transportného média. Doplnenie HPV typizácie k cytologickému vyšetreniu spresní skríningové vyšetrenie [4].

Prevencia

Najúčinnejšie a najlacnejšie opatrenie proti onkologickým chorobám je prevencia. Prevencia je systém opatrení, ktoré majú za úlohu predchádzať vzniku ochorení alebo progresii už vzniknutého ochorenia. Prevenciu možno rozdeliť na prevenciu primárnu, sekundárnu a terciárnu.

Prevencia primárna

Cieľom primárnej prevencie je znížiť a eliminovať rizikové faktory vedúce k vzniku prekanceróz a nádorov. Patria sem predovšetkým:edukácia - správna edukácia vedie k zmene postojov, edukácia zvyšuje informovanosť, vakcinácia proti HPV infekcii, podpora zdravého životného štýlu - chránený pohlavný styk (kondóm nezakryje celú genitálnu oblasťa preto ochrana nie je úplná), obmedzenie promiskuity, osveta založená na prevencii rizikového správania,pravidelné gynekologické prehliadky, zvýšený telesný pohyb, racionálna strava, podpora pri odvykaní od fajčenia.

Prevencia sekundárna

Hlavnou úlohou sekundárnej prevencie je sledovanie správania a včasný záchyt prekanceróz a nádorových zmien - depistáž. Dôležitým nástrojom sekundárnej prevencie je skríning. Cieľom je zlepšiť výsledky vykonávanej liečby. Skríningový proces:1) Odber steru z krčka maternice pri pravidelnej preventívnej gynekologickej prehliadke. 2) Vzorka steru je odoslaná spolu s vyplnenou žiadankou na cytologické vyšetrenie. 3) Do troch týždňov od dátumu odberu vzorky musí zaslať cytologické laboratórium výsledky vyšetrenia registračnému gynekológovi.4) Podľa výsledku vyšetrenia gynekológ rozhodne o ďalšom postupe. 5) V prípade negatívneho výsledku sa odporúča ďalšia preventívna gynekologická prehliadka za jeden rok. 6) V prípade iného ako negatívneho výsledku cytologického vyšetrenia sa cytologické laboratórium obracia na gynekológa a vznáša na neho dotaz každý štvrťrok.

Prevencia terciárna

Terciárna prevencia sa zameriava na pacientky, u ktorých prebehla liečba nádorového ochorenia. Cieľom je oddialiť recidíva a sledovanie rizikových faktorov - dispenzarizácia. V terciárnej prevencii sa teda zameriavame na sústredenie onkologických pacientok v onkologických centrách a určenie zariadení a lekára, ktorý bude dispenzarizáciu viesť [1].

Vakcinácia proti HPV infekcii

Vakcinácia proti HPV infekcii je v dnešnej dobe najspoľahlivejšou metódou primárnej prevencie. Proti najčastejším genotypom HR HPV 16 a 18 sú cielené tzv. vakcíny prvej línie.

Profylaktická vakcína má za úlohu vytvoriť pamäťové bunky v organizme[5]. Súčasné HPV vakcíny nemajú terapeutický účinok a je dôležité mať na pamäti, že po vykonanom očkovaní by každá žena mala ďalej dochádzať na preventívne gynekologické prehliadky a podstupovať skríning.Očkovanie proti HPV infekciám je určené na prevenciu premalígnych lézií, cervikálneho karcinómu a prípadne k prevencii genitálnych bradavíc. Očkovanie dosahuje optimálne výsledky u jedincov, ktorí doteraz neprišli do kontaktu s HPV infekciou. Profylaktické vakcíny majú schopnosť vytvoriť pamäťové bunky a protilátky proti predloženej štruktúre vírus-like partikúl (VLP). Jedná sa o prázdne kapsidy vytvorené z L1 proteínov. Očkovaný jedinec je chránený aj proti ďalším príbuzným typom HPV takzvanou skríženou ochranou (cross-protekcie) vďaka štrukturálnej podobnosti L1 proteínu. Preukázaním klinickej účinnosti (výskytom lézií, vírusové perzistencie) u typov HPV neobsiahnutých vo vakcíne možno hodnotiť skríženú protektivitu[5].Pre vypuknutie choroby v organizme je nutná inkorporácia DNA vírusu do bunky hostiteľa. Preto nehrozí žiadne nebezpečenstvo vyvolania choroby spôsobené samotným vírusom, vzhľadom k tomu, že kapsidy sú iba napodobeninou vonkajšej antigénnej štruktúry vírusu. Po vakcinácii dochádza v organizme k rozvoju špecifickej humorálnej imunity zameranej proti genotypom obsiahnutým vo vakcíne. Ak sa očakáva zníženie výskytu rakoviny krčka maternice vo svete, musí Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) voliť stratégie, ktoré budú zahŕňať organizované skríningové programy a vzdelávanie predovšetkým v rozvojových krajinách. V súčasnej dobe sú k dispozícii tri očkovacie vakcíny Silgard, Cervarix a najnovšie Gardasil 9 [6].

Očkovacia vakcína Silgard

Očkovacia látka Silgard bola na trh uvedená v roku 2006. Silgard je štvorvalentná očkovacia látka s L1 protilátkami ľudských papilomavírusov (6, 11, 16 a 18), ktorá sa používa na prevenciu premalígnych genitálnych lézií, cervikálneho karcinómu a súčasne chráni proti vzniku genitálnych bradavíc. Hlavnou zložkou sú vírusu podobné látky (vírus likeparticles - VLP), ktoré nemôžu vyvolať ochorenie, pretože neobsahujú DNA a sú to prázdne kapsidy. Očkovacia látka Silgard chráni proti infekcii HPV 6, 11, 16 a 18 a krížovo proti HPV 31. Vakcíny sú vysoko čistené neinfekčné proteíny z každého typu ľudského papilomavírusu (6, 11, 16, 18). Štúdie preukazujú dĺžku ochrany vakcíny minimálne na 5 rokov.Očkovacia schéma je založené na podaní troch dávok 0,5 ml suspenzie intramuskulárne v časovom rozostupe 0-2-6 mesiacov, tzn. po prvej dávke nasleduje druhá dávka vakcíny po dvoch mesiacoch, a po druhej dávke nasleduje tretia dávka po pol roku. Všetky tri dávky by mali byť aplikované v jednom roku.Vakcína Silgard je určená pre deti od 9 rokov a dospelým ženám aj mužom. Nie je určená tehotným ženám, ale môže byť podaná dojčiacim ženám, alebo ženám, ktoré dojčenie plánujú. Skôr než sa vakcína aplikuje, musí prebehnúť konzultácia so svojím lekárom [5].

Nežiaduce účinky vakcíny Silgard

Každý, kto podstúpi vakcináciu očkovacou látkou, musí byť oboznámený s nežiaducimi účinkami, ktoré môžu aplikáciu vakcíny sprevádzať, avšak nemusí sa prejaviť u všetkých jedincov, ktorým bola látka podaná.Medzi veľmi časté vedľajšie účinky patrí bolesť, opuch a začervenanie v mieste vpichu a bolesť hlavy. Medzí časté nežiaduce účinky patrí nevoľnosť, závraty, horúčka, vyčerpanosť. Po podaní očkovacej látky Silgard sú zaznamenané alergické reakcie a tiež stavy spojené s triaškou a stuhnutím svalov. Medzí menej časté nežiaduce účinky patria infekcie horných dýchacích ciest, závrat, zatvrdnutie kože v mieste vpichu alebo pocit znecitlivenia.

Očkovacia vakcína Cervarix

Cervarix je bivalentná vakcína, ktorá obsahuje protilátky ľudských papilomavírusov (16 a 18). Je vyrobená firmou GlaxoSmithKline v Londýne. Európskou úniou bola vakcína schválená 20. septembra 2007. Je určená výhradne ženáma môže byť podaná od 9 roku života. Výraznejšia imunitná odpoveď, ktorá sa prejavuje vyššou tvorbou protilátok a väčším množstvom protilátok, je zaručená vďaka novému adjuvans v prípravku. Udáva sa až 100 % účinnosť vakcíny proti HPV 16 a 18. Očkovacia schéma závisí od veku ženy, ktorej je očkovacia látka podaná. Vo veku 9-14 rokov sa aplikuje dávka 0,5 ml intramuskulárne v rozmedzí 0-6 mesiacov. Vo veku 15 a viac rokov sa aplikuje dávka 0,5 ml intramuskulárne v rozmedzí 0-1-6 mesiacov[5]. Dĺžka ochrany tejto vakcíny sa pohybuje okolo 6-7 rokov. Liečivo Cervarixu je neinfekčný proteín z papilomavírusu typu 16 a 18 [6].

Nežiaduce účinky vakcíny Cervarix

Medzi veľmi časté vedľajšie účinky patrí bolesť, opuch a začervenanie v mieste vpichu, bolesť hlavy, bolesť svalov a celková únava.Medzi časté vedľajšie účinky patrí svrbenie, vyrážka, bolesť kĺbu, horúčka, nevoľnosť, vracanie, hnačka.

Očkovacia vakcína Gardasil9

Očkovacia látka Gardasil 9 je najnovšia vakcínou na trhu a bola schválená 10. júna 2015. Vakcína Gardasil 9 je rekombinantná vakcína určená proti deviatim typom papilomavírusov - 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 a 58.Očkovacia vakcína Gardasil 9 tak pridala ochranu proti ďalším piatim typom HPV infekciám (31, 33, 45, 52 a 58), ktoré nie sú zahrnuté v predchádzajúcich vakcínach proti HPV. Vakcína Gardasil 9 je určená na prevenciu až 90 % premalígnych lézií, cervikálnym, vaginálnym a análnym karcinómom, ďalej je prevenciou proti genitálnym bradaviciam, rovnako ako očkovacia látka Silgard. Vakcína je určená pre dievčatá vo veku 9-26 rokov a pre chlapcov vo veku 9-15 rokov. Štúdia nepotvrdili bezpečnosť

a účinnosť lieku u žien vo veku 27 rokov a viac. Očkovacia látka sa podáva intramuskulárne v rozmedzí 0-2-6 mesiacov[6].

Schválenie vakcíny Gardasil 9 poskytuje dôležitý krok v primárnej prevencii proti HPV infekcii. Cervikálny skríning a HPV vakcíny znižujú výskyt rakoviny krčka maternice. Hlavným cieľom je zlepšiť prístup k očkovaniu a vakcínam, aby sa predchádzalo vzniku rakoviny krčka maternice. Štúdia v Spojenom kráľovstve uskutočnila výskum u približne 14 000 respondentov vo veku 16-26 rokov, u ktorých boli zistené negatívne výsledky na rôzne HPV typy. Bezpečnosť vakcíny Gardasil 9 bola sledovaná u približne rovnakého počtu respondentov vo veku 16-26 rokov a medzi najčastejšími vedľajšími účinkami boli uvedené bolesti v mieste vpichu, opuch a začervenanie[1].U tehotných žien sa má očkovanie presunúť až po ukončení tehotenstva, aj keď výsledky skúmané na vzorke žien nenaznačovali žiadne malformačné účinky prilieku Gardasil 9, avšak tieto údaje boli nedostatočné. Počas dojčenia je však prípravok možné aplikovať [3].

Cieľ príspevku

Zistiť mieru vakcinácie žien v SR a ich informovanosť o HPV infekcii.

Metóda prieskumu

Bola zvolená metóda kvantitatívneho prieskumu pomocou dotazníkového šetrenia. Dotazník obsahoval 13 otázok a zameriaval sa na informovanosť o problematike HPV infekcie, návštev u gynekológa a vakcinácii proti HPV infekcii. Dotazník bol zámerne cielený na ženské pohlavie vo veku 14 rokov a viac. Dotazník bol rozdaný náhodne metódou „snowball“ v žilinskom a bratislavskom kraji. Realizáciaprieskumu prebiehala v mesiaci február–apríl 2018.Celkovo bolo rozdaných 150 dotazníkov. K samotnému prieskumu bolo správne vyplnených 100 dotazníkov a návratnosť tak predstavovala 75 %.V dotazníkovom šetrení bolo 9 % respondentiek vo veku 14-20 rokov, 75 % vo veku 21-30 rokov, ktoré malo najväčšie zastúpenie vo vzorke skúmaných respondentiek, ďalej tu bolo 10 % žien vo veku 31-40 rokov a 6% žien vo veku 41 a viac rokov.

Analýza získaných údajov

Fakt, že pravidelné prehliadky u svojho gynekológa absolvuje 91 % opýtaných žien sa javí ako veľmi pozitívne.Ďalším pozitívnym zistením bolo, že viac ako 75 % žien už počulo o HPV infekcii a takmer rovnaký počet žien si HPV infekciou si dáva do súvislosti s rakovinou krčka maternice.Veľmi prekvapivým zistením bolo, že takmer polovici z opýtaných žien (56 %) nebolo ponúknuté očkovanie u ich gynekológa, ktoré sa radí na prvé miesto v primárnej prevencii v boji proti rakovine krčka maternice. Očkovanie bolo ponúknuté len 42 ženám, z toho vakcináciu podstúpilo iba 22 žien. Veľká väčšina žien sa prikláňa k názoru, že

ak by zdravotné poisťovne viac prispievali na očkovanie proti HPV infekcii, očkovanie by podstúpilo v oveľa väčšej miere. Z prieskumu vyplýva, že aj keď vakcináciu podstúpilo iba 22 opýtaných žien, svoje deti by nechalo zaočkovať až 55 % respondentiek.Ako najčastejší zdroj informácií o HPV infekcii respondentky uvádzali médiá, internet a svojho gynekológa. Až 49 % respondentiek sa domnieva, že HPV infekcia môže postihnúť ženy aj mužov. Ďalej sa 70 % respondentiek domnieva, že určité kmene HPV infekcie môžu spôsobovať rakovinu krčka maternice. Vo svojom okolí sa stretlo s rakovinou krčka maternice 27 % opýtaných žien. Očkovanie proti HPV infekcii malo ponúknuté svojím gynekológom až 43 % respondentiek. Vakcináciu podstúpilo 22 % opýtaných žien, z toho 9 % žien si už nepamätá názov vakcíny a 14% bolo zaočkovaných proti HPV infekcii vakcínou Cervarix a Silgard. Spoločnosť Knowledge, Inc. v roku 2009 uskutočnila výskum u žien vo veku 13 až 26. Z 2 143 respondentov bolo vyhodnotených 1 011 výsledkov (47%). Tridsať percent pacientov vo veku 13 až 17 rokov a 9 % pacientov vo veku 18 až 26 rokov zaznamenalo prijatie aspoň jednej HPV vakcíny. Znalosti o HPV sa líšili. Najmenej 5 % respondentov verilo, že HPV vakcína vylučuje potrebu pravidelného skríningu rakoviny krčka maternice alebo prevádzkovania bezpečného sexu. Respondenti vo veku 13-17 rokov uviedli, že sa o HPV vakcíne dozvedeli v súvislosti s návštevou zdravotníckeho zariadenia. Respondenti vo veku 18-26 rokov uviedli, že zdrojom informácií bola diskusia s rodinnými príslušníkmi alebo poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Menšia skupina dievčat a žien verí, že je HPV vakcína naozaj ochráni pred vznikom HPV infekcie. Štúdia vo svojom výskume potvrdzuje, že ženy, ktorým hrozí nákaza HPV vírusom, ešte nepodstúpili vakcináciu proti HPV. Tieto štúdie ukazujú, že veľkú úlohu zohráva edukácia zo strany zdravotných pracovníkov a rodičov mladých dievčat a chlapcov.Spoločnosť ACS, Centra pre kontrolu a prevenciu chorôb (CDC), Národný inštitút pre liečbu rakoviny (NCI) a Severoamerická asociácia centrálnych registrov onkologických ochorení (NAACCR) vykonala v roku 2013 výskum, ktorý má za úlohu stanoviť výskyt rakoviny spájaných s ľudským papilomavírusom (HPV) a vakcináciou proti HPV. Z národných prieskumov boli získané výsledky očkovania proti HPV v rokoch 2008 a 2010 a testovanie podľa Papanicolaoua (PAP) v priebehu roka 2010. Dievčatá vo veku 13-17 rokov (32 %) dostali tri dávky HPV vakcinácie v oblastiach, kde bol výskyt rakoviny vyšší. Zvýšenie miery výskytu niektorých nádorov spojených s HPV a nízky počet očkovaní u dospievajúcich však podčiarkujú potrebu ďalšej prevencie v súvislosti s rakovinou spojenou s HPV, vrátane snáh o zvýšenie pokrytia očkovaním.V roku 2011 štúdia v Spojených štátoch pod vedením Dr. Chrisa Flahertyho uskutočnila výskum, kde cieľom bolo preskúmať postoj študentov odboru sociálna práca na tému vakcinácia proti HPV. Taktiež bol skúmaný vzťah k týmto aspektom z pohľadu veriacich ľudí. Výsledky tejto štúdie ukazujú, že takmer všetci respondenti sú pre verejné financovanie vakcíny proti HPV infekcii. Ďalej si 36 % študentov myslelo, že HPV vakcína nie je bezpečná.

Záver

Najlepšou prevenciou je dodržiavania základných pravidiel bezpečného sexu a najmä očkovanie. Pravidelné prehliadky sú ideálne pre ženy, nakoľko tu je možné objavenie infekcie aj v zárodku, kedy ešte neprišlo k manifestácii symptómov navonok. Ak sa rozhodnete pre prevenciu, mala by byť komplexná a čo najširšia.

Literatúra

1. SLEZÁKOVÁ L. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví.* Praha, Czech Republik: Grada;2011.
2. TURYNA R, SLÁMA J, HEJDA V. *Kolposkopie děložního hrdla*. Praha, Czech Republik: Galén;2010.
3. PRINTZ C. FDA approves Gardasil 9 for more types of HPV: Cancer [online]. 2015. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.29374/full AccsesedApril 08, 2015.
4. CIBULA D, PETRUŽELKA L.*Onkogynekologie*. Praha, CzechRepublik: Galén; 2009 .
5. FIAT T, ZIKÁN M, MAŠATA J. *Moderní farmakoterapie v gynekologii a porodnictví*. . Praha, CzechRepublik:Maxdorf, Jessenius; 2014: 96-102.
6. PHILLIPS A. et al. *Drug Saf*. WHO, Weekly Epidemiological Report: 2017, 92, 393–404.

Kontakt:

PhDr., Mgr. Jozef Babečka PhD.
Námestie 1. mája 1
810 00, Bratislava
e-mail: jozef.babecka@hotmail.com

ETICKÉ PRINCÍPY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ADOS

Ethical Principles of Nursing Care in ADOS

Ivica Gulášová[1], Ján Hruška[2], Jozef Babečka[1], Nadežda Justhová Peterková[1]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv.Alžbety, Bratislava
[2]ZDRAVSTAR, Ružomberok

Súhrn

Hlavnou etickou normou v geriatrii je zachovať dôstojnosť človeka.Starostlivosť o starších ľudí, najmä bezmocných a hypomobilných pacientov, kladie mimoriadne nároky na osobnosť zdravotníckych pracovníkov a na ich etické postoje.Domáca ošetrovateľská starostlivosť je obrovským prínosom v humanizácii zdravotnej starostlivosti, ale aj v sebarealizácii tých sestier, ktoré ju poskytujú.Bolesť každý z nás vníma a chápe inak, individuálne a platí, že táto variabilita vo vnímaní a prežívaní bolesti je závislá od osobnosti subjektu trpiaceho bolesťou.

Kľúčové slová: Etika. Agentúra domácej ošetrovateľskej strostlivosti. Geriatria. Sestra. Pacient

Summary

The main ethical standards in geriatric medicine is to preserve human dignity. Caring for older people, especially the powerless and hypomobilných patients put extraordinary demands on the personality of health workers and their ethical attitudes. Home nursing care is a huge benefit in humanization of health care, but also the fulfillment of those nurses who provide it. Pain each of us perceives and interprets differently, individually and rule the variability in the perception of pain and survival is dependent on the personality of a subject suffering from pain.

Key words: Ethics.Agency care for nursing home. Geriatrics.Nurse.Patient.

Úvod

Podobne ako narodenie aj starnutie a smrť patria k základným vlastnostiam života. Starnutie možno charakterizovať ako fyziologický proces, alebo súhrn procesov, ktoré prebiehajú v čase a majú nezvratný charakter, vedúci nakoniec k smrti. Geriatria ako veda o chorobách starnutia sa snaží vniknúť do podstaty procesov vedúcich k starnutiu, snaží sa o prevenciu predčasného starnutia a o komplexnú terapiu multimorbility u seniorov [8]. Pritom

nejde len o mechanické predloženie života, o trpné prežívanie v očakávaní smrti, ale o plne kvalitný život. Starnutie populácie na celom svete a tiež u nás na Slovensku so stálym prírastkom starých ľudí najmä vo väčších mestách nás stavia pred nové etické otázky.

Hlavnou etickou normou v geriatrii je zachovať dôstojnosť človeka.
Etické problémy v geriatrii môžeme rozdeliť na nasledovné čiastkové úlohy :

- etika vlastnej zdravotníckej starostlivosti,
- etika opatrovateľskej starostlivosti,
- etika v procese umierania a prípravy na dobrú smrť [8].

Etika vlastnej zdravotníckej starostlivosti

Zachovanie a nedotknuteľnosť života je základným princípom humanitnej tradície. Právo osobnej autonómie je dôležité pre staršieho človeka, pretože títo sú často obmedzovaný rodinnými príslušníkmi, často v dobrom úmysle aj zdravotníckymi pracovníkmi. Starý, chorý človek musí mať právo slobodne rozhodovať o svojom osude. V prípade choroby a nutnosti ošetrovateľskej starostlivosti je potreba zapojiť do rozhodovania aj rodinných príslušníkov. Ľudská dôstojnosť a jej zachovanie v starobe je dôležitým momentom etiky v geriatrii.Ľudskú dôstojnosť nemožno stratiť dlhodobou chorobou v starom veku. Riziko naplnenia či nenaplnenia etických princípov v praxi spočíva i v nazeraní na nevyliečiteľne, alebo dlhodobo chorých so zlou prognózou, ako na ľudí, ktorých život už nemá žiadnu hodnotu, žiaden význam [8].Toto vedie zároveň k zúženiu motivácie ošetrujúceho personálu o takto postihnutých, lebo nevidí zmysel ošetrovateľskej starostlivosti o takto postihnutých. Preto je nebezpečná a eticky neodôvodnená téza o živote bez ceny, živote, ktorý sa vraj vo vzťahu k uvedeným nevyliečiteľným chorobám neoplatí žiť! Hodnotu ľudského života a právo na život nemožno merať podľa prínosu, alebo akejsi „škody „ pre spoločnosť. Solidarita s najslabším v spoločnosti je vysoko etickým princípom.

Len úzkymi kontaktmi medzi staršími a mladšími možno dosiahnuť takú potrebnú zmenu postoja mladých k starým a opačne! Toto sa týka aj cieľavedomej prípravy študentov zdravotníctva a medicíny v postoji k starým, aby to nebol postoj „zvrchu“ a nepochopenie ich ťažkostí.

Etika ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti

Starostlivosť o starých, najmä bezmocných a hypomobilných pacientov, kladie mimoriadne nároky na osobnosť zdravotníckych pracovníkov a na ich etické postoje. Zdravotnícky, alebo sociálny pracovník pracujúci v ošetrovateľskej, alebo opatrovateľskej starostlivosti o starých pacientov musí svojou altruistickou a humanitárnou orientáciou mať motiváciu na dlhodobé vykonávanie tejto činnosti [6]. Pritom všade na svete, aj u nás

pociťujeme nedostatok ošetrujúceho personálu na geriatrických oddeleniach a v liečebniach pre dlhodobo chorých, starých pacientov.

Závislosť starého človeka od ošetrovateľov títo nesmú využiť, resp. zneužiť. Špecifické uspokojenie potrieb starého človeka nevyžaduje len vysokú odbornosť, ale aj primeranú etickú motiváciu. Zúženie motivácie v prevažne konzumnej spoločnosti súvisí aj s vytvorením a znova oživeným starorímskym ideálom mladistvej telesnej krásy a dokonalosti. Ošetrovateľská starostlivosť a opatrovanie starých, málo mobilných ľudí je v tomto ponímaní neatraktívne a obťažujúce. Pritom opatrovanie starého človeka musí byť komplexné: od telesnej hygieny, podania liekov, kŕmenia, pomoc pri rehabilitácii a podobne.Musíme si uvedomiť, že tak ako v krajinách západnej Európy, aj u nás sa bude väčšina ošetrovateľskej starostlivosti neinštitucionalizovať, t.j. nebude sa vykonávať v ošetrovateľských ústavoch, ale v byte starých ľudí, v ADOS - Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

ADOS

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je obrovským prínosom v humanizácii zdravotnej starostlivosti, ale aj v sebarealizácii tých sestier, ktoré ju poskytujú. Myšlienka vrátiť človeka s narušeným zdravím do prirodzeného prostredia jeho rodiny, neizolovať ho od domova, pokiaľ tonie je nevyhnutné, a snažiť sa o nápravu v domácom prostredí za pomoci zdravotníckych pracovníkov a rodiny. Kedysi ľudia spoločne v rodinách prežívali svoje životy. O chorého sa starala rodina, doma sa liečilo a ľudia prichádzali na svet, v kruhu svojej rodiny aj umierali[3].Keď sa povie ADOS, predstavíme si sestru, ktorá sa musí v domácnosti pacienta spoľahnúť iba na svoje skúsenosti, vedomosti, sestru samostatnú, vzdelanú, ktorá vie odpovedať na zvedavé otázky pacientov a dokáže im zodpovedne poskytnúť informácie, napr. o účinkoch liekov. Sestra je pre pacienta v tú chvíľu najbližším človekom, radcom v jeho chorobe a zdravotných problémoch. Svojou návštevou prináša do domácnosti pacienta nielen odbornosť a profesionalitu, ale najmä ľudské pochopenie, spolupatričnosť, ocitá sa v situácii keď je zasvätená do rodinných problémov, pozná históriu rodiny a je len na nej, ako sa s tým vyrovná, aby nestratila dôveru pacienta [8].

Náročnosť etických aspektov v ADOS

Etické aspekty s ktorými sa sestra v ADOS stretáva sú nasledujúce:

- Mlčanlivosť – sestra by mala zachovať mlčanlivosť ohľadom zdravotného stavu pacienta, jeho osobných údajov a dôverných informácií o pacientovi. Informácie týkajúce sa zdravotného stavu pacienta by mala pravidelne hlásiť obvodnému, alebo ošetrujúcemu lekárovi.
- Posudzovanie – sestra by nemala posudzovať liečebný postup lekárov pred pacientom,alebo jemu blízkymi a príbuznými osobami. Ďalej by nemala posudzovať

pred pacientom prácu, alebo pracovný výkon svojich kolegýň. Ak sa pacient sťažuje na lekára z nedostatku informácií mal by mu vysvetliť dôvody lekárovho konania a edukovať pacienta o ďalšom terapeutickom postupe. Ak sa pacient sťažuje na svojich príbuzných, môže ho vypočuť, ale nemala by zasahovať dointerných záležitostí rodiny, pokiaľ to neovplyvňuje pacientov zdravotný stav.

- Sympatie – profesionálna sestra by nikdy nikomu nemala dať najavo, ak je jej pacient nesympatický.
- Čestnosť– túto vlastnosť by mal mať každá sestra. Ak napríklad podá omylom nesprávny liek, mala by sa priznať a okamžite to konzultovať s ošetrujúcim lekárom, aby sa eliminovali škody na minimum.
- Zásah – sestra by určite mala zasahovať do takých vecí, ako je napríklad násilie v rodine a rozhodne – je jej priam povinnosťou nahlásiť to na sociálny úrad, ale rozhodne by nemala mlčať.
- Financie a iné dary – sestra by určite nemala od pacientov brať, požičiavať si, alebo pýtať si žiadne finančné, alebo akékoľvek iné dary, alebo pozornosti. Je to proti jeden z princípov etiky.
- Taktnosť – sestra by nikdy nemala používať slovné spojenia (to je zlé, máte to hrozné a podobne) zvlášť nie na rany, alebo výsledky vyšetrení, alebo iné so zdravím pacienta súvisiace aspekty.Mala by skôr pacienta povzbudiť a naladiť ho na pozitivizmus.
- Držať slovo – sestra by mala ,ak niečo sľúbi dodržať slovo napríklad opýtam sa lekára – a zabudne: stráca ta dôveru pacienta.
- Dochvíľnosť – ak sa s pacientom dohodne na určitej hodine,že k nemu príde mala by ju dodržať, a ak si nieje istá či ju dodrží nemala by sľubovať konkrétny údaj.
- Autorita – sestra by rozhodne mala byť autoritou pre pacienta napr. (pacient si chce potykať,ale sestra by to mala odmietnuť- dôvod- vzťah by sa zmenil na kamarátstvo).
- Zvyklosti – sestra by sa mala snažiť rešpektovať zvyklosti a chod rodiny pacienta.
- Bezúhonnosť – ak vidí sestra ,že môže spraviť niečo na viac a nieje to v rámci jej povinností bolo by veľmi etické urobiť aj niečo navyše pre toho pacienta.
- Pravdovravnosť – ak sestra niečo nevie, alebo nerozumie tomu, mal by si to priznať a netváriť sa, že to vie,aby nenapáchala nejaké škody. Dôležité je,že by sa o to mala zaujímať, napríklad návštevou knižnice a samoštúdiom.
- Prístup – pristupuje k pacientovi ako k človeku a nie k veci.Svoje povolanie berie vážne a zodpovedne.
- Dôležitosť– sestra by mala dávať pocítiť pacientovi jeho dôležitosť, aj keď je napr.(ležiaci, alebo inak hendikepovaný)-napr. opýtať sa ho, či môže použiť ich WC.
- Čas – sestra by nikdy nemala dať najavo pacientovi, že sa ponáhľa, alebo že nemá čas.Pacient by sa cítil že pre sestru znamená príťaž.

- Starosti – nikdy by nemala zaťažovať pacientov svojimi starosťami, alebo ťažkosťami, ale ani by nemala svoje pracovné starosti prenášať domov.
- Poníženie – sestra by sa nemala nikdy nad pacienta povyšovať, ale nemala by sa ani nechať nikým ponižovať-veď jej povolanie je jedno z najzodpovednejších a najušľachtilejších povolaní.
- Slová **–** sestra by mala používať slovné spojenia ako: skúsme, alebo mohli by sme skúsiť?- a nie slová ako – musíte, alebo budete musieť.Priorita sestra by mala v teréne vedieť čo prvé treba ak je pacient v ohrození života a mala by si aj uvedomiť,že bolo by nanajvýš humánne uprednostniť trpiacich pacientov (napr. pacienta s algickým ulcus cruris uprednostní pred pacientom po TEP- rehabilitácia.)
- Úsmev – sestra by mala vedieť že prvé 2 minúty v kontakte s pacientom sú veľmi dôležité a preto by každá sestra mala mať prirodzenú schopnosť vedieť sa podeliť a darovať ÚSMEV!

Konkrétne prípady etických aspektov v ošetrovateľstve ADOS

Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s inkontinenciou

Neschopnosť udržať moč je v starobe veľmi častým problémom, ktorý sa nevyhýba ani pacientom v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Močová inkontinencia je spojená so značnou telesnou, psychickou a ekonomickou záťažou. U inkontinentných pacientov dochádza často ku strate sebaúcty, k rozpakom, k narušeniu kvality života a spoločenského styku [8].Hanbia sa za svoje problémy a nechcú o nich hovoriť. V starostlivosti o pacienta v domácej ošetrovateľskej starostlivosti podporujeme :

- aktivitu
- optimalizáciu pitného režimu
- vhodné ošetrenie pokožky
- výberu správnych pomôcok pre inkontinentných seniorov - pacientov

Z etického hľadiska je dôležité dať pacientovi pocit, že je stále dôstojný a plnohodnotný človek.

Etické aspekty ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s bolesťou

Bolesť je niečo, čo skrátka patrí neodmysliteľne k životu. A je správne s ňou počítať aj v tých dňoch, keď človeka nič nebolí. Tie prijať ako určitý dar a vedieť, že to nie je nastálo.Bolesť je veľmi nepríjemný subjektívny pocit, ktorý prežíva pacient sám a nemôže sa oň podeliť s inými. Môže byť taká intenzívna, že zaujme celú pacientovu pozornosť, myseľ a výrazne zmení celý jeho doterajší život. Bolesť je zvyčajne dôležitým príznakom

nefyziologických, patologických procesov prebiehajúcich v organizme. Je niekedy užitočná, pretože osobu trpiacu bolesťou prinúti vyhľadať odbornú lekársku pomoc pri zdravotných problémoch, ktoré by sa inak vôbec nemuseli spozorovať.

Všímame si tieto dôležité faktory:

- Vplyv bolesti na kvalitu spánku : U pacientov, ktorí majú silnú a neutíšiteľnú bolesť, môže niekedy prísť až k rozvoju stavu s prakticky nepretržitou bdelosťou a vyčerpaním a ten býva spojený s rozvojom úzkosti a depresie. Vzniká bludný kruh: bolesť – nespavosť – úzkosť a depresie – vyčerpanie – prehĺbenie bolestivého prežitia.
- Typy bolesti :
  - akútna bolesť
  - chronická bolesť (dlhodobá)
  - nádorová bolesť
  - prelomová bolesť
  - ťažko zvládnuteľná alebo neovládateľná bolesť
  - fantómová bolesť
  - vyžarujúca bolesť
  - somatická bolesť
  - viscerálna bolesť
  - chronická nenádorová bolesť

Pociťovanie bolesti: Principiálne sa rozlišujú tri typy stimulov, ktoré excitujú príslušné nocireceptory: mechanické, tepelné a chemické [5].

Liečba chronickej bolesti

Nedostatočne liečená alebo neliečená bolesť ovplyvňuje život pacienta i všetkých jeho blízkych, narušuje až niekedy „ničí“ partnerské vzťahy a obmedzuje pacienta v jeho základných a zaužívaných životných aktivitách [5]. Neznalosť pacientov a ich blízkych o možnostiach účinnej liečby bolesti, nevhodným spôsobom komunikácie lekára a sestry s pacientom. Väčšina pacientov sa navyše nesprávne domnieva, že ich bolesť je neliečiteľná [4].

Bolesť možno merať a liečiť nasledovne :

V prvom rade je dôležité jej správne zhodnotenie. Ďalej sa používa vizuálna analogová škála alebo Melzackova škála bolesti.Podľa sily bolesti sú lekárom ordinované analgetiká rôzneho stupňa účinnosti.Sestra postupuje podľa zásad šetrnej ošetrovateľskej starostlivosti: Často stačí vľúdne a láskavé slovo či pohladenie, hoci účinok dotyku sestry na zmiernenie bolesti u pacienta sa nedostaví ihneď, ale pocit že sa o pacienta zaujímajú, je práve pre trpiaceho na chronickú bolesť dôležitý [7].

Bolesť každý z nás vníma a chápe inak, individuálne a platí, že táto variabilita vo vnímaní a prežívaní bolesti je závislá od osobnosti subjektu trpiaceho bolesťou.

Etika v procese umierania a prípravy na dobrú smrť

Povinnosť udržať ľudský život je zásadne významný etický imperatív konania. Nové chápanie povinnosti zachovať ľudský život musí prispieť k utvoreniuživotných podmienok pre pacientov ohrozených na živote a pre umierajúcich [2].

Máloktorý človek je adekvátne pripravený na dobré umieranie a smrť. Žiaľ ani lekári a zdravotné sestry nepoznajú žiaden zázračný recept, ako opatrovať ťažko chorých a umierajúcich. Pritom lekár a sestra starajúci sa o pacientovo zdravie, musia mu zaistiť aj dôstojné umieranie. V tejto súvislosti je dôležité zaistiť výuku thanatológie na zdravotníckych školách, fakultách zdravotníctva a ošetrovateľstva a na lekárskych fakultách a v inštitútoch pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve. Sestra by sa mala snažiť vžiť do situácie zomierajúceho, viesť s ním pokojný rozhovor, neznižovať sa k banálnym frázam. Nesmie umierajúceho infantilizovať, znevažovať jeho dôstojnosť.

Zomierajúceho, pokiaľ je toho ešte schopný, treba nechať vyhovoriť sa. Dôležitou etickou kategóriou pri opatrovaní umierajúcich je úprimnosť a pravdovravnosť, čo neznamená hneď odhaliť celú pravdu. Treba si uvedomiť, že aj zomierajúci si žiada láskavú starostlivosť, úľavu bolesti, často prejavuje dokonca nádej na uzdravenie. Treba vedieť pokojne prehovoriť, pohladiť aj veľmi slabého pacienta, ktorý už nedokáže hovoriť.

Závažným etickým problémom sa stáva tzv. inštitucionálne umieranie a smrť. Proti tomu bojujú zariadenia ako sú napríklad (hospic).Podobne tak robila aj nositeľka Nobelovej ceny mieru Matka Tereza z Kalkaty so svojimi spolusestrami sa starajú o zomierajúcich v Kalakate i inde vo svete, ktorí nemajú nikoho a zomierali by ináč úplne opustení. Misionárky lásky im umožňujú prežiť posledné chvíle života v obklopení ľudskou solidaritou a láskou [1].

Záver

„Pojem ľudskej dôstojnosti vychádza s filozofie zakotvenej vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv. Každý človek ako príslušník ľudstva si zasluhuje vážnosť,česť úctu, t.j. neodškriepiteľnú hodnotu.“

Literatúra

1. AUGUSTYN J, JEDLIŃSKI K, SANTORSKI, J. *Terapia a pastorácia.* Trnava: Slovakia; Dobrá kniha: 1999.
2. BOŠMANSKÝ K, RUSNÁK A. *Člověk vo svetle pastorálnej medicíny a medicínskej etiky.* Spišské Podhradie: Slovakia; RKCBF UK Bratislava: 1996.
3. ĎAČOK J. *Človek, utrpenie, nemocnica.* Trnava: Slovakia; Dobrá kniha, 2000.

4. FRANKL V. *Lékařská péče o duši.* Brno: Czech Republik; Cesta: 1995.
5. GULÁŠOVÁ I. *Bolesť jako ošetrovateľský problém*. Martin: Slovakia;Osveta: 1998.
6. MUNZAROVÁ M. *Zdravotnícka etika od A do Z.* Praha: Czech Republic; Grada: 2005.
7. ŠOLTÉS L. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky.* Bratislava: Slovakia; Univerzita Komenského, 2001.
8. ŠTEFKO A. *Dôstojnosť človeka v starobe chorobe a zomieraní.* Bratislava: Slovakia; Dialógy: 2003.

Kontakt:
Prof. PhDr. I. Gulášová, PhD, MHA
Námestie 1. mája 1
810 00, Bratislava
e-mail: gulasova@vssvalzbety.sk

5-ROČNÝ SPONDYLOCHIRURGICKÝ MANAŽMENT PACIENTA S ONKOLOGICKÝM OCHORENÍM

Five-years of spine surgery patient management with oncological diaease

Martin Cmorej, Róbert Rusnák, Hamid Khoshab

Neurochirurgická klinika, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN

Abstrakt

Moderná onkologická liečba umožňuje pacientom dlhšie prežívanie. Sprievodným príznakom základného ochorenia sú metastázy. Počet dostupných metód na ich riešenie neustále rastie. V tejto kazuistike sa zameriavame na 5-ročný liečebný proces metastáz u pacientky s karcinómom prsníka, liečenej onkológom od roku 2005. Pacientka počas 5 ročného spondylochirurgického dispenzára, absolvovala viaceré chirurgické zákroky z portfólia našich výkonov.

Kľúčové slova: Rádiofrekvenčná ablácia. Spondylochirurgia. Onkológia. Metastázy.

Abstract

Modern oncological treatment allows to patients longer survival.Attendant symptoms of basic desease are metastasis.The count of available methods for this solutions is constantly growing.In this observation we are focus for 5 year medical metastasis process in a patient with breast cancer,treated by oncologist since 2005.This patient during 5year spine surgery care was completed more surgery steps from our performances

Key words: Radiofrequency ablation. Spine surgery. Oncology. Metastasis.

Kontakt:
MUDr. Martin Cmorej
Neurochirurgická klinika
Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok – FN
ul. gen. Vesela 21
03426, Ružomberok
e-mail: cmorej.martin@gmail.com

PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS OF POLISH YOUTH – FACTS

Profilaktyczne badania lekarskie młodzieży polskiej – stan faktyczny

Halina Król, Małgorzata Biskup, Paweł Macek, Grażyna Nowak-Starz

Collegium Medicum, Jan Kochanowski University in Kielce

Abstract

Introduction: In Poland, since 1972, preventive medical examinations of children and adolescents have been performed, aimed at detecting health and development disorders.

Objective of the work: The aim of the study was to assess the implementation of preventive examinations among adolescents and occurring deviations in health and development.

Material and methods: The study involved adolescents aged 16 and 18/19 subjected to preventive medical examinations, actually examined in 2005-2015 and diagnosed with deviations in the state of health and development. A document analysis method was used. The data from the Bulletin of Health Protection of the Świętokrzyskie Voivodship Office and the report "Situation of healthcare provision in the Świętokrzyskie Voivodship" were used.

Results: In the analyzed years a decreasing percentage of adolescents subject to compulsory preventive medical examinations and the number of actually examined is observed (in the group of 16-year-olds over 14% and 18/19 year-olds over 27%).There was an increase in the advice provided for adolescents in allergy (over 4,000), rehabilitation (about 1,000), diabetology and cardiology (over 1,800) outpatient clinics. More than 3,000 were diagnosed with musculoskeletal and visual system disorders (over 2,000).Nearly 1,300 patients came to the doctor because of obesity, allergies (about 2,500), developmental disorders (407), hypertension (300) and diabetes (over 215).

Conclusions: Similarly to Poland, unfavorable demographic trends occur among the Świętokrzyskie youth.The health condition of young people is unsatis factory.There is an increase in youth reporting to specialist clinics.With age, the number of young people undergoing preventive medical examinations decreases.

Key words: Health. Health problems. Preventive medical examinations.

Contact:
dr n hum. Halina Król
Collegium Medicum, Jan Kochanowski University in Kielce
ul. Żeromskiego 5
25-369, Kielce
e-mail:krolhalina@poczta.fm

MERANIE OXIDU DUSNATÉHO VO VYDYCHOVANOM VZDUCHU U DETÍ

Measurement of Nitric Oxide in Exhaled Air in Children

Zuzana Hudáková[1,2], Teresa Friediger[1], Ľudmila Lysá[1], Anna Lesňáková[1]

[1]Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku
[2]Vysoká škola polytechnická, Jihlava

Abstrakt

V súčasnosti sa vyskytuje množstvo respiračných ochorení, ktoré sa priamo dotýka ja detí. Metódy hodnotiace prítomnosť, stupeň aj charakter zápalu asociovaného s bronchiálnou astmou nazývame inflamometria. V detskom veku sa preferujú predovšetkým neinvazívne metódy. Medzi najpoužívanejšie inflamometrické metódy patrí predovšetkým stanovenie oxidu dusnatého vo vydychovanom vzduchu, ktoré našlo svoje dôležité miesto v manažmente bronchiálnej astmy. Cieľom našej štúdie je určiť vzťah medzi koncentráciou oxidu dusnatého vo vydychovanom vzduchu u detí vo vybraných základných školách a úrovňou znečistenia ovzdušia v Ružomberku a v Krakove. Naša štúdia sa dotýkala merania zdravých detí, aj tých, ktoré trpia nejakým respiračným ochorením, vrátane bronchiálnej astmy. Cieľom realizovaného výskumu je určiť koncentráciu oxidu dusnatého vo vydychovanom vzduchu v študovanej skupine detí v lete, keď je znečistenie ovzdušia nižšie.

Kľúčové slova: Oxid dusnatý vo vydychovanom vzduchu. Deti. Meranie. Astma bronchiale.

Abstract

Currently, there are a number of respiratory diseases that directly affect children. Methods for assessing the presence, degree, and nature of inflammation associated with bronchial asthma are called inflamometry. In childhood, non-invasive methods are particularly preferred. The most commonly used inflammation methods include the determination of nitric oxide in exhaled air, which has found its place in the management of bronchial asthma. The aim of our study is to determine the relationship between nitric oxide concentration in exhaled air in children in selected primary schools and the level of air pollution in Ruzomberok and Krakow. Our study looked at measuring healthy children, even those suffering from some respiratory disease, including bronchial asthma. The aim of the research is to determine the concentration of nitric oxide in the exhaled air in the studied group of children in the summer when the air pollution is lower.

Key words: Nitric oxide in exhaledair. Children. Measurement. Asthma bronchiale.

Kontakt:
doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 28
03401, Ružomberok
e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

SEDENTARY LIFESTYLE AND THE PROBLEM OF OBESITY

Siedzący tryb życia a problem otyłości

Malgorzata Biskup[1,2], Tomasz Skowronek[1], Halina Król[2,4], Paweł Macek[3], Malgorzata Terek-Derszniak[1], Stanislaw Góźdź[2,5]

[1]Department of Rehabilitation, Holycross Cancer Center, Kielce, Poland
[2]Collegium Medicum, Jan Kochanowski University, Kielce, Poland
[3]Department of Epidemiology and Cancer, Holycross Cancer Center, Kielce, Poland
[4]Teaching and Scientific Department, Holycross Cancer Center, Kielce, Poland
[5]Department of Clinical Oncology, Holycross Cancer Center, Kielce, Poland

Abstract

Introduction: Overweight and obesity due to the scale and extent of occurrence are among the most important non-infectious chronic diseases. A significant role among environmental factors is attributed to the wrong lifestyle, which components include low physical activity, improper diet, stress or sedentary behaviours.

Objective: The aim of the study was to assess the level of declared sitting time among the residents of Kielce and the relationship between the amount of time spent sitting and selected indicators of general body fat and fat distribution.

Material and methods: The verification covered the data of 4800 (1618 men - 33.71% and 3182 women - 66.29%) residents of Kielce participating in the PONS survey conducted in 2010-2011 and the data of the same people after 2 years, collected as part of the Healthy Kielce project (HK). The overall body fat index (BMI) and body fat distribution (WC) were assessed. The amount of time spent sitting was assessed using the Survey Questionnaire.

Results: Both in the HK and PONS study, the most numerous group are overweight people. The average BMI in the HK study is 27.86 kg/m^2, and in the PONS study 27.78 kg/m^2. In the case of the scale - "Time spent sitting on weekdays" the average is 305.23 min/day. In the case of the scale - "Time spent sitting on days off" the average is 257.33 min/day.

The largest group of respondents (38.66%) spends 11 to 20 hours a week watching TV. The time spent in a sitting position on weekdays does not differ significantly ($p>0.05$) depending on BMI.. In the case of time spent in a sitting position on days off, the difference is highly significant ($p<0.01$) and the lowest results refer to a group of people with normal BMI. The time spent watching TV is significantly ($p <0.01$) different depending on BMI and the results increase with increasing BMI.

For all sitting time scales, significant differences ($p < 0.05$) were found depending on WC. The group with abdominal obesity spends more time sitting down and spends more time watching TV.

Conclusions: 1. The overall body fat index (BMI) and fat distribution index(WC) among the participants of the HK and PONS study underwent highly significant changes over a 2-year period, indicating a deterioration of these parameters. Both in the HK and PONS study, the largest group (over 70%) are overweight. 2. A longer sitting time has an adverse effect on the overall body fat index and waist circumference. As the amount of time spent watching television increases, the body fat index increases. A group of people with abdominal obesity spends more time sitting down and spends more time watching TV.

Key words: Obesity. BMI. Sedentary lifestyle.

Kontakt:
dr n. o k.f. Małgorzata Biskup, PhD.
Department of Rehabilitation, Holycross Cancer Center
ul. Stefana Artwińskiego 3
25-734, Kielce
e-mail: mbiskup@onet.eu

KONSEKWENCJE ZDROWOTNE NAŁOGU NADUŻYWANIA ALKOHOLU W GRUPIE PACJENTÓW ŚWIĘTOKRZYSKIEGO CENTRUM PSYCHIATRII W MORAWICY

Health Consequences of Alcohol Abuse Addiction in the Group of Patients of the Świętokrzyskie Psychiatry Centre in Morawica

Edyta Dziewisz

Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Streszczenie

Cel pracy: Głównym celem badań było poznanie problemów dotykających osób uzależnionych od alkoholu oraz ich wpływ na funkcjonowanie w środowisku.

Materiał i metoda: Badania przeprowadzono wśród 107 pacjentów całodobowych Oddziałów Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy. Grupę badawczą stanowiło 30 kobiet i 77 mężczyzn, będących w trakcie realizacji podstawowego programu odwykowego. Metodą zastosowaną w badaniu był sondaż diagnostyczny w ramach którego wykorzystano technikę ankietowania. Ankieta była anonimowa oraz składała się z 52 pytań otwartych i zamkniętych.

Wyniki: Wyniki badań wskazują, iż jedynie połowa pacjentów (50,47 %) obawiała się o własne zdrowie pijąc alkohol. Brak jest tutaj istotnych różnic względem płci. Często deklarowano towarzyszące piciu zaburzenia snu (blisko 70% badanych) oraz zwiększoną drażliwość (blisko 80 % badanych, częściej o 13 % u mężczyzn). W grupie kobiet najczęściej występowała depresja (23,81 %) oraz nadciśnienie tętnicze (14,26 %). W grupie mężczyzn wiodące problemy zdrowotne to depresja (16,96 %) oraz obniżenie odporności organizmu (13,45 %). Wskazuje to na wiodące implikacje w sferze zdrowia psychicznego.

Wnioski: Wielorakie skutki nałogu nadużywania alkoholu są przyczyną niekończącego się cierpienia osoby chorej. Dlatego nieustannie tak istotną kwestią pozostaje prowadzenie działań edukacyjnych w grupie osób, które okazjonalne picie alkoholu traktują wyłącznie jako rozrywkę, nie przewidując możliwości rozwoju uzależnienia.

Słowa kluczowe: Uzależnieni od alkoholu. Ankieta diagnostyczna. Zaburzenia snu. Depresja.

Abstract

Aim of the research: The main aim of the research was to identify the problems affecting alcohol addicts and their influence on their functioning in the environment.

Material and method: The study was conducted among 107 patients of the 24-hour Alcohol Dependence Therapy Department at the Świętokrzyskie Psychiatric Centre in Morawica. The research group consisted of 30 women and 77 men, who were in the process of implementing the basic program of rehab. The method used in the study was a diagnostic survey in which a survey technique was used. The questionnaire was anonymous and consisted of 52 open and closed questions.

Results: The results of the study indicate that only half of the patients (50.47 %) were concerned about their own health while drinking alcohol. There are no significant gender differences. Sleep disorders accompanying drinking (nearly 70 % of respondents) and increased irritability (nearly 80% of respondents, more often by 13 % in men) were often reported. Depression (23.81 %) and hypertension (14.26 %) were the most common in the group of women. In the group of men, the leading health problems are depression (16.96 %) and immunosuppression (13.45 %). This indicates the leading implications for mental health.

Conclusions: The multiple effects of alcohol abuse addiction are the cause of endless suffering of the sick person. That is why it is constantly so important to conduct educational activities in the group of people who treat occasional drinking of alcohol only as entertainment, not anticipating the possibility of developing addiction.

Key words: Alcohol addicts. Diagnostic survey. Sleep disorders. Depression.

Kontakt:
Mgr. Edyta Dziewisz
Collegium Medicum
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. Żeromskiego 5
25-369, Kielce
e-mail: ehombek@wp.pl

WPŁYW WCZESNEJ SPECJALIZACJI SPORTOWEJ NA ASYMETRIĘ CIAŁA

Influence of early sports specialization on body asymmetry

Kamil Markowski

Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Streszczenie

Calem badańbyła ocena częstości występowania odchyleń od płaszczyzny symetrii parametrów postawy ciała zlokalizowanych w obrębie tułowia u dzieci wczesnej specjalizacji sportowej i rówieśniczych grup porównawczych.

Aktualnie szerokie zastosowanie ma metoda Diers, dzięki której możliwe jest śledzenie ruchów całego ciała, a przez to i systemu szkieletowego, zmian w kręgosłupie, nieprawidłowości postawy, a nawet niewielkie różnice w długości kończyn. Umożliwia przedstawienie obrazu kręgosłupa w programie komputerowym. Dokładne wyniki pomiaru pozwalają na: analizę postawy ciała, digitalną, trójwymiarową rekonstrukcję kręgosłupa, analizę stereotypu chodu.

Dokładna diagnoza funkcjonalna umożliwia fizjoterapeutom stawianie diagnozy, dobieranie indywidualnego programu terapii (zabiegi i ćwiczenia), monitorowanie postępów leczenia.

Ze względu na liczne asymetrie ciała wśród młodych sportowców, powinno się zwracać szczególną uwagę na postawę ciała w trakcie selekcji do danej dyscypliny sportowej, przekroczenie granic obciążeń psychofizycznych, występujących w czasie treningu, może doprowadzić do zaburzeń naturalnego rytmu dobowego organizmu i stwarzać ryzyko wystąpienia negatywnych zmian w jego funkcjonowaniu, absolutnie konieczne są, w rozgrzewce poprzedzającej trening właściwy, ćwiczenia kształtujące nawyk prawidłowej postawy.

Słowa kluczowe: Parametry postawy. Metoda Diersa. Indywidualny program terapii.

Abstract

The aim of the research was to evaluate the frequency of occurrence of body postural parameters deviation from the symmetry plane in children of early sports specialization and peer comparison groups.

Currently, the Diers method is widely used, thanks to which it is possible to track the movements of the entire body, and thus the skeletal system, changes in the spine, abnormal posture, and even small differences in the length of limbs. It allows to present spine image in

a computer program. Accurate measurement results allow for: posture analysis, digital, three-dimensional spine reconstruction, walk stereotype analysis.

Accurate functional diagnosis enables physiotherapists to make a diagnosis, choose an individual therapy program (treatments and exercises), monitor the progress of treatment.

Due to numerous body asymmetries among young athletes, special attention should be paid to the body posture during selection for a particular sport, exceeding the limits of psychophysical stress during training, may lead to disorders of the natural daily rhythm of the body and create a risk of negative changes in its functioning, it is absolutely necessary, in the warm-up preceding the training, exercises shaping the habit of proper posture.

Key words: Postural parameters. Diers method. Individual therapy program.

Kontakt:
Mgr Kamil Markowski
Collegium Medicum,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
ul. Żeromskiego 5
25-369, Kielce
e-mail: ehombek@wp.pl

MOŻLIWOŚCI ODDZIAŁYWANIA NA STYL ŻYCIA MŁODZIEŻY

The Possibilities of Influencing the Lifestyle of the Youth

Grażyna Nowak-Starz[1], Halina Król[1], Ewa Zięba[1], Dorota Rębak[1], Kamil Markowski[1], Tomasz Wójcik[1], Roman Starz[2]

[1]Collegium Medicum, The Jan Kochanowski University in Kielce
[2]Faculty of the Humanities, The Jan Kochanowski University in Kielce

Streszczenie

Wstęp: Nadwaga i otyłość są zjawiskami, które towarzyszą ludzkości od zarania dziejów. Początkowo traktowano je jako symbol bogactwa, zdrowia i wysokiej pozycji społecznej. Dopiero w XX w. zaczęto wiązać ich obecność z pogorszeniem stanu zdrowia, a w świadomości społecznej rozpowszechnił się kult szczupłej i wysportowanej sylwetki. Dowodów zmieniających diametralnie ten pogląd dostarczyły wyniki badań populacyjnych, z których wynikało, że nadwaga i otyłość stanowią znaczący czynnik ryzyka wielu chorób. W Europejskim Regionie WHO 150 mln osób dorosłych oraz 15 mln dzieci spełnia kryteria rozpoznania otyłości.

Cel badań: Celem opracowania jest zaprezentowanie metod rozpoznawania nadwagi, jej przyczyn i uwarunkowań związanych ze stylem życia, a także niebezpiecznych dla zdrowia następstw obniżających jakość życia.

Materiał i metodyka: W wyniku badań longitudinalnych przebadano 531 dzieci (275 chłopców i 256 dziewcząt). Badano poziom rozwoju i styl życia młodzieży z regionu świętokrzyskiego urodzonych w 1997 roku w kontekście zachowań ryzykownych dla zdrowia, sprzyjających nadwadze i otyłości. Dokonano badań antropometrycznych z uwzględnieniem badań bilansowych. W badaniach wykorzystano kwestionariusz zachowań zdrowotnych B. Woynarowskiej, którego nadrzędnym celem jest lepsze poznanie i zrozumienie zachowań zdrowotnych oraz postrzegania swojego zdrowia przez młodych ludzi w odniesieniu do środowiska, w którym żyją.

Wyniki: Wyniki badań wskazują, że większość młodzieży uważa, że jej zdrowie jest dobre lub znakomite i jest zadowolona ze swego życia. Równocześnie u dużego odsetka nastolatków występują często różnorodne dolegliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne. Mniej korzystnie postrzegają własne zdrowie dziewczęta niż u chłopcy.

Wnioski:

1. U młodzieży występuje wiele niedostatków w zakresie zachowań prozdrowotnych, w tym niespożywanie codziennie śniadań, owoców i warzyw, niski poziom aktywności fizycznej i niedostatki higieny jamy ustnej.
2. W zakresie stylu życia młodzieży znaczący jest udział negatywnych zachowań zdrowotnych, takich jak: nieprawidłowości w żywieniu, mała aktywność fizyczna, palenie papierosów, zjawisko alkoholizmu, sięganie po narkotyki w sytuacji stresowej, wzrost agresji w kontaktach interpersonalnych.
3. Należy położyć ogromny nacisk na przełamywanie stereotypów, promowanie zdrowego żywienia oraz codziennej aktywności fizycznej, poczynając od najmłodszych lat życia aż do późnej starości.

Słowa kluczowe: Nadwaga. Otyłość. Styl życia. Jakość życia

Abstract

Introduction: Overweight and obesity are phenomenons that have accompanied humankind since the beginning of time. At first, they were treated as a symbol of wealth, health and a high social standing. Only in the 20th century did they become associated with the worsening of health, and a cult of the slim and sporty silhouette spread in social awareness. The evidence which radically changed the view was provided by the results of population studies, which found that overweight and obesity were a significant risk factor of many diseases. There are 150 million adults and 15 million children in WHO's European Region who meet the criteria for diagnosing obesity.

Aim of the research: The aim of the study was to present methods for diagnosing overweight, its causes and conditions related to lifestyle, as well as consequences dangerous to health that lower the quality of life.

Material and methods: 531 children (275 boys and 256 girls) were examined during longitudinal studies. The topics under study were the level of development and the lifestyle of adolescents from the Świętokrzyskie region born in 1997, in the context of behaviours risky to heath, and those conducive to overweight and obesity. Anthropometric examinations were conducted with the addition of medical check-ups. B. Woynarowska's questionnaire of health behaviours was used in the research. Its main goal is to better establish and understand the health behaviours and the perception of one's health that young people exhibit towards the environment in which they live.

Results: The results of the research show that the majority of adolescents find their health to be good or perfect and are happy with their lives. At the same time, various somatic ailments

and negative emotional states can be found in a high percentage of adolescents. Girls, rather than boys, perceive their own health less favourably.

Conclusions:

1. There are many things lacking when it comes to adolescents' pro-health behaviours, including a low level of physical activity, not eating breakfast, or fruit and vegetables, every day, and lacks in oral cavity hygiene.
2. In terms of the adolescents' lifestyle, the contribution of the following negative health behaviours is significant: irregularities in nutrition, low physical activity, smoking, alcoholism, taking drugs in stressful situations, and increased aggression in interpersonal interactions.
3. Great stress should be put on overcoming stereotypes, and promoting healthy nutrition and everyday physical activity, starting from the youngest years until a very old age.

Key words: Overweight. Obesity. Related to lifestyle. Quality of life.

Kontakt:
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
25-369 Kielce, ul. Żeromskiego 5

REGISTER AUTOROV

A

Andrási Imrich, 133, 318
Androvičová Erika, 144
Aštaryová Ivana, 168, 243

B

Babečka Jozef, 325, 355, 364
Babik Anna, 266
Bartik Peter, 40
Bermellová Jana, 38
Biskup Malgorzata, 373, 376
Bóna Olexová Lucia, 338
Boratyn Beata, 270, 299, 340
Borowiecka Zuzanna, 145, 270, 299
Breza Ján, 332
Breza ml. Ján, 283
Brukwicka Irena, 56
Buľaková Kristína, 40
Bytnar Elżbieta, 323

C

Cieśla Elżbieta, 185, 209
Cieśla Mrzena, 185
Cmorej Martin, 372
Czirfusz Attila, 139

Č

Čižmár Tomáš, 312
Čučvarová Eva, 144
Čuj Jakub, 187

D

Darmošová Renáta, 71
Droppová Zuzana, 8, 177
Duffek Marián, 316
Dvořáková Vlasta, 23

Dz

Dziewisz Edyta, 50, 73, 378

F

Filická Jana, 52
Filipp Peter, 155
Friediger Teresa, 142, 374

G

Gajdoš Miloslav, 187
Gąsienica-Walczak Bartłomiej, 77, 266
Geberová Katarína, 291
Góźdź Stanislaw, 376
Grus Cyril, 187
Gulášová Ivica, 283, 325, 332, 355, 364
Guty Edyta, 95, 157, 189, 299, 323, 340, 354

H

Hanáčková Romana, 249
Hlinková Soňa, 93, 321
Horváth Sándor, 331
Hruboň Antonín, 139
Hruška Ján, 332, 355, 364
Hudáková Zuzana, 77, 142, 245, 264, 266, 374
Hýlová Martina, 211

C

Chrenková Oľga, 52

I

Ižová Marcela, 43

J

Jablonský Jozef, 45, 139
Justhová Peterková Nadežda, 364

K

Khoshab Hamid, 372
Kijanka Justyna, 189
Kisvetrová Helena, 38, 249, 262, 281
Kłos Alicja, 56
Kober Lukáš, 69, 203, 228
Kolarová Marina, 168, 264
Kopáčiková Mária, 69
Kowalska Agata, 28, 170
Kozel Matúš, 187
Kozimala Magdalena, 189, 340
Králová Anna, 93
Król Halina, 373, 376, 382
Křivánková Kateřina, 211

Kuniczkowska-Szklarek Anna, 28, 170
Kurová Iveta, 71
Kurzeja Piotr, 77, 266
Kutiš Peter, 168, 243

L

Labáková Miroslava, 43
Lacko Anton, 291
Łapa Angelika, 77
Lehotská Mária, 75
Lepej Ján, 291
Lesňáková Anna, 245, 374
Littva Vladimír, 69, 93, 243, 264
Lysá Ľudmila, 374

M

Macek Paweł, 373, 376
Madarász Štefan, 8, 177
Magdalena Kozimala, 323
Magerčiaková Mariana, 314
Majchrowicz Bożena, 95, 157
Mańkowska Anna, 340
Markowski Kamil, 50, 73, 380, 382
Matušková Barbora, 245
Miecznikowska Julia, 230
Miecznikowski Marcin, 230
Michno Paulina, 124
Minarik Milan, 133, 318
Moraučíková Eva, 141
Mráčková Lucie, 281

N

Nechvátal Pavol, 187
Nováková Lada, 23
Nováková Mária, 106
Novysedláková Mária, 108, 321
Nowak-Starz Grażyna, 28, 73, 170, 252, 373, 382

O

Ondrášik Ivan, 36, 111
Ondrášiková Katarína, 111

P

Peterková Justhová Nadežda, 283, 325, 355
Petríčková Šťastná Alexandra, 201, 268
Pochybová Monika, 106
Poľanová Monika, 247
Pomaki Michaela, 211
Popovičová Mária, 212
Porvazník Igor, 203, 247
Pruchnicka Ewelina, 56
Prusak Jarosław, 77, 266
Przybyszewska Kinga, 219

R

Rębak Dorota, 382
Rusnák Róbert, 331, 372

S

Sekaninová Nikola, 338
Sekerák Michal, 318
Simočková Viera, 119
Skowronek Tomasz, 376
Sláviková Mária, 338
Sloboda Tomáš, 155, 312
Solovič Ivan, 93, 203, 247
Starz Roman, 382
Svobodová Pavla, 241
Szpringer Monika, 209, 289
Szurmik Tomasz, 77, 266

Š

Šichman Marek, 133, 318
Šutvajová Miroslava, 40

T

Terek-Derszniak Malgorzata, 376
Timko Jaroslav, 247
Tomala Katarzyna, 252
Tomanová Jitka, 249
Tomaszewska Katarzyna, 95, 124, 157
Tonhajzerová Ingrid, 338
Trojnar Patrycja, 270, 299
Tupá Miriam, 36
Tupý Jaromír, 36, 52, 79, 111

U

Urban Miroslav, 45, 139

V

Valjentová Barbora, 201, 268
Váverková Renáta, 262
Višňovcová Zuzana, 338

W

Wojciechowska Mariola, 185, 209, 289
Wójcik Tomasz, 50, 382

Z

Zajacová Tatiana, 247
Zajchowska Janina, 189, 323, 340
Zięba Ewa, 382
Zrubáková Katarína, 108, 141, 321

Názov : Zborník z medzinárodnej konferencie
RUŽOMBERSKÉ ZDRAVOTNÍCKE DNI 2019 – XIV. ROČNÍK

Recenzenti : doc. PhDr. Mgr. Vladimír Litva, PhD., MPH.
doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
MUDr. Adrian Kališ, PhD.
PhDr. Mgr. Mariana Magerčiaková, PhD.
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
PhDr. Marek Šichman, PhD.
Ing. Lukáš Zachar, PhD.

Redakcia : MUDr. Jaromír Tupý, PhD., prof. MUDr. Anton Lacko, CSc.,
PeadDr. RNDr. Mária Nováková, PhD., Ing. Mgr. Imrich Andrási

Vydalo : VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Počet strán : 388
Náklad : elektronická publikácia
URN http://www.ku.sk/index.php/fakulty-a-pracoviska/fakulta-zdravotnictva/fz-veda-a-vyskum/fz-publikacna-cinnost
Vydanie : prvé
Formát : A 4
Vydané : 2019

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

ISBN 978-80-561-0699-0