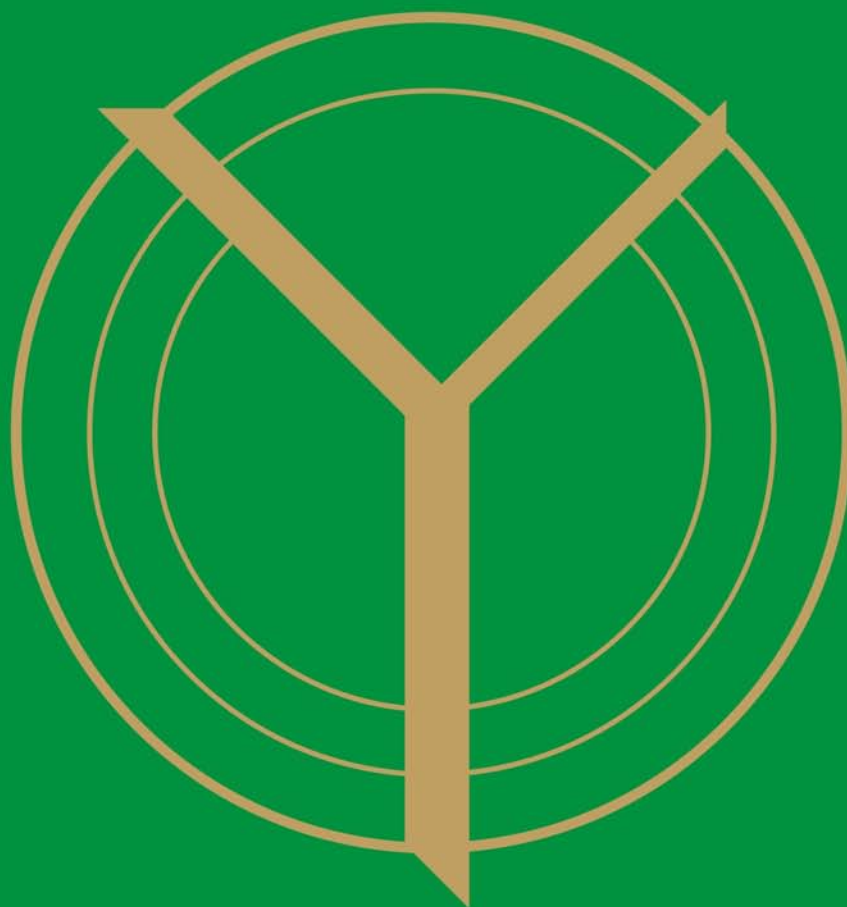


ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

ROČNÍK III.
2010

ČÍSLO 1



ODBORNÝ ČASOPIS
FAKULTY ZDRAVOTNÍCTVA
KATOLÍCKEJ UNIVERZITY V RUŽOMBERKU



OBSAH

Lacko, A.: Predhovor	2
-----------------------------------	---

VEDECKÉ PRÁCE

Chrapan, J., Lacko, A., Ondrejka, J., Čombor, I.: Fyzikálne princípy diagnostiky a liečby rádionuklidmi <i>Physical Principles of Diagnostic and Therapy by using radio nuclides</i>	3
Camberová, A., Popovič, E., Ďurej, V.: Vplyv edukácie na motiváciu mladých ľudí k darcovstvu krvi – plnenie krvného programu <i>The Impact of Education to Motivate Young People to Give Blood - The Implementation of Blood Program</i>	6
Lacko, A., Straka, J., Rusnák, R., Kodaj, J.: Vyšetrenie mikrocirkulácie a plazmatického endotelínu u diabetikov <i>Examination of the Microcirculation and Plasma Endothelia in Diabetic Patients</i>	10
Tupý, J., Vargová, Z.: Vybrané genetické mutácie vrodenej trombofílie na HTO ÚVN-FN Ružomberok <i>Selected Genetic Mutations in Congenital Thrombophilia in HTO Central Military Hospital, Ružomberok FN</i>	13
Zacharová, E.: Motivační faktory ovlivňující práci sestry <i>Motivational Factors Influencing the Work of Nurses</i>	19

ODBORNÉ PRÁCE

Gadušová, M.: Farmakoterapia a interakcie liekov v starobe <i>Pharmacotherapy and Drug Interactions in Elderly</i>	23
Hudáková, Z.: Pohľad verejnosti na bezdomovectvo <i>The Public View on Homelessness</i>	30
Gulášová, I., Breza, J. ml., Breza, J.: Uplatňovanie princípov zdravotníckej a ošetrovateľskej etiky pre zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti. <i>Implementation of the Principles of Health Care and Nursing Ethics for Improving the Quality Rendered by the Nursing Care and Health Care</i>	34
Kopáčiková, M., Lauková, M.: Paliatívna starostlivosť v domácom prostredí z pohľadu sestry <i>Palliative Care at Home from the Perspective of Nurses</i>	37
Hlinková, S., Lesňáková, A., Púčať, P.: Definície infekcií v mieste chirurgického výkonu <i>Definitions of Infection at the Surgical Workplace</i>	41
Stančík, J., Ryšková, V.: Psychosociálne aspekty ošetrovania v onkológii <i>Psychosocial Aspects of Care in Oncology</i>	44
Simočková, V.: Vybrané teórie využiteľné v pôrodnej asistencii <i>Selected Theories Useful in Midwifery</i>	48
Novosedláková, M.: Prieskum postoja žien k inkontinencii moču <i>Survey about Attitudes of Women toward Urinary Incontinence</i>	50
Tupý, J.: Protrombotické komplikácie v gravidite <i>Prothrombotic Complications in Pregnancy</i>	54
Zacharová, E., Kyasová, M.: Umění komunikace se seniory <i>Art of Communication with Seniors</i>	59
Gulášová, I., Breza, J. ml., Breza, J.: Prieskum informovanosti laickej a odbornej verejnosti k problematike odberov a transplantácie obličiek. <i>Survey of Information of the Lay and Professional Public to the Problem of Renal Transplantation</i>	62
Ondrášik, I.: Daseinsanalytická koncepcia psychoterapie <i>Daseinsanalytic Concept of Psychotherapy</i>	69

POZNATKY Z MOBILITY

Hudáková, Z., Kašová, L., Ratislavová, K., Kroupová, L.: Relaxáciou proti stresu vo výučbe študentov ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie <i>Relaxation against Stress in Teaching Nursing and Midwifery Students</i>	72
--	----



ZDRAVOTNÍCKE ŠTÚDIE

REDAKČNÁ RADA

Predseda:

prof. MUDr. Anton LACKO, CSc.

Vedecký sekretár:

doc. PhDr. Vladimír LITVA, PhD., MPH

Šéfredaktor: Ing. Ján SVORAD

Tajomník: Ing. Karel KOMÁREK, PhD.

Členovia:

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

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

Vydavateľ: VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku

Redakcia: Edičné stredisko Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Námestie Andreja Hlinku 48, 034 01 Ružomberok

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

Tlač: Vydavateľstvo M. Vaška Prešov, <http://www.vmv.sk>

E-mail: jan.svorad@ku.sk

ISSN 1337-723X

Evidenčné číslo: EV 2963/09

Vychádza 2x ročne

© Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Predhovor

Vážení čitatelia odborného časopisu *Zdravotnícke štúdie*. Tieto riadky, ktoré budete čítať, redakcia časopisu pripravuje v nových priestoroch budovy Fakulty zdravotníctva KU na adrese uvedenej v tiráži. Už dlhší čas fakulta zápasila s nedostatkom priestoru a to aj napriek ústretovosti vedenia Ústrednej vojenskej nemocnice SNP – Fakultná nemocnica v Ružomberku.

Zakúpením budovy, ktorá sa nachádza v bezprostrednej blízkosti rektorátu Katolíckej univerzity a nasledovnou rekonštrukciou sa vytvorili podmienky pre ďalšie skvalitňovanie výchovno-vzdelávacieho procesu.



Obr. 1 Pohľad na budovu rektorátu KU z pracovne dekana Fakulty zdravotníctva



Obr. 2 Nová budova Fakulty zdravotníctva KU

Začiatkom mesiaca apríl 2010 bola budova skolaudovaná a priestory Fakulty zdravotníctva vysvätil 14. apríla 2010 spišský diecézny biskup J. E. Mons. František Tondra. Vysviacky sa zúčastnili rektor Katolíckej univerzity Tadeusz Zasepa, riaditeľ Ústrednej vojenskej nemocnice SNP-FN Igor Čombor, primátor mesta Ružomberok Michal Slašťan a ďalší významní hostia. V príhovoroch odznali slová uznania na adresu zamestnancov fakulty, ktorí za 5 rokov činnosti vytvorili priestor pre rozvoj a skvalitňovanie vzdelávania zdravotníckych pracovníkov na Slovensku.



Obr. 3 Svätá omša pri príležitosti vysviacky priestorov novej budovy FZ KU



Obr. 4 Príhovor rektora KU v nových priestoroch Fakulty zdravotníctva KU

V novej budove fakulty sa nachádzajú veľmi atraktívne, moderne vybavené pracoviská pre teoretické aj praktické vyučovanie, ale tiež priestory pre konanie vedeckých a odborných konferencií. V nich sa už v mesiaci máj 2010 uskutočnilo celoštátne kolo študentskej vedeckej-odbornej činnosti a medzinárodné sympóziu o bioetike s bohatou účasťou našich a zahraničných hostí z Kanady, z Poľska, Maďarska a Česka, pri príležitosti osláv 10. výročia vzniku Katolíckej univerzity v Ružomberku.

Súčasný priestor a vybavenie fakulty v budúcnosti umožní prípravu a vzdelávanie študentov v ďalších pripravovaných študijných programoch.

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

Fyzikálne princípy diagnostiky a liečby rádionuklidmi

Ján Chrapan, Anton Lacko, Juraj Ondrejka, Igor Čombor

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

V práci je navrhnuté použiť myšlienku F. Hartworna, na využitie reakcie ${}_5\text{B} + n \longrightarrow {}_6\text{C} + \beta$ na rádiofarmakum označovaného ${}_5\text{B}$, pre onkologickú terapiu.

Kľúčové slová: Onkologická terapia. Rádiofarmaká. Izotopy bóru.

Summary

The work is about idea of F. Hartworna which use reaction ${}_5\text{B} + n \longrightarrow {}_6\text{C} + \beta$ at radiopharmaceutical labeling ${}_5\text{B}$, for oncological treatment.

Key words: Oncological therapie. Radiopharmaceuticals. Isotops bor.

Úvodné poznámky

Nežiaduce bujné rozmnožovanie živých buniek, ktorých spúšťačiaci mechanizmus dnes ešte nie je dostatočne známy, sa bežne označuje ako rakovina. Rakovina je v súčasnosti jedna z najčastejších spoľahlivo nevyliciteľných smrteľných chorôb. Hovoríme im moderné choroby. Preto je samozrejmé, že sa na boj s rakovinou sústreďujú dostupné mozgové i materiálne prostriedky ľudstva a hľadajú sa rôzne liečebné metódy. Rozdeliť ich môžeme do troch základných skupín: Nutnou podmienkou terapie je mentálna základňa. Postihnutý musí byť psychicky vyrovnaný a mať silnú vieru v uzdravenie. Ďalšie metódy sú založené na biochemických postupoch. Tu je známa chemoterapia. Fyzikálne metódy terapie rakoviny spočívajú v mechanickom odstránení postihnutých buniek a to priamo chirurgickým odstránením zhľuku takýchto buniek - operáciou alebo ničením jednotlivých postihnutých buniek rádioaktívnym žiarením α , sú známe kobaltové bomby, tokmi častíc β , ktorými sú betatrónmi urýchlené elektróny, či najmodernejšie tokmi protónov, urýchlených cyklotrónmi [1]. Neutrónová terapia naráža na fyzikálne problematické smerovanie toku elektricky nenabitých neutrónov. Fyzici v tomto storočí vyšli s myšlienkou dopraviť do rakovinových buniek látku, obsahujúcu nestabilné nuklidy, čím podnietili lekárov k vzniku odboru známeho ako nukleárna medicína [2]. Rádioaktívne látky, všeobecne známe ako rádiofarmaká po zabudovaní do bunky v tele, poskytujú informácie o jej transportných procesoch v tele (trasery) a o látkovej výmene, ktorá informuje o vitalite organizmu. Molekuly rádiofarmák, značené rádioaktívnymi atómami, ktoré sa ľahko vbudujú do živých orgánov, sa v bunke samovoľne rozpadnú. Produkty ich rozpadu tvoria merateľné rádioaktívne žiarenie. Meraním intenzity tohoto žiarenia získavajú odborníci informácie, ktoré potrebujú na určenie stavu organizmu a mieste, kde sa prípadná porucha nachádza.

Bor – mína proti rakovine

Energia, uvoľnená rádioizotopom pri jeho rozpade, sa rozdelí medzi produkty rozpadu. Tieto prenikajú bunkou, do ktorej sa rádionuklidy zabudovali a bunku zničia. Americký fyzik profesor Frederik Hawthorne je tej mienky, že skupina rádiofarmák, vyvinutá v Kalifornskej univerzite v Los Angeles počiatkom 21. storočia, obsahujúca vo svojej molekule bór,

poskytuje možnosť dopraviť atóm bóru priamo do rakovinovej bunky. Tento sa potom reakciou zachytenia neutrónu, mení na rádioaktívne izotopy, ktoré svojim rozpadom rakovinové bunky zničia bez toho, aby poškodili zdravé bunky v okolí. Hawthorne hovorí, že „atóm bóru možno považovať za mínu, sediacu uprostred bunky, až kým ho niečo neaktivuje. To niečo je v tomto prípade zachytený neutrón. Keď sa tak stane, uvoľnená energia rakovinové bunky zničí.“

Opísaný postup využíva už od polovice minulého storočia známy princíp detekcie pomalých neutrónov metódou rádioaktívnych indikátorov, ktorá sa využíva pri aktívnej analýze [3]. Opiera sa aj o v rádiodiagnostike overenú myšlienku, použiť interný zdroj žiarenia, na rozdiel od všeobecne známych postupov identifikovania nádorov prežarovaním organizmov externými zdrojmi prenikavého žiarenia [4]. Interné zdroje sa používajú v radiačnej onkológii. Radiačná onkológia na Slovensku vznikla v roku 1954 vo Výskumnom ústave onkológie a rádiológie v Bratislave, pod vedením doc. MUDr. Ďurkovského, kde sa vychovali desiatky rádioterapeutov a zaviedlo sa mnoho ožarovacích liečebných metód. Spočiatku to boli metódy využívajúce ako ožarovacie prístroje rtg. zariadenia, pochádzajúce ešte z čias druhej svetovej vojny. Neskôr ich doplnili kobaltové bomby, postupne lineárne urýchľovače elektrónov a začiatkom tretieho tisícročia urýchľovače vysokoenergetických protónov, s energiou niekoľkých stovák MeV. Aplikáciou rádioizotopu do telesných dutín pacienta sa začala rozvíjať brachyterapia. U nás to začalo v sedemdesiatych rokoch 20. storočia.

Vo svetle uvedených skutočností môžeme konštatovať, že americký fyzik profesor Frederik Hawthorne upozornil na práce, ktoré vedú k vytvoreniu nového rádiofarmaka, do ktorého atómov je vbudovaný bór, aby tam poslužil ako „mína“ na zničenie chorých buniek.

Rádiofarmaká, používané v nukleárnej medicíne

V súčasnosti sa používajú rádiofarmaká s rôznym určením, podľa druhu vyšetrenia:

- záťažová a pokojová scintigrafia myokardu – SPECT (${}^{99\text{m}}\text{Tc}$ - MYOWIEV)
- rádionuklidová ventrikulografia (${}^{99\text{m}}\text{Tc}$)
- pokojová scintigrafia myokardu SPECT (${}^{123\text{I}}$ MIBG)
- pokojová scintigrafia myokardu PET (${}^{18\text{F}}$ FDG)

- perfúzna scintigrafia mozgu (^{99m}Tc HMPAO)
- zobrazenie bazálnych ganglií v mozgu (^{123}I Ioflupane DaTSCAN)
- scintigrafia štítnej žľazy (^{99m}Tc)
- vyšetrenie prištítných teliesok (^{99m}Tc pertechnetát a ^{99m}Tc Myoview, alebo ^{99m}Tc MIBI)
- dynamická scintigrafia obličiek (^{99m}Tc DTPA, ^{99m}Tc MAG3)
- statická scintigrafia obličiek (^{99m}Tc DMSA)
- scintigrafické zobrazenie trombov (^{99m}Tc tromboscent)
- rádionuklidová lymfografia končatín (^{99m}Tc lymfoscint)
- rádionuklidové vyšetrenie tkanivového klírensu v podkoží i vo svaloch ($\text{Na } ^{131}\text{I}$)
- perfúzna scintigrafia pľúc (^{99m}Tc MAA)
- rádionuklidová venografia (^{99m}Tc -MAA)
- rádionuklidové vyšetrenie strát krvi GIT-om značenými autológnyimi erytrocytmi (ULTRATAG RBC)
- scintigrafická diagnostika hemangiómu pečene značenými autológnyimi erytrocytmi (ULTRATAG RBC)
- scintigrafická diagnostika Meckelovho divertikla (^{99m}Tc)
- celotelová scintigrafia skeletu, trojfázová scintigrafia skeletu (^{99m}Tc MDT),
- rádionuklidová hepatocholescintigrafia (^{99m}Tc HIDA)
- diagnostika zápalových stavov (^{99m}Tc Leukoscint)
- scintigrafia slinných žliaz (^{99m}Tc)

V snahe minimalizovať zásah do organizmu, vytvárajú sa rôznorodé zlúčeniny, minimalizujúce dobu ožiarenia, s čo najmenšou energiou žiarenia, vhodné na širokú paletu diagnostických úkonov, ako je uvedené vyššie. Pre sledovanie ischémie myokardu sa používal ^{201}Tl chlorid. Toto rádionuklidové informovalo o stave pečene prekrvenia myokardu. Pomerne dlhá retenčná doba v organizme (polčas rozpadu v organizme je 72 hodín), čo ho nerobí ideálnym a preto sa v osemdesiatych rokoch minulého storočia začali používať iné rádionuklidy.

Spomínané rádionuklidové sú v podstate prostriedkom na vnesenie rádioaktívneho indikátora do buniek vyšetřovaného orgánu. Samostatným problémom je prístroj, ktorý detekovaním žiarenia rádionuklidu v organizme, poskytuje odborníkom informácie o stave a funkcii orgánu. Na tento účel sa v zásade využívajú detekčné zariadenia, známe z experimentálnej jadrovej fyziky [3]. Koncom minulého storočia takéto zariadenia, budované pre účely zdravotníctva, prešli náročnými zdokonaľovacími zásahmi.

Prístroje nukleárnej medicíny

Moderné detekčné techniky a zobrazovacie metódy nukleárnej medicíny koncom 20. storočia získali možnosť využívať samočinné počítače, so špecializovaným softwarom a tak umožnili podrobne sledovať metabolické deje buniek, zobraziť funkčnosť orgánov a zachytiť patologické deje na úrovni živých buniek [5]. V súčasnosti je zdravotníctvo vybavené takýmito špecializovanými druhmi tomografov, u ktorých sa zdokonaľuje ich citlivosť, rozlišovacia schopnosť a minimalizuje sa nežiadúci vplyv použitého žiarenia na pacienta. Sú to sofistikované 3D spektrometre s externými alebo internými zdrojmi žiarenia. Posledné roky 20. storočia priniesli pozitronové emisné tomografy (PET systémy), magnetické rezonátory a citlivé röntgenové prístroje.

Hawthorne upozorňuje na nový smer vývoja nukleárnej

medicíny. Jeho cieľom je vyvinúť vhodné rádionuklidové farmakum, značené izotopmi – mínami v nežiadúcich bunkách s vhodnou rozbuškou. Túto rozbušku treba aplikovať čo najšetrnejšie voči zdravým bunkám. Pre tento účel sa skutočne najlepšie hodia toky neutrónov. Pokúsme sa zostaviť možné „mínové farmakum“. Využijeme známu informáciu o bóre. Všimneme si tabelované hodnoty rádioaktívnych vlastností bóru. Známych je 6 izotopov. Izotopy ^{10}B a ^{11}B sú stabilné. Tvoria 19,61 a 80,39 % prírodného bóru s hmotnosťou 10,012 939 u a spinom 3; resp. 11,009 305 u a spinom 3/2. Izotopy 8, 9 a 12, 13 sú β aktívne s polčasmi rozpadu cca 0,2 až 0,8 s; energia ich rozpadov je impozantných 13 MeV. K tomuto sa z okolia Mendelejevovej tabuľky izotopov blíži len ^8Li a izotopy 12 a 16 ^7N . [6]

Izotopy bóru intenzívne pohlcujú tepelné neutróny. Tým sa stabilný ^{11}B mení na β rádioaktívny s už s uvedenými sekundovými polčasmi premeny. Rozpadom vznikajú elektrón a izotop ^{10}Be , ktoré sa rozletia rôznymi rýchlosťami a odnášajú si energiu rozpadu. Ich rýchlosti sú v opačnom pomere k ich hmotnostiam. Hmotnosť elektrónu je tak malá, že ju môžeme zanedbať ($m_e = (9,10830 \pm 0,00003) \cdot 10^{-31} \text{ kg}$) [7], takže bunkou sa po reakcii zachytenia neutrónu začne pohybovať atóm berýlia energiou blízkou 13 MeV. Počas svojho pohybu bunkovou látkou, ktorú možno simulovať vodou, doletí do vzdialenosti asi 13 mm, pričom narazí na niekoľko miliónov atómov [8] a vyradí životné funkcie buniek.

Záverečné poznámky

Z pohľadu rozvoja onkológie je potrebné vyvinúť rádionuklidové značené stabilnými izotopmi podobných jadrovofyzikálnych vlastností, ako má bór. Šťastím pre výskumníkov je, že bór je vhodný pre vbudovanie do rozmanitých organických zlúčenín. Od polovice 20. storočia sa využívajú bórovodivky pre získavanie výkonných raketových palív a v experimentálnej neutrónovej fyzike BF_3 alebo $\text{B}(\text{CH}_3)_3$ slúži ako náplň proporcionálnych detektorov pomalých neutrónov. B. V. Nekrasov upozorňuje na susedné polozenie bóru a uhlíka v Mendelejevovej tabuľke prvkov a tak na ich analogickú možnosť kombinácií a vytesňovania v molekulách sacharidov, lipidov, tukov, proteínov a ďalších organických zlúčenín, teda látok, ktoré sa podieľajú na stavbe molekúl tvoriace bunky. Upozornil tak na vznik novej oblasti organickej chémie [9].

V načrtnutom probléme sme riešili jadrovofyzikálnu časť: vytipovaný je nuklid, vhodný na terapiu onkologických porúch, jasný je aj výber spúšťačieho zdroja, ktorým môže byť prírodný alebo umele vytvorený zdroj pomalých neutrónov s vhodnými kolimátormi a spôsob ochrany pred nežiadúcim ožiarением pacienta. Na to stačí vhodne aplikovať postupy, osvedčené pri ochrane pracovníkov jadrových zariadení pred neutrónovým žiarením. Neriešeným ostáva výber vhodnej organickej látky, ktorá vyhoví trom požiadavkám:

1. bude ju možné značiť niektorým z dvoch stabilných izotopov bóru,
2. diagnostikované telesné orgány ju budú selektívne prijímať a vo svojich bunkách ukladať, pokiaľ tento rozpadom vzniklý atóm uhlíka neumŕtvi,
3. reakciou zachytenia neutrónu $^3_0\text{B} + n \rightarrow ^6_6\text{C} + \beta$, vytvorené produkty reakcie nebudú škodiť zdravému organizmu. Nájst takéto rádionuklidové farmakum a potom ho previesť chemickými a fyzikálnymi skúškami kvality nie je jednoduché a je to časovo náročné. Až potom nastúpia viacročné klinické skúšky.

Literatúra

1. Kolektív: Atómy na Slovensku. SNUS Bratislava 2005. 273 s. ISBN 80-89090-17-6
2. Furiová, A.: Dejiny nukleárejš mericíny na Slovensku. MaF 2005, s 13-22, ISBN 80-88682-65-7.
3. Usačev, S. a kol. Experimentálna jadrová fyzika ALFA Bratislava, SNTL Praha. 1982. 544 s.
4. Chrapan, J., Komárek, K., Podhorský, D.: Základy biofyziky II.časť. FZ KU Ružomberok, 2009. 242 s. ISBN 978-80-80/84-296-3
5. Lacko, A., Bestvina, D., Hruboň, A., Chrapan, J.: Vplyv ionizujúceho žiarenia na organizmus na úrovni buniek.. In:Zborník Vojenskej akadémie v Liptovskom Mikuláši, 2001, VIII,4, s 63-73.
6. Chrapan, J.: Atómová a jadrová fyzika – tabuľky. ER UK Bratislava 1980, s. 128
7. Chrapan, J., Komárek, K.: Základy biofyziky I.časť. FZ KU Ružomberok, 2006. 144 s. ISBN 80-8084-129-2
8. Chrapan, J.: Radiačná chronológia, Alfa Bratislava, 1974, 280 s.
9. Tichá, E.: Bór – história a využitie. MaF Liptovský Mikuláš 2010, s.24 ISBN 978-80-89456-02-4

Recenzenti:

prof. RNDr. Ján RUŽIČKA, DrSc.
MUDr. Dušan BESTVINA

Kontakt:

prof. RNDr. Ján CHRAPAN, DrSc.
Mierové námestie 4/12
903 01 Senec

Vplyv edukácie na motiváciu mladých ľudí k darcovstvu krvi – plnenie krvného programu

Alena Camberová¹, Lubomír Popovič², Vladimír Ďurej¹

¹Ústredná vojenská nemocnica SNP - fakultná nemocnica, Ružomberok

²Katolícka univerzita, Fakultná nemocnica, Ružomberok

Súhrn

Zabezpečenie lôžkových oddelení nemocníc krvou je riešené systémom distribúcie z hematologicko – transfuziologického oddelenia (HTO) alebo Národnej transfúznej služby (NTS), ktoré uskutočňujú odbery krvi od dobrovoľných darcov priamo na HTO, NTS ale i pomocou mobilnej odberovej jednotky. Pre prípad havarijných stavov, hromadných nešťastí veľkého rozsahu a nebudaj teroristických útokov, ev. vojnových konfliktov je treba mať k dispozícii kedykoľvek zásobu erytrocytov. Z tohto dôvodu je nutná výchova k darcovstvu krvi. Výchova k darcovstvu, rozvoj darcovstva krvi a plnenie krvného programu prostredníctvom systematického nábory prvodarcov, ale i dlhodobých, stabilných darcov krvi by mali patriť medzi priority HTO či NTS.

Kľúčové slová: Bezpríspevkové darcovstvo krvi. Transfúziológia. Motivácia. Nábor darcov krvi. Edukácia.

Summary

Providing the ward blocks of hospitals with blood made by a distribution system from the department of hematology and transfusionology (DHT) or National transfusionologic service (NTS), which are performing blood taking from voluntary blood donors, right at DHT station and NTS, but also by mobile blood-taking unit. In case of a disaster, massive disasters of a wide range, terroristic attacks or even war conflicts, it is needed to have a supply of erythrocytes anytime available. Because of this reason the education to blood donation is necessary. Education to blood donation, development of blood donation and fulfilling the blood program by systematic intake of first time donors, but also long-time, stable blood donors, should belong among priorities at DHT and NTS.

Key words: Non-beneficial blood donation. Transfusionology. Motivation. Intake of blood donors. Education.

Úvod

Úloha náhrady ľudskej krvi a jej komponentov ešte stále nie je prekonaná a v správne indikovaných prípadoch je krv nezastupiteľná. Napriek vytrvalým snahám vedcov vytvoriť po každej stránke plnohodnotnú „umelú krv“ sa to nepodarilo, pretože náhrada hemoglobínu je síce reálna, ale nikdy sa nezrealizuje „výroba“ umelých červených krviniek. Krv so všetkými svojimi zložkami je svojim spôsobom dokonalá a nie je v súčasnosti reálne jej komplexné nahradenie. Naďalej zostáva jej výlučným a nenahraditeľným zdrojom darca krvi – zdravý človek. Krv sa pre obdarovaného neraz stáva jediným prostriedkom na prežitie. Napriek tomu, že my ľudia radi obdarovávame svojich blízkych, práve krvi býva nedostatok. K darovaniu krvi preto treba viesť ľudí už od malička, aby sa stalo prirodzenou súčasťou ich života v dospelosti.

Transfuziológia je vedný odbor, ktorý sa zaoberá spracovaním krvi a jej využitím na liečebné účely – t.j. hemoterapiou. V podmienkach SR pracuje podľa Európskych noriem správnej výroby a laboratórnej praxe, pod kontrolou Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv. Krv a jej súčasti možno využiť ako liečebný prostriedok, ktorý nahrádza chorému to, čoho má v krvi nedostatok následkom choroby, alebo patogénneho vplyvu z vonkajších príčin. Celá transfúziológia je priamo spojená s kľúčovou podstatou – s darcom krvi a so zdravotnými otázkami súvisiacimi s darcovstvom krvi. Základom pre úspešné zabezpečenie úloh transfúznej služby v SR je vytvorenie Národnej transfúznej služby (NTS), rozhodnutím NR SR s účinnosťou od 01. 01. 2004.

NTS je aktuálne, celoštátne, odborne a jednotne vedený systém, ktorý sa skladá z ôsmich krajských spracovateľských stredísk a ostatných transfúzných (väčšinou okresných) staníc v postavení

odberového pracoviska. Okrem NTS plnenie úloh súvisiacich s komplexnou produkciou krvných prípravkov v podmienkach maximálnej efektívnosti, zabezpečenie hemoterapie najvyššej možnej kvality a bezpečnosti v požadovanom objeme a dosiahnutie sebestačnosti v jej produkcii zabezpečuje aj Hematologicko – transfúziologické oddelenia (HTO) Vojenskej nemocnice SNP - FN v Ružomberku, ktoré ako jediné transfúzne pracovisko nie je súčasťou NTS.

Základnou úlohou transfúznej služby je dosiahnutie národnej sebestačnosti v produkcii krvi a plazmy ako zdrojov na výrobu krvných derivátov, zabezpečenie všeobecnej dostupnosti krvi a krvných derivátov, dosiahnutie najvyššej možnej bezpečnosti hemoterapie a zabezpečenie hemoterapie vo výnimočných situáciách.

Náplň činnosti transfúznej služby

- spoluúčasť pri výchove a nábore darcov krvi
- starostlivosť o darov krvi
- odbery krvi, jej spracovanie a výroba krvných komponentov
- vykonávanie produktívnych hemaferéz
- vykonávanie liečebných hemaferéz
- vykonávanie autológnych odberov krvi
- kontrola kvality transfúzných prípravkov
- vykonávanie imonohematologických vyšetrení súvisiacich s hemoterapiou
- vytváranie registrov darcov krvi
- spolupráca s hraničnými a inými odbormi

Pracoviská transfúznej služby

HTO sa skladajú z časti hematologickej, transfúziologickej a laboratórnej. Transfúziologickú časť tvorí úsek darcov krvi, ktorý v spolupráci so Slovenským Červeným krížom zabezpečuje organizovanie darcovstva krvi v spádovej oblasti, spolupracuje s ním pri nábore bezpríspevkových darcov krvi (BDK), vykonáva vyšetrenia darcov krvi a poskytuje im predpísanú starostlivosť. Má na starosti výchovu darcov a zdravotnú výchovu so zameraním na potreby transfúznej služby. Vykonáva dispenzárnú starostlivosť o stálych darcov krvi. Úsek odberu krvi zabezpečuje odber krvi a starostlivosť o darcov krvi počas odberu a po odbere.

Úsek spracovania krvi zabezpečuje spracovanie odobratej krvi na krvné komponenty, kontrolu kvality transfúzných prípravkov, prípravu plazmy na priemyselné spracovanie a spolupracuje s nemocnicou v otázkach hemoterapie.

Úsek hemaferéz vykonáva produktívne i liečebné plazmaferézy a cytaferézy v dnešnej dobe už za použitia krvinkových separátorov.

Úsek autotransfúzií zabezpečuje odbery krvi od darcov pre potreby autológnych transfúzií.

Úsek kryokonzervácie zabezpečuje skladovanie erytrocytov, plazmy, periférnych kmeňových buniek v zmrazenom stave. K transfúziologickej časti patrí aj úsek skladovania a expedície transfúzných prípravkov.

Laboratórna časť zahŕňa úsek hematológie a cytologie, hemostazeológie, imunohematológie, úsek špeciálnej biochémie a úsek kontroly kvality.

Krvná banka sa zriaďuje v každom zdravotníckom zariadení, v ktorom sa vykonávajú transfúzie. Jej úlohou je skladovať transfúzne prípravky, zabezpečovať styk s príslušnými oddeleniami nemocnice a vykonávať laboratórne vyšetrenia súvisiace so zabezpečením kompatibilnej transfúzie. Ak je v nemocnici HTO, resp. iba transfúziologické oddelenie, tak toto oddelenie plní funkciu krvnej banky.

Výchova a nábor k darcovstvu krvi

Dostatok krvi neodmysliteľne súvisí s pravidelným a dostatočným počtom dobrovoľníkov – aktívnych darcov krvi, ktorí chodia darovať krv nielen podľa svojho vlastného uváženia, keď sa to im hodí, ale svoju vyspelosť dokazujú i tým, že spolupracujú s transfúziologickým pracoviskom a darujú krv na požiadanie v prípade súrnej žiadosti, či nedostatku. Výchova k darcovstvu krvi je samozrejmosťou už od detstva v mnohých krajinách. Deti v predškolských a školských zariadeniach vedia, že musia existovať dobrovoľníci ochotní darovať vzácnu tekutinu, aby iní mohli vyzdraviť.

Nábor darcov krvi patrí medzi nosné úlohy Slovenského červeného kríža (SČK). Na nábore, či získavaní darcov krvi spolupracujú NTS a SČK, ktoré zatiaľ ako jediné organizácie to robia profesionálne s bohatým prispievaním početných dobrovoľníkov, či už členov SČK, alebo pracovníkov škôl, vojakov, či zamestnancov. Cieľom nábore je dosiahnuť stopercentný podiel bezpríspevkových darcov krvi na všetkých odberoch krvi, a sebestačnosť Slovenska v zásobovaní krvou a krvnými derivátmi. Tento neľahký cieľ možno dosiahnuť len zvyšovaním počtu prvodarcov, aktivizovaním registrovaných darcov krvi a väčším zapojením sa príbuzných a známych hospitalizovaných osôb do darovania krvi. Využívajú sa k tomu

rôzne metódy horeného slova, písaného slova, masmediálna komunikácia. Internet využíva kombináciu písaného i hovoreného slova s možnosťou poslať e-mail. Bežne sú dostupné stránky, ktoré informujú o možnostiach, spôsoboch i podmienkach darcovstva krvi, o príprave na odber, atď. (www.ntssr.sk, www.darujkrv.sk). Pri nábore darcov k darovaniu krvi je najdôležitejšie opakované informovanie darcov krvi a vysvetľovanie. Človek, ktorý sa rozhoduje, či pôjde prvý raz darovať krv musí mať dobré, jemu zrozumiteľné informácie, aby sa zbavil strachu a obáv, ktoré sú zbytočné. Táto činnosť je veľmi zdĺhavá a výsledky sa dostavia až neskôr. Okrem uvedených organizácií neexistujú iné, ktoré by profesionálne uskutočňovali nábor. Preto sa stretávame s nepravidelným zásobovaním transfúziologických pracovísk darcami krvi. Raz je ich príliš veľa, inokedy málo. Je preto potrebné robiť náborové kampane – „Vianočná kvapka“, „Valentínska“, či „Študentská kvapka krvi“, aby bolo krvi dostatok. Najlepší spôsob získania darcu je vlastný príklad, pričom „nedarca“ by sa mal pripojiť a sprevádzať darcu na odber. Na prosperitu tejto aktivity neexistuje finančná podpora. Jedinou materiálnou protislužbou pre darcov je malé občerstvenie, ktoré dostávajú pred a po odbere krvi. Dobrovoľníctvo je však nevyhnutnou podmienkou pre bezpečnosť darovania krvi. Iba tí chodia darovať krv, ktorí chcú pomáhať nezištne. Aby týchto ľudí bolo viac a podporila sa výchova k darcovstvu krvi, bolo by potrebné začleniť výchovu k humanite a darcovstvu krvi už do škôl, či predškolských zariadení. Aby ľudia prirodzene pochopili, že jeden bez druhého v otázke krvi sú zatiaľ bezmocní. Mladá generácia by mala začať aktívnejšie spolupracovať s NTS, či SČK v otázkach získavania dobrovoľníkov pre darovanie krvi. Etický kódex darcu krvi nedovoľuje motivovať darcov cez nejaké výhody, avšak bonifikácia zo strany zamestnávateľov, ale aj štátu by iste každému darcovi prišla vhod.

Súbor

V súčasnosti, keď v zdravotníckych zariadeniach často krv chýba, prvoradou úlohou by mala byť výchova k darcovstvu zameraná najmä na cieľovú skupinu mladých ľudí. Jednou z foriem možností sú prednášky a besedy na školách, alebo exkurzie mladých ľudí na transfúzných staniciach ev. hematologicko – transfúziologických oddeleniach.

Prieskumu sa zúčastnilo spolu 104 študentov. Prieskumná vzorka bola vybraná formou zámerného výberu. 48 respondentov zo štátneho gymnázia v Ružomberku absolvovalo edukačnú prípravu o problematike BDK. Druhú vzorku tvorilo 56 študentov z bilingválneho gymnázia Juraja Tranovského v Liptovskom Mikuláši. Táto skupina edukačnú prípravu o BDK ani exkurziu o danej problematike neabsolvovala.

Metódy

Vďaka metódam edukácie (prednáška, výklad, rozprávanie, opis, vysvetľovanie, diskusia), empirickým metódam (dotazník) a metódam štatistickým napr. metódy kategoriálnej analýzy sme:

- posudzovali vplyv informovanosti na motiváciu k BDK
- zhodnotili vplyv informovanosti pri podpore motivácie bezpríspevkového darcovstva krvi
- klasifikovali, či spolupráca školy s darcovskými organizáciami je prínosom pre študentov

- skúmali do akej miery prejavili študenti záujem aktívne sa zúčastniť odberu krvi

Diskusia

Venovali sme sa problematike BDK a na základe údajov získaných dotazníkovou metódou, ktoré sme spracovali pomocou štatistickej metódy χ^2 sme dospeli k nasledovnému vyhodnoteniu:

H 1: predpokladáme, že edukácia pozitívne ovplyvní postoj študentov k bezpríspevkovému darovaniu krvi.

Štatistická analýza potvrdila štatisticky vysoko významný rozdiel ($\chi^2 = 25,3998$, $p < 0,0001$) teda môžeme konštatovať, že rozdiel je vysoko signifikantný t.j. potvrdila sa nám hypotéza, že edukácia významne ovplyvní postoj študentov k BDK.

H 2: predpokladáme, že študenti získajú edukáciou dostatočné vedomosti o problematike bezpríspevkového darovania krvi.

Táto hypotéza sa týkala len edukovaných študentov. Štatistickou analýzou hodnôt z vybraných tabuliek ($\chi^2 = 68,3272$, $p < 0,0001$) môžeme konštatovať, že rozdiel je tiež veľmi vysoko signifikantný a teda skupina edukovaných študentov získala uspokojivé vedomosti o BDK vďaka edukácii a exkurzii.

H 3: predpokladáme, že spolupráca školy s darcovskými organizáciami je prínosom pre informovanosť študentov o BDK.

Štatistická analýza nepreukázala štatisticky významný rozdiel ($\chi^2 = 0,00004453$, $p > 0,05$) a teda medzi štruktúrou edukovaných a needukovaných študentov nie je štatisticky významný rozdiel. Hypotéza sa nám nepotvrdila, lebo edukovaní študenti by aktivitu školy s darcovskými organizáciami podporili avšak s vyučovaním nepovinného predmetu „Prvá pomoc“ na stredných školách nesúhlasia. Prekvapili nás však odpovede needukovaných študentov, ktorí na rozdiel od edukovaných študentov súhlasia tak s vyučovaním nepovinného predmetu „Prvá pomoc“ ako aj so spoluprácou školy a darcovských organizácií.

H 4: predpokladáme, že edukácia a exkurzia študentov o BDK má vplyv na nábor darcov krvi z radov mladých ľudí. Štatistická analýza potvrdila štatisticky vysoko významný rozdiel ($\chi^2 = 22,3941$, $p < 0,0001$), čím sme potvrdili, že, sledovaný jav má vplyv na študovaný faktor. Hypotéza bola potvrdená, pretože exkurzia a edukácia pozitívne ovplyvnila a motivovala súbor edukovaných študentov do takej miery, že sa stali darcami krvi.

Návrhy pre prax

Na základe zistených skutočností prieskumom problematiky bezpríspevkového darcovstva krvi v súvislosti s predchádzajúcou edukáciou študentov štátneho gymnázia v Ružomberku sme dospeli k záveru, že vhodnou zdravotnou výchovou môžeme mladých ľudí motivovať a získavať pre bezpríspevkové darcovstvo krvi. Veľkú pozornosť treba venovať prvodarcom, aby získali maximum informácií týkajúcich sa podmienok a možností darovania krvi.

Odporúčame

- s problematikou darcovstva krvi by sa mali stretnúť žiaci už na 2. stupni základných škôl, napríklad na hodine biológie, etickej výchovy, alebo náuke o spoločnosti
- následne by sa v prehľbovaní vedomostí danej problematiky malo pokračovať na všetkých stredných školách

- pravidelnými prednáškami o darcovstve krvi na stredných školách s pracovníkmi SČK, alebo HTO pomôcť prekonať strach z neznámych a podnietiť mladých ľudí k aktívnemu darcovstvu
- motivovať mladých ľudí k darcovstvu krvi prostredníctvom zaujímavých letákov, brožúr, krátkych filmov i masmédií
- skvalitniť zdravotno - výchovnú činnosť
- viesť sestry k zdravotno – výchovnej činnosti, tvorbe edukačných materiálov
- zabezpečiť sestram doplnenie vedomostí v oblasti, v ktorej pracujú
- organizovať a cieľavedome podporovať vzdelávanie sestier, vychovávať mladú generáciu zdravotníckych pracovníkov a viesť ich, aby v praxi uplatňovali všetky role sestry, medzi ktoré patrí i rola sestry – edukátorky
- naučiť sestru viesť rozhovor s darcami krvi, ktorý je dôležitý pre edukáciu a vytvorenie spätnej väzby: komunikátor – recipient

Záver

Ročne zomrie na svete 500 tisíc žien počas tehotenstva či pri pôrode. Až 25 % z nich z dôvodu vykrvácania. Vykrvácanie je tiež druhým najčastejším dôvodom úmrtia pri dopravných nehodách. Považujeme za samozrejmé, že krv dostaneme vždy, keď ju budeme potrebovať. Nie je to tak ale všade. Aj keď sa ročne na svete vyrobí 81 miliónov jednotiek krvi, pre mnohých ľudí je stále nedostupná. Či už preto, že krajiny v ktorých žijú nemajú vytvorené rezervy (tzv. banky krvi), alebo jednoducho preto, že pre nich nebola k dispozícii vhodná krv. Až v 71 krajinách sveta vôbec neexistujú pravidelní darcovia krvi. Nárast počtu darcov krvi je teda nevyhnutnou podmienkou na zabezpečenie záchranu života. Krv nie je nikdy nazvyš.

Cieľom našej práce bolo poukázať na výchovu a vzdelávanie v ošetrovatelstve, osobitne na metódy edukácie, vďaka ktorým môžeme v ošetrovatelstve zabezpečiť dostatok informácií na dosiahnutie pozitívnej zmeny v správaní človeka. Súčasne sme prácou chceli upozorniť na dôležitosť darovania krvi a akým obrovským prínosom by bolo, keby sa darcovstvo stalo prirodzenou súčasťou nášho života. Keby sme bez rozmýšľania navštívili odberové pracovisko cestou do práce či z nej. Keby k darovaniu krvi viedli rodičia svoje deti, učitelia svojich žiakov už od malička. Chceli sme prispieť k tomu, aby si ľudia uvedomili, aké nenahraditeľné darcovstvo krvi je a akú obrovskú službu dobrovoľní, bezpríspevkoví darcovia krvi spoločnosti robia.

Každá kvapka krvi oživuje a prináša život inému človeku. Darcovstvo je láska k životu, preto sa netreba báť darovať svojou krvou život iným, tým, ktorí sú v núdzi. Nikdy nevieme, kedy sa v takej situácii ocitneme sami.

Krv je jediná nenahraditeľná tekutina a najvzácnejší dar, aký sa dá poskytnúť. Jediný dar na svete, ktorý môže zachrániť život. Tento dar by mal vychádzať zo srdca darcu a z jeho vlastného spontánneho rozhodnutia. Tak ako všetky iné dary prináša radosť darcovi aj obdarovanému. Výnimočnosť spočíva v tom, že prijímateľ daru je obyčajne v krajnej núdzi a je darcovi neznámy. O tom, že pocit ľudskej spolupatričnosti je posilňovaný darovaním krvi svedčí fakt, že len málo ľudí daruje krv len raz. U väčšiny prvodarcov vznikne ten najkrajší návyk aký môže vzniknúť – návyk na humanitu.

Literatúra

1. Farkašová, D. a kol. 2006. Výskum v ošetrovatel'stve. Martin, Osveta, 2006. 87 s. ISBN 8080632286
2. Horvátová, M. 2001. Edukácia, jej podstata a determinanty, In.: Info sestra, roč. 3., 2001, č. 4, s. 24 ISSN 1335-4132
3. Juszczak, S. 2003. Metodológia empirických výskumov v spoločenských vedách, Iris, 2003. 140 s. ISBN: 80-89018-13-0
4. Magurová, D., Kapová, S., Majerníková, E., Šantová, T. 2008. Základy edukácie a jej využitie v ošetrovatel'skej praxi, Prešovská univerzita v Prešove, 2008, 134 s. ISBN 978-80-8068-834-9
5. Kubicz, P. a kol. 2006. Hematológia a transfúziológia, Grada, Publishing a.s., 2006 324 s. ISBN 80-247-1779-4
6. Petlák, E. 1997. Všeobecná didaktika, Bratislava, Iris, 1997. 271 s. ISBN 80-88778-49-2
7. Pichová, L. 2002. Sestra v úlohe pedagóga, In. Sestra, odborný mesačník pre ošetrovatel'stvo, 2002, č. 3, s. 56. ISSN 1335-9444
8. Popovič, E. 2008. Biometrické minimum pre ošetrovatel'ov, Fakultazdravotníctva KU v Ružomberku, 2008, 92 s. ISBN 978-80-8084-297-0
9. Sakalová, A., Lipšic, T., a kol. 1995. Hematológia a transfúziológia, 1995, Martin, Osveta, 1995. 529 s. ISBN 80-217-0444-6
10. Sližová, K. 2003. Darcovstvo krvi, In. Sestra, odborný mesačník pre ošetrovatel'stvo, 2003, č.6, s. 28. ISSN 1335-9444
11. Závodná, V. 2002. Pedagogika v ošetrovatel'stve, 2006, Martin, Osveta, s. 117. ISBN 80- 80631-93-X
12. Žiaková, K. a kol. 2003. Ošetrovatel'stvo teória a vedecký výskum. Martin, Osveta, 2003, 319 s. ISBN 80-8063-131-X
13. Žiaková, K., Bôriková, I. 2001. Formy a metódy edukácie, In. Info sestra, roč. 3. 2001, č. 4, s. 7 – 8, ISSN 1335 – 4132
14. Etický kódex darovania krvi a krvných buniek [cit. 2008-10-14]. Dostupné na internete: <http://www.krvinka.estranky.sk/>
15. Informace pro dárcy krvi [cit. 2008-10-12]. Dostupné na internete: <http://www.nemocnice.opava.cz/>
16. Krv, darovanie krvi. Virtuálne medicentrum. [cit. 2008-09-06] Dostupné na internete: <http://www.primar.sk/Page.aspx?!D=673>
17. Národná transfúzna služba SR. [cit. 2008-10-03]. Dostupné na internete: <http://www.ntssr.sk/nts/>
18. Trombocyty a ich choroby. [cit. 2008-10-07] Dostupné na internete: <http://www.szsvszs.cz/other/studentlab07/trombocyty.ppt#260,3,trombocyty>
19. Slovenský červený kríž. [cit. 2008-10-07] Dostupné na internete: <http://www.redcross.sk/co-robime/darovanie-krvi/naroky-na-ocenovanie-bezprispevkovych-mnohonasobnych-darcov-krvi/>
20. Vestník MZ SR 2006: Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore hematológia a transfúziológia

Recenzenti:

MUDr. Juraj MITURA
MUDr. Jaromír TUPÝ

Kontakt:

PhDr. Alena CAMBEROVÁ.
Ústredná vojenská nemocnica SNP - FN
ul. gen. M. Vesela 21
034 19 Ružomberok

Výšetrenie mikrocirkulácie a plazmatického endotelínu u diabetikov

Anton Lacko^{1,2}, Ján Straka^{1,2}, Róbert Rusnák³, Ján Kodaj⁴

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

²Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, Interná klinika

³Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, Neurochirurgická klinika, Ružomberok

⁴Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, Rádiologická klinika, Ružomberok

Súhrn

Možno teda predpokladať, že plazmatický endotelín bude zvýšený pri diabetickej angiopatii. Zvýšené hodnoty endotelínu boli opísané pri ateroskleróze, ischemickej chorobe srdca. Cieľom našej práce bolo overiť hladinu plazmatickej koncentrácie endotelínu pri diabetickej angiopatii.

Kľúčové slová: Mikroangiopatia. Endotelín. Mikrocirkulácia. Mikroalbuminúria.

Summary

It is therefore presumable, that the plasmatic endothelin will be increased in patients with diabetic angiopathy. Elevated plasma levels of endothelin were described in atherosclerosis, ischaemic heart disease. The aim of this study was to verify plasmatic level of endothelin in diabetic angiopathy.

Key words: Microangiopathia. Endothelin. Microcirculation. Microalbuminuria.

Úvod

V bunkách cievného endotelu vzniká viacero vazoaktívnych látok hormonálneho charakteru ako je endotelín, peptid tvorený 21 aminokyselinami. V podstate ide o skupinu troch izopeptidov lišiacich sa skladbou peptidového reťazca. Kvantitatívne najväčším z nich je endotelín 1. Okrem mohutného vazokonstrikčného účinku majú endotelíny aj proliferačný efekt na bunky hladkého svalstva ciev a ďalšie ovplyvňovanie prietoku krvi cievou, má aj účinky na niektoré ďalšie bunky (3, 4, 9, 10).

Zvýšené hodnoty endotelínu boli opísané pri ateroskleróze (8, 10), pri ischemickej chorobe srdca (1, 2, 5). Možno teda predpokladať, že plazmatický endotelín bude zvýšený aj pri diabetickej angiopatii. Cieľom našej práce bolo overiť tento predpoklad.

SÚBOR VÝŠETRENÝCH A METODIKA

Vyšetrili sme hodnoty endotelínu v plazme metódou rádioimunoanalýzy a to:

- v 22-člennom súbore zdravých jedincov (vo veku 20-40 rokov),
- v 20-člennom súbore diabetikov 1. typu bez diabetickej mikroangiopatických a makroangiopatických komplikácií (vo veku 20-40 rokov),
- v 40-člennom súbore diabetikov 1. typu s chronickými diabetickejmi komplikáciami (vo veku 20-50 rokov).

Išlo o diabetikov sledovaných na našom pracovisku, metabolicky boli kompenzovaní.

Z chronických diabetickejmi komplikácií sme ozrejmovali prítomnosť, či neprítomnosť makroangiopatie dolných končatín pomocou Dopplerovskej ultrasonografie, ako aj prítomnosť ischemickej choroby srdca. Ďalej sme výšetrením potvrdzovali či vylučovali arteriálnu hypertenziu, hyperlipidémiu, kardiálnu autonómnu neuropatiu vyšetrenú podľa Ewinga (14,15), prítomnosť diabetickej retinopatie, mikroalbuminúrie. Vyšetřili sme mikrocirkuláciu metódou tkanivového klírensu Na¹³¹I (13) (tab.1). Na biometrickú analýzu sme použili t-test a metódu tetrachorickej kontingenčnej tabuľky.

Tabuľka 1 Prítomnosť, či neprítomnosť jednotlivých chronických komplikácií

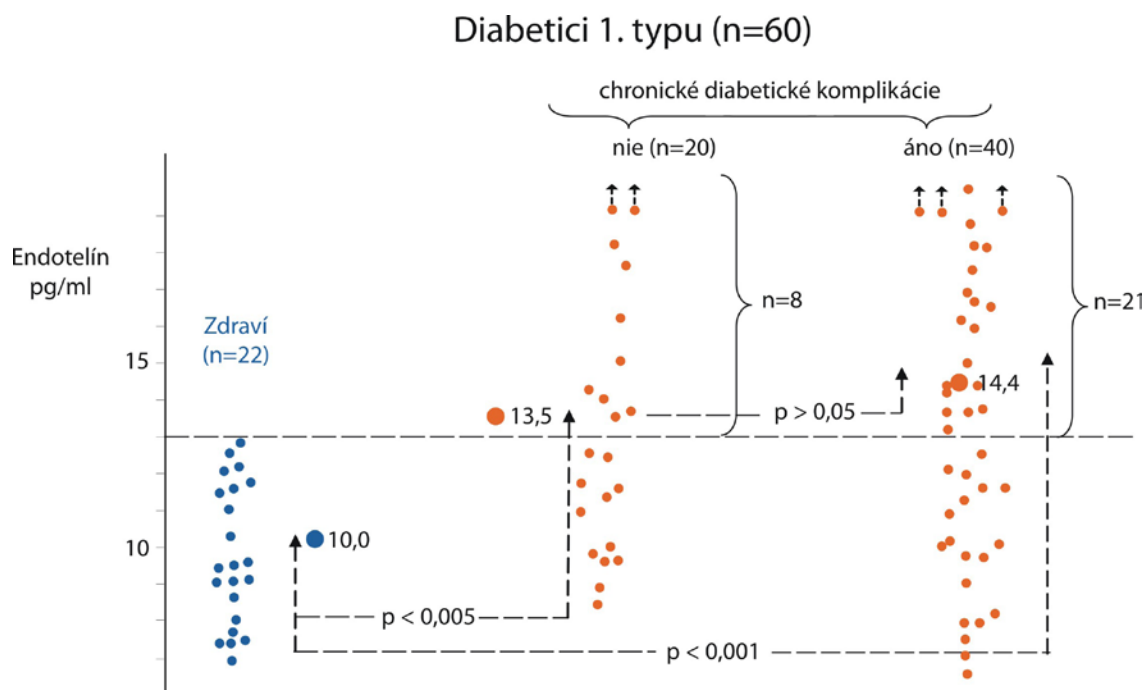
ENDOTELÍN 1,2 v plazme (RIA, súprava BRG instruments)	
Kontrolný súbor (n=22)	
DM 1. typu bez diabetickejmi komplikácií (n=20)	
DM 1. typu s neskorými diabetickejmi komplikáciami (n=40)	
	– makroangiopatia DK (Doppler)
	– ICHS (klinika a ergometria)
	– arteriálna hypertenzia
	– dyslipidémia
	– kardiálna autonómna neuropatia (Ewing)
	– proteinúria
	– diabetickej retinopatia (oftalmológ)
	– mikroalbuminúria (RIA)
	mikrocirkulácia v podkoží a vo svaloch (tkanivový klírens Na ¹³¹ I)

VÝSLEDKY VÝŠETRENÍ

U prvej skupiny pacientov t.j. 20 diabetikov 1. typu bez diabetickejmi komplikácií bola priemerná hladina endotelínu 13,5 pg/ml ± 4,8 (SD), u druhej skupiny pacientov t.j. 40 diabetikov 1. typu s chronickými komplikáciami bola priemerná hladina endotelínu 14,4 pg/ml ± 6,7 (SD), čo boli hodnoty signifikantne vyššie (p<0,005 a p<0,001) voči priemernej endotelinémii 10,0 pg/ml ± 1,7 (SD) u zdravých jedincov (obr. 1).

V prvej patientskej skupine endotelinémie prevyšovala hornú hranicu endotelinémie zistenú u zdravých jedincov u 8 diabetikov z celkového počtu 20 diabetikov bez chronických komplikácií diabetes mellitus a signifikantne sa viazala na porušenie mikrocirkuláciu v podkoží (p<0,001) vyšetřenú metódou tkanivového klírensu Na¹³¹I.

V druhom patientskom súbore bola zvýšená endotelinémia u 21 diabetikov z celkového počtu 40 diabetikov 1. typu s chronickými komplikáciami a signifikantne sa viazala na mikroalbuminúriu (p<0,001), nie však na porušenie mikrocirkuláciu, na makroangiopatiu dolných končatín, ischemickú chorobu srdca, arteriálnu hypertenziu, hyperlipidémiu, diabetickej retinopatiu, kardiálnu autonómnu neuropatiu (tab. 2).



Obrázok 1 Hodnoty endotelínu u skupiny zdravých jedincov, u skupiny diabetikov 1. typu bez diabetických komplikácií a u skupiny diabetikov 1. typu s chronickými komplikáciami

Tabuľka 2 Korelácia zvýšenej endotelinémie s jednotlivými sledovanými premennými

Korelácie zvýšenej endotelinémie s inými premennými				
Premenné	DM1. bez komplikácií, n=20		DM1. s komplikáciami, n=40	
	r	p	r	P
makroangiopatia DK	-	-	0,27	Ns
ischemická choroba srdca	-	-	0,27	
artériová hypertenzia	-	-	0,02	Ns
Dyslipidémia	0,10	ns	0,01	Ns
kard.autonómna neuropatia	-	-	0,17	Ns
Proteinúria	-	-	0,23	Ns
Retinopatia	-	-	0,09	Ns
Mikroalbuminúria	-	-	0,38	< 0,05
porušená mikrocirkulácia	0,82	< 0,01	0,17	Ns

V porovnaní s priemernou hodnotou endotelínu u zdravých jedincov boli priemerné hodnoty endotelínu v oboch súboroch diabetikov signifikantne vyššie ($p < 0,005$). U diabetikov s chronickými diabetickými komplikáciami bola priemerná endotelinémia vyššia ako u diabetikov bez komplikácií, ale tento rozdiel medzi diabetikmi bez komplikácií a s komplikáciami však nedosiahol hladinu štatistickej významnosti ($p > 0,05$).

Diskusia

Hladina endotelínu je u diabetikov v porovnaní s nediabetikmi štandardne zvýšená. Nie je závislá od typu diabetu, nekoreluje s hladinou glykémie alebo krvným tlakom. Niektorí autori nezistili koreláciu s mikroalbuminúriou, zistili však vyššie hodnoty pri prítomnej diabetickej retinopatii v porovnaní s diabetikmi bez retinopatie (4).

V našej práci sme vykonali vyšetrenie mikrocirkulácie metódou tkanivového klírensu $Na^{131}I$, vyšetrenie mikroalbuminúrie a retinopatie.

Súčasne sme urobili kompletne vyšetrenie zamerané na potvrdenie alebo vylúčenie makroangiopatie. Porovnaním hladiny endotelínu so stavom mikrocirkulácie, vyšetrenej metódou tkanivového klírensu $Na^{131}I$, sme sa v literatúre nestretli. Pri našich pozorovaniach sme zistili zvýšené koncentrácie cirkulujúceho endotelínu u diabetes mellitus 1. typu, bez prítomných komplikácií a tieto sa viazali na zmenenú mikrocirkuláciu v oblasti podkožia. Zmenená mikrocirkulácia v podkoží svedčí pre prítomnosť počiatočného štádia diabetickej mikroangiopatie. Toto by mohlo svedčiť pre skutočnosť, že zvýšené hladiny endotelínu sa pravdepodobne viažu na počiatočné štádium diabetickej mikroangiopatie, nie však na jej rozvinutú formu, ako ani na diabetickú makroangiopatiu, bez známok akútneho zhoršenia. (4, 6).

Vaskulárny endotel je považovaný za najväčší endokrinný orgán v ľudskom tele. Tvorí sa v ňom množstvo hormónov a látok, ktoré pôsobia v cievnnej stene, ale aj vo vzdialenejších orgánoch a tkanivách. Z endotelových buniek bola izolovaná substancia s vazokonstrikčným účinkom nazvaná endotelín (12).

Najvýznamnejším izopeptidom je endotelín 1.

Poškodenie endotelu a jeho funkcie je typickým znakom mnohých ochorení (artérioskleróza, hypertenzná choroba, cievne spazmy, trombózy atď.). Je aj iniciálnym štádiom poškodenia ciev u diabetes mellitus. Pre cievne zmeny u diabetes mellitus je charakteristická porucha homeostázy vazoaktívnych pôsobkov endotelialneho pôvodu. Zvyšuje sa hladina látok s vazokonstrikčným účinkom (endotelíny, tromboxany atď.) a zníženie hladiny látok s vazodilatačným účinkom (prostacyklín, EDRF atď.), čo má vplyv na remodeláciu cievnej steny (7).

Diabetes mellitus je spojený s progresívnou vaskulárnou dysfunkciou a to nielen v oblasti mikrocirkulácie, ale aj v systémových artériách. Postihnutie endotelu je integrujúci moment týchto procesov. Podmienkou pre pôsobenie inzulínu na svalovinu ciev je porušený endotel. Dôležitý účinok inzulínu na endotelín 1, ktorý je potentnou vazokonstrikčnou látkou (2,11). Naše výsledky toto potvrdzujú. Pre prax je dôležité zabrániť vzniku diabetických komplikácií dobrou metabolickou kompenzáciou diabetes mellitus. Veľký význam má včasná diagnostika počínajúcich chronických komplikácií aj metódami uvedenými v našej práci.

Literatúra

1. Salomone O.A., Elliot P. M. et al.: Plasma immunoreactive endothelin concentration correlates with severity of coronary artery disease in patients with stable angina pectoris and normal ventricular function. *J. A. Coll. Cardiol.*, 1996, 28, 14-19
2. Naruse M., Kawana M. et al.: Plasma immunoreactive endothelin, but not thrombomodulin is increased in patients with essential hypertension and ischemic heart disease. *J. of Cardiovascular Pharmacology*, 1991, Suppl. 7, S471-S474
3. Galajda A., Martinka E., Kubisz P., Ivanková J., Galajdová E., Polko J., Mokaň M.: Homeostáza u chorých s diabetes mellitus. I. Markery dysfunkcie endotelu. *Vnitřní lék.* 42, 1996, 10, 676-680
4. Zhu H., Shi CH.: Analysis of the diagnostic value of plasma endothelin for diabetic retinopathy using the receiver operating characteristic curve. *Ophthalmic Res.* 2007;39(5):289-293.
5. Ak G., Buyukberber S., Sevinc A., Turk H. M.: The relation between plasma endothelin-1 levels and metabolic control, risk factors, treatment modalities, and diabetic microangiopathy in patients with Type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complications* 2001 May-Jun;15(3):150-157

6. Takahashi K., Ghatel M.A. et al.: Elevated plasma endothelin on patients with diabetes mellitus. *Diabetologia*, 1990, 33, 306-310
7. Kanaide H.: Endothelin regulation of vascular tonus. *Gen. Pharmac.*, 1996, Vol. 27, 4, 559-563
8. Mathew V., Hasdal D., Lerman A.: The role of endothelin in coronary atherosclerosis. *Mayo Clin. Proc.*, 1996, 71, 769-777
9. Mombouli J.V., Vanhoutte P.M.: Endothelium-derived hyperpolarizing factor and the potentiation of kinins by converting enzyme inhibitors, *A.J. of Hypertension* 1995, 8, 19S-27S
10. Settergen M., Pernow J., Brismar K., Kalani M.: Endothelin-A Receptor Blockade Increases Nutritive Skin Capillary Circulation in Patients with Type 2 Diabetes and Microangiopathy. *J. Vasc. Res.* 2008;45:295-302
11. Parving H.H., Nielsen, F.S. et al.: Macro-microangiopathy and endothelial dysfunction in NIDDM patients with and without diabetic nephropathy. *Diabetologia*, 1996, 39, 12, 1550-1597
12. Yanagisawa M., Kurihara H., Kimura S. et al.: A novel potent vasoconstrictor peptide produces by vascular endothelial cells. *Nature*, 1988, 332, 411-415.
13. Lacko A., Mokaň M. a kol.: Vyšetrenie mikrocirkulácie v podkoží a vo svalu pri diabetes mellitus metódou tkanového klirensu Na ¹³¹I. *Diabetes a obezita*, 7, 2007, č.13, s. 63-68.
14. Lacko A., Mokaň M. et al.: Diagnostics of the Autonomic Neuropathy by monitoring beat- to-beat variation on the ECG of the Spectral analysis. *Current Clinical Practise* 2005/3, s. 19-24.
15. Lacko A., Mokaň M. a kol.: Diabetic Cardiovascular autonomic Neuropathy and Diagnostics by Heart rate Variability of the Spectral analysis. *Current Clinical Practise* 2005/3, p. 15-19

Recenzenti:

MUDr. Dušan BESTVINA
MUDr. Antonín HRUBOŇ, PhD.

Kontakt:

prof. MUDr. Anton LACKO, CSc.
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: lacko@ku.sk

Vybrané genetické mutácie vrodenej trombofilie na HTO ÚVN-FN Ružomberok

Jaromír Tupý^{1,2}, Zuzana Vargová³

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

²Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, HTO Ružomberok

³Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, HTO, Ružomberok, KEU PZ Košice

Súhrn

Trombofilný stav je porucha hemostázy. Mnohé z nich sú geneticky podmienené, ale významnú skupinu tvoria aj získané a zmiešané trombofilné stavy. Tieto stavy zvyšujú riziko vzniku trombózy, ktorá môže mať trvalé, prípadne aj smrteľné, následky. Z uvedeného dôvodu je dôležité, najmä v rizikových skupinách, vykonávať skrining týchto porúch hemostázy.

Kľúčové slová: Trombofilný stav. Hemostáza. Trombóza. Laboratórna diagnostika.

Summary

Thrombophilic status is malfunction of hemostasis. Many of these malfunctions are genetically conditional, but considerable group is composed of acquired and mixed thrombophilic statuses. Those statuses enhance the risk of thrombosis, which can lead to permanent or even mortal consequences. From this point of view it is very important to perform malfunction of hemostasis tests, especially on risk groups.

Key words: Thrombophilic statuses. Hemostasis. Thrombosis. Laboratory diagnostics.

Úvod

Problematika trombofilných stavov, ktoré sú jednou z najzávažnejších porúch hemostázy, je v poslednom období podrobne sledovaná a skúmaná. V súčasnosti poznáme celý rad vrodenej a získanej defektov, ktoré patria do skupiny trombofilných stavov a zvyšujú riziko vzniku trombózy. Trombóza, v závislosti od jej lokalizácie a rozsahu, predstavuje medicínsky, spoločenský a ekonomický problém. Preto je dôležité predchádzať vzniku trombóz diagnostikou trombofilných stavov, čo následne pomôže pri rozhodovaní o liečbe a adekvátnej trombopropylaxii.

Cieľom práce je sledovanie diagnostiky trombofilných stavov na Hematologicko - transfuziologickom oddelení Ústrednej vojenskej nemocnice - Fakultnej nemocnice v Ružomberku s dôrazom na molekulárno-genetické vyšetrenie.

Materiály a metódy

Súbor tvorí 117 pacientov, ktorí boli vyšetrení v rozmedzí rokov 2005-2009 na HTO ÚVN-FN v Ružomberku, pre podozrenie z prítomnosti trombofilného stavu.

Celkový súbor (117 pacientov) je rozdelený na dve základné skupiny:

1. skupina s anamnézou trombózy
2. skupina bez anamnézy trombózy

Prvú skupinu tvorí 51 pacientov, z toho je v súbore 25 mužov a 26 žien. Druhá skupina obsahuje 66 pacientov bez anamnézy trombózy, z toho je v súbore 13 mužov a 53 žien.

Dôvodom vyšetrenia druhej skupiny bol súhrn ostatných predisponujúcich rizikových faktorov ako sú pozitívna rodinná a gynekologická (opakované potraty, antikoncepcia) anamnéza, stavy spojené s chirurgickými a ortopedickými výkonmi (operácie, dlhodobá imobilizácia), onkologická anamnéza a iné.

Metodika

Všetkým pacientom bolo realizované základné hematologické skriningové vyšetrenie na HTO ÚVN-FN v Ružomberku a molekulárno-genetické vyšetrenie v Ústave klinickej biochémie MFN Martin. Hematologické vyšetrenie sa skladá z anamnézy, veku, pohlavia a súboru koagulačných vyšetrení: Quick, APTT, fibrinogén, D-diméry (DD, v niektorých prípadoch vyšetrené aj EIA metódou), AT III, F VIII, F XII, Pro C Global, Pro C Global s F V deficitnou plazmou, proteín C, proteín S, LA a homocysteín. Molekulárno-genetické vyšetrenie sa zameriava na vyšetrenie štyroch trombofilných mutácií – faktor V Leiden R506Q, mutáciu faktora II G20210A, mutáciu MTHFR ntC677T a mutáciu MTHFR A1298C. Pričom mutácia MTHFR A 1298C je vyšetrená len u pacientov zaradených do súboru v posledných mesiacoch zbierania údajov (súvis s dodatočným zavedením vyšetrenia na pracovisku Ústavu klinickej biochémie MFN).

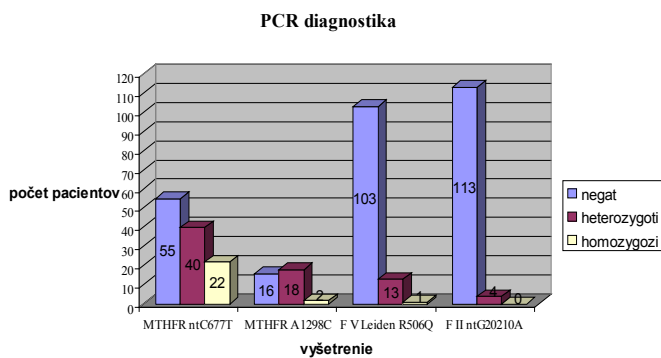
Získané výsledky sú hodnotené pomocou opisnej štatistiky, kontingenčných tabuliek a grafov.

Výsledky

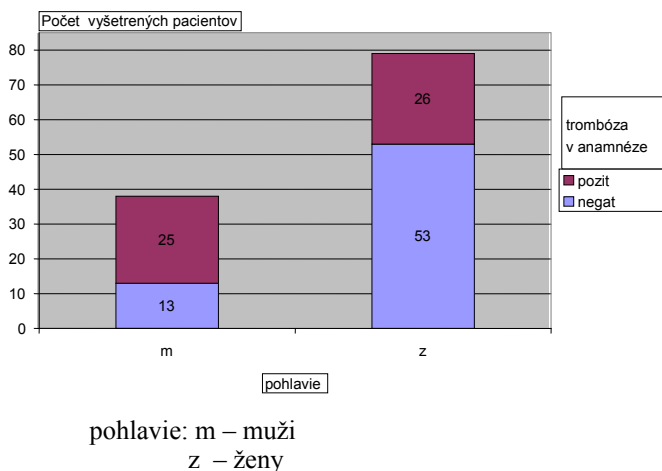
Základný súbor pozostáva zo 117 pacientov vyšetovaných na HTO v Ružomberku. V súbore sa nachádza 38 mužov a 79 žien. 51 pacientov má v anamnéze trombózu a naopak 66 pacientov v anamnéze trombózu neuvádza. Základné molekulárno-genetické parametre a zároveň detailnejší pohľad na jednotlivé podskupiny - rozdelenia (pohlavie, typ genetickej mutácie, prítomnosť trombózy v anamnéze) udáva tabuľka 1 a grafy 1-5.

Tabuľka 1 Markery vrodenej trombofilie základného súboru rozdelené podľa pohlavia a mutácie (n=117)

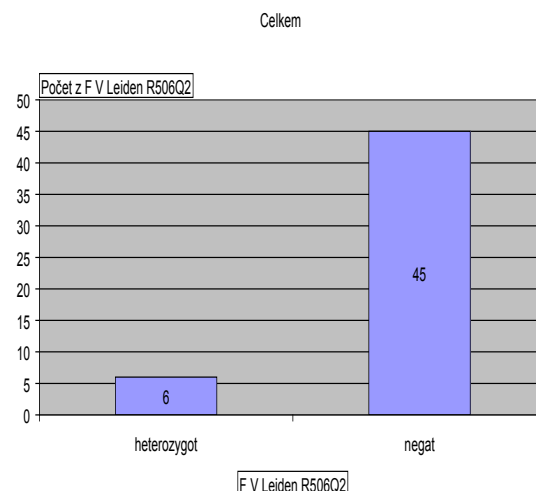
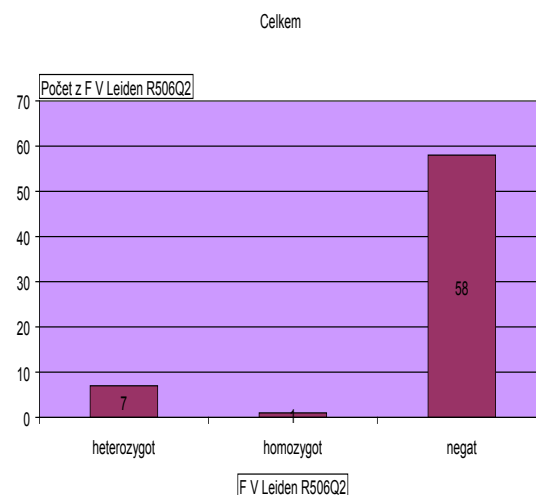
		Muži (n)	Ženy (n)	Spolu (n)	Spolu (n)
MTHFR ntC677T (n=117)	homozygot	6	16	22	62 (52,3%)
	heterozygot	11	29	40	
	negat	21	34	55	55 (47,7%)
MTHFR A1298C (n=36)	homozygot	1	1	2	20 (55,6%)
	heterozygot	3	15	18	
	negat	4	12	16	16 (44,4%)
F V Leiden R506Q (n=117)	homozygot	0	1	1	14 (12,0%)
	heterozygot	5	8	13	
	negat	33	70	103	103 (88,0%)
F II ntG20210A (n=117)	homozygot	0	0	0	4 (3,4%)
	heterozygot	1	3	4	
	negat	37	76	113	113 (96,6%)



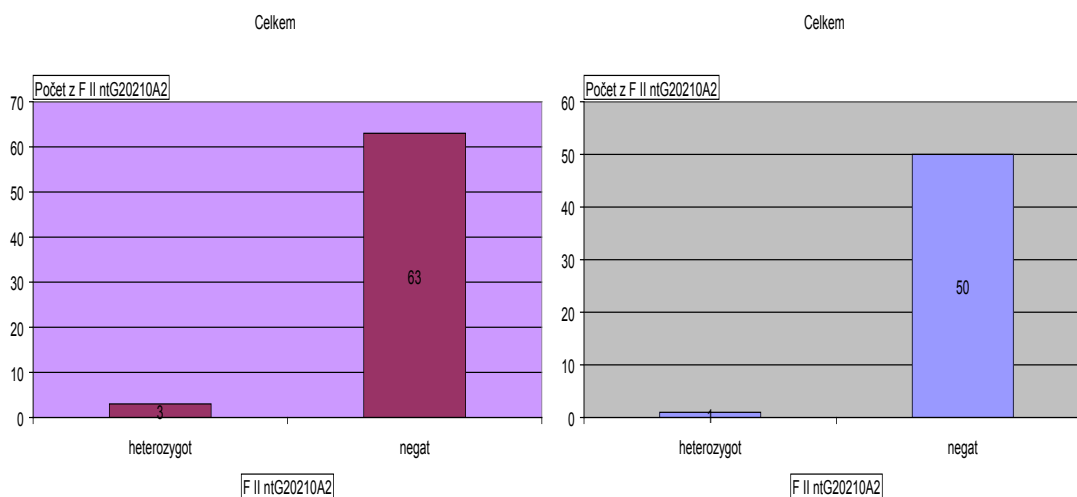
Graf 1 PCR diagnostika súboru pacientov (n=117)



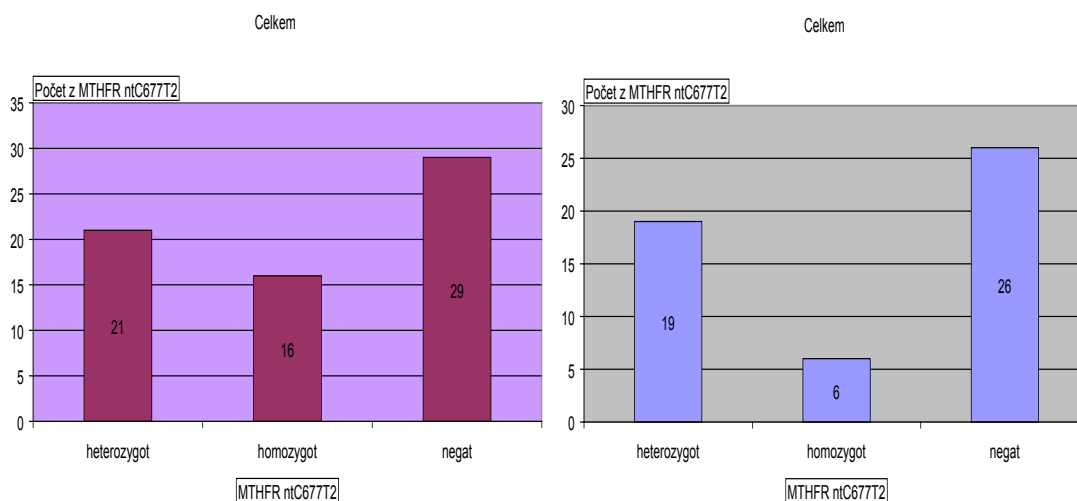
Graf 2 Grafické rozdelenie pacientov podľa pohlavia a výskytu trombozy v anamnéze (n = 117).



Graf 3 Mutácia F V Leiden R506Q u pacientov bez trombozy v anamnéze (obrázok hore, n=66) a u pacientov s trombózou (obrázok dole, n=51).



Graf 4 Mutácia F II ntG20210A u pacientov bez trombózy v anamnéze (obrázok vľavo, n=66) a u pacientov s trombózou (obrázok vpravo, n=51)



Graf 5 Mutácia MTHFR ntC677T2 u pacientov bez trombózy v anamnéze (obrázok vľavo, n=66) a u pacientov s trombózou (obrázok vpravo, n=51)

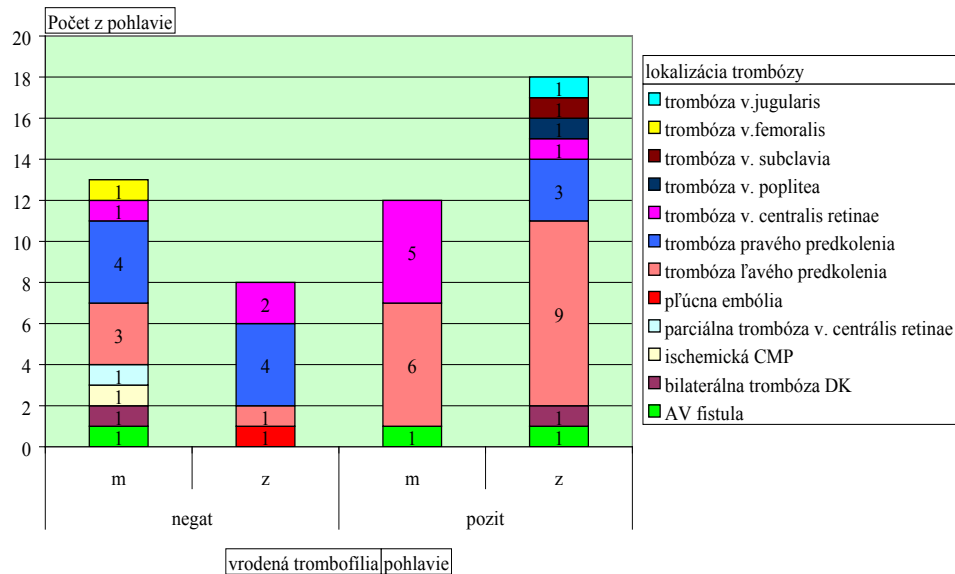
Tabuľka 2 poskytuje základné rozdelenie genetických mutácií u pacientov s anamnézou trombózy.

Tabuľka 2 Markery vrodenej trombofilie u pacientov s trombózou v anamnéze (rozdelenie podľa pohlavia a genetickej mutácie)

		Muži (n)	Ženy (n)	Spolu (n)	Spolu (n)
MTHFR ntC677T (n=51)	pozit homozygot	3	3	6	25(49,0%)
	pozit heterozygot	6	13	19	
	negat	16	10	26	26(51,0%)
MTHFR A1298C (n=17)	pozit homozygot	0	1	1	9(52,9%)
	pozit heterozygot	2	6	8	
	negat	3	5	8	8(47,1%)
F V Leiden R506Q (n=51)	pozit homozygot	0	0	0	6(11,8%)
	pozit heterozygot	4	2	6	
	negat	21	24	45	45(88,2%)
F II ntG20210A (n=51)	pozit homozygot	0	0	0	1(2,0%)
	pozit heterozygot	0	1	1	
	negat	25	25	50	50(98,0%)

Muži a ženy sledovaní v súbore pacientov s trombózou v anamnéze uvádzali rôzne lokalizácie trombóz, no najčastejšie sa vyskytovala trombóza ľavého predkolenia. Druhou najčastejšie

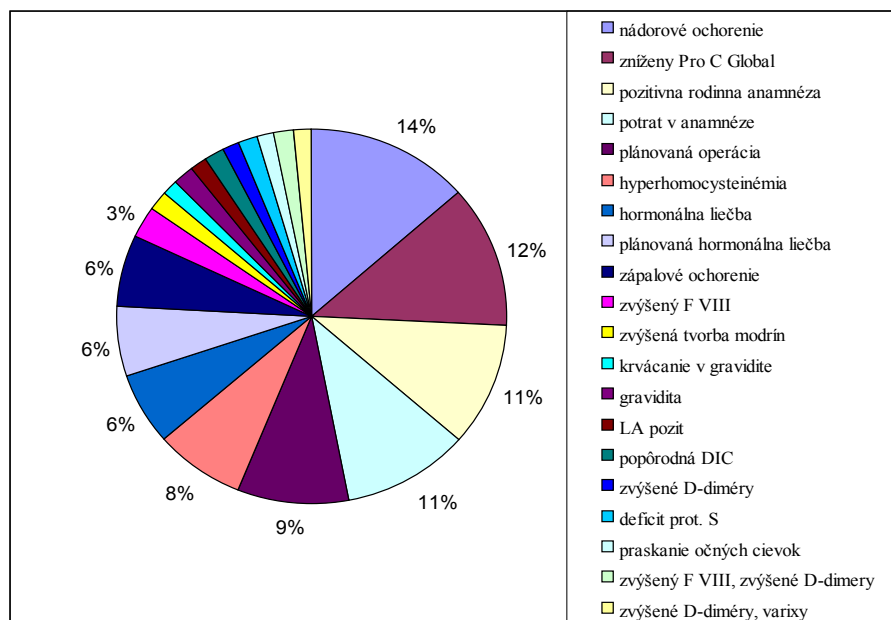
sa vyskytujúcou je trombóza vény centralis retinae. Lokalizácie trombóz sú uvedené v grafe 6.



Graf 6 Lokalizácia trombóz u mužov a žien s nediagnostikovanou vrodenu trombofiliou (n=21) a potvrdenou vrodenu trombofiliou (n=30).

Pacientom v skupine bez trombózy bolo genetické vyšetrenie realizované z rôznych dôvodov, ktoré sú uvedené v grafe 7. Najčastejšími boli nádorové ochorenia

s predispozíciou k trombóze, znížený ProC Global, pozitívna rodinná a gynekologická anamnéza. Frekvencie mutácií v súbore pacientov bez anamnézy trombózy udáva tabuľka 3.



Graf 7 Dôvody vyšetrení pacientov bez klinickej trombózy (n=66)

Tabuľka 3 Markery vrodenej trombofilie v súbore pacientov, ktorí neprekonali trombózu (n=66)

Mutácia (počet n)	Heterozygoti n (%)	Homozygoti n (%)	Negat n (%)
MTHFR ntC677T (n=66)	21 (31,8 %)	16 (24,3 %)	29 (43,9 %)
MTHFR A1298C (n=19)	10 (52,6 %)	1 (5,3 %)	8 (42,1 %)
F V Leiden R506Q (n=66)	7 (10,6 %)	1 (1,5 %)	58 (87,9 %)
F II ntG20210A (n=66)	2 (3,0 %)	0	64 (97,0 %)

Vyhodnotenie výsledkov a diskusia

Priemerný vek v našom súbore 117 pacientov vyšetrených molekulárno-genetickým vyšetrením je 45,11 rokov. V celom súbore je 79 (67,5 %) žien a 38 (32,5 %) mužov. 51 (43,6 %) pacientov uvádza v anamnéze tromboembolické ochorenie. Podľa klinického obrazu je u pacientov najčastejšou lokalizáciou trombózy ľavé predkolenie, trombóza v. centralis retinae a pravé predkolenie.

V celom súbore je vysoká prevalencia pozitívnych (homozygot alebo heterozygot) mutácií na vrodenu trombofiliu -78 (66,7 %). Toto vysoké číslo je výsledkom selektívne vybraného súboru pacientov vyšetrených genetickým vyšetrením pre pozitívnu anamnézu trombózy, eventuálne existenciu iných rizikových faktorov tromboembolickej choroby. V našom súbore malo 62 (53 %) mutáciu MTHFR ntC677T, 14 (12 %) mutáciu v géne F V (F V Leiden R506Q) a 4 (3,4 %) pacienti mutáciu F II ntG20210A. V 9 zo 14 prípadov (64,3 %) bola mutácia F V Leiden kombinovaná s s mutáciou MTHFR C677T a v 100 % (4 mutácie zo 4) bola kombinovaná mutácia F II G20210A s mutáciou MTHFR C677T. Faktor VIII z 59 meraní v súbore bol zvýšený nad 150 % 26-krát, z toho 8-krát nad hodnotu 300 %. D-Diméry boli patologicky zvýšené u 68 (58,1 %) pacientov a ProC Global pozitívny v 40 (34,2 %) vyšetreniach. Z toho v 13 prípadoch (13 z 40, t.j. 32,5 %) bola aj verifikovaná mutácia F V Leiden (až 92,9 % mutácií F V Leiden malo patologický ProC Global). Hyperhomocysteinémia bola dokázaná v 28 prípadoch z 58 vyšetrení, pričom v 15 (15 z 28, t.j. 53,6 %) prípadoch bola aj mutácia v géne pre MTHFR C677T.

Z ostatných vyšetrení bol 3-krát (2,6 %) patologický AT III, v 8 (6,8 %) prípadoch skrátený APTT, 6-krát trombocytémia nad 400×10^9 a u 31 (26,5 %) pacientov zvýšený fibrinogén.

V súbore s verifikovanou tromboembolickou chorobou bolo vyšetrených celkovo 51 (44,6 % z celkového počtu) pacientov. V tomto súbore (na rozdiel od súboru všetkých pacientov a súboru pacientov bez tromboembolickej choroby v anamnéze) je takmer vyrovnané percentuálne zastúpenie oboch pohlaví – mužov 25 (49 %) a žien 26 (51 %). Genetická mutácia bola potvrdená v 30 (58,8 %) prípadoch pacientov s trombózou. Najčastejšou príčinou bola mutácia MTHFR C677T – v 25 (49,0 %) prípadoch, nasledovaná mutáciou pre F V Leiden - 6-krát (11,8 %) a mutáciou F II G20210A - 2-krát (3,9 %). V 4 prípadoch išlo o kombinovaný genetický defekt (3-krát Faktor V Leiden a mutácia MTHFR C677T a 1-krát kombinácia mutácií F IIG20210A a MTHFR C677T. Faktor VIII z 28 meraní v súbore bol zvýšený nad 150 % 13-krát (46,4 %), z toho 4-krát nad hodnotu 300 %. D-Diméry boli patologicky zvýšené u 48 (94,1 %) pacientov, ProC Global pozitívny u 15 (29,4 %) vyšetrených. Z toho v 5 prípadoch (33 %) bola aj verifikovaná mutácia F V Leiden (až 83,3 % mutácií F V Leiden malo patologický ProC Global). Hyperhomocysteinémia bola dokázaná v 12 prípadoch z 25 vyšetrení, pričom v 8 (8 z 12, t.j. 66,7 %) prípadoch bola aj mutácia v géne pre MTHFR C677T.

Z ostatných vyšetrení bol 3-krát (5,9 %) patologický AT III, v 1 (2,0 %) prípadoch skrátený APTT, 1-krát trombocytémia nad 400×10^9 , a u 16 (31,4 %) pacientov zvýšený fibrinogén. V 26 prípadoch (51 %) bol prítomný aj iný rizikový faktor trombózy.

V súbore pacientov s negatívnou anamnézou tromboembolickej choroby (n=66) bolo až 53 (80,3 %) žien.

Genetická mutácia bola potvrdená u 48 pacientov (72,7 %), pričom 37-krát (56,1 %) mutácia MTHFR C677T, 8-krát (12,1%) FVLeiden, a 2-krát (3 %) mutácia F II G20210A.

Faktor VIII z 31 meraní v súbore bol zvýšený nad 150 % 11-krát (35,5 %), z toho 3-krát nad hodnotu 300 %. D-Diméry boli patologicky zvýšené u 20 (30,3 %) pacientov. ProC Global bol pozitívny u 25 (37,9 %) vyšetrení. Z toho v 6 prípadoch (6 z 25) bola aj verifikovaná mutácia F V Leiden (až 83,3 % mutácií F V Leiden malo patologický ProC Global). Hyperhomocysteinémia bola dokázaná v 16 prípadoch z 33 vyšetrení, pričom v 7 (7 z 16, t.j. 43,8 %) prípadoch bola aj mutácia v géne pre MTHFR C677T.

Z ostatných vyšetrení bol 1-krát (2,7 %) patologický AT III, 5-krát trombocytémia nad 400×10^9 , a u 15 (22,7 %) pacientov zvýšený fibrinogén. Z rizikových faktorov podmieňujúcich genetické vyšetrenie bol najčastejší patologicky znížený ProC Global (27,3 %) nádorové ochorenie (12,1 %), pozitívna gynekologická (18,2 %) a rodinná (11,0 %) anamnéza.

Z výsledkov získaných v našom súbore pacientov je možné povedať, že základné hematologické skriningové vyšetrenia ako Quick, APTT a trombocyty majú z hľadiska diagnostiky trombofilných stavov len informatívny význam a spolu s anamnézou spresňujú ďalšiu cestu špeciálnych vyšetrení.

V slede vyšetrení nastupuje stanovenie fibrinogénu (Fbg) (pokiaľ nie je v základnom súbore), avšak ako jeden z markerov akútnej fázy môže poskytovať skreslené výsledky. V našom súbore sme zaznamenali eleváciu Fbg v každej z podskupín, s dominanciou v súbore s trombózou. Až 94,1 % percentná pozitivita D-Dimérov v súbore pacientov s trombózou, poskytuje výraznú istotu pre diagnostiku tromboembolického ochorenia. Je potrebné povedať, že aj bežne dostupné vyšetrenie D-Dimérov je niekedy nutné spresniť inou metodikou (na OKB ÚVN-FN Ružomberok je dostupné vyšetrenie DD EIA, ktoré mnohokrát zmenilo konečný výsledok dostupného kvantitatívneho vyšetrenia). Na druhej strane je otázkou k diskusii až 30,3% pozitivita D-Dimérov u pacientov bez klinicky verifikovanej trombózy.

Ďalší dostupný test zameraný na cestu Proteínu C – Pro C Global a jeho modifikácia s F V deficitnou plazmou nám dáva priestor pre úvahu o genetickej mutácii a vrodenej trombofilii (F V Leiden, deficit proteínu C a S). V poslednej dobe sa stále viac uplatňuje vyšetrenie hladiny homocysteínu (a to nie len pri pozitívnej mutácii MTHFR) a spektrum lipoproteínov - ich index. V našom súbore bola hodnota homocysteínu patologická vo všetkých skupinách u takmer identického percenta populácie, čo by mohlo byť témou ďalšej diskusie (Čaprnda, 2006 Grossman, 2002).

Ako najdôležitejšou súčasťou nášho súboru bolo molekulárno-genetické vyšetrenie zamerané na tri základné mutácie: F V Leiden, mutácia MTHFR C677T a mutácia F II 20210. V poslednej dobe je súčasťou vyšetrenia aj mutácia MTHFR A1298C, ktorej význam pri vrodenej trombofilii podľa dostupnej literatúry nie je jednoznačný (je naznačená spojitosť s arteriálnou trombózou) (Dahlbäck, 2008)

V porovnaní s tabuľkami 4 až 6, ktoré poskytujú údaje o prevalencii molekulových rizikových faktorov v zdravej populácii a v populácii s VTE, je v našom súbore dominancia mutácie v géne pre MTHFR C677T v súboroch pacientov s trombózou (49,1 %) aj bez trombózy (56,1 %). Výrazný rozdiel

je v percentuálnom zastúpení mutácie F V Leiden – v našom súbore pacientov s trombózou je len takmer 12 %, na rozdiel od údajov Bertinu, Bátorovej a Kubisza – 45 % respektívne 60,8 % a 30,3 %. Je diskutabilné, či za týmto údajom stojí nízky počet vyšetovaných pacientov – malý súbor, eventuálne iné súvislosti. Naš súbor dosahuje najporovnanjšie údaje v deficite AT III a o niečo nižšie zastúpenie mutácie F II G20210A v súbore pacientov s trombózou.

Tabuľka 4 Prevalencia vrodených molekulových rizikových faktorov trombózy v normálnej populácii a súbore pacientov s VTE (Bertina RM, 2001)

Rizikový faktor	Normálna populácia	Selektovaný súbor s VTE
Antitrombín III	0,20 %	4,30 %
F V Leiden G1691A	3 – 7 %	45 %
Protrombín G20210A	2,30 %	18 %
FVIII	5 – 10 %	25 %
Hyperhomocysteinémia	5 – 20 %	40 %

Tabuľka 5 Markery vrodenej trombofilie v súbore 638 chorých s VTE (Bátorová A., 2006)

Rizikový faktor	% chorých
F V Leiden G1691A	60,80%
Protrombín G20210A	10,20%
Antitrombín III	5,30%
MTHFR C677T	32,80%

Tabuľka 6 Prevalencia vrodenej trombofilie na Slovensku (n=1916 pacientov s VTE) (Kubisz P. a kol. 2002).

Rizikový faktor	Zdravá skupina	Pacienti s VTE
F V Leiden	4,00 %	30,30 %
PT 20210A	2,60 %	8,50 %
Deficit proteínu S		8,50 %
Deficit proteínu C		2,30 %
Deficit AT III		2,20 %
Deficit HC II		0,90 %
Dysfibrinogénia		0,90 %
Deficit plazminogénu		0,70 %

Záver

Trombofilné stavy sa v bežnej populácii vyskytujú pomerne často. V záťažových situáciách sa môžu manifestovať prejavmi tromboembolickej choroby, ktorá stále častejšie postihuje i mladých ľudí a nezriedka zanecháva trvalé - neraz i smrteľné následky. Preto rozpoznanie vrodenej trombofilie a individuálne hodnotenie rizikových faktorov umožňuje identifikovať rizikové skupiny chorých a následne dostupné preventívne a liečebné režimy môžu prispieť k podstatnej redukcii mortality a morbidity tromboembolickej choroby.

V detekcii vrodenej trombofilie okrem základných a bežne dostupných vyšetrení zohráva podstatnú úlohu stále sa rozširujúca molekulárno-genetická diagnostika vrodených mutácií, ktorá je

indikovaná u pacientov s dokázateľne pozitívnou anamnézou trombózy a rodinnou anamnézou alebo u pacientov, pri ktorých možno očakávať zvýšenú incidenciu trombózy.

Napriek širokým možnostiam detekcie trombofilie, ostáva základom tromboembolickeho ochorenia adekvátna informovanosť pacientov a verejnosti, prvotný záchyt rizikových pacientov u ošetrojúcich lekárov a ich následné vyšetrenie v špecializovanej ambulancii, kde sú v prípade potreby liečení a dispenzarizovaní.

Literatúra

- Bátorová, A. Trombofilické stavy v gynekológii a pôrodnictve. In *Hematológia a Transfuziológia*. 2001, 11, 3, s. 335–347.
- Bátorová, A. Protrombotické stavy a trombóza z pohľadu hematológa. In *Via pract.*, 2006, 3 (2), s. 75–80.
- Bertina, R.M. Genetic approach to thrombophilia. In *Thromb Haemost.* 2001, 86, p. 92–103.
- Čaprnda, M. - Rašlová, K. Súčasný pohľad na homocysteín vo svete poznatkov z klinických štúdií. In *Interná medicína*. 2006, 6, s. 344–347.
- Dahlbäck, B. Advances in understanding pathogenic mechanisms of thrombophilic disorders. In *Blood*, 2008, 112, p. 19–27.
- Grossmann, R. et al. CBS 844ins68, MTHFR TT677 and EPCR 4031ins23 genotypes in patients with deep-vein thrombosis. In *Tromb. Res.* 2002, 15, 107 (1-2), s. 13–15.
- Kessler, P. Trombofilní stavy. In *Interní Medicina pro praxi*, 2006, 9, s. 374–379.
- Kubisz, P. a kol. Epidemiológia vrodených trombofilných stavov v slovenskej populácii. Abstrakty, IX Slovensko-česká konferencia o hemostáze a trombóze. Martin, 2002, s. 2–3.
- Mazuch, J. a kolektív. 2008. Tromboembolickej choroba venózneho pôvodu 1. slovenské vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol. s r.o., 2008. s. 17–83. ISBN 978-80-8063-283-0.
- Paul, H. Trombofilní stavy významné v patogenezi žilní tromboembolickej nemoci. Doporučení pro klinickou praxi. Vydáno u příležitosti konání XII. Pařížkových dní, 2006, s. 2–7.
- Pecka, M. 2004. Laboratorní hematologie v přehledu III. Fyziologie a patofyziologie hemostázy. Praha: tiskárna Finidr, s. r. o. Český Tešín, 2004. s. 131–231. ISBN 80-86682-03-X
- Váleková, L. Poruchy zrážania krvi. In *Via practica*, 2005, 2 (7-8), s. 311–315

Recenzenti:

MUDr. Juraj MITURA
MUDr. Ján KUBALA

Kontakt:

MUDr. Jaromír TUPÝ
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: tupy@uvn.sk

Motivační faktory ovlivňující práci sestry

Eva Zacharová

Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií

Souhrn

Sesterské povolání má dnes výjimečné postavení mezi jednotlivými profesemi. Profese sestry se sice společensky akceptuje a hodnotí relativně vysoko, jako důležitá součást zdravotnické péče. Celkový obraz povolání se však mění velmi pomalu. Významnou roli při volbě povolání i v klinické praxi hraje motivace. Cílem průzkumu bylo zjistit, jaké motivační faktory mají vliv na volbu povolání sestry a zda odborná náplň, organizační a pracovní vlivy mohou motivaci pro profesi negativně ovlivnit. V práci jsou zvýrazněny základní poznatky, které byly průzkumem zjištěny.

Klíčová slova: Motivace. Profese sestry. Vzdělávání. Kvalita práce.

Summary

Nursing profession has an extraordinary place among individual professions. The profession of a nurse is accepted and rated relatively high in the society as an important part of health care, though. Nevertheless the general picture of the profession has been changing very slowly. The motivation plays an important part at vocational selection and in the clinical practice, too. The aim of the survey was to find out what motivation factors influence the decision for the profession of a nurse and if professional content, organization and working influences can have negative impact on the process of decision making. In the paper basic knowledge detected by the survey is emphasized.

Key words: Motivation. Nursing profession. Education. Work quality.

Úvod

Profese sestry se v rámci 50 vytipovaných profesí umísťuje dlouhodobě mezi sedmým až desátým místem. Ukazuje to na její významnou pozici z hlediska prospěšnosti a náročnosti avšak i na problémy, které jsou s tímto povoláním spojené. Jedná se zejména o zodpovědnost samotné práce, konfrontace sestry s náročnými životními situacemi a v neposlední řadě i neadekvátní finanční ohodnocení.

Ošetrovatelství se v průběhu vývoje stává moderní vědní disciplínou, která kromě odborné péče o nemocného člověka působí i na úseku preventivní péče a prolíná do oblasti výzkumu⁽⁷⁾. Ošetrovatelství má velikou morální a etickou hodnotu pro každého z nás. Je s ním spojená podpora a pomoc v těžkých okamžicích nemoci, při bolesti, utrpení i v nejkritičtějších chvílích života. Téměř každý člověk má osobní zkušenosti s medicínou a ošetrovatelskou péčí. Péče o zdraví a cílená a humánní péče o nemocného člověka patří k základním úkolům každé demokratické společnosti. Život a zdraví člověka se právem zařazuje mezi základní a nejdůležitější lidské hodnoty⁽²⁾.

Dynamický rozvoj ošetrovatelství má nemalý vliv i na rozvoj osobnosti sestry. Ošetrovatelské profese jsou u nás i v zahraničí hlavně doménou žen, i když se zde pomalu objevují i muži. Možná to souvisí s historickým chápáním a zaužívanými představami, že sestra je žena. Žena jako nositelka určité životní energie, obětavosti a vytrvalosti se schopností vcítit se do pocitů prožívání druhého člověka a intuitivním chápáním reality⁽¹⁾. To vše hraje významnou roli při řešení problémů pacientů, jako i ostatních mezilidských vztahů. Svě místo si zde postupně upevňují i muži.

Ošetrovatelské povolání představuje dlouhou a náročnou cestu profesionálního a osobnostního zrání⁽⁵⁾. Sestra neustále vstupuje do interakce s jinými lidmi, ať už nemocným člověkem, rodinnými příslušníky či spolupracovníky. Je svědkem tělesného a psychického utrpení člověka, což ve velké míře ovlivňuje její hodnoty, postoje a celou osobnost. Jednou z nejnáročnějších situací je osobní setkání s umíráním a smrtí⁽⁴⁾.

Poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči umírajícímu znamená nejen uspokojit tělesné potřeby, tlumit bolest, ale především projevit citlivý a laskavý přístup. Náročnost těchto situací předpokládá zralou osobnost, kterou pomáhá formovat i stávající **systém vzdělávání sester**⁽³⁾.

Možnosti středoškolského, vyššího odborného a vysokoškolského vzdělání v návaznosti na celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických povolání podle zákona č. 96/2004 umožňují získávání a rozvoj odborných kompetencí k výkonu této náročné profese⁽⁹⁾.

Vhodné odborné, fyzické a psychické předpoklady pak pomáhají k dotváření **osobnosti sestry**. Nemalou míru v systému vzdělávání zaujímá i **sociální komunikace**, která se ve vzájemných interpersonálních vztazích stává nezbytným prvkem v procesu realizace ošetrovatelské péče. Bez vzájemné komunikace mezi lékařem, sestrou a pacientem nelze rozvíjet vzájemný pozitivní vztah a úspěšně plnit ošetrovatelský proces. V systému ošetrovatelské péče má také své místo **motivace**, která vede sestru k další profesionálnosti a odbornému rozvoji⁽⁶⁾. A právě motivaci ohrožují různé faktory, které ovlivňují pracovní prostředí, profesionální spokojenost sester a korelují s kvalitou jejich práce.

Motivy lze chápat jako funkční prvky osobnosti, které určují směr a intenzitu chování člověka. Chování je sice ve svém směru a síle určováno motivy, ale jeho způsob je determinován i situačními faktory, a tak v různých situacích může být téhož cíle dosahováno různými způsoby. Motivy vysvětlují, proč má chování člověka určitý směr a působí s určitou silou. Motivaci vnímáme jako složitější duševní proces. Jeho podstatou je zaměření a aktivizace jedince. V motivaci se odráží vnitřní psychický a somatický stav člověka, ale také na ni působí i nejrůznější faktory z vnějšího prostředí. Z hlediska vnitřního stavu jedince je zdrojem motivace nějaká potřeba. To znamená, že se tato potřeba stává aktuálním osobním motivem. Z hlediska vnějšího prostředí je zdrojem motivace pobídka. To znamená, že nějaký vnější podnět, který se stal subjektivně významným, vyvolá vznik potřeby a ta se stává motivem jednání. Základní

charakteristika motivačního procesu vymezuje i množství energie, které se nahromadí v organismu. A právě motivy aktivizují lidské chování a zaměřují jej na určitý cíl a v tomto směru je udržují⁽⁸⁾.

Cíl průzkumu

Zjistit, jaké motivační faktory ovlivňují práci sester.

Soubor a metodika

Průzkum probíhal formou dotazníku.

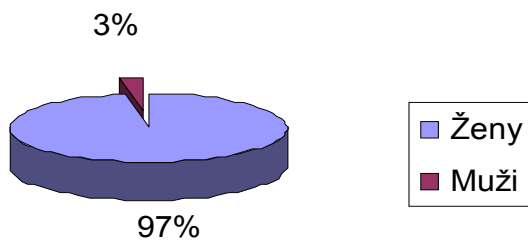
Vzorek respondentů tvořili zdravotničtí pracovníci nelékařských oborů (sestry) ve vytipovaných zdravotnických zařízeních Moravskoslezského kraje v počtu 300.

Průzkumu se zúčastnilo 97,3 % žen a 2,7 % mužů ve 2. pololetí roku 2009.

Celkem bylo distribuováno 350 dotazníků, jejich návratnost v počtu 300 představuje 85,7 %.

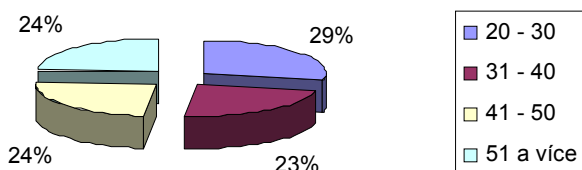
Otázky byly orientovány na sledovanou problematiku, tj. motivaci v profesi zdravotníka a faktory, které ji ovlivňují.

Výsledky průzkumu (vybrané údaje)



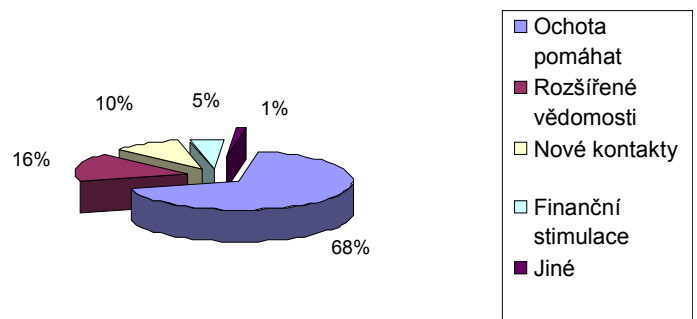
Graf 1 Počet respondentů

Realizovaného průzkumu se zúčastnilo 97,3 % žen, což odpovídá plošnému zastoupení žen v této profesi. Jako pozitivní můžeme hodnotit i pozvolné pronikání mužského pohlaví do profese sestry.



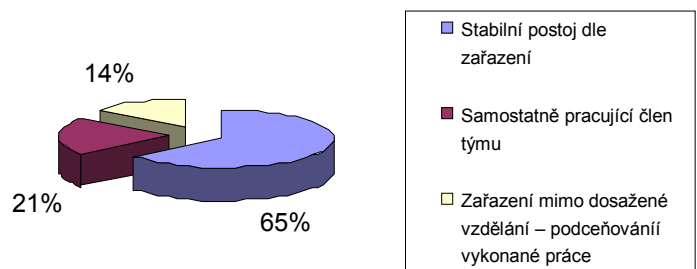
Graf 2 Věkové složení respondentů

Z věkového zastoupení je zjevné, že ve zdravotnictví pracují v 71 % sestry starší 30ti let. Jedná se pravděpodobně o sestry, které se do zdravotnictví vrátily po mateřské dovolené a ukončení dalšího vzdělávání. Kategorie do 20ti let nebyla průzkumem sledována z důvodů jiného profesního zařazení. V současné době lze v ČR studovat jen obor zdravotnický asistent. Jejich pracovní náplň se od sester liší.



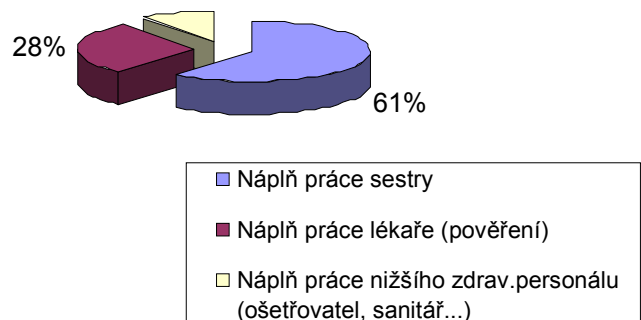
Graf 3 Motivace pro profesi

Při posouzení vlastních motivů pro profesi lze pozitivně hodnotit, že 203 respondentů, tj. 67,7 % bylo vedeno k profesi sestry ochotou pomáhat. I touhu po rozšíření vědomostí u 49 sester, tj. 16,3 % lze vnímat kladně. Zajímavé je i vyjádření, že respondenti v otázce finanční stimulace mají jasno a tuto oblast k pozitivním motivům nezařazují.



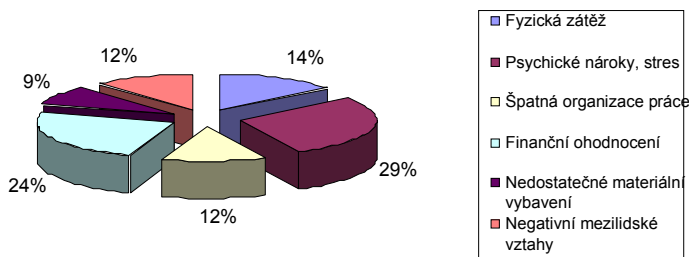
Graf 4 Pracovní zařazení ve zdravotnickém týmu

Vhodným motivačním faktorem v klinické praxi je i výkon profese dle odbornosti. 258 respondentů, tj. 86 % se vyjádřilo, že pracuje zcela samostatně nebo je zařazeno v kategoriích odpovídající jejich odbornosti. Skutečností však zůstává, že 14,0 %, tj. 42 sester je z různých důvodů využíváno i na práci mimo dosažené vzdělání a odbornost.



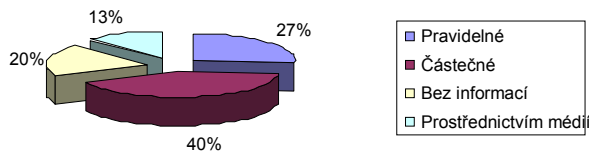
Graf 5 Pracovní náplň sester

V rámci výkonu povolání uvedlo 183 respondentů, tj. 61 % že plní úkoly spojené s náplní práce v rámci ošetřovatelské péče. Nelze však nevnímat, že 39 % respondentů, i když ne zcela pravidelně, vykonává různé druhy práce z pověření (nebo bez pověření) za lékaře. Některé sestry pracují i v kategorii nižších zdravotnických pracovníků z důvodů zajištění provozu nebo například z důvodů nevhodně organizované personální práce.



Graf 6 Negativní faktory ovlivňující profesi

Mezi negativní faktory, které můžeme považovat za demotivující v ošetrovatelské praxi sester je ve 28,7 % zastoupena psychická zátěž, náročnost povolání a stres. Na dalším místě u 72 respondentů, tj. 24,0 % se jedná o finanční podhodnocení sesterské profese, případně nízké zařazení do platové třídy. Svoji úlohu zde sehrává i mimořádná fyzická zátěž (14,3 %) a v některých oblastech i kritika na špatnou organizaci práce (12,3 %).



Graf 7 Informace o činnosti zdravotnického zařízení

Respondenti uváděli, že mají málo informací o činnosti a perspektivách zdravotnického zařízení. Pravidelné informace má pouze 82 sester, tj. 27,3 %. Částečné informace má 121, tj. 40,3 % sester. Jako negativní lze hodnotit skutečnost, že téměř 32,4 % respondentů nemá o daném zařízení dostatečné informace nebo se je dozvídá pouze z médií (regionální deníky, zpravodaje atd.).

Diskuse

Problematika poznávání motivů a vlastní motivace zdravotníků je velmi potřebná a může se odrážet i v kvalitě jejich práce. Ukazuje na oblasti ošetrovatelské péče, ve kterých je možné pozitivním způsobem nejen působit, ale i ovlivnit vztah sester k dané činnosti. Provedený průzkum byl v této oblasti v uplynulém období prvotní a nelze jej vzájemně porovnat s jinými výsledky. Na základě dosažených výsledků však lze konstatovat, že motivaci sester ovlivňuje řada faktorů, mezi které patří jak vnitřní (zejména rozhodnutí k volbě profese), tak i vnější (například pracovní zařazení ve zdravotnickém týmu, pracovní náplň v denním provozu oddělení, ale i informace o perspektivách zdravotnického zařízení či provoz a organizace daného pracoviště).

Z výsledků průzkumu vyplynulo několik podnětných zjištění. Potěšující je, že téměř 70 % (67,7 %) respondentů uvedlo při volbě povolání sestry prosociální motiv – ochotu pomáhat lidem. Sestry, které se rozhodly pro svou profesi ve snaze pomáhat, statisticky významně častěji uvedly, že by se pro toto povolání rozhodly znovu. Toto rozhodnutí je zřetelnější ve skupině sester starších 30 let. Motivace u mladších sester je pestřejší.

Šedesátpět procent respondentů vyjádřilo kladný a stabilní postoj ke své profesi, 21,3 % sester pracuje samostatně. V denní praxi se však setkáváme se stavem, kdy 42 sester, tj. 14 % cítí, že jsou v práci podceňovány, mnohdy suplují práci NZP a jsou vnímány jako neplnohodnotný partner. Zajímavé je i zjištění, že téměř ¼ sester vykonává činnosti, které patří do kompetence lékařů (vedení dokumentace, aplikace léků, převazy atd.). Tyto sestry zároveň statisticky významně uváděly častější výskyt fyzického a psychického vyčerpání.

Za velmi demotivující faktory můžeme však považovat finanční hodnocení sester, stresující faktory spojené s náročností provozu oddělení (ARO, JIP, geriatrické, onkologické oddělení, LDN), negativní vztahy s managementem oddělení a často i nedostatek informací o perspektivách rozvoje daného zařízení.

Z výsledků průzkumu je zřejmé, že sestry, jež se zúčastnily průzkumu, jsou pro výkon svého náročného povolání motivované (viz graf 3). Mezi faktory, které negativně ovlivňují motivaci, patří kromě psychického napětí a finančního ohodnocení i organizační struktura pracoviště a v neposlední řadě i provoz zdravotnického zařízení a negativní mezilidské vztahy.

Vzhledem k tomu, že s výsledky průzkumu byl seznámen management vytipovaných zdravotnických zařízení, bude vhodné průzkum s odstupem času zrealizovat znovu a porovnat výsledky obou šetření. Jen tak lze ověřit účinnost vlastních opatření jednotlivých zdravotnických zařízení v oblasti profesní motivace sester.

Závěr

Šetření ukázalo, že motivace je důležitý faktor, který ovlivňuje činnost zdravotníků. Povolání sestry je zejména výzvou, ve které se skrývá ochota profesionálně se postarat o ty, kteří pomoc potřebují. K tomu, aby tento cíl mohli zdravotníci zodpovědně plnit, potřebují motivaci, podnět a stimuly, na kterých by se měl podílet i management zdravotnických zařízení.

Doporučení pro praxi:

1. Na úrovni vedení zdravotnických zařízení vypracovat motivační strategii v péči o zaměstnance a jejich pracovní podmínky.
2. V řídicí práci managementu nemocnice využívat motivační techniky v oblasti odborného růstu, vzdělávání a sociální komunikace, a tím přispět k rozvoji organizační kultury zařízení.

Literatura

1. Gulášová, I.: *Osobné a profesionálne vlastnosti sestry*. Bratislava: Soma Magazines Slovakia, 2004, roč. III. Sestra č. 6, s. 8 - 9. ISSN 1335-9444.
2. Gulášová, I.: *Empaticky a citlivo*. Bratislava: Soma Magazines Slovakia, 2004, roč. III. Sestra č. 6, s. 19. ISSN 1335-9444.
3. Gulášová, I.: *Úloha sestry pri podpore duševného zdravia*. Bratislava: Soma Magazines Slovakia, 2006, roč. V. Sestra č. 10, s. 39. ISSN 1335-9444.
4. Gulášová, I.: *Nevyslovené otázky pacientov*. Bratislava: Revue ošetrovateľstva a laboratorných metodík, 2000, roč. VI., č. 4, s. 139. ISSN 1335-5090.
5. Haluzíková, J.: *Možnosti vzdelávání v oboru DSIP*. Praha: Sestra, 2003, roč. II, č. 5, s. 42. ISSN 1210-0404.
6. Zacharová, E.: *Motivace – faktor ovlivňující práci sestry*. Skalica: In Sborník konference, IV. Vědecká konference s mezinárodní účastí, 2009. ISBN 978-80-89271-52-8.
7. Zacharová, E. a kol.: *Sestra v moderní společnosti*. Skalica: In Sborník konference, V. vědecká konference s mezinárodní účastí, 2009. ISBN 978-80-89271-54-2.
8. Zacharová, E., Šimičková-Čížková, J.: *Psychologie pro zdravotnické obory*. Ostrava: OU, 2007. ISBN 978-80-7368-334-4.
9. Zákon MZČR č. 96/2004 Sb. O nelékařských a zdravotnických zařízeních.

Recenzenti:

PhDr. Jaroslav STANČIAK, PhD., MPH
PhDr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD.

Kontakt:

doc. PaedDr. et Mgr. Eva ZACHAROVÁ, Ph.D.
Ostravská univerzita v Ostravě
Fakulta zdravotnických studií
Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Zábřeh
E-mail: eva.zacharova@seznam.cz

Farmakoterapia a interakcie liekov v starobe

Mária Gadušová

Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, doliečovacie oddelenie, Ružomberok

Súhrn

Farmakoterapia je stále aktuálnym a diskutovaným problémom v gerontológii a geriatrii. Je to jeden z dôležitých aspektov v starostlivosti o starých ľudí. V prvej časti práce sa nachádza časť o percente používaných liekov v starobe a tiež sú rozobraté termíny vhodnosť, polyfarmácia, zlyhanie liečby a iné zdravotnícke otázky v starostlivosti o seniora. Ďalej článok obsahuje časť, ktorá sa podrobnejšie zaoberá cestou lieku pri vstupe do organizmu a jeho následnými procesmi - farmakokinetikou, farmakodynamikou, rozdielmi v účinkoch liekov v starobe a nevhodnou preskripciou liekov. Hodnotí genetické predispozície, používanie liekov pri poruche kognitívnych funkcií a samoliečiteľstvo. Vyberá selektívne interakcie liekov- liek-choroba, liek-liek, liek-potravina, liek-alkohol, liek-rastlinné produkty, liek nutričný status, a mechanizmy interakcií. Najčastejšie klinické manifestácie nežiadúcich účinkov liekov značne varujú. Z ich prejavov si všíma hlavne : zmätenosť, hypotenzné reakcie, anticholinergický syndróm, závislosť na benzodiazepinoch, močovú inkontinenciu, hypoglykemický syndróm, zrakové poruchy a iné. Článok sa zaoberá tiež alternatívami prevencie nežiadúcich účinkov liekov. Obsahuje Beersove kritériá nevhodnej liečby v starobe. Farmakoterapia v staršom veku je v starostlivosti podstatná, avšak niekedy problematicky realizovateľná. Odstránenie alebo zmiernenie nežiadúcich účinkov by sa dalo dosiahnuť zintenzívnením starostlivosti v primárnej sfére.

Kľúčové slová: farmakoterapia v geriatrii, metabolizmus liekov v staršom veku, riziko liekov v starobe, interakcie liekov, nevhodná liečba v starobe, prevencia a pokles rizikových faktorov liekov u starších.

Summary

Pharmacotherapy is living and discussed problem in Gerontology and Geriatrics. It is one of the most important aspects of care in the Elderly. In the first part the Percentage of administered Drugs to Elderly people, the Terms - availability, polypharmacy, insufficiency of the treatment and the Questions of the Health care are considered. Processes pharmacokinetics, pharmacodynamics, effects of the Drugs in old people and appropriate prescription in older age are also discussed. Risk of the Drugs according to age is risen. Factors, which enhanced risk of the Drugs, genetic predispositions, cognitive impairment of the old patient, complicated treatment care, deficient communication with physician, cumulation of the prescription and inappropriate selftherapy are described. Various of the Drug groups with corresponding risks of the body are demonstrated. Selected interaction Drug – Disease, Drug – Drug, Drug – Food, Drug – Alcohol, Drug – Plants products, Drug – nutritional status and mechanism interactions are evaluated. Most frequent clinical manifestations of the Drug side effects in the Elderly varied. One of them is confusion, hypotension reactions, anticholinergic syndrom, benzodiazepins – dependency, urinary incontinence, hypoglycemia syndrom, optic impairments and other manifestations. The alternatives of the Prevention side effects of the Drugs are considered. Inadequate therapy in old people in Beers criteria is formulated. Pharmacotherapy in old age is substantial and sometime hard realizable problem. Better primary care can improve side effects of the Drugs.

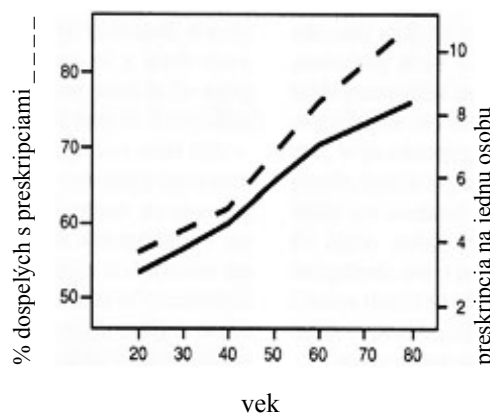
Key words: Pharmacotherapy in Geriatrics, Metabolism of the Drugs in old Age, Risk of the Drugs in the Elderly, Interactions of the Drugs, Inappropriate Drug Treatment in old people, Prevention and decrease of the Risk factors of the Drugs in Elderly

Bezpečná a účinná farmakoterapia predstavuje veľkú výzvu v klinickej geriatrii. Je zároveň jedným z najdôležitejších aspektov v starostlivosti o starého pacienta. Pochopenie všeobecných fyziologických zmien očakávaných v starobe môže pomôcť predvídať zmeny farmakologických parametrov a lepšie sa v nich orientovať.(2)

Seniori majú mnoho chronických chorôb a v dôsledku toho užívajú viac liekov ako mladšie vekové skupiny. Ich znížené fyziologické rezervy by sa mohli ďalej vyčerpávať účinkami liekov a akútnym alebo chronickým ochorením. Starnutie mení farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti liečiv, vplyva na výber, dávku a frekvenciu dávkovania mnohých druhov liekov.

Táto veková skupina predstavuje asi 1/3 všetkých preskripcií. Ženy užívajú viac liekov ako muži, špeciálne psychoaktívnych medikamentov a nesteroidových antireumatik. V priemere si starí ľudia predpisujú lieky 4-5x viac ako ostatné vekové kategórie a využívajú asi 12-17 predpisov za rok. Krehkí starí ľudia užívajú najviac liekov. Užívanie liekov je väčšie v nemocniciach a domovoch dôchodcov (DD) ako doma, poväčšine obyvatelia domov dôchodcov užívajú v priemere 7-8 liekov.

Percento populácie s preskripciou a počtom medikácií vekom rastie- tab. č. 1 (3)



Typ užívaného lieku variuje najčastejšie v súvislosti s typom spoločného zariadenia. Komunita obyvateľov obytných domov má najčastejšie toto poradie liekov: analgetiká, diuretiká, kardiovaskulárne lieky, sedatíva a hypnotiká. Obyvatelia DD užívajú najčastejšie: antipsychotiká a sedatívno-hypnotickú terapiu, potom nasledujú diuretiká, antihypertenzíva, analgetiká, kardiovaskulárne liečivá a antibiotiká. Podľa niektorých prehľadov sú psychoaktívne lieky preskribované v 65 % u pacientov v DD a v 55 % u obyvateľov obytných domov. 7 %

pacientov DD užíva 3 a viac psychoaktívnych liekov súčasne. **Polyfarmácia** je definovaná ako podávanie viacerých liekov súčasne jednému pacientovi. Zahrňuje tiež nadmernú medikáciu. **Nedostatočná liečba** niektorými druhmi liekov je tiež závažným problémom u starých ľudí. Dávka antidepresív je rovnako nízka ako trvanie liečby - je krátka. Lieky na inkontinenciu a preventívnu liečbu (antiglaukomatiká, proti influenze a pneumokokové vakcíny) sú tiež podávané nedostatočne. Lieky v organizme pôsobia rôznymi mechanizmami.

Tabuľka 2 Farmakologické princípy účinku liekov (3)

1. pôsobenie liekov cestou vysokej afinity k väzbe na celulárne receptory,
2. agonistov, viažúcich sa na receptory, ktoré spúšťajú fyziologické funkcie,
3. antagonistov, viažúcich sa na receptory, ktoré blokujú agonistov, aby dosiahli cieľ,
4. parciálnych agonistov, ktorí účinkujú ako antagonisti v prítomnosti skutočných agonistov.

Farmakokinetika

študuje časový priebeh koncentrácie lieku a faktory, ktoré ho ovplyvňujú. (3) Konkrétne zahrňuje časový priebeh, počas ktorého organizmus lieky absorbuje, distribuuje, metabolizuje a vylučuje.(1)

Tabuľka 3 Fyziologické vekové zmeny vplyvajúce na farmakokinetiku (3)

1. pokles podielu čistej telesnej hmoty,
2. pokles sérovej hladiny albuminu,
3. pokles pečňových funkcií,
4. pokles renálnych funkcií.

Absorbcia

Vstup lieku do organizmu po najprirodzenejšom perorálnom podaní môže byť u starých ľudí značne komplikovaný: tab.č. 4 (7)

- poruchami prehltávania,
- spomalením pasáže pažerákom,
- častejším výskytom gastroezofágového refluxu,
- znížením vstrebávania kyslých látok pre pokles sekrécie HCl v žalúdku,
- spomaleným vyprázdňovaním žalúdka, dlhšia pasáž črevom,
- zvýšeným výskytom gastroduodenálneho refluxu,
- znížením prekrvenia splanchnickej oblasti.

Distribúcia

S vekom sa ľahko znižuje hladina albumínov a zvyšuje sa hladina kyseliny α -1 glykoproteinovej. U pacienta s akútnym ochorením alebo malnutríciou môže prudký pokles hladiny séroveho albumínu zvýšiť účinok lieku, pretože sa zvyšuje sérová koncentrácia neviazaného lieku, samozrejme za okolností, že sa neprejaví jeho metabolická exkretčná kompenzácia. (1) Nedostatkem väzobných miest na albumíne sa zvyšuje potenciálna toxicita kumarínov, digoxínu, tricyklických antidepresív, perorálnych antidiabetík. Poklesom objemu svalovej hmoty, prírastkom tuku sa zväčšuje distribučný priestor pre benodiazepíny a iné psychofarmaká (tolbutamid), vytvára sa možnosť depozície lipofilných látok.(7)

Tabuľka 5 Zmeny distribúcie liekov v starobe (3)

tekutiny a tkanivové kompartmenty

- pokles celkovej telesnej vody,
- zväčšenie tukového kompartmentu,
- pokles svalovej masy.

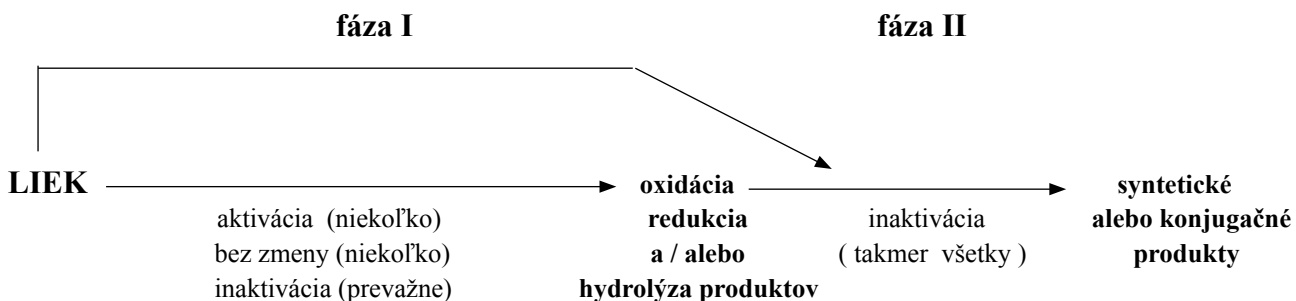
plazmatické proteíny viažúce lieky

- pokles hladín séroveho albuminu,
- nezmenené hladiny kyseliny α - glykoproteinovej.

Biotransformácia

K enzymatickým prípravným reakciám liekov na elimináciu - **biotransformácii liekov** - patrí I. a II. fáza reakcie.

Tabuľka 6 Liekový metabolizmus a biotransformáciu liekov (3)



U starých ľudí je redukovaný presystémový (first pass) metabolizmus niektorých perorálnych liekov,(napr. labetalol, propranolol, verapamil) stúpa ich sérová koncentrácia a bioavailabilita. Iničiálne dávky týchto liekov by mali byť redukované asi na 30 %. Presystémový metabolizmus iných metabolizovaných liekov (napr. imipramin, aminitriptylin, morphin, meperidin) nie je znížený.

Hepatálny klírens liekov metabolizovaných cez cytochróm P-450 (fáza I. reakcie) napr. diazepam, amitriptylin, chlórdiazepoxid - je často u starých ľudí znížený. Vek menej často vplyva na klírens liekov metabolizovaných cez glukuronátovú alebo sulfátovú konjugáciu (syntetická alebo fáza II reakcie), napr. lorazepam, desipramin a oxazepam.

Renálna eliminácia

V starobe dochádza k poklesu glomerulového klirensu asi o 1/3, znižuje sa počet funkčných nefrónov. Existujú relatívne veľké interindividuálne rozdiely, ale udáva sa, že každým rokom od 35. roku života klesá obličkový klirens o 1 %, čo znamená, že po 80. roku života je len polovičná kapacita. (7) Po 30. roku veku klesá kreatinín klirens v priemere o 8 ml/min (1,73 m²) dekádu u približne 2/3 osôb, ale zostáva rovnaký v pokoji. Hladiny sérového kreatinínu sa pohybujú v normálnom rozpätí, pretože u starých ľudí klesá objem telesnej hmoty a produkuje sa menej kreatinínu. Klesá tubulárna funkcia paralelne s glomerulovou filtráciou. Lieky ako sú aminoglykozidové antibiotiká, digoxín, ktoré sa eliminujú obličkami pri úzkom terapeutickom okne, majú vysoké riziko predigitalizácie, resp. nefrotoxicity, ak sa adekvátne neredukujú dávky. Liekom, ktoré majú široké terapeutické okno, resp. vysoký terapeutický index (penicilín, paracetamol a iné) také bezprostredné riziko nehrozí. (7)

Farmakodynamika

Farmakodynamika študuje interakcie medzi liekmi a ich cieľovým tkanivom. Zaoberá sa mechanizmom, intenzitou, vrcholom a priebehom fyziologických liekových účinkov. Vplyv starobných zmien na farmakodynamiku vyjadruje tabuľka č.7.(3)

Tabuľka 7 Fyziologické zmeny v starobe a ich vplyv na farmakodynamiku

Fyziologické zmeny cieľových orgánov

- zvýšená senzitivita farmakologických prípravkov,
- pokles želateľných účinkov farmakoterapie,
- zvýšenie nežiadúcich účinkov.

Zmeny homeostázy

- pokles schopnosti odpovedať na fyziologické zmeny,
- nežiadúce vedľajšie účinky liekov (napr. ortostatická hypotenzia).

V starobe sa mení kvalita a počet receptorov, čo má za následok zmenu na úrovni farmakodynamiky (vazodilatačné látky, hypnotiká). V cievach sa znižuje počet beta-receptorov. Znižuje sa syntéza vazodilatačných prostaglandínov a objavujú sa i správy o poklese endogénneho NO, čím v cievach získavajú prevahu vazokonstriktorické faktory. (7)

Keďže v starobe sa znižuje aj aktivita alfa-receptorov, kompenzačne stúpa koncentrácia katecholamínov so všetkými dôsledkami. V praxi sú známe správy o zníženej účinnosti betablokátorov a betasympatomimetik u starších ľudí.

Frekvencia alergickej odpovede na lieky a anafylaxie je menej častá ako v mladšom veku. (7)

Starnutím sa zvyšuje senzitivita liekov a zjavujú sa závažné vedľajšie účinky liekov. K takýmto liekom patria morfin, pentazocín, warfarín, inhibitory angiotenzín konvertujúceho enzýmu, diazepam (najmä ak sa podáva parenterálne) a levodopa. Niektoré lieky, ktorých účinky sú redukované normálnym starnutím (napr. tolbutamid, glyburid, betablokátor) by mali byť u starých ľudí užívané s opatnosťou, pretože závažné a od dávky závislé toxické účinky a príznaky môžu sa zjaviť neskôr. Vekom sa zvyšuje sedácia centrálného nervového systému pôsobením benzodiazepínov. Toto zvýšenie je klinicky dôležité. Pre efektívnu a bezpečnú akútnu sedáciu by mala byť dávka midazolamu vzhľadom na farmakodynamické vekové zmeny znížená asi o 30 %.

Renálna odpoveď na furosemid alebo dopamin sa znižuje. Zatiaľ čo sa odpovede akútnych bronchodilatátorov na albuterol (beta-2 agonista) u normálnych subjektov vekom znižujú, odpovede na albuterol alebo ipratropium (muskarínový agonista) sa u pacientov s astmou a chronickou obštrukčnou chorobou pľúc vekom nemenia.

Nežiadúce účinky liekov (NÚL)

Nežiadúce účinky liekov sú v starobe 2-3x častejšie. Liekové riziko sa stáva v starobe závažným problémom. Keď v 3. dekáde života je frekvencia nežiadúcich účinkov liekov (NÚL) okolo 3 %, v 8. dekáde stúpa až na 22 %. Najtesnejšia korelácia je medzi polyfarmáciou (množstvom užívaných liekov) a percentom výskytu NÚL.

Tabuľka 8 Faktory zvyšujúce riziko liekov v starobe

Liek	úzka terapeutická šírka lieku, napr. digoxín, gentamicín, tendencia ku kumulácii, polyfarmácia, abúzus
Pacient	znížená funkcia eliminačných orgánov, poruchy vnímania (zrak, kognitívne funkcie) pacient nevie aké lieky užíva, polymorbidita, genetická predispozícia
Okolie	preskripčné zvyky ošetrojúceho lekára. (komplikovaný liečebný režim, neúmerne veľké množstvo tabletiiek v dennej dávke) nedostatočná komunikácia s lekárom, nedostatočný dohľad, komunikácia špecialistu so všeobecným lekárom, kumulácia preskripcie, samoliečiteľstvo (používanie liekov proti bolesti), úroveň vzdelanosti o liekoch

Zvýšené riziko nebolo demonštrované u takých liekov ako sú napríklad betablokátor, antihypertenzíva, lidocain a propafenon.

Z interakcií liekov sú známe: interakcie **liek-choroba**, **liek-liek**, **liek-potravina**, **liek-alkohol**, **liek-rastlinné produkty** a **liek-nutričný status**. Mali by sa však súčasne hodnotiť aj také faktory ako sú: vekové zmeny farmakokinetiky a farmakodynamiky, krehkosť (frailty), interindividuálna

variabilita, znížené homeostatické mechanizmy a psychosociálne otázky. (4)

Interakcie liek-choroba (exacerbácia choroby účinkom lieku) sa zjavujú v ktoromkoľvek veku, ale zvlášť dôležité sú v staršom veku, kedy sa zvyšuje prevalencia chorôb a ťažkostí v diferenciácii často subtilných nežiadúcich liekových interakcií s účinkami choroby. (tabuľka č.9.)

Tabuľka 9 Selektované interakcie liek-choroba u seniorov

Choroba	Liek	Nežiadúce účinky
Benígna prostatická Hyperplázia	alfa2agonisty, anticholinergiká	retencia moča
Poruchy vodivosti srdca	betablokátory, digoxin, diltiazem tricyklické antidepresíva, verapamil	srdcová blokáda
Chronická obštrukčná Choroba pľúc	betablokátory, opioidy, sedatíva	bronchokonstrikcia respiračná depresia
Demencia	anticholinergiká, antikonvulzíva levodopa, benzodiazepíny, opioidy antidepresíva, antipsychotiká	zvýšenie zmätenosti, delírium
Depresia	alkohol, benzodiazepíny, betablokátory centrálne pôsobiace antihypertenzíva kortikosteroidy	exacerbácia depresie
Diabetes mellitus	kortikosteroidy	hyperglykémia
Glaukóm	anticholinergiká	exacerbácia glaukómu
Srdcové zlyhanie	betablokátory, disopyramid, verapamil	exacerbácia srdcového zlyhania
Hypertenzia	NSAIDs	zvýšenie krvného tlaku
Hypokaliémia	Digoxin Karbamazepin	srdcové arytmie
Ortostatická hypotenzia	diuretiká, levodopa, tricyklické antidepresíva, vazodilatanciá	vertigo, pády, synkopy, zlomeniny bedrového kĺbu
Osteopenia	kortikosteroidy	fraktúry
Parkinsonova choroba	antipsychotiká	zhoršenie motorických funkcií
Peptická vredová choroba	antikoagulanciá, NSAIDs	krvácanie z horného GITu
Periférne vaskulárne ochorenie	betablokátory	intermitentné klaudikácie
Renálna insuficiencia	aminoglykozidy, NSAIDs radiokontrastné látky	akútne renálne zlyhanie
NSAIDs = nesteroidné protizápalové antireumatiká		

Anticholinergiká často zapríčiňujú interakcie napr. s glaukómom, benígnou prostatickou hyperpláziou, Alzheimerovou chorobou, suchými očami alebo xerostómiou. (druhmi liekov) môžu byť rôznorodé. (tabuľka č.10.)

Interakcie liek - liek (zmenená farmakokinetika alebo farmakodynamika lieku, ak sa užíva s jedným alebo viacerými

Tabuľka 10 Klinicky dôležité interakcie liek-liek u seniorov

Liek	Lieková interakcia	Mechanizmus	Účinok
Farmakokinetické interakcie			
Ciprofloxacín	Sucralfat	zníženie absorpcie	zníženie ATB odpovede
digoxin	amiodaron, diltiazem, chinidin, verapamil	zníženie renálneho a nonrenálneho klírens	digitalisová toxicita
	antacidá, cholestyramin, cholestipol	zníženie absorpcie	pokles účinku digoxinu
methotrexat	penicilíny, probenecid, salicylát, iné organické kyseliny	pokles aktívnej renálnej tubulárnej sekrécie	toxicita methotrexatu
Väčšina liekov	anticholinergiká	menia rýchlosť vyprázdňovania žalúdka	znižujú rýchlosť absorpcie lieku
	metoclopramid	menia rýchlosť vyprázdňovania žalúdka	zvyšujú rýchlosť liekovej absorpcie
phenytoin	barbituráty, rifampicin	indukcia liekového metabolizmu	znižujú kontrolu kŕčov
Teofyllin	carbamazepin, phenytoin, rifampicin, fajčenie	indukujú liekový metabolizmus	zvyšujú dyspnoe
	cimetidin, ciprofloxacín, disulfiram, enoxacin, erytromycin, mexiletín	inhibícia liekového metabolizmu	teofylínova toxicita
Warfarin	aspirín, furosemid	zmena väzobného miesta v plazme	možné zvýšenie antikoagulačného účinku
	barbituráty, karbamazepin, rifampicin	indukcia liekového metabolizmu	pokles antikoagulácie
	cimetidin, metronidazol, omeprazol, trimetoprim- sulfamethoxazol, amiodaron	inhibícia liekového metabolizmu	zvýšenie antikoagulácie, krvácanie
Farmakodynamické interakcie			

Liek	Lieková interakcia	Mechanizmus	Účinok
albuterol	betablokátory	kompetitívna blokáda beta-receptorov	znížená bronchodilatačná odpoveď
aspirin	warfarin	účinky na funkciu doštičiek, koaguláciu a integritu mukózy	gastrointestinálne krvácanie
benztropin	anticholinergiká (antihistaminiká, tricyklické antidepresíva, thioridazin)	aditívny účinok na cholinergné receptory	zmätenosť, retencia moča
betablokátory	digoxin, diltiazem, verapamil	účinkov na vodivý systém srdca	bradykardia, srdcová blokáda
digoxin	diuretiká	hypokaliémia	toxická digitalisu
diuretiká	inhibitory angiotenzin-konvertujúceho enzýmu, alfablokátory, levodopa, phenotiaziny, tricyklické antidepresíva, vazodilatancia, nesteroidné antireumatiká	ortostatická hypotenzia znižená renálna perfúzia	pády, slabosť, synkopy renálne zlyhanie

Existuje niekoľko prospektívnych štúdií na interakcie liek-liek. Jedna z nich poukazuje na to, že až 40 % ambulantných starých pacientov malo riziko interakcií liek-liek. 27 % týchto interakcií bolo závažných (napr. interakcie chinidin-digoxin). Inhibícia metabolizmu jedného lieku druhým sa vekom nemení.

Interakcie liek-potravina

Obvykle sa posudzuje interakcia liek-liek. O interakciách liek-potravina sa pojednáva zriedkavejšie. K početným jedlám, vytvárajúcim liekové interakcie patrí napr. grapefruitová šťava, kofeín, teín, staré syry, ktoré počítame medzi denné potraviny a nápoje. Iné potraviny (napr. údený losos, špargľa, avokádo, červený listový šalát, kaviár a červené víno) tiež vytvárajú liekové interakcie. Starí ľudia majú obzvlášť vysoké riziko týchto interakcií. Potencovať interakcie u mnohých pacientov môžu navyše endokrinná dysfunkcia, reštriktívne diéty a alkoholizmus. K ďalším faktorom, vplyvujúcim na interakcie patria: pokles GIT- funkcií (napr. vyprázdnenie žalúdka, intestinálna motilita), pokles pomeru vlastnej telesnej hmoty k telesnému tuku, zníženie väzby liekov na sérové proteíny, pokles renálnych a hepatálnych funkcií.

Starnutím sa spomaľuje vyprázdňovanie žalúdka, znižuje sa funkcia črevnej steny a stúpa pH žalúdka. Požitie potravy s početnými liekmi má efekt na liekovú absorpciu, ktorá závisí od väzby liek-nutrient, zmien vyprázdňovania žalúdka a/alebo zmien v gastrickom pH. Tieto účinky môžu redukovať, zvýšiť, spomaliť alebo zrýchliť absorpciu liekov. Ťažké jedlá, najmä s vysokým obsahom tuku, pomaly vyprázdňujú žalúdok, podobne ako to robí mnoho liekov. Lieky s anticholinergickými vlastnosťami (napr. antihistaminiká, diphenoxylát, HCl s atropinsulfátom) spôsobujú pomalšie vyprázdňovanie žalúdka, oneskorujú absorpciu a začiatok účinku. Antacidá, H₂ blokátory a blokátory protónovej pumpy tiež menia pH žalúdka, čím sa mení rýchlosť rozpustnosti mnohých liekov. Mlieko a mliečne produkty naopak zvyšujú pH žalúdka, čím spôsobujú fakt, že enterosolventné tablety sa rozpúšťajú predčasne. Tento prejav môže byť prítomný aj pri zmenenej absorpcii liekov alebo pri iritácii žalúdka. Lieky sa obvykle rýchlejšie vstrebávajú, ak ich zapijeme vodou. Pri podávaní kyslých ovocných štiav, zeleninových štiav, perlivých nápojov alebo kávy sa môže objaviť inhibícia absorpcie. U starých pacientov, kde sa vyskytuje srdcové zlyhanie alebo inkontinencia moču, je často potrebná reštrikcia tekutín, lieky sa zapíjajú s malým množstvom nápojov, čo má za následok oneskorenú rozpustnosť a absorpciu liekov. Lekár by mal mať na pamäti, že lieky by sa mali zapíť šálkou

vody, aby sa jednak zabránilo iritácii pažeráka a žalúdka, jednak aby sa zlepšila ich rezorbcia. Potrava tiež mení transportný mechanizmus, dôležitý pre absorpčný proces liekov. Mlieko a iné produkty, obsahujúce kalcium, môžu tvoriť s liekmi komplexy, napr. fluorochinolóny (ciprofloxacín, norfloxacín a iné), ktoré zhoršujú ich absorpciu. Nutrienty ovplyvňujú intestinálny tranzitný čas, splachnicový a hepatálny krvný prietok, môžu pôsobiť ako fyzikálna bariéra prostredníctvom liekových foriem (tablety, kapsule) a môžu mať za následok rozpustenie, väzbu s liekmi alebo ochranu lieku pred prechodom cez mukózný povrch GITu. V niektorých prípadoch je mechanizmus alterujúci absorpciu neznámy. Skoro každé požitie jedla alebo tekutina mení absorpciu určitých medikácií. Najlepším príkladom sú bifosfonáty, užívané v liečbe osteoporózy (alendronát, rizendronát alebo tiludronát). Absorpcia je tu brzdená potravinami, (napr. pomarančový džús, káva, kalciové produkty), ďalšou liečbou a inými faktormi, s výnimkou vody. Pacienti sú z toho dôvodu inštruovaní o užití lieku na lačný žalúdok so zapitím vody, vo vzpriamenej polohe a bez konzumácie jedla počas nasledujúcich 30 minút. Na absorpciu antibiotík vplyva jedlo rôznymi spôsobmi. Požitím mlieka a mliečnych výrobkov sa objavuje chelatacia kationmi potravy (kalcium a magnezium), ktoré spôsobujú pokles absorpcie tetracyklinov a fluorochinolónov. Lekár by mal pripomenúť pacientovi, aby zapil lieky len vodou a obmedzil mliečne produkty 1-2 hodiny po ich požití. Vlákna v diéte môže oslabiť absorpciu penicilínov. Lekár by mal byť pozornejší u seniorov vo všetkých dávkovacích stratégiách kedykoľvek je to možné. Na rýchlosť uvoľňovania vplyvali zmeny pH, obsah diéty a tranzitný čas v GITE. Napríklad pomalé uvoľňovanie produktov verapamilu a teofylínu demonštruje vysoko variabilnú dostupnosť, ak sa podáva s jedlom alebo nalačno. Je potrebné informovať pacienta pred predpisom lieku tiež o medikácii so zreteľom na jedlo. Na fyziologickú distribúciu liekov vplyva mnoho faktorov. Nevhodná strava spôsobuje zvýšenú tvorbu telesného tuku. V ňom sa sekvstrujú liposolubilné lieky, napr. benzodiazepíny, čím sa ich polčas v organizme a trvanie účinku významne predlžuje. U starších pacientov by sa mala preferovať preskripcia hydrofilných liekov s kratším alternatívnym polčasom.

Interakcie liek-alkohol

Do skupiny interakcií liekov s alkoholom patria nasledovné interakcie:

1. **disulfiramové interakcie** (antabusové riziko), ktoré spôsobujú chlorpropamid a antibiotiká (metronidazol, tinidazol, cefoperazon, cefotetan)

2. **alkohol potencujúci liekový účinok** (warfarin so vzostupom INR, sulfonylurea s hypoglykémiou, rýchlejšie uvoľňovanie morfinu po alkohole)
3. **alkoholom potencovaná toxicita lieku** (tvrdý alkohol potecuje hepatotoxicitu, u NSAIDs alebo ASA sa zvyšuje riziko GIT- krvácania, u acetaminofenu potecuje hepatotoxicitu, ak presiahne dávku 4 g/deň, acitretin sa konvertuje na teratogénne metabolity, ktoré sa roky plne vylučujú.

Interakcie liek-rastlinný produkt

Súčasné požitie rastlinných produktov môže imitovať, zvyšovať alebo tlmiť účinky liekov. Prípady interakcií liek-rastlinný produkt zahŕňujú: krvácanie, ak sa warfarin kombinuje ginkgom (ginkgo biloba), cesnakom (*Allium sativum*), ženským ženšenom (*Angelica sinensis*), čínskou šalviou (*Salvia miltiorrhiza*); ľahký serotoninový syndróm u pacientov, ktorí mixujú ľubovník bodkovaný (*Hypericum perforatum*) s inhibítormi vychytávania serotoninu; pokles bioavailability digoxínu, teofylínu, cyklosporínu, phenprocoumonu, ak sa kombinuje s ľubovníkom bodkovaným; indukciu mánie u depresívnych pacientov, ak sa kombinuje antidepresívum s výživovým doplnkom s obsahom extraktu ženšenu (*Panax ginseng*); exacerbáciu extrapyramidových účinkov u neuroleptík s betelovým orechom (*Areca catechu*); zvýšené riziko hypertenzie, ak sa tricyklické antihypertenzíva kombinujú s yohimbinom (*Pausinystalla yohimbe*); potenciáciu orálnych a topických kortikosteroidov sladkovou hladkoplodou (*Glycyrrhiza glabra*); pokles koncentrácie prednisonu, ak sa užíva s čínskym rastlinným produktom xiao chai hu tang (sho-saiko-to); pokles koncentrácií phenytoinu, ak sa kombinuje so sirupom Ayurvedic shankhapushpi - mozgové tonikum. Antranoidy-obsahujúce rastliny-(*senna-Cassia senna*), *cascara (Rhamnus purshiana)*, solubilné vlákna agaru, živice a vlákna zo šupiek skorocelu indického zhoršujú absorpciu liekov. Mnohé práce o interakcii liek-rastlinný produkt sú neúplné, len načrtnuté, s chýbajúcimi laboratórnymi analýzami suspektných prípravkov. Praktickí lekári by však aj napriek tomu mali byť obozretní pri kombinácii rastlín s farmaceutickými produktmi. (9)

Možnosti prevencie NÚL

V starobe je zvýšená potreba a spotreba liekov. Počet liekov sa jednoznačne zvyšuje riziko NÚL, preto pri každej, aj opakovanej preskripcii lieku je nutné starostlivo zvažovať očakávaný prínos oproti možnému riziku. V tabuľke č. 11. sa nachádzajú postupy k zabráneniu vzniku NÚL.(7)

Tabuľka 11

- uprednostniť nefarmakologické prístupy
- zvýšiť informovanosť pacienta a opatrovateľov
- overiť si compliance
- vytvorenie pomôcok pri dávkovaní liekov
- starting low, go slow

Prevencia polyfarmácie predstavuje dôležitú oblasť v starostlivosti o starých ľudí. Najdôležitejšie aspekty tejto prevencie uvádza tabuľka č.12. (8)

Tabuľka 12

- zvažujeme množstvo liekov, ktoré pacient užíva a snažíme sa ho redukovať
- skúsime podať: „jeden liek na jednu chorobu jedenkrát denne“
- vysadíme liek bez dokázaného benefitu a indikácie
- zvážime vynechanie antihypertenzíva u starších, zvlášť u liekových hypotenzií, kde až 1/3 pacientov zostáva normotenzných (Nelson (2002) BMJ 325:815)
- vyhýbame sa iatrogénnym vedľajším účinkom podávaním spolu s inými liekmi
- vyberáme lieky s najnižšími toxickými vlastnosťami
- posudzujeme nežiadúce účinky preskribovaných liekov
- založíme zoznam všetkých liekov podľa generika a triedy
- trváme na tom, aby pacient predložil všetky lieky pri každej vizite
- zhotovíme presný záznam o lieku, dávke a časovom pláne (včítane voľnopredajných liekov, rastlinných prípravkov a výživových doplnkov)
- na každej vizite by mal byť čas na zváženie ukončenia liečby (skúsiť znížiť počet liekov, vyhodnotiť medikáciu týždeň po prerušení)
- zistíme ktoré klinické symptómy sa zlepšili, nezmenili alebo zhoršili (ktoré klinické markery sa zmenili, napr. Tk, či je vhodné obnoviť pôvodnú liečbu alebo ju zmeniť?)
- liekové gajdlajny interpretujeme v kontexte pacientom (môžu byť neprijateľné pre extrémne starých ľudí, môžu znižovať kvalitu života a terminálne štádiá, liekové benefity často spomaľujú life expectancy)
- zvažujeme porovnanie liečebného voči paliatívneho účinku (primárna prevencia sa nezameriava na paliatívnu starostlivosť)
- v terminálnom štádiu choroby sa orientujeme na paliatívnu liečbu (uprednostníme liečbu akútneho ochorenia pred prevenciou, zameriame sa na symptomatický manažment zaisťujúci lepší komfort pacienta)

Protokol na vyhodnotenie pomeru riziko/benefit lieku

(tabuľka č.13.) Samea (1994) J Clin Epidemiol 47:891

Tabuľka 13

- Je medikácia indikovaná a účinná?
- Je dávka a usmernenie pre pacienta vhodné a praktické?
- Nie sú prítomné významné interakcie liekov?
- Je trvanie liečby primerané?
- Je nevyhnutná duplicita liečby?
- Je liek pre pacienta najlacnejšou voľbou?

Záver

Farmakoterapia je pre starostlivosť o starých ľudí podstatná, ale nepochybne má aj svoje úskalia. Je tu vysoké riziko liekových interakcií a prevalencia týchto interakcií nie je dobre zdokumentovaná. Softvér môže pomôcť klinikovi ich detekovať, avšak mnohé programy nie sú aktualizované, čo sa týka vývoja poznatkov o týchto interakciách, a nie sú schopné

vziať do úvahy také dôležité faktory, ktoré by mohli liečbu starých ľudí urobiť optimálnou. Iné všeobecné odporúčania sú temperované holistickým, geriatrickým a multiprofesionálnym prístupom tímového charakteru. V prípade druhej varianty, kde sa sériovo dvojito predpisuje, sa ponúka prístup kategorizácie liekových interakcií spolu so stratégiou, ktorá by zaisťovala ich detekciu, manažment a prevenciu. (4)

Fyziologické zmeny v starobe určujú odpoveď na podávanie liekov. Farmakokinetické zmeny ovplyvňujú koncentráciu lieku v organizme, farmakodynamické zmeny vplyvajú na účinok liekov.

Z pohľadu farmakoterapie je vhodné pri každej medikácii zodpovedať nasledovné otázky:

- Je podanie lieku nutné?
- Aký je výber vhodného lieku a jeho preparát?
- Aká by mala byť životospráva a prispôsobenie zmenám vo fyziológii?
- Aký by mal byť monitoring a periodické prehodnotenie liečby?
- Boli pacientovi poskytnuté jasné a jednoduché inštrukcie?

Nežiaduce účinky liekov u starých ľudí sú veľmi časté a dalo by sa im predísť lepšou primárnou starostlivosťou. (3)

7. Kriška, M., a kol.; Riziko liekov v medicínskej praxi, 2000, ISBN 80-88908-58-2, 91-101
8. Polypharmacy: *Family Practice notebook, Geriatric Medicine Book, Pharmacology Chapter, Approach Medication Use in the Elderly, Miscellaneous Polypharmacy*, 2008
9. Berman, A., F.; Herb-drug interactions, *The Lancet, Volume 355, Issue 9198, Pages 134 - 138, 8 January 2000*
10. Johnell, K., Weitoft, G. R., Fastbom, J.: Sex Differences in Inappropriate Drug Use: a Register-Based Study of Over 600,000 Older People. *The Annals of Pharmacotherapy* (2009), 43: 1233-1238
11. Pidrman, V.: Indikácia antiderepresív v liečbe seniorov, *Česká geriatrická revue* 2009; 7(1); 26-30
12. Nichol L, K, Nordin J, Fillbrandt K, Iwane M, Mullooly J, Lask R.: Influenza Vaccination and Reduction in Hospitalizations for Cardiac Disease and Stroke among the Elderly, *The New England Journal of Medicine*, 2003, 3, 14, 348:1322

Recenzenti:

prof. MUDr. Štefan KRAJČÍK, CSc.
MUDr. Monika POCHYBOVÁ

Literatúra

1. The Merck Manual of Geriatrics, Clinical Pharmacology, Chapter 6, 2009
2. Hutchinson, L., C., O'Brien, C.: Changes in Pharmacokinetics and Pharmacodynamics in the Elderly Patient, *Journal of Pharmacy Practice*, 2007, 20, 1, 4-12
3. Pharmacotherapy in the Elderly, judywong@berkeley.edu
4. Mallet, L, Spinewine, A, Huang, A.: The challenge of managing drug interactions in elderly people, *The Lancet*, 2007, 370, 9582, 185 - 191
5. Leibovitch, E, R, Deamer, R, L, Sanderson, L, A.: Careful drug selection and patient counseling can reduce the risk in older patients, *Geriatrics* 2004, 59, 19-33.
6. 2002 Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: Considering Diagnoses or Conditions, *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163, 22, 8

Kontakt:

MUDr. Mária GADUŠOVÁ
Ústredná vojenská nemocnica SNP - FN
doliečovacie oddelenie
Považská 2
034 01 Ružomberok
E-mail: gadusova@uvn.sk

Pohľad verejnosti na bezdomovecťvo

Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

Bezdomovcom je človek žijúci na území určitého štátu, ktorý v momentálnej situácii nemá trvalé ani prechodné bydlisko, nemá možnosť užívať základné hygienické potreby ani pravidelné stravovanie. Bezdomovci sú v každej spoločnosti. Často ide o ľudí, ktorí sú neprispôsobiví spoločenským normám, ľudí prepustených z výkonu trestu, narkomanov, alkoholikov, ale aj ľudí prechodne alebo trvalo nezamestnaných. Verejnosť považuje bezdomovcov za hrozbu spoločnosti. Chudoba a bezdomovecťvo je spoločenským problémom. V našom prieskume len 26 % respondentov sa nezaujímalo o problém bezdomovecťva, 96 % respondentov si myslí, že bezdomovci sú viac alebo menej nebezpeční pre spoločnosť. Verejnosť aj napriek tomu, že považuje bezdomovcov za nebezpečných pre spoločnosť, rieši túto problematiku, v 70 % zaujíma skôr neutrálny postoj pokiaľ sa ich to bližšie nedotýka. Platnú legislatívu pozná 32 % opýtaných a 78 % opýtaných si ale myslí, že bezdomovecťvu by mal štát venovať viac pozornosti.

Kľúčové slova: Bezdomovecťvo. Bezdomovec. História bezdomovecťva. Pohľad verejnosti na bezdomovecťvo.

Summary

The homeless person is a person living on the territory of a concrete state who has in the momentary situation neither permanent nor temporary address. He has neither possibility to use basic hygienic requisites nor to have regular food. There are homeless people in every society. These people are often unadaptable to social norms, they are often released from the prison, drug-addicted or alcohol-addicted, but there are also people who are temporarily or permanently unemployed. Homeless are considered by public as the threat of society. Poverty and homelessness are the social problems. In our inquiry, only 26 % of respondents were not interested in the problem of homelessness, 96 % of respondents think that homeless people are more or less dangerous for society. Although the public considers homeless people as dangerous for society, it doesn't deal with this issue, 70 % of respondents assume rather a neutral position until they are concerned with this problem. 32 % of respondents know valid legislative and 78 % of respondents mean that the state should pay more attention to the homelessness.

Key words: Homelessness. Homeless. Homelessness history. Public attitude toward homelessness.

Úvod

Ocitnúť sa na periférii spoločnosti bez strechy nad hlavou je veľmi citlivým problémom. Právo na bývanie sa v poslednom období začína ponímať ako právo, ktoré by malo byť zaradené do skupiny základných ľudských práv. Dnes sme v štádiu, keď nám počet bezdomovcov narastá. Otázka čo s nežiaducimi osobami v obciach a v mestách je častou témou. Dnes už samotné samosprávy riešia tento problém sofistikovane, aj keď na hrane práva a morálky, lebo im spôsobuje finančné straty. Bezdomovcov môžeme vnímať podľa toho, aký čas strávia ľudia na ulici. Na jednej strane sú to ľudia, ktorí strávia na ulici kratší čas a takým sa dá ľahšie pomôcť. Na strane druhej sú to ľudia, ktorí sú na ulici už roky a považujú bezdomovecťvo za svoj štýl života. Priznávajú, že tento spôsob života je pre nich fascinujúci. Takým je ťažšie pomôcť. Nech je spoločnosť akokoľvek bohatá, nech jej záchranné sociálne siete budú majú akokoľvek malé oká, vždy bude existovať určité percento vyznávačov takmer až zvieracej slobody. Týchto ľudí trápia rôzne zdravotné problémy. V podstate strácajú nádej, že ich život môže byť lepší a že by ho dokázali zmeniť. Ak sa niekto ocitne na ulici, prechádza určitými štádiami. V prvom štádiu sa ešte pokúša zaradiť do života, hľadá si prácu, chce nadviazať kontakt s rodinou a priateľmi, snaží sa vyzeráť pekne, upravené a čisto, verí, že sa jeho situácia zlepší, ale naráža na určité neúspechy a tým sa dostáva do štádia regresie. Keďže nemajú vlastnú adresu ani telefón, považujú aj jednoduché administratívne úkony za veľmi zložené. Postupne strácajú sebaúctu, prestávajú si hľadať zamestnanie a strácajú záujem o svoj zovňajšok. Dostávajú sa do štádia rezignácie, kde neexistujú žiadne priateľstva (Pauluvčíková et al, 2007).

Len malá časť bezdomovcov je ochotná pracovať a zaradiť sa do normálneho života. Nemá pre nich cenu vyzeráť slušne

a čisto, žijú bez dokladov a finančnej pomoci, živia sa žobraním a vyberaním vecí z kontajnerov. Títo ľudia si urobili zo svojho spôsobu života životný štýl, ktorý im vyhovuje (Beňová et al, 2008).

Bezdomovecťvo na Slovensku a jeho história

História bezdomovecťva má svoju tradíciu. Ide ruka v ruku s vývojom spoločnosti. Bezdomovecťvo malo svoje miesto v každej dobe. Prvé zmienky o nerovnosti sociálnych skupín na Slovensku sú z obdobia stredoveku, kedy sa spoločnosť rozvrstvovala na boháčov, strednú vrstvu, ekonomicky závislú chudobu a ľudí bez občianskych práv – teda na pracujúcich a nádenníkov.

V stredoveku existovali dve formy pomoci: spontánna a osobná pomoc a druhou formou bola organizovaná pomoc. Sociálnu starostlivosť v stredoveku poskytovali hlavne kostoly, kláštory, rády a zámožný jednotlivci. V období ranného novoveku sociálna pomoc fungovala v špitáloch, v ktorých dochádzalo k profesionalizácii a špecializácii. V súčasnosti bezdomovci tvoria rôznorodú skupinu, kde každý jednotlivec je iný a to svojím výzorom, správaním ale aj spôsobom bývania. Bezdomovecťvo je prepojené s ekonomikou a sociálnou politikou štátu (Gerbery et al, 2007).

Bezdomovecťvo sa chápe aj v širšom význame a vzťahuje sa k absencii bývania všeobecne. V takom zmysle sú bezdomovcami aj dospelé deti, alebo mladé rodiny nechtiac bývajúce u rodičov, čo je bežný spôsob riešenia si bytovej situácie na Slovensku, kde nedostatok a nedostupnosť bytov je alarmujúci (Tvrdoň, Kasanova, 2004, s.34).

Bezdomovcov však naša verejnosť začala vnímať po roku 1989, po zmene politického režimu. V socializme bola

snaha tento jav eliminovať rôznymi opatreniami (každý občan musel pracovať a niekde bývať). V tom čase šlo o „skryté bezdomovecťvo“, kedy sa bezdomovci nachádzali v rôznych ubytovniach, inštitúciách, vo väzení, alebo sa len tak potulovali z bytu do bytu, alebo chodili prespávať k známym. Po zmene režimu títo skrytí bezdomovci „vyplávali“ na povrch a pre našu spoločnosť vznikol nový problém (Kotýnková, 2003).

Chudoba patrí aj v dvadsiatom prvom storočí medzi otázky, ktorými je potrebné sa zaoberať, pretože aj jej pričinením sú okolo nás bezdomovci. Keďže starostlivosť o bezdomovcov prináša okrem sociálnych problémov aj zdravotné, zaujímali nás názory verejnosti na túto skupinu ľudí.

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť, ako vníma spoločnosť starostlivosť o bezdomovcov na Slovensku. Na základe nášho cieľa sme si vytýčili nasledovné úlohy:

1. Ako je verejnosť informovaná o problémoch bezdomovecťva na Slovensku?
2. Považuje verejnosť bezdomovcov za hrozbu spoločnosti?
3. Aký vzťah má verejnosť k prežívaniu bezdomovcov na verejnosti?
4. Ako hodnotíte starostlivosť zo strany spoločnosti o bezdomovcov?

Súbor a metodika prieskumu

Na získanie údajov sme použili empirickú metódu zberu štatistických údajov. Dotazník obsahoval 15 otázok, z ktorých bolo 12 zatvorených a 3 otvorené. Bol určený pre širokú verejnosť v mestách Kežmarok, Poprad, Liptovský Mikuláš. Dotazník bol anonymný a dobrovoľný. Na spracovanie sme použili čiarkovú metódu, výsledky sme kvalitatívne vyhodnotili v číslach a percentách. Prieskum sa uskutočnil vo februári 2010. Rozdali sme 130 dotazníkov, vrátilo sa nám 100, čo je 77 %. Na spracovanie informácií z dotazníka sme využili program MS Excel a výsledky sme interpretovali v programe MS Word.

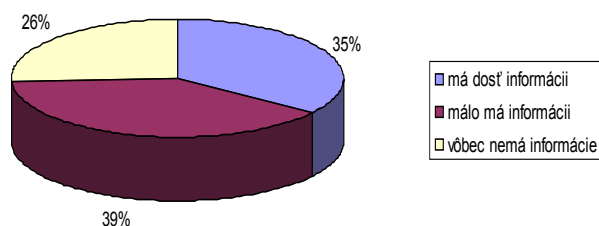
Výsledky prieskumu

Z výsledkov prieskumu vyberáme:

Tabuľka 1 Vek respondentov

Vek	n	%
do 30 rokov	29	29
do 50 rokov	35	35
nad 50 rokov	36	36
Spolu	100	100

Vek respondentov v našej vzorke sa pohyboval od 30 do 50 rokov podľa tabuľky 1.



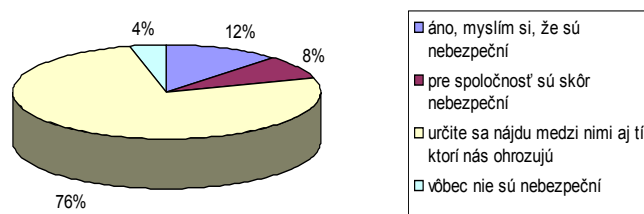
Graf 1 Informácie verejnosti o bezdomovcoch na Slovensku

Graf 1 informuje, že 26 % respondentov nemá žiadne bližšie informácie o príslušných nariadeniach vlády, ktoré riešia bezdomovecťvo, 39 % respondentov má nejaké informácie, ale hodnotí ich ako nedostatočné a 35 % respondentov hodnotí svoje informácie v tomto smere ako dostatočné.

Tabuľka 2 Vnímanie bezdomovcov na Slovensku verejnosťou

Možnosti	n	%
potrebujú viac pozornosti od spoločnosti	78	78
nepovažujem to za problém	9	9
nerozmýšľal/a som nad tým	13	13
spolu	100	100

Až 78 % respondentov považuje bezdomovecťvo za problém, ktorému by spoločnosť mala venovať viac pozornosti. 13 % respondentov udáva, že sa týmto problémom nezaobera. To prezentuje tabuľka 2.



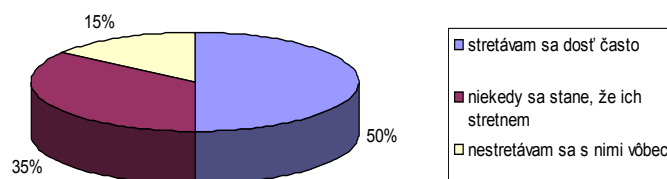
Graf 2 Nebezpečenstvo pre spoločnosť zo strany bezdomovcov

20 % respondentov je presvedčených o nebezpečnosti bezdomovcov pre spoločnosť, 76 % respondentov vníma bezdomovcov len ako možnú hrozbu a 4 % si myslí, že bezdomovci nie sú nebezpeční pre spoločnosť (graf 2).

Tabuľka 3 Vzťah k bezdomovcom

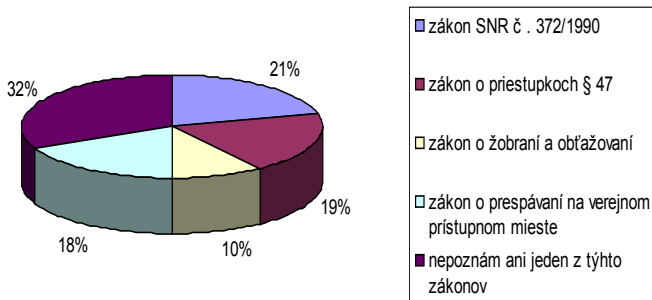
Možnosti	n	%
pozitívny, sú neškodní	13	13
neutrálny, nezaobieram sa touto problematikou	70	70
negatívny, sú nebezpeční	17	17
spolu	100	100

V tabuľke 3 môžeme vidieť, že až 70 % opýtaných má k bezdomovcom neutrálny vzťah, pozitívny vzťah má 13 % respondentov a 17 % respondentov si myslí, že sú pre spoločnosť nebezpeční.



Graf 3 Frekvencia bezdomovcov vo Vašom okolí
50 % respondentov sa stretáva s bezdomovcami veľmi často,

35 % opýtaných stretáva bezdomovcov len zriedkavo a 15 % nestretáva bezdomovcov (graf 3).



Graf 4 Znalosť zákonov

Len 21 % opýtaných vie, že existuje zákon č. 372/1990, ktorý rieši problematiku bezdomovcov, 19 % respondentov pozná zákon o priestupkoch, 18 % respondentov pozná zákon o prespávaní na verejnom prístupnom mieste, 10% opýtaných poznalo zákon o zobrazení a obťažovaní a 32 % respondentov nepozná ani jeden zo zákonov na ktoré sme sa pýtali (graf 4).

Diskusia

Presun záujmu od chudoby k sociálnemu vylúčeniu a následne k bezdomovectvu predstavuje v poslednom období jednu z najvýznamnejších udalostí v sociálnej, ale aj zdravotnej politike. V tejto súvislosti sa objavujú otázky, akými spôsobmi umožniť začlenenie a participáciu vylúčených do bežného spôsobu života tej ktorej konkrétnej spoločnosti. Podľa Tóthovej (2006) bol podiel domácností za hranicou biedy v Čechách 8 %, vo Švédsku 9 %, v Maďarsku 10 %, v Nemecku 11 %, v Rakúsku 13 %, v Poľsku 17 %, v Taliansku 19 % a v Portugalsku 20 %. Slovensko bolo s 21 % chudobou na poslednom mieste. V našom prieskume sme zisťovali či je verejnosť na Slovensku informovaná o problémoch bezdomovectva. Keďže chudoba a bezdomovectvo je spoločenským problémom, v našom prieskume len 26 % respondentov sa nezaujímal o tento problém a ani o žiadne politické programy a nariadenia vlády, ktoré tento problém riešia. Ocitnúť sa na periférii spoločnosti bez strechy nad hlavou je veľmi citlivým problémom a akákoľvek diskusia o tom je často nemá či slepá. Vo všeobecnosti panuje názor, že bezdomovci sú obeťou spoločnosti. Ak sú bezdomovci produktom zlyhania trhu a obeťou spoločnosti, musí im byť nápomocná sociálna sieť zosnovaná štátnymi úradníkmi (Gonda, 2006).

Druhou prieskumnou otázkou sme zisťovali, či verejnosť považuje bezdomovcov za hrozbu spoločnosti. Zistili sme, že až 96 % opýtaných si myslí, že bezdomovci sú viac alebo menej nebezpeční pre spoločnosť.

Tretou prieskumnou otázkou sme zisťovali, ako vníma verejnosť bezdomovectvo v krajine. Až 70 % opýtaných vyjadrilo neutrálny postoj, to znamená, že túto problematiku neriešia, pokiaľ sa ich to bližšie nedotýka. 17 % ma negatívny vzťah, pretože bezdomovcov považuje za nebezpečných a len 13 % si myslí, že sú pre spoločnosť neškodní.

Sociálna inklúzia znamená odstraňovanie prekážok začleňovania jednotlivcov a skupín v spoločenských rovinách a zároveň posilňovanie prvkov solidarity, reciprocity,

spoluzodpovednosti a spoločného zdieľania a je predpokladom a súčasťou sociálnej súdržnosti, ktorú chápeme ako proces. Sociálna exklúzia nahloďáva sociálnu súdržnosť spoločnosti tým, že prehľbuje sociálne rozdiely, vytláča jednotlivcov a celé skupiny na okraj spoločnosti, zabráňuje alebo obmedzuje vytváranie spoločných noriem správania a zdieľania spoločných hodnôt (Džambazovič et al, 2004).

V európskych krajinách začína postupne prevládať širšie vymedzenie chudoby, ktoré zdôrazňuje koncepcia sociálnej exklúzie (Atkinson, 2000). Silver (1996) analyzuje sociálnu exklúziu ako odlišné európske tradície vnímania občianstva a sociálnej integrácie. Rozlišujeme dve tradície vymedzenia sociálnej exklúzie, ktoré identifikujú odlišné príčiny vylúčenia ako i jej širších rámcov. Prvá *francúzska* – nedáva sociálnemu vylúčeniu kontúru, je to príjmová, ekonomická deprivácia. Táto tradícia intelektuálneho zmysľovania hovorí skôr o vzťahu k spoločenskej integrácii a participácii, o narušení sociálnych pút medzi spoločnosťou a jednotlivcom. Príčiny vylúčenia sa vnímajú v zlyhaní inštitucionálnej snahy o integráciu, inklúziu jednotlivca. Druhá *anglosaská* – vylúčenie je vnímané častejšie ako synonymum chudoby či deprivácie, nakoľko sa spojuje s nedostatkom finančných zdrojov, takže vylúčenie môžu spôsobovať vlastnosti či orientácia jednotlivca. Vylúčenie sa prejavuje ako izolácia a nedostatok participácie v bežnom živote spoločnosti (Bergman, 1995).

Štvrtou prieskumnou otázkou sme zisťovali, ako hodnotí verejnosť starostlivosť o bezdomovcov zo strany štátu. 32 % opýtaných sa nezaujímal vôbec o platnú legislatívu v tejto oblasti, 68 % respondentov poznalo niektoré zákony, ktoré vláda prijala na to, aby sa v krajine dodržiaval poriadok hlavne pri riešení priestupkov, ktoré často páchajú práve bezdomovci. 78 % opýtaných si ale myslí, že bezdomovectvu by mal štát venovať viac pozornosti.

Správa Svetovej banky *Slovenskej republiky: Štúdia o životnej úrovni, zamestnanosti a trhu práce* (2001, s.3) zhŕňa nedostatky pri monitorovaní stavu chudoby v našich podmienkach a poukazuje na možnosti vytvorenia systematickej stratégie. Slovenská republika podľa citovanej správy nemala explicitne stanovenú stratégiu na monitoring a meranie chudoby. Oficiálne stanovená úroveň životného minima nebola využiteľná z hľadiska medzinárodnej komparácie rozsahu chudoby. Odpovede na otázky týkajúce sa príčin chudoby, ktorá sú často príčinou bezdomovectva, nie sú len vecou verejnej mienky a postoja chudobných k vlastnej chudobe. Ako poznamenáva Mareš (1999) v neposlednom rade sú aj politickým problémom. Predstavujú nielen popis určitého stavu, ale implikujú i typ správania smerujúceho k jeho zmene. Sú súčasťou permanentného procesu hľadania konsenzu o tom, koho a v akom rozsahu bude spoločnosť podporovať.

Záver

Snaha o poznávanie problematiky chudoby a sociálneho vylúčenia by mala byť prirodzenou súčasťou všeobecnej reflexie modernej spoločnosti. Otázky boja proti chudobe a sociálnemu vylúčeniu sa na Slovensku stávajú postupne súčasťou jazyka decíznej sféry. Koncept sociálneho vylúčenia sa dostal do oficiálnych dokumentov v procese preberania agendy európskej sociálnej politiky. Na rozdiel od krajín západnej Európy, v ktorých akademická a výskumná sféra poskytovala východisko

pre používanie konceptu sociálneho vylúčenia vo verejných politikách, je sociálne vylúčenie v našich podmienkach importovaným pojmom a konceptom, len postupne sa učíme naplňať ho obsahom.

Literatúra

1. Atkinson, R. 2000. *Občanství a boj proti sociální exkluzi v kontextu reformy sociálního státu*. In: Sociální exkluze a nové třídy (Sborník prací Fakulty sociálních studií brněnské univerzity. Sociální studia 5). Brno: MU, 2000, s. 46 – 65.
2. Beňová, N., Mydlíková, E., Kővérová, Š., Horňanský, M. 2008. *Projekt Krištof: Stratégia zamestnávania bezdomovcov. Individuálna a skupinová sociálna práca s ľuďmi bez domova*. Košice: o.z. Proti prúdu, 2008. 36s. ISBN 978-80-969860-2-6.
3. Bergman, J. 1995. *Social Exclusion in Europe: Policy Context and Analytical Framework*. In: ROOM, G. (Ed): *Beyond the Threshold: The Measurement and Analysis of Social Exclusion*. Bristol: The Policy Press University Bristol, 1995, s. 10 – 28.
4. Džambazovič, R., Gerbery, D., Porubánová, S., Repková, K. 2004. *Chudoba a sociálna exklúzia/inklúzia: Skupiny najviac ohrozené sociálnou exklúziou a námety na riešenie/prevenciu*. [online]. [cit. 2004-0112]. Dostupné na internete: < <http://www.sspr.gov.sk/texty/File/pdf/2004/rodina/Chudoba.pdf> >
5. Gerbery, D., Lesay, I., Škobla, D. 2007. *Knihá o chudobe. Spoločenské súvislosti a verejné politiky*. 2007. 144s. ISBN 978-80-968918-9-4.
6. Gonda, J. 2006. *Dva pohľady na bezdomovecťvo*. [online]. [cit. 2006-03-12]. Dostupné na internete: < <http://www.prave-spektrum.sk/article.php?421> >
7. < <http://www.prave-spektrum.sk/article.php?421> >
8. Kotýnková, M. 2003. *Trendy v prevencii bezdomovecťvi*. In: *Příklady nejlepší praxe v boji proti bezdomovecťvi*. Praha: Náděje, 2003. 22s. ISBN 80-86451-05-4.
9. Mareš, P.: *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha: SLON, 1999.
10. Pauluvčíková, M., Magurová, D., Cinová, J. 2007. *Bezdomovecťvo ako jedna z foriem sociálnej a hmotnej núdze*. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca : odborný časopis*. - ISSN 1336-9326. - Roč. 2, č. 3 (2007), s. 42.
11. *Slovenská republika: Štúdia o životnej úrovni, zamestnanosti a trhu práce* (Správa Svetovej banky). 2001. Bratislava: Svetová banka, Slovenská spoločnosť pre zahraničnú politiku, 2001.
12. Tóthová, K. 2006. *Chudoba plodí bezdomovcov*. [online]. [cit. 2006-05-18]. Dostupné na internete: < <http://www.rnl.sk/modules.php?name=News&file=article&sid=4463> >
13. Tvrdoň, M., Kasanova, A. 2004. *Chudoba a bezdomovstvo*. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF, 2004. 141s. ISBN 80-8050-776-7

Recenzenti:

doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.
RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.

Kontakt:

PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Uplatňovanie princípov zdravotníckej a ošetrovateľskej etiky pre zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti

Ivica Gulášová¹, Ján Breza ml.², Ján Breza³

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

²Lekárska fakulta, Univerzita Jána Amosa Komenského, Bratislava

³Urologická klinika s centrom pre transplantáciu obličiek, FNsP Kramáre, Bratislava, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, Lekárska fakulta, Univerzita Jána Amosa Komenského, Bratislava

Súhrn

Ošetrovateľská starostlivosť predstavuje okrem uspokojovania základných biologických potrieb i potreby psychosociálneho a duchovného charakteru. Každý pacient je individuom, a tak ho treba i vnímať a akceptovať. Autori analyzujú problematické oblasti zdravotníckej etiky ako autonómia, dôstojnosť, spravodlivosť. Osobitnú pozornosť venujú individuálnemu psychologickému prístupu k pacientovi, problémom vzťahu pacienta k sestre v dimenzii dôvery či nedôvery.

Kľúčové slová: Etika. Psychologický prístup. Dôvera. Autonómia. Mravné normy.

Summary

The nursing care represents besides satisfaction of the basic biological needs also the needs of psychosocial and spiritual character. Every patient is an individual and so has to be taken and accepted. The authors analyse the problematic fields of the medicative ethics, as autonomy, dignity, justice. They devote special attention to the individual psychological access to the patient, to the problems of the relation of the patient to the nurse, to the dimension of confidence, respectively distrust.

Key words: Ethics. Psychological access. Confidence. Autonomy. Ethical norms.

Zdravotnícka etika

Aby sestry mohli byť vo svojej práci úspešné a aby profesionálne a na vysokej odbornej úrovni plnili opodstatnené nároky pacientov nie len v oblasti somatickej, ale aj bio-psycho-sociálnej, mali by byť veľmi dobre oboznámené so zdravotníckou etikou. Zamieňať etické problémy za problémy psychologické je nesprávne. No na druhej strane sú uvedené etické a psychologické problémy veľmi úzko spojené. Rovnako by bolo nesprávne ak by sa vnímali, posudzovali a riešili izolovane. Preto sa pokúsime ukázať, že konkrétny psychologický význam pomoci sestier je odvodený od toho, ako sestra rozumie pacientovi a ako reflektuje etickú podstatu celej rady pacientových problémov. Základný prístup k pacientovi sa prejavuje už aj v bežnej komunikácii (Zacharová, 2009).

Etický prístup

Slovo **etika** sa stalo v poslednej dobe pomerne nadužívaným pojmom. Je však potrebné chápať jednak správny význam tohto pojmu ako i správne používanie pojmov etika a etický. Bohužiaľ sa s týmito termínmi stretávame vo viacerých textoch či rozhovorov laikov, lekárov, sestier, často a stretneme sa s nimi i v prejavoch politikov. Slovo etika tak počujeme ako nič nehovoriacu formuláciu, frázu či ako pojem alebo termín, za ktorý sa skrýva čokoľvek a v prípade potreby i ktokoľvek (Haškovcová, 2000).

Na etiku sa obracia pacient pri rozhovore s lekárom, lekár pri svojej obrane voči pacientovi a poisťovní, poisťovňa pri rokovaníach so zdravotníkmi, politik pri spochybňovaní požiadaviek zdravotníckych pracovníkov a podobne (Zacharová, 2009). Slovo etika skloňujú i laici, odvolávajúci sa na rôzne pojmy alebo termíny, ktorým často ani oni sami dobre nerozumejú, ich základnej podstate (napríklad Hippokratova prísaha). Jednoduchým a asi najvýstižnejším je výklad tohto

slova ako „učenia o mravnosti“. Obsahovo môžeme etiku zhrnúť pomerne stručne do takmer biblického – „čo nechceš, aby robili tebe, nerob ani Ty sám druhým“. Uvedomujú si v praxi význam tejto myšlienky zdravotnícki pracovníci, rešpektujú ju pri vzťahu k pacientovi, ale i vo vzťahu ku kolegovi či kolegyni? Sú schopné sa správať súčasne profesionálne a eticky? Sú na túto úlohu pripravené? Akým spôsobom? Pojmom „**zdravotnícka a ošetrovateľská etika**“ len vymedzujeme oblasť, ktorou sa zaoberáme, aj keď by sme základný význam daných pojmov inak formulovali a vtesnali do „bieleho plášt’a“. Celá naša spoločnosť sa totiž musí správať mravne, za všetkých okolností eticky. Etika je súčasťou filozofie, ktorá sa zaoberá morálkou. Je teoretickou disciplínou zaoberajúcou sa otázkou čo je dobré a čo zlé. Práve preto je potrebné etiku prednášať sestram a neustále ju i konfrontovať v klinickej praxi. Avšak v praxi je morálka akási vlastná mravnosť každej osobnosti, predstavujúca súbor pravidiel a noriem života, ktoré usmerňujú správanie ľudí vo všetkých oblastiach ich bytia, ich povinnosti a vzťahy jedného k druhému a k spoločnosti. V rámci klasifikácie etiky sa používa v profesionálnych oblastiach i stavovská respektíve profesijná etika, ktorá predstavuje užšie pojmové vyjadrenie mravnosti, a ktorá je predmetom záujmu špeciálnych, vyhradených disciplín. Jej súčasťou je aj zdravotnícka etika (Munzarová, 2005).

Každý človek potrebuje a má právo na poskytovanie kvalitnej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti s úctou k ľudskej dôstojnosti a jedinečnosti. **Dôstojnosť** môžeme chápať ako morálne vedomie, ktoré vyjadruje predstavy o hodnote ľudského jednotlivca ako bytosti rovnocennej, rovnoprávnej a autonómnej (Zacharová, 2008). V interakcii sestry s pacientom je preto nevyhnutný okrem individuálneho psychologického prístupu aj etický prístup. Je nesmierne dôležité uvedomiť si hĺbku svojho poslania a očakávaní, ktoré má sestra naplniť. Nestačí aby sestra mala len teoretické vzdelanie, dôležité sú aj jej osobnostné vlohy a predpoklady (Haškovcová, 1999).

Absolventka strednej zdravotníckej školy a absolventky študijného odboru Ošetrovateľstvo má medicínske a ošetrovateľské vedomosti všeobecne viacej na teoretickej úrovni ako praktickej, hlavne v oblasti interakčných a komunikačných procesov. Sú určite na rôznej úrovni, navyše i rôzne formované výchovou v rodine a všeobecnými vplyvmi spoločnosti. Tieto poznatky a skúsenosti sú potom často vnímané za všeobecne platnú normu. Každá sestra sa však ďalej formuje podľa svojich vzorov. Nám samotným však je nie vždy jasné, čo súvisí s lekárskou a ošetrovateľskou etikou, s právami pacienta, ale i s právami lekára, sestry, s požiadavkami spoločnosti na výkon zdravotníckej profesie všeobecne (Zacharová, 2008). Zdravotnícki pracovníci sa síce často dokážu v prospech pacienta i nad mieru obetovať, ale často sa však nedokážu zbaviť profesijných „klapiek na očiach“ – ješitnosti. Z prechádzajúcich riadkov nemôžeme rozhodne urobiť urýchlenný záver, že by sa zdravotníci všeobecne nesprávali eticky. Aj dnes existuje v našej spoločnosti iba málo profesií, ktoré by sa sami zaoberali a upozorňovali na nevyhnutnosť a potrebu výučby a praktickej implementácie zásad etiky vo svojich radoch. Nie je veľa profesií, ktoré trpezlivo čakajú na svoje spoločenské, morálne a ekonomické ocenenie a uznanie spoločenského statusu. Vieme však o všeobecných defektoch mravnosti postihujúcich celú našu spoločnosť. Mali by sme si uvedomiť, že aj napriek tomu, že sme odborníkmi vo svojej medicínskej a ošetrovateľskej disciplíne, máme i medzery v psychológii v interakcii sestra – pacient, sestra – sestra, sestra – lekár, i zdravotník – verejnosť celkovo (Haškovcová, 2000). Nahovárali by sme si asi nereálne, teda klamali by sme sami seba, keď budeme vo všeobecnosti tvrdiť niečo iné.

Obrovským deficitom, ktorý pociťujú ako zdravotníci, tak celá spoločnosť vo vzťahu k otázkam zdravotníctva je absencia daných noriem, pravidiel a podmienok rešpektujúcich a tým chrániacich skutočné práva a potreby pacientov a zdravotníckych pracovníkov. Zámerne neurčito formulované pravidlá, ktoré nahrádzajú definíciu zdravotnej starostlivosti, akýkoľvek presun zodpovednosti o zdravie populácie len na bedrá poskytovateľov zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, úplná neinformovanosť alebo skôr dezinformovanosť verejnosti o problematike zdravotníctva plodí svoje dôsledky, čoho sme všetci svedkami. Je potrebné si uvedomiť tieto skutočnosti, zjavnú negáciu spoločnosti či stratu prestíže zdravotníckeho personálu (Frankl, 1995). Je treba počítat' do budúcnosti i s možnými prejavmi agresie pacientov a ich rodín aj v dôsledku nezodpovedne implementovaných práv pacientov do života našej spoločnosti. **Je nevyhnutné počítat' s dlhodobou, štátom a nami podporovanou výchovou, ktorá bude pacienta motivovať k starostlivosti o vlastné zdravie** (Munzarová, 2005). Na druhej strane, pacient je ten, ktorý hodnotí vhodný či naopak nevhodný **psychologický prístup sestry**. Dlhodobo pôsobiace stresory, najmä psychosociálneho pôvodu, oslabujú imunitný systém pacienta a znižujú obranyschopnosť čo sa prejavuje aj telesnými príznakmi. Preto sa akceptujú snahy o posilňovanie imunitného systému prostredníctvom emocionálnej podpory (príbuzných či ošetrujúceho personálu), ako aj možnosti využitia špeciálnych psychologických postupov.

Najväčším problémom vo vzťahu sestra – pacient sa pravdepodobne javí paternalizmus uplatňovaný až doteraz zo strany sestier k pacientovi.

I keď si túto skutočnosť nepripúšťame, správame sa k našim

pacientom prevažne paternalisticky (lekári i sestry). Za určitých okolností to vyhovuje zdravotníckym pracovníkom, za určitých okolností i niektorému pacientovi. **Bohužiaľ! najlepším kľúčom k pochopeniu ochorenia a zdravia je vlastný, na vlastnej koži prežitý zážitok.** Často teda zabúdame na pacienta ako na rovnocenného partnera. Zabúdame, že v posledných desaťročiach vzrástla všeobecná vzdelanosť, i úroveň informovanosti obyvateľstva o zdraví. **Rozdiel medzi vzdelaním sestry a pacienta vo všeobecnej rovine sa vytráca.** Vytráca sa preto i onen asymetrický vzťah a miesto neho nastupuje úroveň partnerská. Občas je naopak o diagnóze a prognóze informovaná plne a do detailov osoba, ktorá sa prehlási za príbuznú, aj keď nevieme, či je tomu tak, alebo že by si to pacient tak naozaj prial, či by s tým súhlasil. **Dôsledkom je realita, v ktorej sa pacient nemá komu zverit', s kým zdieľať svoje obavy, úzkosť a strach.** Všetci okolo „hrajú divadlo“, naivne a neprofesionálne, ale podľa svojej viery údajne ohľaduplne. Nakoniec pacient pristupuje na túto hru. **Pýtam sa, či by chcela niektorá zo sestier, byť tak ako pacient, hlavnou postavou takéhoto predstavenia?** Rozumnejšie a ľudskejšie je vytvoriť pre všetkých zúčastnených (pacienta, sestru) rovnocenný a profesionálne etický partnerský vzťah. Vzťah, ktorý sa bude odvíjať od otvorenej spolupráce. **Znamená to informovať z okolia pacienta len toho, koho si pacient sám určí. Pacient je nositeľom, vlastníkom svojho zdravotného stavu a on je ten, koho predovšetkým trauma postihuje a sужuje.**

Mali by sme si uvedomiť, že lekár sa často s pacientom stretáva len v podobe vizít, vyšetrení a kontrol. Ten kto sa s pacientom najčastejšie stretáva sú sestry. Sestry sú tie, ktoré vykonávajú a zabezpečujú ošetrovateľské výkony súvisiace so zabezpečovaním základných biologických potrieb pacientovi, ktorému pomáhajú pri toalete, a sú s ním i v okamžiku najväčšej úzkosti a strachu pred vyšetreniami, pred operáciou a podobne.

Žijeme v spoločnosti, v ktorej má každý právo na svoj názor a svoj postoj k životu. Práva pacienta akceptujú najviac slobodu a individualitu človeka. Z etického hľadiska je potrebné hlavne uviesť na správnu mieru i dimenziu vzájomnej úcty, rešpektu a dôvery tak ako medzi sestrami vzájomne, tak aj vo vzťahu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi.

Zdravotníctvo vždy bolo a je mikrokozmom v okolitom svete. Vstupujú do neho a ovplyvňujú ho vzťahy vonkajšie, ktoré však medicína a ošetrovateľstvo ovplyvňujú tiež v rôznych oblastiach a úrovniach. Skúsme aspoň v tomto mikrosvete, ktorý však pre väčšinu sestier tvorí podstatnú súčasť ich bytia a existencie, začať trvať na mravnosti, vyžadujeme ju najskôr od seba, potom od laikov a vôbec od nášho okolia. Skúsme k mravnosti viesť mladšie sestry a tak vlastne vplývať na ich morálku, rovnako ako i u starších kolegov a kolegyň okolo nás. Etika premietnutá v správaní sa okolia sa potom dostaví sama (Gulášová, 2008).

Základné kroky etického prístupu sestry k pacientovi

Etika je veda o mravnosti a väčšina ľudí asociuje obsah pojmu mravnosť s dobrom. **Problém tkvie v tom, že dobro nie je objektívne, ale výrazne subjektívna kategória.** Človek vždy znovu a znovu zvažuje vzniknutú spravidla rozporuplnú situáciu a potom z hľadiska mravnosti vyberá praktické riešenia, ktoré spätne hodnotí on alebo iní ľudia, ako dobré alebo zlé. Sestra je vo zvláštnej situácii, lebo sa pravidelne rozhoduje

nielen v intenciách všeobecnej mravnosti, ale tiež špecializovanej mravnosti v ošetrovatelstve (Zacharová, 2009). Medicínska etika je príkladom fungovania všeobecných mravných princípov v špeciálnej medicínskej disciplíne. Chirurgické odbory majú nepochybne časté dilematické situácie a nezriedka i také, kde každé riešenie je sporné. Často si kladieme otázku, ako správne pristupovať k pacientovi a aké psychologicky vhodné stratégie a spôsoby (techniky) voliť. Táto otázka je legitímna, ale jej riešenie predpokladá nie len znalosť psychológie a psychologických techník. Zvládnutá technika vhodného **psychologického prístupu** je vždy prínosom, ale nemusí sama o sebe znamenať nič menej než úctyhodnú slušnosť (Zacharová, 2008). Aby bol pacient uspokojený vo svojich nárokoch na mravné riešenie svojho problému, potom je naliehavé sústrediť sa nie len na psychologickú stránku veci, ale tiež na spomínanú mravnosť. Sestra si môže byť navrhovaným a zvoleným riešením istá a potom ľahko alebo s problémami získa pacienta pre svoj názor a konkrétny plán.

V takýchto prípadoch je stratégia a spôsob (technika) psychologického prístupu rozhodujúca, odporúčame uplatňovať:

- empatiu sestry
- schopnosť pozorovať pacienta, jeho prejavy
- účinnú komunikáciu a jej spätnú väzbu
- prejavy porozumenia, pozornosti voči jeho potrebám
- podporu pacienta v jeho krízovej situácii, povzbudenie, pochvalu
- asertívne vedenie pacienta
- uplatňovať vhodné neverbálne prejavy
- podľa možnosti zmiernovať až odstraňovať škodlivé faktory nemocničného prostredia
- rozvíjať odpútavacie techniky
- napomôcť psychickej rehabilitácii pacienta.

Použitá literatúra

1. Frankl, V.1995, Lékařská péče o duši. Brno: Cesta, 1995, 237 str. ISBN 80-8531-950-0
2. Gulášová, I. 2008, Bolesť ako ošetrovateľský problém. Martin: Osveta, 2008, 95 str., ISBN 978-80-8063-305-9
3. Haškovcová, H.2000, Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku. Brno: IDV PZ, 2000, 57 str. ISBN 80-7013-349-X
4. Haškovcová, H.1999, Manuálek o etice a vstřícném chování pro zdravotní laboranty, popřípadě laboratorní pracovníky. Praha: Galén, 1999, 94 str. ISBN 80-8582-487-6
5. Haškovcová, H. 2003, Manuálek o etice pro zdravotní sestry. Brno: IDV PZ, 2003, 46 str. ISBN 80-7013-310-4
6. Munzarová, M., 2005, Zdravotnícka etika od A Do Z. Praha: Grada 2005, 153 str. ISBN 80-2471-024-2
7. Munzarová, M.2005, Lékařský výzkum a etika. Praha: Grada, 2005, 120 str. ISBN 80-2470-924-4
8. Stolínová, J., Mach, J.1998, Právní odpovědnost v medicíně. Praha: Galén, 1998, 346 str. ISBN 80-2470-931-7
9. Zacharová, E.2009, Psycho-sociální aspekty ovlivňující sestru v aktuální medicíně. Praha: Diagnóza, 2009, č. 5., s.28, ISSN 1801-1349.
10. Zacharová, E.2008, Realizace práv pacientů v klinické praxi. Praha: Zdravotnické noviny, 2008, roč. 57, č. 39. s.23, ISSN 0044-1996.
11. Zacharová, E.2008, Komunikace s vážně nemocným pacientem. Florence. Praha: Galén, 2008, roč. IV., č. 1. s.31, ISSN 1801-464x.
12. Zacharová, E.2008, Chronická bolest a její vliv na život nemocného člověka. Zdravotnictvo a sociální práce. Bratislava: Sapia, 2008. s.42, ISSN 1336-9326.
13. Zacharová, E.2009, Empatie v ošetrovateľskej praxi. Zdravotnícke štúdie. Ružomberok: Odborný časopis FZ KU, 2009, č. 2. s.31, ISSN 1337-723x.

Recenzenti:

doc. PhDr. Mgr. Vladimír LITVA, PhD., MPH
PhDr. Mária LEHOTSKÁ

Kontakt:

doc. PhDr. Ivica GULÁŠOVÁ, PhD., mim.prof.
Narcisová 40
821 01 Bratislava
E-mail: ivica.gulasova@post.sk

Paliatívna starostlivosť v domácom prostredí z pohľadu sestry

Mária Kopáčiková¹, Markéta Lauková²

¹Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita Ružomberok, SR

²Interné oddelenie s paliatívnou jednotkou a všeobecná ambulancia Hainburg (Donau, Bruck) Leitha, Rakúsko

Súhrn

V posledných rokoch sa do popredia medicíny i do oblasti ošetrovateľstva čoraz viac dostáva starostlivosť o takých pacientov, u ktorých zlyhala takzvaná kauzálna liečba a pristúpilo sa k liečbe paliatívnej. Zomierajúci človek je odkázaný na pomoc iných ľudí, na spoločenské štruktúry, do ktorých je integrovaný svojím sociálnym rozmerom osobnosti. Každý člen sociálnej spoločenskej štruktúry má v prípade potreby prirodzené právo na jej podporu, ochranu, pomoc jej orgánov a zariadení. Ťažisko medicínskej a ošetrovateľskej starostlivosti by sme mali klásť na starostlivosť o pacienta v jeho prirodzenom domácom prostredí. Aby sestry poskytovali adekvátnu ošetrovateľskú starostlivosť paliatívneho pacientovi, mali by poznať špecifiká paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí.

Kľúčové slová: Paliatívna starostlivosť. Kvalita. Domáca paliatívna ošetrovateľská starostlivosť.

Summary

In recent years more than ever at the spotlight of medicine and nursing is getting care for those patients in which causal treatment have failed and palliative treatment has proceeded. Dying person is dependent on other people's help and the social structure, in which he is integrated with his social dimensions of personality. Each member of the social structure has its inherent right to be promoted, protected and supported by its institutions and facilities. The focus of medical and nursing care should be given on patient care in its home. Nurses should know the specifics of palliative nursing care at home to provide adequate nursing care to palliative patient.

Key words: Palliative care. Quality. Home palliative nursing care.

Úvod

Myšlienky a otázky spojené s chorobou a neskoršie i s umieraním zaujímali človeka už od nepamäti. Pochovávanie mŕtvych bolo už odneďavna niečím zvláštnym a venovalo sa im vždy veľa úcty. Človek, ktorý príde s chorobou za svojim lekárom, vždy očakáva skoré uzdravenie, ak ale lekár zistí, že ide o nevyliciteľné ochorenie, chce mať čo najdlhší život. V situáciách, keď je liečba neúčinná, ako jedna z humánnych alternatív sa javí paliatívna starostlivosť, ktorá zmiernuje utrpenie i bolesť. Cieľom paliatívnej starostlivosti je zabezpečiť tým, čo súčasná medicína už žiaľ nedokáže pomôcť, aspoň dobrú kvalitu ich posledných chvíľ života.

Paliatívna starostlivosť² - je aktívna, celková starostlivosť o pacientov v čase, keď ich choroba už neodpovedá na kauzálnu liečbu a kontrola bolesti, alebo iných symptómov, psychologických a sociálnych problémov je prvoradá. Paliatívna starostlivosť potvrdzuje život a chápe umieranie ako prirodzený proces. Paliatívna starostlivosť zdôrazňuje úľavu bolesti a iných obťažujúcich symptómov, integruje fyzické, psychologické a duchovné aspekty starostlivosti o pacienta. Ponúka podporu pacientovi žiť tak aktívne, ako je to len možné až do jeho smrti, ako aj podporu jeho rodine vyrovnáť sa s danou situáciou. Paliatívna starostlivosť je aktívna symptomatická či podporná liečba a môže byť poskytovaná už v predterminálnej fáze (MZ SR 2006).

Etický problém sa stáva najčastejšou dilemou sestier a lekárov v poskytovaní paliatívnej starostlivosti. Často sa personál stretáva s prosbami a žiadosťami na ukončenie života. Sestry musia byť schopné reagovať takými spôsobmi, aké rešpektujú pacienta, rodinu, ale na druhej strane pritom zostať verné svojmu morálnemu a právnomu presvedčeniu.

Paliatívna starostlivosť

Vývoj a rozmach paliatívnej starostlivosti v posledných rokoch u nás stúpa. Prispieva k tomu nie len zvyšujúca sa ekonomická situácia našej krajiny, ale i rozmach vstupujúcej tzv. západnej kvality zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, kde Slovensko, ako nový člen Európskej únie sa začlenil do

ich rebríčka kvality. Požiadavka paliatívnej starostlivosti za posledné roky vykazuje stúpajúcu tendenciu, o čom svedčia pribúdajúce percentá v počte novootvorených oddelení paliatívnej starostlivosti, stacionáre, či hospice. Model hospicovej starostlivosti, ako jednej z foriem paliatívnej starostlivosti, nie je vhodný pre všetkých zomierajúcich. Treba zohľadniť veľké množstvo faktorov, ktoré musia byť akceptovateľné pre jednotlivých pacientov. V priebehu zomierania je najdôležitejšia kvalitná opatera, ľudský prístup s pocitom solidarity a poskytnutie primerane možného komfortu (Connor, 2005).

V súčasnej dobe existuje na Slovensku 29 zariadení paliatívnej starostlivosti vrátane hospicov a charitatívnych zariadení a detského hospicu.

Paliatívna a hospicová starostlivosť je charakterizovaná interdisciplinárnym tímovým prístupom, symptomatickou kontrolou - s dôrazom na liečbu bolesti, celkovou rehabilitáciou, dobrou komunikáciou, psychologickou podporou, radami pre rodinu, pozornosťou duchovným potrebám, kvalifikovanou tímovou starostlivosťou o umierajúceho a jeho pozostalých.

Paliatívny pacient, ktorý vyžaduje paliatívnu liečbu má prospech z tímového prístupu, ktorý zlepšuje kvalitu života. Paliatívna starostlivosť je svorníkom paliatívnej medicíny a hospicovej starostlivosti. Nepochopenie tejto reality u určitých poskytovateľov hospicovej starostlivosti vedie k zovšeobecneniu nie potreby paliatívnej liečby a len vnucovaniu akceptovania obety. Hospicová a paliatívna starostlivosť má nerozdeliteľný medzirezortný rozmer zdravotno-sociálny a preto sa aj u nás hľadá spôsob naplnenia jej realizácie v službách sociálne odkázaného jedinca. Na tento problém upozorňuje aj Rada Európy vo svojom doporčení č. 1418 z r. 1999 a prijatím dokumentu č. 8421/1999 k starostlivosti o smrteľne chorých. Poskytuje sa formou ambulantej a ústavnej zdravotnej starostlivosti. Domáca ošetrovateľská starostlivosť je odborná ošetrovateľská starostlivosť, ktorá sa poskytuje pacientom bez rozdielu veku a ochorenia v ich prirodzenom prostredí. Prispieva k zvýšeniu kvality života počas choroby a k urýchleniu procesu uzdravovania a získavania nezávislosti a sebestačnosti. Starostlivosť poskytujú skúsené sestry v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestry navštevujú v určitých

časových intervaloch pacientov, nadväzujú kontakty aj s rodinou pacienta.

Prvý podnet na začatie starostlivosti dáva lekár, ktorý určí počet návštev, náplň a ciele, ktoré sa majú splniť. Sestra v súlade s lekárskou diagnózou stanoví sesterskú diagnózu a podľa nej vypracuje plán starostlivosti, ktorý v priebehu procesu prehodnocuje a upravuje. Každý deň zaznamenáva uskutočnené výkony. Priebežne informuje ošetrojúceho lekára o stave pacienta. Po skončení domácej ošetrovateľskej starostlivosti vypracuje sestra krátku správu, ktorú zašle ošetrojúcemu lekárovi.

Snahou hospicových pracovníkov je poskytovať domácu hospicovú starostlivosť, ktorá je jednou z foriem domácej starostlivosti. Ide o paliatívnu starostlivosť o chorých ľudí v predterminálnom a terminálnom štádiu s ukončením života v domácom prostredí. Môže teda zahŕňať všetky fázy pre finem, in finem a post finem. Pacienti ako individuálne osoby, majú možnosť rozhodnúť sa či budú preferovať domácu hospicovú starostlivosť alebo starostlivosť v zariadeniach Hospice.

Špecifiká paliatívnej starostlivosti v domácom prostredí

Domáca hospicová starostlivosť kladie dôraz na kvalitu života, na to že pacient nebude zomierať sám, kladie dôraz na dôstojné umieranie, chápe umieranie ako prirodzený proces, zabezpečuje pacientovi v domácom prostredí primeraný komfort. Domácu hospicovú starostlivosť odlišuje od domácej ošetrovateľskej starostlivosti možnosť časovo neobmedzených návštev. Sestra môže prísť k pacientovi aj 2-3 x za deň podľa potreby a želania pacienta. Kedykoľvek je aj možný telefonický kontakt s odborníkom. Veľmi dôležité je uplatňovať holistický prístup vo vzťahu k pacientovi, vnímať ho ako bio - psycho - sociálnu bytosť a uspokojiť všetky jeho potreby.

Paliatívna starostlivosť kladie dôraz na multidisciplinárny charakter, kde okrem lekára a sestry sú prizvaní aj ďalší odborníci ako kňaz, sociológ, sociálni pracovníci, psychológ, opatrovateľ, aktuálne potrební špecialisti a rad dobrovoľníkov. Ide o tímovú prácu, kde každý člen má nezastupiteľnú úlohu. Z aspektu poskytovania kvalitnej starostlivosti je dôležitá komunikácia medzi sestrou, lekárom, pacientom a jeho rodinou. Čím skôr sa kontakt nadviaže, tým skôr sa vytvorí priaznivejšie a priateľskejšie prostredie pre chorého, ktoré veľmi výrazne ovplyvňuje jeho psychický stav počas choroby.

Nemožno zabudnúť, že pacienti s nevyliciteľnou chorobou často trpia bolesťami. Práve paliatívna starostlivosť im zaručuje, že nebudú trpieť neznesiteľnou bolesťou (bolesť teda bude úplne zvládnutá alebo maximálne minimalizovaná). Sestra pri návštevách sleduje *intenzitu bolesti, trvanie bolesti, začiatok bolesti, frekvenciu bolesti, lokalizáciu, vyžarovanie, faktory ovplyvňujúce bolesť, verbálne a neverbálne prejavy, predchádzajúcu liečbu bolesti a toleranciu analgetík*. Zbiera informácie o stave pacienta, konzultuje jeho celkový stav s obvodným lekárom, alebo lekárom z paliatívneho tímu. Na diagnostiku bolesti využíva vizuálnu analógovú škálu, mapu bolesti, monitoring bolesti (Melzack). Bolesť netreba nikdy u pacienta podceňovať, pretože každý je individuum, každý má rozdielny prah bolesti a pacientovu informáciu o bolesti nepodceňovať.

Bolesť: IASP (International Association for the Study of Pain) definuje bolesť ako „neprijemný zmyslový a emocionálny pocit spojený s aktuálnym alebo potenciálnym poškodením tkaniva, či popisovaný ako poškodenie tkaniva, (ISAP, 1979). Táto definícia chápe bolesť ako fyziologický a emocionálny fenomén. Zdravotnícki pracovníci často nemajú dostatočné znalosti pri liečbe bolesti, majú obavy z psychickej závislosti, zvýšenej tolerancie a závislosti na opiátoch. V skutočnosti je

psychická závislosť na opiátoch u pacientov na konci života skutočne malá (Connor, 2005).

Hlavnými prekážkami v liečbe bolesti je jej nedostatočné hodnotenie. Adekvátne hodnotenie bolesti zahŕňa globálne systematické vyšetrenie pacienta, ale i jeho rodinu. Hodnotenie bolesti má splňať tento postup:

- na bolesť sa pýtať pravidelne a často,
- akceptovať popisy pacienta a jeho rodiny,
- dodržiavať časový plán podania liekov v koordinácii s inými možnosťami liečenia bolesti,
- podporovať pacienta, rodinu a tým im umožniť podieľať sa na rozhodovaní liečenia bolesti (Connor, 2005).

Intervencie sestry:

- adekvátne zhodnotiť bolesť (lokalizáciu, druh, intenzitu, kvalitu, časový faktor, behaviorálne prejavy bolesti),
- šetrne ošetrovať pacienta,
- kombinovať podávanie liekov podľa ordinácie lekára s neliekovými metódami (masáž, aplikácia tepla a chladu, polohovanie, sledovanie bolesti),
- vylúčiť všetky vonkajšie podnety, ktoré vyvolávajú respektíve zhoršujú bolesť (nadmerný hluk, zlá poloha na posteli, hlasný rozhovor, nevhodná teplota miestnosti, nedostatok vzduchu),
- ak sú opatrenia neúčinné, podať analgetikum podľa ordinácie lekára.

Sestra zameriava svoju pozornosť na **vedľajšie symptómy**, ktoré sa u pacienta môžu vyskytnúť: nauzea, vomitus, obstipácia, dyspnoe, hnačka. Z rozprávania pacienta môže sestra vyčítať príčiny nevoľnosti, zvracania ako napríklad:

- bolesť v epigastriu (žalúdočné vredy, gastritidy),
- bolesť pri prehĺtaní (stomatitidy),
- zvracanie bez nevoľnosti (pri zvýšenej vnútrolebečnej tlaku),
- nevoľnosť bez zvracania (stavy úzkosti, strachu, neprijemné zápachy),
- nevoľnosť zhoršujúca sa pri pohybe a zmene polohy (nádory mozgu).

Intervencie sestry:

- zistiť príčiny nauzey, vomitusu, obstipácie, hnačky a dyspnoe,
- posúdiť nutričný stav pacienta,
- zdôrazniť potrebu príjmu potravy,
- podávať potravu s upraveným zložením, množstvom, technológiou prípravy,
- podľa potreby poskytnúť pomôcky, alternatívne spôsoby výživy,
- odstrániť stavy úzkosti, strachu a neprijemné zápachy,
- podávať lieky podľa ordinácie lekára (antiemetiká, digestíva),
- zistiť obvyklý režim vyprázdňovania pacienta,
- sledovať frekvenciu, konzistenciu stolice, prímеси, bolestivosť pri defekácii,
- zistiť kedy a ako často sa problémy vyskytujú a ako ich pacient rieši,
- rešpektovať intimitu a súkromie,
- umiestniť pomôcky na dosah pacienta,
- zaistiť bezpečnosť pacienta,
- poskytnúť dostatok času pri vyprázdňovaní,
- podľa ordinácie lekára podávať terapiu,
- prispôbiť výživu podľa potreby,
- povzbudzovať pacienta k dostatočnému príjmu tekutín,
- zabezpečiť starostlivosť, pomôcky,
- zapojiť rodinu a podporné osoby do starostlivosti o vyprázdňovanie

- vypracovať ošetrovateľský plán podľa individuálnej situácie,
- posúdiť dýchanie (typ, dĺžku, kvalitu),
- umiestniť pacienta na vhodný terapeutický podklad,
- zmierniť polohovaním dyspnoe,
- monitorovať stav dýchania,
- podľa konkrétnej situácie vypracovať ošetrovateľský plán,
- zapojiť podporné osoby a rodinu do starostlivosti o dýchanie.

Sestra či rodinný príslušník monitorujú **chuť do jedla** - väčšina pacientov trpí anorexiou, nechutenstvom, neschopnosťou prijímať potravu. Často malé ragády v ústach pacienta sú prekážkou pri prijímaní potravy. Niekedy postačí malá zmena jedálneho lístku, obmedzenie čerstvého prísunu pečív, ktoré môžu byť príčinou poškodenia sliznicu podnebia. Veľký dôraz na výber jedál musíme klásť u tých pacientov, ktorí absolvovali v predchádzajúcom období paliatívnu rádioterapiu, nesmieme zabudnúť na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti po liečbe ožiarením. Vhodný výber jedál je základom úspechu v prijímaní potravy.

Intervencie sestry:

- zistiť stupeň deficitu a funkčnú schopnosť pacienta prijímať potravu pomocou dostupných škál,
- posúdiť nutričný stav pacienta (výška, hmotnosť, vlhkosť slizníc, turgor kože),
- denne monitorovať príjem potravy, príjem a výdaj tekutín,
- monitorovať hmotnosť pacienta, BMI
- dovoliť pacientovi, aby jedol „menej“, hlavne u pacientov trpiacich nechutenstvom,
- vytvoriť príjemnú atmosféru, odporučiť pacientovi, aby jedol s rodinou,
- siahnuť po dohovore s lekárom o možnom využití liekov (podľa príčin nevoľnosti),
- lieky podávať minimálne 20 minút pred jedlom, čím docielime najvyšší účinok,
- sústrediť sa na zmiernenie bolesti, lebo i tá potláča chuť do jedla, v kombinácii s morfinmi nezabúdať pridať laxatív,
- realizovať starostlivosť o dutinu ústnu po každom požití jedla,
- motivovať pacienta k dodržiavaniu kultúry stravovania, pokiaľ to jeho stav dovoľuje
- zapojiť rodinu a podporné osoby do starostlivosti o príjem potravy,
- vypracovať individuálny plán podľa situácie tak, aby sa priblížil dennému režimu pacienta.

Kvalita spánku - je u týchto pacientov znížená, pacienti sa často budia. Budia sa na bolesť, na nepríjemné sny, ktoré veľmi často znižujú kvalitu spánku. Dĺžka spánku je veľkým ukazovateľom vo vzťahu k ďalšiemu a následnému priebehu ochorenia. Len dobre odpočinný pacient dokáže spolupracovať na dostatočnej úrovni, je dobre naladený a dokáže kvalitne spolupracovať na procese ošetrovania. Sestry sledujú jeho bio-rytmus spánku, zaznamenávajú počet hodín a tým spracúvajú tzv. spánkový protokol. Tu pristupuje sestra ku komunikácii, ktorú aktuálne vyhodnocuje a plánuje potrebné intervencie.

Intervencie sestry:

- posúdiť spánok (typ, dĺžku, kvalitu, používanie liekov pred spaním), mieru pohyblivosti a aktivity,
- zistiť faktory ovplyvňujúce spánok: biologicko-

fyziológické (choroba, bolesť, zmena spôsobu života), psychicko-duchovné (strach, úzkosť, strata zmyslu života), socio-kultúrne (medziľudské vzťahy) a faktory prostredia,

- sledovať prejavy spánkovej deprivácie,
- rešpektovať obvyklé rituály, ktoré pacient podstupuje pred spaním,
- poučiť pacienta o len krátkom spánku počas dňa,
- sústrediť sa, ak to samotný stav pacienta dovoľuje na vyplnenie dňa vhodnou aktivitou,
- zabezpečiť psychickú pohodu a uvoľnenie,
- minimalizovať rušivé faktory prostredia,
- zväziť prípadné možnosti alternatívnych metód napríklad aromaterapia, alebo krátke masáže pred spaním,
- podávať lieky podľa ordinácie lekára,
- zapojiť podporné osoby a rodinu do starostlivosti o spánok.

Starostlivosť o kožu zohráva významnú úlohu v ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra nesmie zabudnúť, že prevencia dekubitov, pravidelné polohovanie a masáže patria do základnej ošetrovateľskej starostlivosti o paliatívneho pacienta. Veľmi dôležité je viesť dôslednú dokumentáciu, presný záznam a dokumentáciu stavu kože pacienta. Závažným negatívnym činiteľom môže byť aj zápach.

Intervencie sestry:

- zistiť funkčnú schopnosť pacienta v osobnej hygiene s pomocou vhodných hodnotiacich škál,
- posúdiť schopnosť komunikácie pacienta,
- posúdiť stav kože najmä na predilekčných miestach,
- chrániť kožu a miesta vystavené tlaku pomôckami a hygienickým režimom,
- zlepšovať prekrvenie kože masážou,
- znižovať tlak na predilekčné miesta polohovaním,
- rešpektovať intimitu a súkromie,
- umiestniť pomôcky na dosah pacienta,
- aktivizovať pacienta,
- zaistiť bezpečnosť pacienta,
- vypracovať individuálny plán ošetrovateľskej starostlivosti na udržanie funkčnej schopnosti pacienta,
- zapojiť rodinu a podporné osoby do starostlivosti.

Rehabilitácia zohráva významnú úlohu v celom procese ošetrovateľskej starostlivosti. Je dôležité, aby sa maximálne zachovala pohyblivosť pacienta a jeho spolupráca pri cvičení. Sebastačnosť a samostatnosť pacienta treba podporovať až do poslednej chvíle, kedy je to možné. Sebastačnosť pacienta predstavuje ucelený systém fyzických, psychických a sociálnych aktivít, vyjadruje naplnenie jeho potrieb, ale najmä jeho schopnosť adaptovať sa na zmenenú životnú situáciu. Úlohou sestry v spolupráci s fyzioterapeutom je zvýšiť vlastné sebahodnotenie a sebauvedomenie pacienta, v reálnom živote je to dosiahnutie sebastačnosti a nezávislosti v každodenných činnostiach. K najdôležitejším intervenciám, kde sa ciele sestry, fyzioterapeuta a pacienta prelínajú patrí:

- Polohovanie – sestra realizuje preventívne polohovanie (proti dekubitom, kontraktúram) podľa polohovacieho plánu. Správnym polohovaním sa dosiahne prevencia dekubitov, zápalu pľúc, trombózy, fixácie patologickej polohy a kontraktúr, reguluje sa svalové napätie.
- Aktívne cvičenie – sestra motivuje a podporuje pacienta k aktívnym pohybom v rámci denných sebaobslužných činností.

- Vertikalizácia – sestra realizuje vertikalizáciu podľa pohybových schopností pacienta, zabezpečuje pomôcky, dbá na bezpečnosť pacienta pred pádom.
- Podpora sebastačnosti – sestra poskytuje pacientovi tak veľa pomoci, ako je nutné a tak málo pomoci, ako je potrebné, motivuje pacienta k aktivite pri vykonávaní denných činností. Podporuje sebaobsluhu pacienta v hygiene.
- Edukácia pacienta a rodiny – sestra poskytuje informácie pacientovi a jeho rodine, ktoré súvisia s podporou a ochranou zdravia, učí pacienta a jeho rodinu sebaopatere.
- Vytvorenie atmosféry istoty a pohody – sestra spolupracuje na podpore, povzbudení, pozitívnej motivácii pacienta. Pracuje bez náhlenia, pokojne, pacientovi venuje dostatok času.

Pacient potrebuje cítiť náš záujem o neho samotného. Často ho sprevádza depresia, úzkosť, strach, obavy z budúcnosti. Dôležitá je **psychosociálna podpora**. Potrebná je **empatia**, často stačí ľudský dotyk, pohladenie, úsmev, pochopenie. Chorý musí mať uistenie, že je dôležitý až do poslednej chvíle svojho života. Netreba mu brať nádej a vieru.

Pacientove prosby treba rešpektovať, vysvetliť mu všetko na čo sa pýta a akceptovať jeho odmietnutia. Iba vzťah založený na dôvere, skvalitňuje samotný liečebný a ošetrovateľský postup. Pacientov treba podporovať ku kreativitě, ktorá im pomáha viesť plnohodnotný život v tejto poslednej etape. Aktivity treba prispôbovať primerane stavu. Vždy treba prispôbovať starostlivosť jeho želaniam a potrebám nielen pacienta, ale aj celej jeho rodiny. Vyslovená žiadosť o eutanáziu chorým sa nesmie brať doslovne, pretože je to skôr volanie o pomoc, lepšiu starostlivosť, alebo reakcia na narušenú väzbu medzi umierajúcim a jeho okolím. Pri dosahovaní kvalitnej paliatívnej starostlivosti s následnou a efektívnou liečbou bolesti nie je eutanázia potrebná. Nedobrovoľná a násilná eutanázia sa z etického hľadiska hodnotí negatívne, čo sa môže pokladať za postup lege artis. Zástancovia eutanázie dokonca zastávajú názor, aby sa uskutočňovala v zdravotníckych zariadeniach, dokonca bola súčasťou poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovateľský a zdravotnícky personál zásadne odmieta akúkoľvek účasť na procese eutanázie (Novotný, 2009).

Záver

V posledných rokoch sa do popredia medicíny i do oblasti ošetrovateľstva čoraz viac dostáva starostlivosť o takých pacientov, u ktorých zlyhala takzvaná kauzálna liečba a pristúpilo sa k liečbe paliatívnej. Táto téma je čoraz viac medializovaná a pripisuje sa jej veľký dôraz, i vzhľadom k riešeniu bolesti, a tým umožniť pacientom zvýšenie kvality v období posledných dní jeho života. Mnohí z nás nemajú čas na návštevu lekára, či na vykonanie preventívnej prehliadky, ktoré by mohli veľakrát napomôcť k včasnej diagnostike ochorenia a tak predísť nepríjemným následkom s naozaj krutým koncom.

Zomierajúci človek je odkázaný na pomoc iných ľudí, na spoločenské štruktúry, do ktorých je integrovaný svojím sociálnym rozmerom osobnosti. Každý člen sociálnej spoločenskej štruktúry má v prípade potreby prirodzené právo na jej podporu, ochranu, pomoc jej orgánov a zariadení.

Paliatívna starostlivosť dostáva nový zmysel riešenia u ťažko a nevyliciteľne chorých pacientov, ňou chceme dosiahnuť zvýšenie kvality života u týchto ľudí, pozdvihnutie a zveladenie ošetrovateľskej starostlivosti o paliatívneho pacienta, ktorý si práve možno teraz uvedomil, že ak príde jeho čas, nezatvorí svoje oči sám a nebude opúšťať tento svet taký osamelý, bez svojich najbližších, že bude mať niekoho na blízku.

Literatúra

1. Connor, M.-Sanchia Aranda. 2005. *Paliatívni péče pro sestry všech odborů*. Praha : Grada 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
2. Friedlová, K. 2007. *Bazální stimulace a základní ošetrovateľská péče*. Praha : Grada, 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
3. Husebo, S. 2006. *Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis. Schmerztherapie. Gesprächsführung. Ethik*. Berlin; Springer, 4 vydanie, 2006, 560 s. ISBN 978-3540298885.
4. *Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti*, § 45 ods. 1 písm. a) Zákona č. 576/2004 Z. z. o Zdravotnej starostlivosti v službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 350/2005 Z. z., Ministerstvo zdravotníctva, 2006
4. Kopáčiková, M., Novotný, J., Stančiak, J., Lauková, M. 2009. *Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí*. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou *Důstojné umírání II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckych vied, 2009, s. 58-68. ISBN 978-80-244-2381 -4
5. Munzarová, M. 2005. *Eutanazie, nebo paliatívni péče?* Praha : Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0
6. Müllerová, N., Mikula, J. 2008. *Prevence dekubitů*. Praha : Grada, 2008, 96+8 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
7. Novotný, J., Kopáčiková, M., Stančiak, J., Ryšková, V. 2009. *Paliatívna starostlivosť z pohľadu pacienta a jeho rodiny*. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou *Důstojné umírání II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckych vied, 2009, s. 99-108. ISBN 978-80-244-2381 -4
8. Škrloví, P., M. 2003. *Kreativní ošetrovateľský manažment*. Praha : Advent- Orion s.r.o., 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
9. Werny, M., a kol. 2006. *Skriptum für Palliativmedizin zur Erlangung des Palliativ-Diploms der ÖAK*, 2006, 670 s. ISBN – neudané

Recenzenti:

PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.

PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.

Kontakt:

PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: maria.kopacikova@ku.sk

Definície infekcií v mieste chirurgického výkonu

Soňa Hlinková¹, Anna Lesňáková^{1,2}, Pavol Púčať³

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberku

²Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, infekčné oddelenie, Ružomberok

³Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, Ružomberok

Súhrn

Práca venuje pozornosť infekciám v mieste chirurgického výkonu (IMCHV). Ponúka definície a klasifikácie IMCHV podľa odporúčaní Centra pre kontrolu a prevenciu chorôb (Centers for Disease Control – CDC), ako základný predpoklad pre tvorbu programov na kvalitnú surveillancu a kontrolu týchto infekcií.

Kľúčové slová: Nozokomiálne infekcie. Infekcie v mieste chirurgického výkonu. Definície, klasifikácie.

Summary

The aim of this paper are surgical site infections (SSI). The study provides definitions and classifications of SSI based on the Center for Disease Control and Prevention (CDC) guidelines, as a basic condition for development of programs for quality surveillance and control of these infections.

Key words: Health care-associated infections. Surgical site infection. Definitions. Classifications.

Úvod

Podľa svetovej odbornej literatúry sú ranové infekcie tretou najčastejšie sa vyskytujúcou skupinou nozokomiálnych infekcií (14-16 %) (1). U chirurgických pacientov sú pooperačné ranové infekcie najčastejšou nozokomiálnou infekciou a hlavnou príčinou morbiditu a mortality. (2,3). Dve tretiny z týchto infekcií U 2-5 % pacientov, ktorí absolvujú extraabdominálnu operáciu a až u 20 % pacientov, ktorí podstúpia intraabdominálnu operáciu vznikne ranová infekcia (4). Pacientom s ranovými infekciami sa predlžuje hospitalizácia, je u nich dvakrát pravdepodobnejšie, že zomrú, 60 % väčšia pravdepodobnosť hospitalizácie na jednotke intenzívnej starostlivosti a viac ako päťkrát väčšia pravdepodobnosť opätovnej hospitalizácie. (5,6).

Základným podkladom na znižovanie výskytu NI je ich presná evidencia a analýza. Podľa záznamov z hlásení vo výročných správach Úradov verejného zdravotníctva sa výskyt NI v rokoch 2006-2009 pohyboval od 0,49-0,51 %. Z toho ranové infekcie tvorili v priemere 12,6 %. Z údajov, ktoré poskytujú nemocnice zdravotným poisťovniam vyplýva, že v roku 2007 zo všetkých operácií došlo k infikovaniu rany len u 0,3 % rán a v roku 2008 u 0,37 % rán. Táto vysoko podhodnotená incidencia NI na základe hlásení nedosahuje ani dolnú hranicu udávanú v literatúre. Zo skúseností vieme, že ide len o zlomok skutočného výskytu, preto je nevyhnutné začať sa touto problematikou zaoberať, pričom je dôležité sa oprieť o údaje získané systematickým a realistickým prístupom vedecky zameraných projektov. Len na základe takýchto poznatkov budeme schopní vypracovať a zaviesť kvalitnú surveillancu NI, tak veľmi požadovanú svetovými zdravotníckymi autoritami a zmeniť prístup zdravotníckych pracovníkov k prevencii a hláseniu NI.

Komplikácie spôsobené ranovými infekciami sú vysoko preventabilné (30-50 %) a riziká ich vzniku sa dajú minimalizovať. Z tohto hľadiska môžu byť vhodným indikátorom kvality zdravotnej starostlivosti, pokiaľ sa sledujú adresne a sú hlásené ako spätná väzba pre jednotlivých chirurgov, tímy, pracoviská a pre medzi nemocničné porovnávanie (7). Na kvalitu poskytovania zdravotnej starostlivosti má tiež nezanedbateľný vplyv edukácia

zdravotného personálu, založená na najmodernejších vedeckých poznatkoch (8, 9) Zníženie incidence ranových infekcií môže výrazne znížiť chorobnosť a úmrtnosť a znížiť ekonomickú záťaž pre pacientov a nemocnice. Toto sú dôvody, pre ktoré je potrebné, aby zdravotnícky personál a vedenie nemocníc malo záujem o monitorovanie ranových infekcií. Jedným zo základných predpokladom kvalitnej surveillancu NI je schopnosť ich definovať a dôsledne identifikovať ich lokalizáciu. Ak chceme, aby sa údaje dali porovnať s ostatnými nemocnicami či databázami, je veľmi dôležité použiť jednotné definície (10-12).

Pre uvedené skutočnosti sme sa rozhodli v tejto publikácii venovať pozornosť definíciám nozokomiálnych infekcií v mieste chirurgického výkonu, a tak poskytnúť základy pre skvalitnenie surveillancu a kontroly týchto infekcií.

Definície infekcií v mieste chirurgického výkonu

Podľa definície Národného systému surveillancu nozokomiálnych infekcií (National nosocomial infections surveillance system – NNIS) sponzorovaného Centrom pre kontrolu chorôb (CDC), nozokomiálna infekcia môže mať lokalizovanú alebo systémovú formu a je výsledkom reakcie na prítomnosť infekčného agensu alebo jeho toxínu, ktorý sa klinicky neprejavil a ani nebol v inkubačnej dobe pri prijatí do nemocnice. Väčšina bakteriálnych nozokomiálnych infekcií sa prejaví po 48 hodinách (typická inkubačná doba), niektoré aj neskôr. Keďže inkubačná doba je rôzna v závislosti od typu mikroorganizmu a od stavu pacienta, je nevyhnutné posudzovať individuálne všetky evidencie vedúce k hospitalizácii. Podľa miesta, ktoré NI postihujú rozlišujeme 13 hlavných a 48 špecifických skupín. Pre každú z týchto skupín sú vypracované kritériá. Medzi najčastejšie sa vyskytujúce nozokomiálne infekcie u hospitalizovaných pacientov patria infekcie močového systému, infekcie v mieste chirurgického výkonu, pneumónie a primárne infekcie krvného riečiska. Za nimi nasleduje zoznam infekcií podľa miesta výskytu v abecednom poradí.

V roku 1992 CDC zmenila dovtedy používaný termín infekcia rany na termín infekcia v mieste chirurgického výkonu (IMCHV), aby boli rozlíšené infekcie chirurgických incízií

od infekcií traumatických rán. IMCHV vznikajú ako následok vniknutia infekčného agensu do tkanív v perioperačnom období. V chirurgii predstavujú najčastejšie a najbežnejšie NI a zároveň časté komplikáciu operačných výkonov (13). Podľa CDC delíme IMCHV podľa miesta, ktoré zasahujú na povrchové incízie, hlboké incízie a orgánové/priestorové infekcie (14).

Povrchová incízna infekcia

Povrchové incízne infekcie sú najčastejšie sa vyskytujúcimi IMCHV a majú nezanedbateľný vplyv na morbiditu a mortalitu v súvislosti s chirurgickým výkonom (6). Prejavy infekcie sa dostavia do 30 dní od operácie a zasahujú len kožu a podkožie rany po incízii a sú sprevádzané aspoň jedným z nasledujúcich príznakov:

1. hnisavou sekréciou z povrchovej incízie,
2. izoláciou mikroorganizmov z asepticky získanej tekutiny alebo tkaniva z povrchovej incízie,
3. výskytom aspoň jedného z nasledujúcich znakov a symptómov infekcie: bolesť alebo citlivosť, začervenanie alebo lokálne zvýšená teplota, lokalizovaný opuch.
4. chirurgom alebo iným ošetrojúcim lekárom je diagnostikovaná IMCHV.

Komentár: - do hlásenia nepatrí:

- malý absces v mieste šitia
- infekcie epizotómie alebo miesta obriezky novorodenca

Hlboká incízna infekcia

Príznaky infekcie sa dostávajú do 30 dní od operácie. V prípade použitia implantátu do 1 roka. Patologický proces zasahuje hlboké vrstvy mäkkých tkanív (svalstvo, fascie) v mieste incízie a je sprevádzaný aspoň jedným z nasledujúcich príznakov:

1. hnisavým výtokom z hlbokkej incízie, ale nie z orgánov a ich okolia, ktoré sú súčasťou miesta chirurgického výkonu,
2. spontánnym otvorením hlbokkej incízie alebo otvorením chirurgom, za predpokladu, že je prítomný aspoň jeden z nasledujúcich znakov a symptómov: horúčka ($> 38^{\circ}\text{C}$), lokalizovaná bolesť alebo citlivosť,
3. nálezom abscesu alebo iných známkov infektu v hlbokkej incízii priamym vyšetrením počas reoperácie, alebo rádiodiagnostickým a histopatologickým vyšetrením,
4. chirurgom alebo iným ošetrojúcim lekárom je diagnostikovaná IMCHV.

IMCHV javiace známky povrchovej aj hlbokkej infekcie hodnotíme ako hlboké.

IMCHV orgánu alebo anatomického priestoru

Do tejto skupiny patria infekcie postihujúce akúkoľvek anatomickú časť tela, okrem kožných incízií, fascií alebo svalových vrstiev, ktorá je otvorená, alebo je ňou manipulované počas operácie. Príznaky infekcie orgánu alebo jeho okolia sa dostávajú do 30 dní od operácie, pri použití implantátu do 1 roka a je zrejмый vzťah medzi operáciou a infekciou. Musia byť sprevádzané aspoň jedným z nasledujúcich príznakov:

1. purulentnou sekréciou z drénu zavedeného samostatnou incíziou do príslušného orgánu resp. anatomického priestoru,

2. izoláciou mikroorganizmov z asepticky získanej tekutiny alebo tkaniva orgánu či anatomického priestoru,
3. nálezom abscesu alebo iných známkov infekcie orgánu/priestoru, ktoré boli determinované priamym vyšetrením počas reoperácie, alebo histopatologicky či rádiodiagnosticky,
4. chirurgom alebo iným ošetrojúcim lekárom je diagnostikovaná IMCHV.

Podľa konkrétneho miesta výskytu je možné infekcie orgánov/anatomických priestorov klasifikovať nasledovne:

BONE	osteomyelitída
BRST	absces prsníka alebo mastitída
CARD	myokarditída alebo perikarditída
DISC	diskový priestor
EAR	ušná infekcia, mastitída
EMET	endometritída
ENDO	endokarditída
EYE	očná infekcia iná než konjunktivitída
GIT	gastrointestinálny trakt
IAB	intraabdominálna, inde nešpecifikovaná
IC	intrakraniálna infekcia
JNT	kĺb alebo burza
LUNG	infekcia dolných ciest dýchacích iná
MED	mediastinitída
MEN	meningitída alebo ventrikulitída
ORAL	ústna dutina (ústa, jazyk, ďasná)
OREP	iná infekcia mužského alebo ženského reprodukčného orgánu
OUTI	iná infekcia močového traktu
SA	spinálny absces bez meningitídy
SINU	sinusitída
UR	horné dýchacie cesty, faryngitída
VASC	arteriálna alebo venózna infekcia
VCUP	vaginálny pažýl

Záver

Veríme, že táto publikácia bude prínosom pre chirurgov a operačný personál pri definovaní IMCHV. Na základe presných kritérií bude zaradenie jednotlivých IMCHV jednoznačné, a tak sa zvýši pravdepodobnosť získavania validných údajov o výskyte týchto infekcií, čo následne umožní kvalitnú surveillancu a kontrolu IMCHV.

Literatúra

1. Smyth ET, Emmerson AM. Surgical site infection surveillance. *J Hosp Infect.* 2000;45:173–184. [PubMed]
2. Weiss CA 3rd, Statz CL, Dahms RA, et al. Six years of surgical wound infection surveillance at a tertiary care center: review of the microbiologic and epidemiological aspects of 20,007 wounds. *Arch Surg.* 1999;134:1041–1048. [PubMed]
3. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:250–278; quiz 279–280.

4. Auerbach AD. Prevention of surgical site infections. In: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, editor. *Making Health Care Safer A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville MD; 2001. pp. 221–244.
5. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical site infections in the 1990s attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1999;20:725–730. doi: 10.1086/501572. [PubMed]
6. Weber WP, Zwahlen M, Reck S, Feder-Mengus C, Misteli H, Rosenthal R, Brandenberger D, Oertli D, Widmer AF, Marti WR. Economic burden of surgical site infections at a european university hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008;29:623–9. doi: 10.1086/589331. [PubMed]
7. Bříza, J. Indikátory kvality zdravotní péče, Sdružení fakultných nemocnic ČR, 2004
8. Deborah S. a kol.: *Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections in Acute Care Hospitals*. *infection control and hospital epidemiology* october 2008, vol. 29, supplement 1, p. 12-21.
9. Krynski, A.: *Projekt edukacyjnu szkoły katolickiej, Częstochowa*, 2001, s. 96. ISBN 83-87458-79-1
10. Krynski, A.: *Potrzeba zmian wyzwaniem dla uczelni w dobie integracji europejskiej*, In: *Materialy konferencyjne FEP*, 5-6 listopad 1999, Lodz, s. 129 – 135. ISBN 83910763-0-X
11. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM: *CDC definitions for nosocomial infections*, 1988, *Am J Infect Control* 16:28-40, 1988.
12. Larson E, Horan T, Cooper B et al: *Study of the definitions of nosocomial infections (SDNI)*, *Am J Infect Control* 19:259- 267:1991.
13. Sherertz RJ, Garibaldi RA, Marosok RD: et al: *Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections*, *Am J Infect Control* 20:263-270, 1992.
14. DiPiro JT, Martindale RG, Bakst A, Vacani PF, Watson P, Miller MT. *Infection in surgical patients: effects on mortality, hospitalization, and postdischarge care*. *Am J Health Syst Pharm* 1998; 55(8): 777-81.
15. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. *CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting*, 2008, *Am J Infect Control* 36:309-332, 2008.

Recenzenti:

RNDr. Eubomír POPOVIČ, CSc.
doc. MUDr. Ivan SOLOVIČ, CSc.

Kontakt:

RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: sona.hlinkova@ku.sk

Psychosociálne aspekty ošetrovania v onkológii

Jaroslav Stančiak¹, Viera Ryšková²

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

²Fakultná nemocnica, Trnava

Súhrn

Nádorové choroby sú celosvetovým medicínskym a spoločenským problémom. Dvadsaťe storočie a prudký rozvoj medicíny sa v nemalej miere podpísalo na negatívnom vnímaní života. Ľudia sa viac boja utrpenia než samotnej smrti. Onkologické ochorenie predstavuje veľkú záťaž pre pacienta a vedie k narušeniu homeostázy. Kvalita života pacienta sa prejavuje navonok správaním a konaním, ktoré sa viaže na všetky sféry osobnosti t.j. osobnosť fyzickú, psychologickú, sociálnu a duchovnú. Cieľom príspevku je poukázať na psychosociálne aspekty ošetrovania v onkológii.

Kľúčové slová: Onkologické ochorenie. Pacient. Psychické prežívanie. Komunikácia. Sestra.

Summary

Oncology diseases is a global medical and social problem. The twentieth century and the rapid development of medicine, has significant contribution in the negative perception of life. People are more afraid of suffering than death itself. Cancer presents heavy burden for the patient and leads to disruption of homeostasis. Quality of patients life is reflected outwardly on behavior and conduct, which is binded to all spheres of people's personality - physical, psychological, social and spiritual personality. The contribution of this paper is to highlight the psychosocial aspects of nursing care in oncology.

Key words: Oncology disease. Patient. Psychological survival. Communication. Nurse.

Úvod

Nádorové choroby sú celosvetovým medicínskym a spoločenským problémom. Skutočnosť, že umieranie na rakovinu trvá relatívne dlho je spojená s výrazným psychickým a fyzickým utrpením. V posledných rokoch na Slovensku zomiera asi 11.000 ľudí na zhubné nádory, čo predstavuje 20 % úmrtnosť. U mužov sa najčastejšie vyskytuje karcinóm pľúc, rakovina kože, hrubého čreva, konečníka, močového mechúra a žalúdka. U žien sú na prvom mieste nádory prsníka a ženských pohlavných orgánov.

Onkologické ochorenie vedie k spoločenským, emociálnym, ekonomickým následkom, ktoré neovplyvňujú iba zdravie daného človeka, ale rovnako jeho vzťah k ostatným ľuďom, jeho životný štýl a predstavu o vlastnom tele. Ochorenie vzhľadom na nákladnú liečbu predstavuje závažný ekonomický problém. Skutočnosť, že veľa mnoho ľudí na rakovinu zomiera, má i celospoločenský a sociálny rozmer.

Dvadsaťe storočie a prudký rozvoj medicíny sa v nemalej miere podpísalo na negatívnom vnímaní života. Ľudia sa viac boja utrpenia než samotnej smrti. Kvalita života pacienta sa prejavuje navonok správaním a konaním, ktoré sa viaže na všetky sféry osobnosti t.j. osobnosť fyzickú, psychologickú, sociálnu a duchovnú (Novotný, 2009).

Terminálna starostlivosť o onkologicky chorých zahrňuje starostlivosť klinickú, vrátane starostlivosti medikamentózne, ošetrovateľskej, psychologickú, sociálnu a spirituálnu a rešpektuje momentálny psychický a somatický stav chorého.

Psychické prežívanie onkologického ochorenia

Po potvrdení diagnózy, prechádza chorý najčastejšie do štádia odovzdanosti, stavu rezignácie. Sprevádza ho bezradnosť a smútok, neraz aj ťaživé depresie a myšlienky na to, že sa mu život končí.

Dnes je známe, čo onkologický pacient prežíva, preto postoj a skutky sestry sú ovplyvňované jej osobou a osobnou

zrelosťou. Ku komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti patrí i správne pochopenie nádorovej choroby. Reakcia pacientov na onkologickú chorobu je odlišná od reakcií na diagnózy iných ochorení a preto podpora pacienta s rakovinou je potrebná pri zmene jeho psychického stavu, pretože laická verejnosť nemá dostatok informácií o rakovine, ale stále registrujú skôr údaje o úmrtnosti ako o liečbe ochorenia. Po stanovení diagnózy pacient väčšinou dostáva skromnejšie informácie o liečebných postupoch a s negatívnymi liečebnými účinkami sa oboznamuje až počas liečby. Dôležitý je optimistický postoj ošetrovateľského personálu a rodinných príslušníkov.

Každé ochorenie vplyva na človeka inak a vplyva hlavne na tieto oblasti:

- emocionálna – citová, ktorá prichádza s prvými príznakmi,
- reaktivity a správania – každé ochorenie je sprevádzané určitým napätím. Pod vplyvom ochorenia sa mení správanie pacienta vo vzťahu k jeho sociálnemu prostrediu napr. uzatváranie sa do seba, egocentričnosť,
- zmeny osobnosti – pocit menejcennosti, znižovanie sebaúcty.

V dospelosti sa počas choroby do popredia dostávajú obavy z poklesu príjmu, straty zamestnania, straty partnerského vzťahu. V starobe do popredia vystupuje emotívna stránka, kde sa stretávame s obavami samoty, opustenosti, strachu zo smrti.

Reakcie chorých na chorobu závisia od:

- celkovej citlivosti napr. reakcia chorých na nepríjemné podnety,
- zdravotného uvedomenia, ktoré môže byť ovplyvnené výchovou, zdravotnou výchovou, skúsenosťou,
- charakteru hodnôt, od ktorých závisí prístup k ochrane zdravia jedinca (Jasingerová, 2001).

Sociálne aspekty

V priebehu onkologického ochorenia nastávajú mnohé zmeny v sociálnej situácii človeka. Aj tieto zmeny sú pre ošetrovateľskú starostlivosť veľmi dôležité. Každý človek má svoje sociálne potreby, ktoré vyplývajú zo statusu človeka, ako spoločenskej bytosti, žijúceho v istom sociálnom prostredí, ktorý má svoju rodinu, svoju prácu, svoje problémy, záujmy, záväzky, sny a priania. Naraz je z tohto prostredia vytrhnutý z dôvodov ochorenia. Ochorenie pre človeka môže znamenať zbavenie povinnosti, obmedzenie životných možností, obmedzenie súkromia atď. Negatívny vplyv na človeka majú predovšetkým dlhodobé pôsobiace faktory v priebehu onkologického ochorenia.

Kvôli chorobe často pacient nemôže vykonávať v plnej miere svoju profesiu. Znížená mobilita vedie k úplnej strate zamestnania. Pre značnú časť chorých ľudí je tiež sprievodným javom ohrozenie ich sociálneho postavenia, spoločenskej a rodinnej prestíže. Spravidla sa zhoršuje aj ekonomické zabezpečenie. Menia sa vzťahy v rodine, spolužitie s viacerými generáciami, partnerské väzby, najmä ich kvalitatívna úroveň. Ochorenie môže viesť k zlepšeniu vzťahov v rodine. Negatívne dôsledky pozorujeme častejšie u partnerov, ktorí nie sú schopní vybočiť z tradičného spôsobu spolužitia a pružne obmieňať svoje sociálne role. Zjavuje sa pocit osamelosti. Človek sa postupne uzaviera do seba alebo do svojho najbližšieho okolia. Prerúšením sociálnych a medziľudských kontaktov vzniká sociálna izolácia. Človek stráca určité životné istoty, skôr či neskôr je sociálne závislý od iných a potrebuje pomoc.

Schopnosť pohybu ovplyvňuje schopnosť sebaúcty. Sebaúcta a sebakoncepcia sú nevyhnutné pre duševné i telesné zdravie človeka. Zdravá sebakoncepcia umožňuje človeku nájsť šťastie v živote a lepšie sa vyrovnáť so sklamaniami a zmenami. Neschopnosť získať pozitívny náhľad na seba samého (self-image) je najväčšou prekážkou v liečbe ochorenia (Kozierová, 1995).

Onkologickú starostlivosť nemôžeme redukovať na prioritnú protinádorovú liečbu, ale má zahŕňať i úsilie o psychický a sociálny komfort chorých. Psychická záťaž zo zlyhania liečby, následnej bolesti a smrti pôsobí nešpecificky, ale iste. Kvalifikovaná sociálna pomoc pre pacienta a jeho príbuzných je, alebo mala by byť súčasťou onkologickej liečby. Nielen pacienti, ale i príbuzní potrebujú túto pomoc pri riešení krízovej životnej situácie, spôsobenej diagnostikovaním nádorového ochorenia, ktoré často znamená riziko smrti, alebo trvalého telesného postihnutia (odstránenie prsníka, amputácia končatiny a pod.). V dôsledku dlhotrvajúcej, agresívnej a kombinovanej liečby (ako je operácia, liečba žiarením, chemoterapia) vznikajú nové sociálne problémy – zabezpečenie domácnosti, finančné problémy, neplánovaná práceneschopnosť, prípadne i strata zamestnania.

Psychosociálnou podporou treba dosiahnuť, aby pacienti (a ich príbuzní) viedli naďalej normálny spôsob života a aby sa aspoň čiastočne podarilo odpútať pozornosť od nádorového ochorenia. V rámci psychosociálnej pomoci by mal byť zdravotnícky personál informovaný o pomeroch v rodine, mal by vedieť (a dostať súhlas od pacienta) kto z rodiny má byť informovaný o stave pacienta a naopak, komu si pacient nepraje podávať informácie o svojej diagnóze, aktuálnom stave a o celkovej situácii.

V prípade nedostupnosti resp. nedôvery voči zdravotníckym

pracovníkom je dobré, ak pacient a jeho rodina využívajú napr. Linku pomoci Ligy proti rakovine, kde vzhľadom na jej personálne obsadenie dostanú odbornú radu alebo informácie o tom, na ktoré konkrétne pracovisko sa treba obrátiť. Naliehavá je preto zmena postojov širokej lekárskej a zdravotníckej verejnosti vychádzajúca z reálneho stavu poznania. Rovnako je dôležitá i zmena laickej verejnosti. Systematická zdravotná výchova obyvateľstva musí zahŕňať chápanie prirodzeného charakteru ochorenia s dôrazom na jeho vyliečiteľnosť, upozornenie na prvé varovné príznaky zhubných ochorení, zdôrazňovať nutnosť preventívnych vyšetrení, zdravého spôsobu života, v prípade dlhobodej liečby aj riziko neoverených postupov v onkológii a informovanie o úspechoch onkologického výskumu a prípadoch vyliečenia. Psychosociálna onkológia prešla tiež vlastným vývojom, podobne ako liečba nádorových ochorení a v súčasnosti je vedená tak, aby nevedla v populácii ku karcinofóbii, kedy strach a obavy prevládajú nad súdnosťou.

Komunikácia s onkologickým pacientom

Získavanie dôvery nie je jednoznačný akt, ale dlhodobý proces o ktorom rozhoduje často prvý kontakt medzi ošetroujúcim personálom a pacientom. Pacient má právo na otvorenú komunikáciu. Najdôležitejším prvkom je dôvera. Pacient musí veriť, že ošetrovateľský personál urobí všetko potrebné, aby výsledok bol čo najlepší. Postoj k pacientovi má byť pravdivý a zachovávať vždy nádej na vyliečenie. Ak je prognóza dobrá, treba to chorému povedať, ale súčasne mu vysvetliť nutnosť ďalšieho sledovania po liečbe a ak je zlá treba zachovať dôveru a nádej chorého. Pacientovi treba pomôcť vyrovnáť sa s vážnym ochorením, pretože žiť s nádorovým ochorením znamená i redukciu jeho osobných plánov, zmenu základných životných postojov hodnotovej orientácie. Pacient musí svoju chorobu uniesť a povinnosťou ošetrovateľského personálu je urobiť proces ochorenia znesiteľnejším. Situáciu v komunikácii s pacientom často komplikuje tabuizácia otázky konečnosti ľudského pozemského života a preto závažnosť týchto situácií viedla i k vytvoreniu samostatnej psychoonkológie. Dnes je známe čo onkologický pacient prežíva a preto postoj a skutky lekára a sestry sú do veľkej miery ovplyvňované ich osobnou a osobnostnou zrelosťou. Medzinárodná únia proti rakovine odporúča onkológom, aby pacientom umožnili aktívnu účasť na rozhodovaní o liečbe a upozornili ich na možné komplikácie a prípadnú neúčinnosť niektorého liečebného postupu. Toto je možné len pri dobrej informovanosti pacienta a výskyte, výskume rakoviny a najnovších diagnostických a liečebných postupoch. Cieľom komunikácie medzi sestrou a pacientom je dodať mu odvahu hovoriť o rakovine, klásť otázky a nebáť sa, že odpovedanému neporozumejú a hlavne nebáť sa, že v boji s rakovinou bude pacient sám. V boji s chorobou treba využiť skutočnosť, že naša psychika pôsobí na naše telo rovnakým spôsobom ako ono pôsobí na našu psychiku.

Osobnosti ošetrovania

Podpora onkologického pacienta je jedným z dôležitých protektívnych faktorov pri zvládnutí stresu z ochorenia a liečby. Pacienti, ktorí dostávajú od rodiny a priateľov dostatok emocionálnej podpory sú v procese liečby veľakrát aktívnejší, majú väčšiu motiváciu bojovať a neopúšťajú sa. Pozitívne a negatívne faktory, ktoré vplyvajú na priebeh onkologického ochorenia a liečby názorňuje tabuľka č. 1.

Tabuľka 1 Pozitívne a negatívne faktory vplyvajúce na priebeh onkologického ochorenia www.solen.sk/viapracticas2/2007

Čo môže pomôcť chorobu zvládnuť	Čo môže chorobu komplikovať
<ul style="list-style-type: none"> • kvalitná komunikácia, informácie o chorobe a možnostiach liečby 	<ul style="list-style-type: none"> • tendencia uzatvárať sa do seba a vyhýbať sa informáciám o chorobe
<ul style="list-style-type: none"> • aktívny postoj k chorobe a liečbe 	<ul style="list-style-type: none"> • pasívna odovzdanosť chorobe
<ul style="list-style-type: none"> • udržiavanie dobrej fyzickej kondície 	<ul style="list-style-type: none"> • psychická dekompenzácia a nevyhľadávanie odbornej pomoci
<ul style="list-style-type: none"> • podpora rodiny a priateľov 	<ul style="list-style-type: none"> • malá podpora zo strany rodiny a priateľov

Medzi hlavné osobitosti ošetrovania onkologicky chorých pacientov zaraďujeme komunikáciu. Onkologický pacient potrebuje cítiť podporu svojho okolia, spoluúčasť a záujem zo strany ošetrojúceho personálu. Pri komunikácii je potrebné navodiť ovzdušie dôvery, ktoré by pacienta upokojovalo, zbavovalo ho obáv a strachu. Na dosiahnutie kvalitnej obojstrannej komunikácie sestry s pacientom je potrebné rešpektovať niektoré všeobecné požiadavky:

- empatia – schopnosť vcítiť sa do toho, čo pacient prežíva, ako hodnotí svoj vzťah k chorobe, ako ju prežíva, čo si o nej myslí. Porozumenie a spoluúčasť prináša pacientovi úľavu a sestre dôležité informácie,
- individuálny prístup – znamená prispôsobenie nášho správania k pacientovým špecifickým zvláštnostiam,
- úcta k pacientovi – znamená vážiť si ho vždy za každých okolností ako človeka,
- pozitívny vzťah k pacientovi – prejavuje sa vo výraze tváre, v pohľade, v pohyboch tela i v odstupe sestry, vo verbálnej a neverbálnej komunikácii (Andrášiová, 2007).

Jednotlivé fázy onkologického ochorenia sprevádzajú tieto symptómy:

- problémy s prijímaním potravy – objavujú sa v súvislosti s chemoterapiou a rádioterapiou a sú aj sprievodným problémom terminálnej fázy ochorenia,
- nevoľnosť a zvracanie sú nepríjemné ťažkosti, vedú k vychudnutiu,
- zápcha a hnačky – tieto problémy sú pomerne časté, môžu sa striedať a byť veľmi nepríjemné a bolestivé. Príčinou zápchy môže byť nedostatok aktivity (chronická choroba, pripútanosť na lôžko), podvýživa, dehydratácia, lieky (opiáty). Hnačky sú problematickejšie ako zápcha, človek má obmedzenú kontrolu pohybu stolice. Vedie často k zápalom a bolestivosti okolia análneho otvoru, čo vyžaduje dobré a citlivé ošetrovanie,
- náchylnosť k infekciám – v súvislosti s liečbou môžu nastať tieto hematologické zmeny: anémia, leukopénia, trombocytopénia a v týchto prípadoch je oslabený celý imunitný systém,
- preležaniny – ktoré sa môžu zapáliť. Všetky rany sú potenciálnou bránou infekcie a chorí vyžadujú veľmi starostlivé sledovanie a dôslednú ošetrovateľskú starostlivosť,
- bolesti – súvisia s vlastným chorobným procesom, často sa prejavujú úzkostným výrazom tváre, zaujímavím

úľavovej polohy, verbalizáciou bolesti atď.,

- úzkosť, depresie, ktoré sú sprievodným javom strachu zo smrti. Pacient sa uzatvára do seba, cíti sa menejcenný, spoločensky sa izoluje a trpí pocitom beznádeje (Andrášiová, 2007).

Záver

K najvýznamnejším znakom súčasného obdobia patrí neustále sa zvyšujúci počet nevyliciteľne chorých pacientov v terminálnom štádiu ochorenia. Dvadsiate storočie a prudký rozvoj medicíny sa v nemalej miere podpísalo na negatívnom vnímaní života. Ľudia sa viac boja utrpenia než samotnej smrti.

Vytvorenie psychicky kladného, vzájomného vzťahu medzi sestrou a onkologickým pacientom nie je iba cieľom, ale priamo prostriedkom k dosiahnutiu cieľa. V prehľade možností psychickej pomoci chorému človeku prvoradá dôraz kladieme na činy a v druhom rade na neverbálne prejavy.

Na kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť vplyva aj samotná osobnosť sestry. Záleží na jej ľudských, morálnych, odborných a psychologických schopnostiach, ktoré môže využívať pri zabezpečovaní návratu pacienta do normálneho života a udržania jeho psychickej rovnováhy. Za významné prvky v pôsobení sestier na psychický stav onkologických pacientov pokladáme: psychohygienu, komunikáciu, empatiu, priaznivé interakčné a interpersonálne vzťahy.

V súčasnosti sa zdôrazňuje humanizácia medicíny. Preto frázu „musíme pomáhať“ nahradíme predsavzatím „chceme pomáhať onkologicky chorému človeku“.

Literatúra

1. Andrášiová, M. a kol. 2002. *Hospice a paliatívna starostlivosť*. 1. vydanie, Bratislava : Oto Németh, 2002, 54 s. ISBN 80-96 8416-0-2
2. Andrášiová, M. 2007. Psychologické minimum o psychickom prežívaní onkologického pacienta. *Via pract.*, 2007, roč. 4 (S2): 42-46, dostupné na www.solen.sk, 29. 5. 2010
3. Baštecká, B. et. al. 2001. *Základy klinické psychológie*. 1. vydanie, Praha : Portál, 2001, 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
4. Čižmáriková, J. 2005. *Psychológia umierajúceho*. *Sestra*, 2005, č. 9, s. 33. ISSN 1335-9444.
5. Dostálová, O. 1986. *Psychoterapeutické prístupy k onkologickým nemocným*. Praha : Avicenum, 1986, 208 s. ISBN neudané.
6. Gulášová, J. 2003. *Psychologický prístup a zásady komunikácie s umierajúcim pacientom*. *Revne ošetrovateľstva a laboratórnych metodík*, 2003, č. 3, 71 s. ISSN 335-5090.
7. Kopáčiková, M., Novotný, J., Stančiak, J., Lauková, M. 2009. *Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť v domácych podmienkach*. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou *Důstojné umírání II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckých vied, 2009, s. 58-68. ISBN 978-80-244-2381 -4
8. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R., 1995. *Ošetrovateľstvo I.*, Martin: Osveta, 1995, s. 958 ISBN 80-217-0528-0
9. Křivohlavý, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vydanie, Praha : Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0.
10. Novotný, J., Kopáčiková, M., Stančiak, J., Ryšková, V. 2009. *Paliatívna starostlivosť z pohľadu pacienta a jeho rodiny*. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou *Důstojné umírání II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckých vied, 2009, s. 99-108. ISBN 978-80-244-2381 -4

Recenzenti:

doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.
PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.

Kontakt:

PhDr. Jaroslav STANČIAK, PhD., MPH
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: j.stanciak@gmail.com

Vybrané teórie využiteľné v pôrodnej asistencii

Viera Simočková

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Súhrn

Autorka v príspevku charakterizuje ošetrovateľské teórie využiteľné v pôrodnej asistencii.

Kľúčové slová: Ošetrovateľské teórie. Pôrodná asistencia.

Summary

In the article the author describes the nursing theories applicable for the midwifery.

Key words: Nursing Theories. Midwifery.

Úvod

V odbore pôrodná asistencia sa stretávame s adaptáciou ženy na tehotenstvo, materstvo, s riešením intímnych problémov. Pre pôrodnú asistenciu sú aplikovateľné nasledujúce teórie a modely:

- Mercerovej teória – Prijatie materskej roly,
- Wiedenbachovej ošetrovateľský model,
- Leiningerovej ošetrovateľský model.

Mercerovej teória

Ramona T. Mercer získala ošetrovateľské vzdelanie na St. Margaret's School of Nursing in Montgomery v Alabame. Pracovala ako mentorka, neskôr ako riaditeľka pre ošetrovateľskú starostlivosť v oblasti pediatrie a pôrodnictva. Študovala potreby dojčiacich matiek, matiek v adolescentnom veku, matiek s komplikáciami v priebehu obdobia dojčenia. Zaujímala sa o prijatie materskej roly i u matiek starajúcich sa o dieťa s vývojovou chybou.

Mercerovej teória Prijatie materskej roly bola prvýkrát prezentovaná v roku 1991 (Archalousová, 2009). Tvori proces postupného prijatia roly rodiča. Počas tehotenstva a po narodení dieťaťa dochádza k vývoju materskej identity, ktorá je pri každom dieťati špecifická. Proces prevzatia materskej úlohy je tvorený viacerými operáciami. Väčšina z nich prebehne už počas intrauterinného života dieťaťa. Teória Prijatie materskej roly je postavená na intenzívnom výskume autorky. Mercerová zamerala svoj koncept na obdobie prvého roku po pôrode dieťaťa. Do svojho výskumu zaradila obidvoch rodičov – matku i otca, ďalej ženy, u ktorých prebehlo rizikové tehotenstvo a ženy s pridruženými chorobami k tehotenstvu. Teória má podľa autorky štyri stupne:

1. anticipácia,
2. oficiálny stupeň,
3. neoficiálny stupeň,
4. integrácia materskej identity.

Anticipácia je očakávanie materskej roly, stotožnenie sa s tehotenstvom (Lehotská, Moraučíková, 2008). Ide o sociálne a psychologické prispôbenie sa tehotenstvu. Žena hľadá informácie o role matky, vizualizuje si predstavy o materstve. Uvedené obdobie začína tehotenstvom.

Oficiálny stupeň znamená prijatie roly matky tak, ako sa predpokladá v danej kultúre. Žena prijíma rolu matky. Učí sa

od profesionálov, získava praktické zručnosti, napodobňuje a prispôsobuje svoje správanie. Fáza začína pôrodom a trvá približne dva týždne.

Neoficiálny stupeň je stotožnenie sa s materstvom nezávisle od očakávania okolia. Žena sa učí reakciám dieťaťa, rozvíja svoj štýl, predstavu o materstve. Mercerová to popisuje ako „settling in“ – usadzovanie, vyrovňovanie, vytváranie novej rodiny. Ide o obdobie približne do začiatku štvrtého mesiaca.

Pod integráciou materskej identity rozumieme samotné dosiahnutie (prevzatie) materskej úlohy. Fáza začína integráciou ženy s materskou rolou. Vedie k znútorňovaniu roly, k pohľadu na seba ako na matku schopnú materskej starostlivosti. V tomto poslednom stupni, ktorý začína od 4. mesiaca, má matka nadobudnúť pocit harmónie a dôvery k spôsobu, akým vykonáva svoju materskú úlohu.

Ako uvádza Farkašová (2005), Mercerovej teória je prakticky aplikovateľná predovšetkým v pôrodníckom ošetrovateľstve. Je využiteľná v komplexnom zhodnotení klientky a v následnej edukácii. Ide o teóriu veľmi dobre využiteľnú pri vzdelávaní študentov, rovnako však v ošetrovateľskej starostlivosti o matku a dieťa.

Wiedenbachovej ošetrovateľský model

Ernestína Wiedenbachová nadobudla certifikát z pôrodnictva v roku 1946. Ako prvá publikovala knihu „Ošetrovateľstvo zamerané na rodinné materstvo“, v ktorej odporúčala, aby novorodenci boli v nemocničných izbách spolu s matkami (Závodná, 2005). Ošetrovateľský model Wiedenbachovej je založený na umení pomôcť. Vychádza z predpisovej teórie vytvárajúcej situáciu. Opisuje sa ako teória, ktorá tvorí koncepciu v danej situácii a ako predpis, ktorým sa má vykonať. Usmerňuje činnosť presne na cieľ. Obsahuje tri vzájomne závislé koncepcie, a to:

1. ústredný cieľ,
2. predpis,
3. skutočnosť.

Ústredný cieľ je požadovaný výsledok, ktorý má byť ošetrovateľskou činnosťou dosiahnutý. Je založený na individuálnej filozofii sestry.

Predpis znamená direktívu k činnosti. Špecifikuje charakter činnosti jednak všeobecných, smerujúcich k ústrednému cieľu, tiež ďalších činností, ktoré sú v súlade s cieľom.

Skutočnosť predstavuje prostredie a skutočnú situáciu, v ktorej

prebieha ošetrovateľská činnosť. Zahŕňa faktory fyzické, psychické, emocionálne i duchovné.

Predpisová teória Wiedenbachovej je vhodná pre jednotlivých pacientov, nie pre skupiny. Možno ju využiť predovšetkým v nemocnici, no aj v komunite, najmä u tehotných žien a matiek.

Leiningerovej ošetrovateľský model

Madeleine Leiningerová, autorka modelu vychádzajúceho slnka, sa považuje za zakladateľku transkultúrneho ošetrovateľstva (Kozierová et al., 1995). Podľa Leiningerovej ľudia majú právo mať vlastné kultúrne hodnoty, vieru a potreby. Pokiaľ sestry poskytujú svojim klientom kvalitnú službu, musia poskytovať takú starostlivosť, ktorá bude toto právo rešpektovať. Teda poskytovať ľuďom rozdielnych kultúr kultúrne špecifickú a všestrannú starostlivosť v podpore zdravia, blaha či pomôcť im čeliť nepriaznivým okolnostiam, ťažkostiam, smrti kultúrne vhodnými spôsobmi. Model obsahuje tri základné zložky:

1. kultúrnu a sociálnu štruktúru,
2. systémy starostlivosti,
3. typy starostlivosti.

Kultúrna a sociálna štruktúra prezentuje technologické, náboženské, filozofické, politické, právne, ekonomické, vzdelávacie a rodinné faktory, kultúrne hodnoty a životný štýl. Všetky tieto faktory sú navzájom prepojené. Ich vplyv na jedinca sa nemôže chápať oddelene. Faktory vplývajú tiež na vnímanie zdravia a choroby a tiež na spôsob starostlivosti, ktorý jedinec využíva.

Pri systémoch starostlivosti Leiningerová rozlišuje dva systémy – tradičný a profesionálny. Tradičný systém sa vzťahuje na spôsob starostlivosti, ktorý je praktizovaný príslušníkmi subkultúry. Tento systém sa označuje aj ako ľudový alebo laický. Sú preň typické kultúrne naučené a prenesené názory, poznatky a zručnosti vlastných ľudí. Očakávania sestier a pôrodných asistentiek ako poskytovateľiek a klientov ako prijímateľov služieb sú ovplyvnené kultúrou, ktorú prezentujú, preto sa môžu značne líšiť. Preto je dôležité, aby ošetrujúci personál poznal tradičný spôsob starostlivosti a jeho kladné stránky dokázal využiť pri poskytovaní profesionálnej starostlivosti u klienta (Archalousová, 2003).

Typy starostlivosti. Podľa stavu, problémov a potrieb klienta sa môže kultúrna starostlivosť realizovať tromi spôsobmi ako:

- kultúrna starostlivosť pomáhajúca uchovať alebo získať zdravie,
- kultúrna starostlivosť umožňujúca adaptáciu,
- kultúrna starostlivosť pomáhajúca uskutočniť zmenu.

Kultúrna starostlivosť pomáhajúca uchovať alebo získať zdravie je zameraná na zdravého aj chorého klienta. Sestra a pôrodná asistentka pomocou podporujúcich aktivít pomáha klientom udržiavať pohodu a zdravie, chorým zotaviť sa z choroby, čeliť postihnutiu či smrti.

Kultúrna starostlivosť umožňujúca adaptáciu pomáha klientovi adaptovať sa na nové kultúrne spôsoby starostlivosti, na nové životné roly (rola matky), nepriaznivé životné udalosti (rola pacienta, úmrtie člena rodiny). Úlohou pôrodnej asistentky je dohovoriť sa s klientom na spôsoboch starostlivosti, ktoré budú rešpektovať jeho potreby v súlade s možnosťami zdravotníckeho zariadenia. Pôrodná asistentka vystupuje ako jednatel' a sprostredkovateľ medzi tradičným a profesionálnym systémom starostlivosti.

Kultúrna starostlivosť pomáhajúca uskutočniť zmenu sa realizuje vtedy, ak je potrebné modifikovať alebo zmeniť spôsob, ktorým sa klient stará o svoje zdravie (napr. výber antikoncepcie). Pôrodná asistentka spolu s klientkou bude hľadať možnosti, ktoré budú rešpektovať kultúrne, zdravotné, náboženské normy, prípadne finančné možnosti.

Pri uplatnení Leiningerovej modelu v rámci pôrodnej asistencie je pomoc ľuďom rozdielnych kultúr zameraná na reprodukčné zdravie, tehotenstvo, plánované rodičovstvo, antikoncepciu. Úlohou zdravotníckych profesionálov je pomáhať ľuďom čeliť nepriaznivým okolnostiam, ťažkostiam, smrti kultúrne vhodnými spôsobmi.

Záver

Ošetrovateľské teórie hľadajú cesty, ako dosiahnuť stanovené ošetrovateľské ciele. Charakterizujú vzťahy medzi štyrmi základnými komponentmi – zdravím, prostredím, človekom a ošetrovateľskou starostlivosťou. Tieto abstraktné rámce pomáhajú sestram a pôrodným asistentkám zisťovať problémy, plánovať ošetrovateľskú starostlivosť a vyhodnocovať výsledky ošetrovateľských intervencií.

Literatúra

1. Archalousová, A. 2003. *Přehled vybraných ošetrovateľských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové : Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
2. Archalousová, A. 2009. Teorie Ramony T. Mercer – přijetí mateřské role – býtí matkou. In *Ošetrovateľstvo 21. storočia v procese zmien III*. [CD-ROM]. Ed. M. Boledovičová, G. Vörösová, M. Líšková. 1. vyd. Nitra : UKF Nitra; FSZ, Katedra ošetrovateľstva, 2009. 1189 s. ISBN 978-80-8094-554-1, s. 59-61.
3. Farkašová, D. et al. 2005. *Ošetrovateľstvo – teória*. 2. vyd. Martin : Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4.
4. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. 1995. *Ošetrovateľstvo 1, 2*. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
5. Lehotská, M., Moraučíková, E. 2008. Pomoc pri adaptácii na stratu. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2008, roč. VII., č. 1 – 2, s. 35-37.
6. Závodná, V. 2005. Wiedenbachovej ošetrovateľský model. In *Ošetrovateľstvo – teória*. Ed. D. Farkašová et al. 2. vyd. Martin : Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4.

Recenzenti:

PhDr. Ľudmila MATULNÍKOVÁ, PhD.
PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.

Kontakt:

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

Prieskum postoja žien k inkontinencii moču

Mária Novyzedláková

Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita, Ružomberok

Súhrn

Článok prezentuje výsledky prieskumu zamerané na postoje žien k inkontinencii moču. Úloha sestry pri riešení problému inkontinencie moču je veľmi dôležitá. Dôvodom prehliadania inkontinencie moču sú psychologické zábrany zo strany pacientov hovoriť o svojom hygienickom probléme a nedostatočný aktívny skrining v klinickej praxi.

Cieľom prieskumu bolo zistiť postoje žien k inkontinencii moču.

Metódou dotazníka rozdeleného na tri časti A,B,C sme posudzovali vedomosti a postoj žien k inkontinencii moču, aké majú problémy pri vyprázdňovaní moču, techniky zvládania inkontinencie moču a záujem o spoluprácu so zdravotníckymi pracovníkmi.

Prieskumom sme zistili, že postoj žien k problému močovej inkontinencie závisí od zdravotného uvedomenia, hygienického štandardu, informovanosti a dôvere k zdravotníckym pracovníkom.

Kľúčové slová: Inkontinencia moču. Prevalencia. Postoj žien. Opatrenia. Sestra.

Summary

The paper presents the results of the survey focused on women's attitudes to urinary incontinence. The role of nurses in addressing the problem of incontinence is very important. This browsing incontinence are psychological barriers to patients talk about their problems and lack of hygiene active screening in clinical practice. The survey was to determine the attitudes of women to urinary incontinence. The method of questionnaire divided into three parts A, B, C, we assessed women's knowledge and attitudes to urinary incontinence, which have difficulties in emptying the urine, incontinence management techniques and an interest in cooperation with health care professionals. Survey, we found that women's attitude to the problem of urinary incontinence depends on the health awareness, standards of hygiene, awareness and trust of health care workers.

Key words: Urinary incontinence. Prevalence. The position of women. Actions. A nurse.

Inkontinencia moču je podľa Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu (Abrams, 2002) definovaná ako akýkoľvek nedobrovoľný (samovoľný) únik moču.

Príčiny inkontinencie moču sú multifaktoriálne. Môžeme ich schematicky rozdeliť na anatomické (vrodené anomálie močových ciest, získané defekty močových ciest) a funkčné (neurologické poruchy, z neznámej príčiny). K rizikovým faktorom patria vaginálny pôrod (poškodenie svalov panvového dna), menopauza, odstránenie maternice, obezita, vyšší vek, diabetes mellitus a neurologické poruchy. Únik moču môže byť: prechodný – relatívny únik moču - trvalý – absolútne pomočovanie (Huvarová, 1999). Strata schopností ovládať vylučovanie moču patrí medzi vážne postihnutia jedincov v každom veku a premieta sa do všetkých oblastí spoločenského života (Hudáková, 2008). Vplyv inkontinencie na psychický a sociálny život ženy poukazujú mnohé štúdie. Filický a kol., 1996 uvádza, že následkom pretrvávajúcej inkontinencie pacientky z obavy pred unikajúcim urinóznym zápachom obmedzujú spoločenský styk na minimum. Ženy majú pocity hanby, cítia sa previnilo, nieisto, čo môže viesť až k vzniku komplexov menejcnosti.

Priemerná prevalencia inkontinencie moču vo všeobecnej populácii sa odhaduje na 45 %. Kým vo veku 18 – 24 rokov sa občasný únik moču vyskytuje u zhruba 10% mužov a žien, vo vekovej skupine > 60 je prevalencia 50 – 60 %. Kolektív autorov sledoval v roku 2000 výskyt inkontinencie u žien na Slovensku a zistil, že až 653 000 žien vo veku viac ako 18 rokov malo inkontinenciu moču, z toho 184 000 žien malo závažný stupeň inkontinencie, ktorý by vyžadoval intervenciu. Prevalencia opäť stúpala so zvyšujúcim sa vekom. Dôvodom prehliadania inkontinencie moču sú psychologické zábrany zo strany pacientov hovoriť o svojom hygienickom probléme a nedostatočný aktívny skrining v klinickej praxi (Dubravický a kol. 2002). Povedomie

zdravotníkov o tomto sociálnom a zdravotnom probléme je stále nízke (Krajčík,2009).

Ciele prieskumu

1. posúdiť postoj žien k inkontinencii moču,
2. zistiť najčastejšie techniky zvládnutia inkontinencie moču,
3. zistiť vplyv inkontinencie na psychický a sociálny život ženy,
4. zistiť záujem pac. o spoluprácu so zdravotníckym zariadením,
5. posúdiť informovanosť pacientok o inkontinencii moču.

Metóda prieskumu

Hlavnou prieskumnou metódou bol dotazník zameraný na problematiku inkontinencie moču u žien. Dotazník pozostával z troch častí: A, B, C. Časť A dotazníka mali vyplniť všetky respondentky a dotazník mal poskytnúť pohľad na stav pred vyhľadáním pomoci v zdravotníckom zariadení. Časť B dotazníka bola určená len respondentkám, ktoré zdravotnícke zariadenie navštívili. Časť C dotazníka vyplnili len respondentky, ktoré pre inkontinenciu moču ešte žiadne zdravotnícke zariadenie nenavštívili.

Charakteristika prieskumného súboru

Pri výbere súboru sme vychádzali z poznatkov, že inkontinencia moču je pre ženy veľmi chúlостivý a spoločensky neprijateľný problém.

Výber súboru respondentiek bol preto zámerný a tvorili ho respondentky, u ktorých sme predpokladali, že vyhľadajú dané

zdravotnícke zariadenie pre ťažkosti s únikom moču, respektíve týmito ťažkosťami môžu trpieť a do daného zdravotníckeho zariadenia prichádzajú aj pre iné zdravotné ťažkosti.

Prieskum sme robili v nasledujúcich *zdravotníckych zariadeniach* :

V Liečebných kúpeľoch Lúčky a.s., vo Všeobecnej nemocnici s poliklinikou Levoča a.s. na gynekologickom oddelení a príslušnej gynekologickej ambulancii a urologickom oddelení a urologickej ambulancii. Spolu sme rozdali 160 dotazníkov. Návratnosť dotazníka 93,13 % (vrátilo sa nám 149 dotazníkov). Priemerný vek respondentiek bol 54,3 rokov. Výskum sme realizovali od septembra 2002 do decembra 2002.

Základná charakteristika prieskumného súboru

Tabuľka 1 Vek

Vek	n	n [%]
25 – 35	6	4,02
36 – 45	20	13,42
46 – 55	63	42,28
56 – 60	24	16,12
61 – 70	16	10,74
71 – 80	20	13,42
Spolu	149	100,00

Priemerný vek respondentiek bol 54,30 rokov. Najmladšia respondentka mala 28 rokov.

Tabuľka 2 Prítomnosť úniku moču

	n	n [%]
Áno	140	93,95
Nie	6	4,03
Nevyjadřili sa	3	2,02
Spolu	149	100,00

93,95 % respondentiek z výskumného súboru pripúšťa neželaný únik moču.

Tabuľka 3 Postoj respondentiek

	n	n [%]
Porucha a treba ju liečiť	110	78,57
Porucha a nevyžaduje liečbu	12	8,57
Súvisí s vekom	18	12,86
Spolu	140	100,00

110 respondentiek – 78,57 % je toho názoru, že inkontinencia moču je problém, ktorý treba liečiť.

Tabuľka 4 Okolnosti, za ktorých uniká moč

	n	n [%]
Smiech, kašeľ, kýchanie	89	63,58
Náhle nutkanie na moč	39	27,86
Pálenie, rezanie pri močení	6	4,28
Neschopnosť udržať moč	6	4,28
Spolu	140	100,00

Respondentky udávajú únik moču v situáciách, kedy dochádza k zvýšeniu vnútrobrušného tlaku 89 – 63,58 %.

Tabuľka 5 Čo predchádzalo úniku moču

	n	n [%]
Pôrody	63	45,00
Gynekologické operácie	48	34,28
Infekcie močových ciest	12	8,56
Klimaktérium	18	12,85
Stres	0	0,00
Iné ochorenia	3	2,14

Najčastejšie respondentky dávajú inkontinenciu moču do súvislosti s pôrodmi 45 % a gynekologickými operáciami 34,28 %.

Tabuľka 6 Dĺžka trvania problémov

	n	n [%]
Dni	0	0,00
Mesiace (3, 4, 5, 6, 12)	55	39,28
Roky viac ako 1 rok	65	46,43
Nevyjadřili sa	20	14,29
Spolu	140	100,00

Tabuľka 7 Čo je najväčším problémom respondentiek

	n	n [%]
Udržiavanie hygieny	96	68,57
Psychická záťaž	18	12,86
Izolácia od okolia	9	6,42
Finančné náklady	11	7,86
Vzťahy v partnerstve	6	4,29
Spolu	140	100,00

Udržiavanie hygieny je najväčším problémom ako uvádza 68,57 % respondentiek.

Tabuľka 8 Vylúčené aktivity

	n	n [%]
Cestovanie dlhšie ako 20 minút	27	19,29
Prechádzky dlhšie ako 20 minút	60	42,85
Nakupovanie	3	2,15
Športovanie	21	15,00
Domáce práce	0	0,00
Dovolenky	9	6,43
Iné	20	14,28
Spolu	140	100,00

Respondentky vylúčili prechádzky trvajúce dlhšie ako 20 minút 42,85 %.

Tabuľka 9 Návšteva zdravotníckeho zariadenia

	n	n [%]
Áno	84	60,00
Nie	56	40,00
Spolu	140	100,00

Tabuľka 10 Zdroj informácií

	Respondentky, ktoré navštívili zdravotnícke zariadenie		Respondentky, ktoré nenavštívili zdravotnícke zariadenie	
	n	n [%]	n	n [%]
Lekár	24	28,57	12	21,42
Sestra	10	11,90	7	12,50
Odborná literatúra	17	20,24	4	7,14
Časopisy	17	20,24	10	17,86
internet	10	11,90	16	28,57
Neuviedli	6	7,15	7	13,51
Spolu	84	100,00	56	100,00

Zdrojom informácií zostáva pre respondentky, ktoré zdravotnícke zariadenie navštívili je lekár 24 – 28,57 %, 17 – 20,24 % časopisy, literatúra. Pre respondentky, ktoré zdravotnícke zariadenie nenavštívili je internet 16 – 28,57 % a lekár 12 – 21,42 %.

Postoj respondentiek, ktoré zdravotnícke zariadenie navštívili

Tabuľka 11 Prvá návšteva ambulancie

	n	n [%]
Okamžite	8	9,52
Do 6 mesiacov	15	17,86
Do 1 roka	30	35,71
2 roky	16	19,05
3 roky	12	14,29
4 roky	3	3,57
Spolu	84	100,00

Respondentky navštívili zdravotnícke zariadenie do jedného roka trvania ťažkosti 35,71 %.

Tabuľka 12 Prijaté opatrenia

	n	n [%]
Užívanie liekov	12	14,28
Zostava cvikov	18	21,45
Intravaginálne pomôcky	3	3,57
Pravidelné vyprázdňovanie moč. mechúra	18	21,45
Hygienické vložky	11	13,09
Operačná liečba	34	40,47
Bez opatrení	4	4,76
Spolu	100	100,00

Operačnú liečbu absolvovalo 34 respondentiek – 40,47 %. Behaviorálne techniky vykonáva spolu 36 respondentiek – 42,90 %.

Postoj respondentiek, ktoré zdravotnícke zariadenie nenavštívili

Tabuľka 13 Voľba zdravotníckeho zariadenia

	n	n [%]
Praktický lekár	10	17,86
Urologická ambulancia	21	37,50
Gynekologická ambulancia	16	28,57
Urogynekologická amb.	0	0,00
Neviem	9	16,07
Spolu	56	100,00

Respondentky by si vybrali urologickú ambulanciu 21–37,50 % a gynekologickú 16 – 28,57 %.

Tabuľka č. 14 Čo sťažuje návštevu zdravotníckeho zariadenia

	n	n [%]
Pocit hanby	14	25,00
Zaneprázdnenosť	30	53,57
Nepovažuje za potrebné	12	21,43
Spolu	56	100,00

Návštevu v zdravotníckom zariadení sťažuje zaneprázdnenosť uvádza 30 – 53,57 % respondentiek.

Diskusia

Priemerný vek respondentiek bol 53,30 rokov, najviac vo vekovej skupine 46 – 55 rokov 42,28 %. Z hľadiska výskytu inkontinencie je najrizikovejšie obdobie menopauzy (Filický a kol. 1989).

Respondentky navštívili zdravotnícke zariadenie najskôr do 1 roka pretrvávania ťažkostí s únikom moču, z toho okamžite po objavení ťažkostí 8 - 9,52 %; do šesť mesiacov 15 – 17,86 % a od 6 mesiacov do jedného roka 30 – 35,71 %. Respondentky, ktoré zdravotnícke zariadenie nenavštívili by si vybrali urologickú ambulanciu 21 – 37,50 % a gynekologickú 16 – 28,57 %. Respondentky, ktoré zdravotnícke zariadenie nenavštívili uvádzajú ako dôvod zaneprázdnenosť 30 – 53,57 %; pocit hanby 14 – 25,00 % a nepovažuje za potrebné 12 – 21,43 %. Zo súboru

140 respondentiek 78, 57 % sa vyjadrili, že inkontinencia moču je problém, ktorý treba riešiť a len 12,86 % dáva inkontinenciu moču do súvislosti so starobou.

Rovnaký výsledok poukazuje aj Filický 1996 vo svojich štúdiách, že pacientky najskôr vyhľadajú lekára po pol roku pretrvávania ťažkostí. Podľa výskumu verejnej mienky zameranej na postoje verejnosti k inkontinencii moču sa ukázalo, že termínu inkontinencia moču rozumie menej než ¼ dospelých obyvateľov a považujú ho za ochorenie staršieho veku, 43 % pol roka váhalo kým sa obrátili na lekára. Postoj pacientok vyplýva aj z rozhodnutia vyhľadať lekára v zdravotníckom zariadení. Inkontinencia moču bola najčastejšie diagnostikovaná urológom 34 %, praktickým lekárom 33,0 %, gynekológom 25,0 % (Dubravický a kol. 2002).

Opatrenia prijaté respondentkami, ktoré navštívili zdrav. zariadenie: 40,47 % operačná liečba, pravidelné vyprázdňovanie močového mechúra 21,45 %; užívanie liekov 14,28 %; špeciálne cviky 21,45 %; intravaginálne pomôcky si aplikujú 3,57 %. Pred návštevou zdrav. zariadenia to boli opatrenia: obmedzenie príjmu tekutín 23,57 %; používanie hygienických vložiek 57,85 %; pravidelné vyprázdňovanie močového mechúra 30 %. V Slovenskej republike sa používajú spôsoby liečby úniku moču: absorpčné pomôcky 74,3 %, chirurgická liečba 11,1 %, odvodné systémy 4,4 %, farmakoterapia 44,8 %, úprava životosprávy 16,9 % (Dubravický a kol. 2002). Udržiavanie hygieny je najväčším problémom ako uvádza 68,57 % respondentiek. Respondentky vylúčili prechádzky trvajúce dlhšie ako 20 minút 42,85 %. 65 % pacientov sa na únik moču nelieči. Výsledky Epidemiologického prieskumu dostupnosti zdravotnej starostlivosti pacienta trpiaceho inkontinenciou: „*Pacienti stále považujú tento problém za tabu a je im nepríjemné hovoriť na túto tému. Až v 76 % navštívili s problémom úniku moču ako prvých praktických lekárov, a preto považujeme za veľmi dôležitú spoluprácu praktického a odborného lekára. Až 93 % oslovených pacientov používa absorpčné pomôcky a nevie si bez nich život predstaviť. Viac ako polovica pacientov pred návštevou lekára používala menštruačné vložky a plienky. Aj to je dôkaz, že pacienti často nepoužívajú správne pomôcky, ktoré im pomôžu zvýšiť kvalitu života*“ (Švihra, 2010, s.2).

Zdrojom informácií zostáva pre respondentky, ktoré zdravotnícke zariadenie navštívili je lekár 24 – 28,57 % 17 – 20,24 % časopisy, literatúra. Pre respondentky, ktoré zdravotnícke zariadenie nenavštívili je internet 16 – 28,57 % a lekár 12 – 21,42 %. Respondentky najviac zaujímajú informácie o hygienických pomôckach 30 – 35,76 %. Z epidemiologického prieskumu dostupnosti zdravotnej starostlivosti pacienta trpiaceho inkontinenciou z prieskumu ďalej vyplynulo, že 40% pacientov stále nie je dobre informovaných. Viac ako 37% získalo najviac informácií od praktického lekára a následne od lekára špecialistu 27%. Za veľmi dôležité zdroje informácií pacienti považujú televíziu, časopisy aj internet (Švihra, 2010).

Úloha sestry pri riešení problému inkontinencie pre respondentky, ktoré navštívili zdravotnícke zariadenie je veľmi dôležitá, uvádza 48,81 %. Od sestry očakávajú informácie o danom probléme a rady na zvládnutie úniku moču ako – užívanie liekov, podrobnejšie inštrukcie a ukážku zostavu cvikov na spevnenie svalov panvového dna, dychové cvičenia, dostupnosť hygienických pomôcok, nárok na predpísanie a preplácanie hygienických pomôcok Respondentky, ktoré zdravotnícke zariadenie nenavštívili, očakávajú od sestry

porozumenie a podporu pri zvládaní ťažkostí, informácie o hygienických pomôckach. Respondentky najčastejšie videli sestru v role asistentky pri lekárskech výkonoch, vyšetreniach a ošetreniach.

Záver

Hlavným cieľom prieskumu bolo zhodnotiť a porovnať zdravotné správanie pacientok s inkontinenciou moču. Na zdravotné správanie má vplyv: zdravotné uvedomenie, postoj pacientky k zdravotnému problému, charakter poruchy, hygienický štandard pacientky, do akej miery je pacientka obmedzovaná poruchou, informovanosť, dôvera k zdravotníckym pracovníkom. Úloha sestry v tomto prípade by sa mala viac zviditeľniť a sestra by mala mať presné vymedzené kompetencie aj v role pedagóga, advokáta pacienta, komunikátora, aby dokázala viesť pacientku v čase najväčších a pre pacientku najnepríjemnejších problémoch.

Literatúra

1. Abrams, P, et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society, *Neurol. Urodyn.*, 2002, p. 167
2. Dubravický, J. a kol.: Odhad prevalencie inkontinencie moču a spôsob jej liečby v náhodne vybratej vzorke dospelaj populácie na Slovensku. In *Urológia – doplnok*, roč. 8, 2002, č.1, 11s.
3. Filický, J. - Štencl, J. - Pružinec, J.: Algoritmus vyšetrenia ženy pri inkontinencii moču. In *Lekársky obzor*, roč. 35, 1989, s. 21-26. ISSN 0457- 4214.
4. Filický, J.: Inkontinencie moču u žien. In *Lekárske listy – odborná príloha Zdravotníckych novín*, 1996, č.10, s. 17 – 19. ISSN 1335-4477.
5. Hudáková, Z.: Dopad ekonomiky na ošetrovanie inkontinentných pacientov. In *Sociokultúrní – právni, ekonomické a politické deteminanty v ošetrovatelství a v porodní asistenci*. Ed. P. Kudlová. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. 426s. ISBN 978-80-244-2105-6, s. 104-105.
6. Huvarová, M.: Močová inkontinencia u žien. In *Sestra*, roč. IX, 1999, č.6, s. 16 – 17. ISSN 1210-0404.
7. Krajčík, Š. Inkontinencia moču u seniorov: Epidemiológia, diagnostika a liečba. In *Lekárske listy - odborná príloha Zdravotníckych novín* č. 7, 2009, s. 9 – 15. ISSN 1335-4477.
8. Švihra, J. Inkontinencia je ešte stále tabu. In *Zdravotnícke noviny* č. 21/2010, s. 2. ISSN 1335-4477.

Recenzenti:

PhDr. Marcela IŽOVÁ, PhD.
PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD.

Kontakt:

PhDr. Mária NOVYSEDLÁKOVÁ
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: maria.novyzedlakova@ku.sk

Protrombotické komplikácie v gravidite

Jaromír Tupý

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok, Vojenská nemocnica Ružomberok,
Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, HTO, Ružomberok

Súhrn

Venóznym tromboembolizmus je multifaktoriálne ochorenie a jeho vyšší výskyt u žien v určitých obdobiach fertálneho veku a v menopauze je zvyčajne výsledkom kumulácie viacerých získaných a vrodených rizikových faktorov trombozy. V posledných rokoch sa sústreďuje pozornosť aj na vzťah medzi vrodenými a získanými trombofilickými stavmi a vaskulárnymi komplikáciami gestácie, ako sú opakované potraty, retardácia intrauterinného rastu, úmrtie plodu, preeklampsia a abrupcia placenty. Pochopenie komplexnej patogenézy tromboembolickej choroby u žien s gynekologickými chorobami a patologickým tehotenstvom pomáha identifikovať rizikové skupiny chorých, u ktorých je potrebné použiť niektorý z účinných preventívnych alebo terapeutických postupov.

Príučové slová: Trombofilia. Gravidita. Preeklampsia.

Summary

Venous thromboembolism is a multifactorial disease with increased occurrence in several periods of fertile age and/or menopause usually resulting from the precipitation of several risk factors, either inherited or acquired of venous thrombosis. Recently the attention has been focused upon the relationship between the thrombophilia and serious vascular gestational abnormalities, including recurrent fetal loss, intrauterine growth retardation, intrauterine death, preeclampsia and placental abruption. Understanding of complex pathogenesis of thromboembolic disease in patients with both the gynecological and obstetrical problems enables to identify the risk patient groups in need of prophylactic or therapeutical antithrombotic management.

Key words: Thrombophilia. Pregnancy. Preeclampsia.

Úvod

Hemostáza je schopnosť živého organizmu zastaviť krvácanie a minimalizovať krvné straty. Ide o komplikovaný a komplexný dej, na ktorom sa zúčastňujú viaceré zložky. Chápanie mechanizmu hemostázy prešlo určitým vývojom, ktorý v poslednom čase zvýraznil dôležitosť tkanivového faktora.

Obdobie fertálneho veku a menopauzy je spojené s vyšším výskytom trombotických komplikácií. Výrazne sa zvyšuje riziko vzniku hlbokaj žilnej trombozy v gravidite a v šestonedelí. Príčinou je multifaktoriálne ochorenie, ktoré vzniká výsledkom kumulácie viacerých získaných, prípadne vrodených rizikových faktorov trombozy.

Protrombotické príhody patria medzi najobávanejšie komplikácie v gynekológii, ktoré svojim náhlym vznikom a doteraz prevažne nedostačujúcou terapiou sú stále na prvých miestach v dlhodobej štatistike materskej úmrtnosti. Riziko vzniku hlbokaj žilnej trombozy sa v gravidite zvyšuje približne 6-násobne, v šestonedelí ešte výraznejšie. Podľa posledných štúdií sa u žien s hyperkoagulačným stavom stretávame vo väčšej miere i s početnými opakovanými stratami plodu, intrauterinným odumretím plodu, rastovou retardáciou plodu a neskorými tehotenskými komplikáciami (preeklampsia, abrupcia placenty).

Cieľom práce je zhrnúť poznatky o hemostáze a poukázať na dôležitý medicínsky problém, akým sú protrombotické zmeny a ich prejavy v gynekológii.

Fyziologické zmeny hemostázy v gravidite

Zmeny hemostázy počas tehotenstva sa považujú za súčasť fyziologickej adaptácie. Od začiatku tehotenstva dochádza k výraznému zvýšeniu objemu krvi (plazmy). Počet červených krviniek je tiež zvýšený, ale v menšom stupni, čo podnecuje vznik

dilučnej anémie. Nie je jasné, či táto zmena dáva výhodu prežitia, ale zníženie viskozity krvi môže zlepšiť placentárnu perfúziu, a tým znížiť nebezpečenstvo trombozy v prokoagulačnom stave a poskytnúť stupeň fyziologickej rezervy počas krvácania.

V treťom trimestri klesá počet trombocytov - vzniká tak benigná gestačná trombocytopenia s hladinou krvných doštičiek 80-150x10⁹/l. Dochádza k aktivácii krvných doštičiek, uvoľneniu β-tromboglobulínu a doštičkového faktora 4 (Hellgren, 2003). Hladina fibrinogénu dosahuje 2-3 násobok normy, zvyšujú sa koagulačné faktory V, VII, IX, X, vWF (von Willebrandov faktor) a FVIII. Proteín C a AT III (antitrombín III) sa nemenia, ale progresívne klesá hladina proteínu S (PS) (od II. trimestra). Vzniká získaná APC-rezistencia (aktivovaný proteín C – rezistencia) a od 2. mesiaca môžu byť prítomné markery generácie trombínu - FPA (fibrinopeptid A), F₁₊₂ (fragment protrombínu F₁₊₂) a TAT (trombín-antitrombínový komplex) (Holmes, 2005, Kvasnička, 2003, Procházka, 2004).

Účinnosť fibrinolýzy je určená vzájomnou rovnováhou medzi t-PA (tkanivový aktivátor plazminogénu) a PAI-1 (inhibitor aktivátora plazminogénu typu 1). V tehotenstve napriek zvýšeniu t-PA je fibrinolýza signifikantne znížená, s maximom v III. trimestri, v dôsledku zvýšenej koncentrácie PAI-1, TAFI (trombínom aktivovaný inhibitor fibrinolýzy) a najmä placentárneho PAI-2. PAI-1 po pôrode rýchlo klesá, ale vysoká hladina PAI-2 pretrváva ešte niekoľko dní po pôrode, čím sa vysvetľuje vysoké riziko VTE (venóznym tromboembolizmus) v puerperiu (Hellgren, 2003, Holmes, 2005, Robb, 2009).

U žien s deficitom kyseliny listovej a vitamínu B12, zvlášť u homozygotov mutácie MTHFR C677T (MTHFR - metyléntetrahydrofolátreduktáza), zvýšenie homocysteínu môže poškodiť endotel uteroplacentárnej cirkulácie. Následkom je aktivácia koagulácie, disponujúca k vaskulárnym komplikáciám gravidity (Bátorová, 2001, Kvasnička, 2003, Poul, 2006, Prisco, 2005).

Zmeny hemostázy zistené počas gravidity sa po pôrode

obvykle normalizujú počas 4-6 týždňov (zvýšenú hodnotu PAI-2 nachádzame aj po 8. týždni). Preto signifikantné vyšetrenie hemostázy by sa nemalo realizovať skôr ako 3 mesiace po pôrode (Hellgren, 2003).

Tabuľka 1 Hlavné zmeny hemostatických faktorov počas gravidity (Prisco, 2005).

Počet trombocytov	↓
F II, V	=
Fibrinogén, F VII, VIII, vWf, IX, X, XII	↑
F XI	=/↓
F XIII	↑/↓
Antitrombín III	=
Proteín C	=/↑
Proteín S	↓
Heparín kofaktor II	↑
F1+2, TAT, D-diméry	↑
t-PA	↓
PAI, TAFI	↑

Kompenzačné mechanizmy brániace trombotizácii v priebehu fyziologického tehotenstva

Stav „fyziologickej tehotenskej hyperkoagulácie“ je v organizme zdravej gravidnej ženy kompenzovaný rôznymi protektívnymi mechanizmami, akými sú hemodilúcia alebo zvýšenie aktivity niektorých prirodzených inhibítorov koagulácie, hlavne inhibítora tkanivového faktora TFPI (inhibítora cesty tkanivového faktora) a aneXínu V, ktorý produkuje placenta. Podieľa sa na tom i útlm „transplantačnej“ imunitnej reakcie vyvolanej tehotenskými hormónmi. Jeho výsledkom je inhibícia aktivácie nukleárneho faktora kappa B v endoteli, ktorá sa v II. a III. trimestri gravidity prejaví znížením expície zápalových adhezívnych molekúl- E-selektínu a ICAM-1 (Kvasnička, 2003).

Porucha hemokoagulačnej rovnováhy pri patologickom tehotenstve

Uvedené hemostatické ekvilibrium a kompenzácia tehotenskej „hyperkoagulácie“ sa v patologických situáciách veľmi ľahko dekompenzuje neinhibovanou expresiou väčšieho množstva TF (tkanivový faktor). K tomu dochádza hlavne pri traume maternice, pri embólii plodovou vodou alebo pri „syndróme mŕtveho plodu“. Patologickú trombofiliu môže vyvolať aj intrauterinná infekcia, keď zápalové cytokíny (typu - IL-1 beta, TNF-alfa a IFN-gama) aktivujú endotel, ktorý spolu s aktivovanými monocytmi začne exprimovať TF. Zápal potom môže vyvolať aj maternicové kontrakcie a predčasný pôrod.

Oba stavy spojené s patologickou produkciou TF vedú pri „tehotenskom nadbytku“ koagulačných faktorov, tehotenskej APC rezistencii, deficite PS a zvýšení inhibítorov fibrinolýzy k tomu, že sa vo vnútri maternicových ciev, hlavne v mikrovaskulature, vytvorí značné množstvo trombínu, ktorý

sa môže ďalej uvoľňovať do krvného obehu, čo môže vyústiť až v DIC syndróm (diseminovaná intravaskulárna koagulácia).

Rizikovou skupinou tehotných, s vyšším sklonom k venózne trombofilii a intravaskulárnej pôrodnej koagulopatii, sú tiež ženy s gestačným diabetom a preeklampsiou. V porovnaní s „fyziologickou tehotenskou hyperfibrinogéniou“ majú hladinu fibrinogénu zvýšenú ešte o ďalších 10-20 % (Bátorová, 2001, Kvasnička, 2003).

Trombofilia v gravidite

Úspešný priebeh gravidity závisí na vývoji normálnej placentárnej cirkulácie. Jej poruchy môžu viesť k viacerým gestačným abnormalitám, vrátane potratov v prvom a druhom trimestri, retardácie intrauterinného rastu, intrauterinného odumretia plodu, abrupcie placenty a preeklampsie (Bátorová, 2001, Poul, 2006).

Incidencia venózneho tromboembolizmu v tehotenstve je síce nižšia (1/1000) ako v bežnej populácii, ale v porovnaní s vekovou skupinou 20-40 ročných žien je riziko VTE asi 4-5 krát vyššie, v puerperiu dokonca až 14-krát vyššie (Kessler, 2006, Rosendaal, 1999, Skalická, 2002). V americkej populácii je výskyt VTE 1,72/1000 pôrodov a mortalita 1,1/100000 pôrodov. Rozsiahla retrospektívna MEGA štúdia Glasgow dokázala s tehotenstvom asociovanú trombózu u 3,24/1000 žien (2,45/1000 žien malo trombózu dolných končatín, 0,79/1000 žien malo pľúcnu embóliu) (Pomp, 2008). Riziko je vyššie u žien nad 35 rokov, černošiek, nosičiek vrodenej trombofilie, u pacientiek so srdcovým zlyhávaním, kosáčikovitou anémiou a pri prítomných infekčných komplikáciách (Kessler, 2006).

Riziko VTE v gravidite zvyšuje:

1. hyperkoagulabilita
2. venózna stáza (väčšia rozťažiteľnosť cievnej steny pod vplyvom hormónov a tlak veľkej maternice, znížený žilový tonus, zvýšená viskozita krvi, kompresia vena cava inferior)
3. kľud na lôžku pri komplikáciách gravidity
4. chirurgický pôrod a urgentný cisársky rez
5. vyšší vek rodičky
6. anamnéza VTE
7. vrodenej trombofilie
8. obezita a iné ochorenia.

Podľa súčasných poznatkov sa za najrizikovejšie trombofilné stavy v gravidite z hľadiska častosti vzniku trombózy a ich závažnosti považujú deficit AT III a APS (antifosfolipidový syndróm) a v období šestonedelia deficit AT III, PC, PS a APS. Mutácia F V Leiden, F II 20210A (mutácia protrombínu), hyperhomocysteinémia a deficit PC a PS sa v gravidite považujú za menej rizikové. Ich rizikovosť sa však zvyšuje pri vrodenej kombinovaných defektoch a v prítomnosti získaných rizikových faktorov (Staško, 2008). Viaceré štúdie (Skalická, 2002, Kvasnička, 2003) preukázali, že približne 3-10 % žien s deficitom PC, 6 % žien s deficitom PS a 40 % žien s deficitom AT III prekoná počas gravidity VTE. Podľa týchto pozorovaní je deficit AT III najrizikovejším vrodenej trombofilným stavom z hľadiska vzniku VTE v gravidite (12-48% (Skalická, 2002), 19,3 % (Kvasnička, 2003), 8-25 % (Bátorová, 2001) a v období puerperia až 28-47 % (Skalická, 2002), 11-40% (Bátorová, 2001)). Deficity PS a PC sú značne rizikové v šestonedelí – až

19% žien s deficitom PC a 17 % žien s deficitom PS prekoná v tomto období trombozu, čo je významne viac ako počas gravidity (Staško, 2008). Predpokladá sa súvis deficitu PC aj PS s intauterínnym odumretím plodu, vzťah k iným vaskulárnym komplikáciám gravidity ostáva nejasný (Bátorová, 2001).

Podľa Kvasničku sa u tehotných žien s venóznou trombózou najčastejšie detekuje Leidenská mutácia F V v 43,7 % (u netehotných žien „len“ v 7,7 %). Mutácia protrombinu 20210A je u tehotných s VTE preukázaná v 16,9% a u netehotných žien s VTE len v 1,3 % (Kvasnička, 2003). Martinelli popisuje 5-krát vyššie riziko VTE spôsobené F V Leiden v tehotenstve v porovnaní s negravidnými. Šestonedelie toto riziko zvyšuje na 10-násobné (Martinelli, 2008). Pozorovania možného vzťahu FII G20210A k výskytu habituálnych potratov sú zatiaľ kontroverzné, vyšší výskyt tejto mutácie sa zistil u žien s abrupciou placenty (Bátorová, 2001).

Zníženie TM (trombomodulín) je jedným z predpokladaných patogenetických faktorov opakovaných abortov pri antifosfolipidovom syndróme.

Najčastejším získaným trombofilným stavom v gravidite je antifosfolipidový syndróm, ktorý je charakterizovaný prítomnosťou venózne a/alebo artériovej trombózy. V gravidite vzniká VT asi u 5-12% žien s APS. Známym je aj vzťah syndrómu s výskytom opakovaných potratov, poruchami výživy plodu a intrauterínnym odumretím plodu v dôsledku poruchy fetomaterálnej cirkulácie (Staško, 2008).

V súčasnosti sa intenzívne študuje možný vzťah hyperhomocysteinémie ku vaskulárnym komplikáciám gestácie ako sú preeklampsia a HELLP syndróm.

V priebehu gravidity fyziologicky dochádza ku zvýšeniu hladiny F VIII, ktoré prispieva k vzniku ďalšej poruchy, získanej APC-R a spolu s ďalšími zmenami môže podporiť manifestáciu VTE.

Tabuľka 2 Prevalencia a relatívne riziko VTE v tehotenstve (Poul, 2006)

Trombofilia	Prevalencia u tehotných žien s VTE	Relatívne riziko prevej epizódy VTE v tehotenstve	VTE/1000 gravidít
FV Leiden - heterozygot	20-26	5-16	2-3
FV Leiden - homozygot	2-4	20-40	40
F II G20210A	6-26	3-15	3-5
Heterozygot FV Leiden + F II 20210A	7-9	9-107	10-50
Deficit AT III	1-19	7-64	4-333
Deficit Proteínu C	2-14	4-7	1-9
Deficit proteínu S	1-12	2-3	1-3
Zvýšenie faktora VIII	18	4-5	2-3

Arteriálny systém tehotných žien pri preeklampsii a HELLP syndróme

Preeklampsia postihuje asi 5-13 % gravidít. Táto komplikácia postihuje najmä primigravidity so začiatkom po 34. týždni gestácie a klinicky je charakterizovaná vysokým krvným tlakom, proteínúriou a edémami. V patogenéze sa predpokladá nedostatočná remodelácia materskej vaskulatury uteru placentárnym trofoblastom s následnou fetoplacentárnou hypoxiou a aktivácia koagulácie v placentárných cievach bez systémovej aktivácie. Pri prietoku krvi zúženými špirálovitými artériami v myometriu vyvoláva „šmyková“ a tlaková záťaž trombocytov a endotelu patologickú aktiváciu doštičiek. V mieste kumulácie protilátok triedy imunoglobulínu M dochádza ku hromadeniu makrofágov a aktivácii komplementu. To ale vedie k perivaskulárnemu zápalu s následnou fibróznou prestavbou, ktorá vyvolá koncentrické zhrubnutie cievnej steny, a tým i zúženie cievneho lumenu.

Z aktivovaných doštičiek a zo stresového endotelu sa uvoľňujú von Willebrandov faktor, trombín a mikroparticule obsahujúce tkanivový faktor, ďalej endotelín a PAF (doštičky aktivujúci faktor), ktoré spolu so zvýšeným „shear stresom“ podporujú tvorbu doštičkových trombov (Kvasnička, 2003). Trombotizácia vedie k tepnovým oklúziám, a potom k placentárnemu infarktu. Následná insuficiencia placentárnej perfúzie spôsobí retardáciu rastu plodu v maternici, poprípade ešte ďalšie orgánové ischemické zmeny. Pri preeklampsii sa cievne zmeny spojené s hyalinnou prestavbou nenachádzajú len v placente, ale aj v obličkách, pľúcach a v mozgu tehotnej

ženy, čo podmieňuje ďalšie klinické symptómy a komplikácie tohto ochorenia (Bátorová, 2001, de Stefano, 2005, Kvasnička, 2003).

Pokiaľ dôjde k hyalínnej prestavbe v pečeneých arteriolách tehotnej ženy, môže preeklampsia vyústiť v tzv. HELLP syndróm (hemolysis-elevated liver enzymes-low platelet-syndrome) s mikroangiopatickou hemolýzou, spotrebnou koagulopatiou, trombocytopéniou a pečeneovou dysfunkciou, ktorá je spojená s tukovou degeneráciou. Ak sa volí k ukončeniu tehotenstva cisársky rez, môžu sa objaviť aj prejavy typického DIC syndrómu, s krvácaním alebo tromboticko-trombocytopenickou purpurou (TTP).

Vrodené defekty prirodzených inhibítorov koagulácie (nedostatok AT, proteínu C a S) v arteriálnom systéme nehrajú takú úlohu ako pri vzniku venózneho tromboembolizmu (aj keď niektoré pozorovania to však vyvracajú). Účinok faktora V Leiden je sporný (Dudding, 2008). Pri preeklampsii je riziko arteriálnej trombofilie zvýšené hlavne u tehotných s hyperhomocysteinémiou pri homozygotnej mutácii MTHFR 677TT (Bátorová, 2001).

Aj ďalšie komplikácie gravidity, ako intrauterínna retardácia rastu, mŕtvy plod a abrupcia placenty pravdepodobne priamo súvisia s poruchou vývoja placenty a placentárnou hypoperfúziou v dôsledku ischemie a trombózy placentárných ciev. Súvislosť týchto stavov s antifosfolipidovým syndrómom je známa. V posledných rokoch sa u preeklamptických žien zistila aj vyššia prevalencia APC-R, deficitu PS a hyperhomocysteinémie (Bátorová, 2001, Brener, 1999, Kvasnička, 2003).

Tabuľka 3 Trombofília a placentárne cievne komplikácie v gravidite (Staško, 2008)

Trombofília	Potraty	Mŕtvy plod (FDIU)	Závažná preeklampsia	IUGR	Abrupcia placenty
Deficit AT			**	**	*
Deficit PS	**	**	**	**	**
Deficit PC			**	**	
APC-R	**		**	**	**
F V Leiden	**	**	**		**
MTHFR C677T					*
Hyperhomocysteinémia	**	**	**		**
F II 20210A	**	**	*		**
Dysfibrinogénia	*	*			
APS	**	**	**	**	**
Kombinované defekty	**	**	**	**	**

*- vzťah možný, ** - vzťah potvrdený

IUGR = spomalený intrauterinný rast plodu, FDIU = mŕtvy plod (fetal death in utero), AT = antitrombín, PS = proteín S, PC = proteín C, APC-R = rezistencia proti aktivovanému proteínu C, MTHFR = metyléntetrahydrofolátreduktáza, APS = antifosfolipidový syndróm

Kombinovaná arteriálna a venózna trombofília pri antifosfolipidovom syndróme

Venóznou a arteriálnu trombózu v tehotenstve a v šiestonedeľi môže spôsobiť aj antifosfolipidový syndróm, ktorý možno radiť medzi autoimunitné ochorenia. V tehotenstve sa jeho prejavy väčšinou zhoršia a po prvýkrát sa tu môže prejaviť i porucha hemostázy. Na začiatku tehotenstva býva APS syndróm príčinou potratu. V neskoršom priebehu tehotenstva je u týchto pacientiek možné pozorovať krvácanie z rodidiel, ktoré je spojené s trombocytopeniou.

APS syndróm je vyvolaný autoprotílátkami proti negatívne nabitým fosfolipidom, ktoré sú uložené na povrchu väčšiny buniek. Pri laboratórnem vyšetrení upozorní na ich prítomnosť nález predĺženého testu APTT (aktivovaný parciálny tromboplastínový čas), ktorý nie je vyvolaný heparinom. Ide o artefakt spôsobený inhibíciou fosfolipidov v reagenčnej zmesi pri vykonaní testu. Protrombotický účinok protílátok je vyvolaný väzbou fosfolipidov krvných doštičiek a endotelu, ktoré sa tým aktivujú. Niektoré protílátky pri APS sú namierené proti kardiolipidom (aCL). Tie môžu vedľa trombofilie vyvolať aj poškodenie myokardu tehotnej ženy a plodu (Bátorová, 2001, Chauleur, 2009, Kvasnička, 2003).

Záver

Posledné roky priniesli mnoho nových poznatkov o patogenéze tromboembolickej choroby, pri ktorej sa uplatňuje interakcia genetických faktorov s faktormi vonkajšieho prostredia. Príčinou vzniku trombózy je spomalenie prúdenia krvi spolu s nadbytkom koagulačných faktorov, zlyhanie regulácie hemostázy prirodzenými inhibítormi koagulácie, porucha fibrinolytického systému alebo niektoré iné faktory, ktoré môžu podnietiť vznik trombózy. U konkrétneho pacienta potom môže stáť v popredí etiopatogenetického deja buď genetická dispozícia, alebo prevažuje vplyv získaných skutočností. Vzniká hyperkoagulačný stav, ktorého význam spočíva v závažných klinických aspektoch tromboembolickej choroby a prevalencii

ochorenia.

Vrodená a získaná trombofília je vážnou a obávanou komplikáciou v gynekológii a pôrodníctve. Je príčinou vaskulárnych komplikácií, neúspešnej reprodukcie, opakovaných strát plodu, signifikantne zvyšuje riziko trombózy u tehotných žien i žien, ktoré užívajú hormonálnu antikoncepciu.

K protrombotickému stavu prispieva i samotná gravidita, počas ktorej dochádza k prokoagulačným zmenám v systéme hemostázy.

Aj keď v súčasnosti disponujeme širokou škálou laboratórných testov pre diagnostiku koagulopatií a trombofilie, myšlienka rutinného vyšetřovania trombofilie je stále predmetom diskusie. Domnievame sa, že súčasný stav si vyžaduje prehodnotiť laboratórnu diagnostiku a rozšíriť spektrum laboratórných testov pre každodennú prax. V prípade pozitívnej anamnézy musí byť samozrejme kompletne koagulačné vyšetřenie so skriningom na trombofilný stav za účelom vylúčenia vrodenej alebo získanej predispozície na tromboembolizmus.

Literatúra

1. Bátorová, A. Trombofilné stavy v gynekológii a pôrodníctve. In *Hematológia a transfuziológia*, 2001, 3, s. 335 – 347.
2. Brenner, B. Inherited thrombophilia and pregnancy loss. In *Thromb Haemost*, 1999, 82, 2, p. 634-640.
3. Canesi, B. - Brucato, A. Anti-phospholipid antibodies and pregnancy. In *Haematologica reports*. 2005, 1, no. 10, p. 6-12.
4. Carlin, A. - Alfirevic, Z. Physiological changes of pregnancy and monitoring. In *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2008, 22, no. 5, p. 801-823.
5. D'Angelo, A. - Valsecchi, L. The microangiopathy of pregnancy. In *Haematologica reports*. 2005, 1, no. 10, p. 34-37.

6. Dahlbäck, B. Advances in understanding pathogenic mechanisms of thrombophilic disorders. In *Blood*, 2008, 112, p. 19-27.
7. deStefano, V.–Rossi, E.–ZA, T. Inherited thrombophilia and obstetric complications. In *Haematologica reports*. 2005, 1, 10, p. 18-21.
8. Dudding, T. et al. Factor V Leiden is associated with pre-eclampsia but not with fetal growth restriction: a genetic association study and meta-analysis. In *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2008, no. 6, p. 1868-1875.
9. Hellgren, M. Hemostasis during normal pregnancy and puerperium. In *Semin Thromb Hemost*, 2003, 29, 2, p. 125-130.
10. Holmes, V.A. – Wallace, J. M. M. Haemostasis in normal pregnancy: a balancing act? In *Biochemical Society Transactions*, 2005, 33, no. 2, p. 428-432.
11. Chauleur, C. et al. Observational study of pregnant women with a previous spontaneous abortion before the 10 gestation week with and without antiphospholipid antibodies. In *International Society on Thrombosis and Haemostasis*. 2010, 8, no. 1, P. 154-159.
12. Kessler, P. Trombofilní stavy. In *Interní medicína pro praxi*. 2006, 9, s. 374-379.
13. Kubisz, P. a kol. Hematológia a transfuziológia. Učebnica. Vydala Grada Slovakia spol.s. r.o. 2006, ISBN 80-8090-000-0, s. 159-216.
14. Kvasnička, J. Trombofilie a syndrom diseminované intravaskulárnej koagulácie v tehotenstve. In *Trombofilie a trombotické stavy v klinickej praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. ISBN 80-7169-993-4. s. 197-208.
15. Kvasnička, J. Trombofilie a trombotické stavy v klinickej praxi. Praha: Grada Publishing a.s., 2003, s. 300. ISBN 80-7169-993-4.
16. Martinelli, I. et al. The risk of first venous thromboembolism during pregnancy and puerperium in double heterozygotes for factor V Leiden and prothrombin G20210A. In *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2007, No.6, p. 494-498.
17. Palareti, G. Pregnancy and venous thrombosis. In *Haematologica reports*. 2005, no. 1. no. 10, p. 13-17.
18. Patel, N. et al. Placenta growth factor augments endothelin-1 and endothelin-B receptor expression via hypoxia-inducible factor-1 α . In *Blood*. 2008, 112, no. 3, p. 856-865.
19. Pomp, E. R. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. In *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2008, no. 6, p. 632-637.
20. Poul, H. Trombofilní stavy významné v patogeneze žilných tromboembolických nemocí. In *Sekce pro trombozu a hemostázu České hematologické společnosti. České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně*. 2006, s. 2-12.
21. Prisco, D. - Ciuti, G. - Falciani, M. Hemostatic changes in normal pregnancy. In *Haematologica reports*. 2005, 1, no. 10, p. 1-5.
22. Procházka, M. a kol. Trombofilní stavy v porodnictví - I.část. In *Praktická gynekologie*. 2004, 4, s. 12-16.
23. Robb, O. A. et al. Acute endothelial tissue plasminogen activator release in pregnancy. In *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2009, 7, p. 138-142.
24. Rosendaal, F. R. Risk factors for venous thrombotic disease. In *Thromb Haemost*, 1999, 82, 2, p. 610-619.
25. Skalická, L. a kol. Tromboza a tehotenství. In *Kardiologická revue*. 2002, roč. 4, s. 273-275.
26. Staško, J.- Kubisz, P.- Dobrotová, M. Trombofilné stavy a gravidita. In *Tromboembolická choroba venózneho pôvodu*. Vydavateľstvo Osveta, 2008, ISBN 978-80-8063-283-0, s. 60-73.
27. Sudrová, M. a kol. Trombofilie v tehotenstve – fyziológia a patofyziológia hemokoagulačných zmien v normálnom graviditě a pri niektorých patologických tehotenských stavoch. In *Čas. Lék. čes*. 2007, 146, s. 853-857.
28. Tusar, K. et al. Placental dermatan sulfate: isolation, anticoagulant activity, and association with heparin cofactor II. In *Blood*. 2006, 107, no. 7, p. 2753-2758.

Recenzenti:

MUDr. Juraj MITURA

MUDr. Ján KUBALA

Kontakt:

MUDr. Jaromír TUPÝ

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: tupy@uvm.sk

Umění komunikace se seniory

Eva Zacharová¹, Miroslava Kyasová²

¹Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií

²Lékařská fakulta MU, Brno

Souhrn

Do oblasti vzájemného vztahu mezi zdravotníkem a nemocným, ale i ve všech oblastech každodenního života patří sociální komunikace. Komunikace tvoří základ veškeré péče, zvláště pak u seniorské populace, která se vyznačuje bio-psycho-sociálními zvláštnostmi. Komunikace v rámci profese vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým se musí profesionální pracovníci naučit již během přípravy na své budoucí povolání. V ošetrovatelské praxi se často setkáváme s nemocnými, kteří kromě vlastního onemocnění trpí i problémy spojenými s vysokým věkem. Patří mezi ně například poruchy sluchu, zraku, myšlení, paměti, pozornosti, řeči aj. Právě zde by měl zdravotnický pracovník vyvinout úsilí k tomu, aby se s nemocným seniorem domluvil. Nároky jsou zde kladeny nejen na profesionalitu, ale zároveň na osobní zralost a autoregulační mechanismy ošetrovatelského personálu. Článek poukazuje na základní formy dorozumívání se mezi zdravotníky a seniory.

Klíčová slova: Komunikace. Sociální komunikace. Profesionální přístup. Senior.

Summary

Social communication is a part of the relationship between a health care professional and a patient and a component of everyday life, too. Communication underlies all care, especially then in senior population that is featured by bio-psycho-social particularities. Communication within a profession requires quite unique skills that must be learnt as early as during the training on the future profession. In nursing practice we can often see patients who - except their disease itself - suffer from problems connected with old age. There belong e.g. impairments of hearing, vision, thinking, memory, attention, speech etc. Right in this case the health worker should make effort to come to an understanding with the senior. There are requirements both on the professionalism and personal maturity and self regulated mechanisms of the nursing staff. The paper shows basic forms of intercommunication among health workers and seniors.

Key words: Communication. Social communication. Professional approach. Elderly.

Úvod

V oblasti vzájemného vztahu mezi zdravotníkem a nemocným má nezastupitelnou roli sociální komunikace. **Komunikace** je v obecné rovině definována jako sdělení informací nebo vzájemná výměna informací prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků. Jde-li o výměnu informací mezi lidmi, hovoří se o **sociální komunikaci** nebo sociální interakci. „Komunikácia v rámci profesie vyžaduje psychosociálne schopnosti. Tieto schopnosti sa musia profesionálni pracovníci naučiť už v priebehu prípravy na svoje budúce povolanie.“ (2).

Psychologické problémy stárnutí a stáří se dnes řeší jak na půdě gerontologických institucí a společností, tak v institucích psychologických. Moderní vývojová psychologie zahrnuje do svého zkoumání celou životní dráhu člověka. U povolání, která mají otázky života a práce starších občanů ve své profesní kompetenci, se předpokládá nejen zájem, ale také poznatky o psychických zvláštnostech vyššího věku. **Psychologické působení však může být cílené pouze tehdy, jestliže se opírá:**

- paradigma fyziologického, zdravého člověka;
- znalosti celé životní dráhy seniora;
- přístup ke starému pacientovi jako lidské osobnosti;
- znalostech vztahu k hodnotám, lidem, k sobě samému a k budoucnosti.

Ukazuje se, že udržení vysokých schopností až do stáří je vždy výrazem silné integrované osobnosti s prospektivním zaměřením. Skutečností však zůstává, že v průběhu vývojové křivky života člověka dochází k zákonitým změnám v poznávacích schopnostech u řady psychických procesů od změn počitkových prahů, vnímání, percepčně motorické koordinace, paměťových funkcí až po nejvyšší intelektové výkony. To vše zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života

seniora. Kvalita života, seberealizace a interakce s okolím jsou ve stáří často ohroženými hodnotami, včetně extrémních případů segregace, diskriminace, ztráty smyslu života sociální deprivace či bilančních sebevražd. Významnou úlohu zde sehrává kvalitní ošetrovatelská péče, jejíž podstatou je intervence uskutečňovaná medicínskými a psychologickými prostředky s cílem zlepšit život a zdravotní stav seniora. Kalvach, Onderková uvádí, že „jde o nejširší profesionální interakci, o kultivovaný, profesionálně modulovaný přístup kteréhokoliv zdravotnického nebo sociálního pracovníka“. (4).

Základem sociální komunikace a interakce při práci se starými lidmi by mělo být:

- správné oslovení, které posiluje sebeúctu;
- ochrana klienta před projevy pohrdání, odmítání a zesměšňování;
- trpělivost při rozhovoru s ohledem na zrakové a sluchové nevýhody, které starého člověka vůči okolí handicapují;
- srozumitelné vyjadřování;
- ujištění, že klient správně problém pochopil;
- uplatnění individuálního přístupu;
- zabránění negativně vnímanému podceňování;
- aktivní naslouchání;
- schopnost a ochota nechat klienta hovořit a diskutovat i o tématech, která ho tíží a kterým se většina vyhýbá;
- nespěchat, neprojevat netrpělivost či podrážděnost;
- uplatnění empatie, sociální inteligence, citlivosti, orientace v nonverbální komunikaci.

Sociální komunikace se starým člověkem není jednoduchá, vyžaduje nejen trpělivost, ale i dostatečnou profesionální způsobilost a kvalitní přípravu.

I když stáří není považováno za nemoc, ale za přirozený fyziologický proces, je nutno mít na mysli, že jej provázejí nemoci a společně pak dochází k celkové změně osobnosti člověka.

V diagnosticko-terapeutickém procesu bychom proto neměli uplatňovat jen prvky biologické, ale zdravotník by měl mít na mysli vždy i psychickou stránku člověka.

Mezi základní ukazatele vztahu zdravotník – pacient, patří i sociální komunikace. V ošetrovatelské péči o nemocného člověka, zvláště pak seniora, je dovednost komunikace prioritou. Ta je zde také vnímána i jako nástroj uspokojování jeho životních potřeb. V profesionálním chování zdravotnických pracovníků má významné místo schopnost navazovat a udržovat s pacientem slovní kontakt. Slova mají obrovskou sílu a moc. Citlivé, uvážlivé využití slova může navodit pocit důvěry, klidu a mnohdy pomoci při těžkém rozhodování. „Nevhodná, nesprávná a neuvážená slova se mohou odrazit nejen na psychickém stavu seniora, ale dále ovlivňovat bio-psycho-sociální jednotu organismu“ (8). Podmínkou léčebné síly slova je vzájemná důvěra. K tomu, aby komunikace byla úspěšná, je vhodné, aby byla přiměřena věku seniora a jeho individuálním zvláštnostem. Je zapotřebí dbát na jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a adaptabilitu. „V denní péči o seniory nesmíme opomenout i aktivní naslouchání a nedirektivní empatický rozhovor jako speciální dovednosti, které se zdravotníci v průběhu své praxe musí naučit“ (7). Chceme-li, aby komunikace mezi zdravotníky a seniory byla efektivní a přinesla to, co od ní očekáváme, musíme sledovat řadu prvků, které se na úspěšnosti podílejí (6):

- Rychlost řeči – je úměrná znalosti tématu. Může zakrývat nejistotu člověka, potřebu mít hovor rychle za sebou nebo obavu, abychom jej nechali domluvit. Je však také závislá i na věku seniora, jeho osobnostních vlastnostech, prostředí, ve kterém komunikace probíhá a v neposlední řadě na vážnosti tématu.
- Hlasitost – je rozdílná podle povahy sdělení. Tišší hlas bývá u nepříjemného tématu, při obavách či nejistotě. Hlasité projevy se mohou vyskytovat při zdravotních problémech provázených bolestí, strachem a úzkostí.
- Pomlky – se vyskytují, když senior přemýšlí, potřebuje odpočinek nebo zvažuje, zda ve zvoleném tématu pokračovat. Některé pauzy v hovoru mohou vzniknout, když člověk dotazům nerozumí, nechápe, na co se ptáme, neumí na otázky odpovědět, nebo dokonce neslyší, na co je dotazován.
- Výška hlasu – je odrazem emocí, ať už radosti, strachu či stresu.
- Délka projevu – určuje prostor, který má zdravotník a senior k dispozici. Délka projevu je dána i prostředím, ve kterém komunikace probíhá (například ambulance, lůžkové oddělení, LDN, DD), ale také průběhem a organizací diagnosticko-léčebného procesu (ranní, noční směny či dlouhodobá, krátkodobá hospitalizace).

Do komunikace se seniorem patří i paralingvistické prvky, které tvoří přechod od mimoslovního ke slovnímu způsobu poskytování informací. Nejde o to, co říkáme, ale jak to říkáme. Hlasový důraz a jeho umístění na jednotlivých slovech, melodie hlasu, intonace, chyby v řeči, věcnost a členění řeči, to vše je vyjadřováním emocí, postojů, které se projevují vcelku nezávisle na obsahu mluveného.

V klinické praxi běžně využíváme i neverbální komunikaci, kterou lze definovat jako řeč těla. Jejím prostřednictvím člověk

naznačuje svůj emocionální stav, interpersonální postoje a někdy nahrazuje řeč. V ošetrovatelské péči o seniory můžeme využívat některé neverbální projevy a dovednosti a z nich usuzovat na stav, ve kterém se klient nachází. Jde zejména o:

- Mimika – výraz obličeje, kterým jsou sdělovány emoce (úsměv, pláč, strach, bolest). Odráží nejen psychický stav seniora, ale jeho sociální spokojenost. Úsměv může být považován za přátelské gesto, ale může být pochopen i jako výsměch či zlehčování situace. Pro sestru je velmi důležitá i schopnost citlivě vnímat různé reakce, impulsy nebo projevy bolesti, které seniori vysílají a lze je sledovat právě v oblasti mimických projevů. Denní ošetrovatelská péče vede zdravotníky k neustálému sledování změn v mimice, které mohou být signálem pro změny v přístupu a chování k seniorům.
- Proxemika – přiblížení či oddálení do osobní zóny člověka a narušení ze strany zdravotníků. Potřebné pravidelné narušování intimní zóny klientů může vyvolávat neklid, nervozitu a mnohdy i nespokojenost. V některých případech dochází k tomu, že senior postrádá dotyk a tým i narušení zóny.
- Haptika – taktilní sdělení a sociální interakce spojená s kontaktem ruky a komunikace prostřednictvím dotyků. Haptika patří k základním neverbálním projevům v péči o seniory. Podání ruky na uvítání, rozloučení, síla stisku, třes rukou, pohazení a povzbuzení při odborných výkonech, ale i chlad a vlhkost dlaně mohou být diagnosticky využity v klinické praxi.
- Posturologie – sdělení vyjádřené držením těla, polohou, konfigurací (poloha končetin, hlavy, naklonění těla).
- Testika, posturika a kinezika – vyjádření pomocí pohybových činností (pohyby hlavy, rukou, ramen) sloužící častému vyjádření pocitů. V péči o seniory je vhodné využívat rovnocennou polohu, tedy pokud možno vsedě. V ošetrovatelské péči se však často realizuje specifická poloha, kdy zdravotník stojí a senior leží z důvodů vyžadujících stanovení diagnózy léčebných zákroků či ošetrovatelské péče.
- Pohledy – signalizují nejen momentální emoce, ale jsou prostředkem regulace vztahu. Nejde jen o délku pohledu, ale i o reakci zornic, mrkání nebo komunikaci se zavřenými očima. Některé pohledy jsou vnímány příjemně, jiné vyvolávají negativní emoce. Mnozí seniori zvláště pečlivě sledují činnost zdravotníků a často se snaží pohledem navázat první vzájemný kontakt. Letný pohled, ale i dlouhé pozorování ze strany zdravotníků může být pro seniora nepříjemný a znervózňující.

Všechny uvedené formy komunikačního procesu mají v ošetrovatelské péči o seniory svůj význam a bude záležet jen na zdravotníkovi, jak je bude umět využít ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. V denní klinické praxi hraje podstatnou úlohu nemoc, která ve spojení s polymorbiditou seniorů může vytvořit velmi náročnou životní situaci. Svůj velký význam zde má jazykové prostředí se všemi svými zvláštnostmi, které je zvyrazněno jak zdravotním stavem pacienta, tak i jeho osobnostními vlastnostmi. „Zdravotník zde může sehrát významnou roli nejen při aplikaci své odbornosti v ošetrovatelské praxi, ale i v umění aplikovat získané komunikační dovednosti přímo u lůžka nemocného“ (1).

Národní rada ZP ČR společně s MZ ČR vydala v roce 2005 doporučení pro zdravotnické a sociální pracovníky pracující na úseku péče o seniory směřem ke zlepšení vzájemné komunikace Desatero komunikace se seniory (5):

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem (nevyžádané familiérní oslovení je ponižující).
2. Důsledně se vyhýbejme zdětinšťování starého člověka (ani s nemocným se syndromem demence nehovoříme jako s dítětem).
3. Při komunikaci s pacientem a při jeho ošetřování cílevědomě chraňme jeho důstojnost (snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů).
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem (počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a zhoršení pohyblivosti).
5. Složitě nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření a příprava na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme nebo napíšeme na papír.
6. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt (při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek).
7. Aktivně a taktně ověříme možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas (porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, např. rozhlas, televizi).
9. Pomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízejme úměrně zdravotnímu stavu, nevnučujeme.
10. Při ústavním ošetřování komunikaci i ošetřovatelskou aktivitu cílevědomě směřujeme k podpoře a k udržení soběstačnosti seniora.

Všechny uvedené rady a doporučení mohou pomoci personálu, který o seniory pečuje nejen k navázání vhodného vztahu, ale i vytvoření podnětného, kultivovaného prostředí, ve kterém senior zvládá průběh léčebného procesu.

Změna přístupu v oblasti komunikace je velmi náročný úkol, zvláště pak u seniorské populace. Právě proto bychom se měli zamyslet nad tím, jak zkvalitnit samotný proces v oblasti komunikování především profesionálních pracovníků a seniorů. Při práci se seniory v oblasti sociální komunikace bychom měli vycházet z nových paradigmat odpovídajících společnosti 21. století tak, aby se práce dostávala na kvalitnější úroveň. Budeme-li vycházet z Evropské charty pacientů seniorů pro oblast komunikace, je nutno zdůraznit následující principy, které by v budoucnu mohly pomoci ke kvalitnější spolupráci profesionálních pracovníků a seniorů (3).

Mělo by jít především o to, aby:

- byl senior považován zdravotníky za partnera a mohl se podílet na všech rozhodnutích, která se budou týkat jeho zdraví a péče o něj;
- mu všichni členové ošetřovatelského týmu naslouchali trpělivým a terapeutickým způsobem;
- měl možnost nechat se zastupovat, bude-li si to přát, příbuzným či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže s komunikací;

- měl dostatek pomůcek, které mu budou ulehčovat komunikaci;
- byl informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech s možností vydání písemné zprávy o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si to přát a s možností nahlížet do svých zdravotních záznamů;
- byl plně informován o možnostech léčby, včetně možných rizik;
- byl plně informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama;
- měl podrobné informace o dostupnosti zdravotních a sociálních služeb;
- měl dostatek informací a vysvětlení v případech pro další rozhodnutí.

Celý ošetřovatelský personál však musí vycházet z dodržování zásad lékařského tajemství a etického kodexu.

Závěr

Každodenní péče o seniory v domácí péči, zdravotnickém či sociálním zařízení vyžaduje profesionální přístup. Každý pracovník by měl znát bio-psycho-sociální zvláštnosti, které se s určitým věkem pojí a snažit se je respektovat. Zvláštní pozornost zaujímá samotná komunikace, která se stává základem dorozumívacího procesu. Komunikace v rámci profese vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým se musí zdravotníci naučit již během profesní přípravy.

Pouze tak se stane sociální komunikace kvalitním prostředkem k naplnění potřeb nejstarší generace.

Literatura

1. Arnold, E., Undermann-Boggs, K.: Interpersonal relationship: Profesional Communication Skills for nurses. 4th ed St. Luis: Satunders, 2003, 629 s. ISBN 0721693881.
2. Gulášová, I.: Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení. Martin: Osveta, 2009, 99 s. ISBN 978-80-8063-305-9.
3. Haškovcová, H.: Manuálek sociální gerontologie. Brno: IDVPZ, 2002, 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
4. Kalvach, Z., Onderková, A.: Pojetí gerontologického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi. Praha: Galén, 2006, 211 s. ISBN 80-7262-455-5.
5. NR ZP ČR, MZ ČR: Desatero pro lepší komunikaci. Praha: MZČR, 2005, 15 s.
6. Venglářová, M.: Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
7. Vymětal, J.: Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-x.
8. Zacharová, E.: Zdravotnická psychologie. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Recenzenti:

PhDr. Marcela IŽOVÁ, PhD.
RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD.

Kontakt:

doc. PaedDr. et Mgr. Eva ZACHAROVÁ, Ph.D.
Ostravská univerzita v Ostravě
Fakulta zdravotnických studií
Syllabova 19, 703 00 Ostrava-Zábřeh
E-mail: eva.zacharova@seznam.cz

Prieskum informovanosti laickej a odbornej verejnosti k problematike odberov a transplantácie obličiek

Ivica Gulášová¹, Ján Breza ml.², Ján Breza³

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

²Lekárska fakulta, Univerzita Jána Amosa Komenského, Bratislava

³Urologická klinika s centrom pre transplantáciu obličiek, FNsP Kramáre, Bratislava,
Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, Lekárska fakulta, Univerzita Jána Amosa Komenského, Bratislava

Súhrn

Transplantácia obličky prináša pacientom s obličkovým zlyhaním, ktorí sú na dialýze nádej na nový, podstatne kvalitnejší život. Autori približujú prieskum zameraný na zistenie úrovne informovanosti o odberoch obličiek a transplantáciách obličiek. V piatich cieľoch svojho prieskumu sa autori sústredili na zistenie úrovne informovanosti v danej problematike na zistenie postojov respondentov k odberom a transplantáciám obličiek. Svoje zistenia porovnávali v dvoch základných súboroch: laickej verejnosti a odbornej verejnosti. Základný súbor tvorili laici, t.j. široká verejnosť (300 respondentov), porovnávaná so súborom odbornej verejnosti, t.j. zdravotníckych pracovníkov (300 respondentov), spolu 600 respondentov. Hlavnou prieskumnou metódou bol dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý mal 18 položiek, vo vekovom rozpätí od 18 do 80 rokov. Prieskum bol uskutočnený v Bratislave, Trenčíne, Senci, Považskej Bystrici a v Púchove. Na spracovanie odpovedí respondentov autori použili metódu obsahovej analýzy. Výsledky uvádzajú v prehľadných tabuľkách, doplnených diskusiou k zisteniam. V závere príspevku autori uvádzajú niekoľko praktických a reálnych odporúčaní pre prax, zameraných na zlepšenie úrovne informovanosti zdravotníckych pracovníkov a laickej verejnosti v oblasti darcovstva a transplantácie obličky.

Kľúčové slová: Žijúci darca obličky. Transplantácia obličky. Zákon o transplantácii. Predpokladaný súhlas

Summary

Transplantation of kidney brings to patients with kidney - failure, who are on the dialysis, the hope for the new substantially more qualitative life. The authors present the exploration concentrated on finding of the level of information about takings and kidney transplantation. In five goals of their exploration the authors have concentrated on finding of the level of information in the given problems, on finding of the attitudes of the respondents to kidneytaking and kidney transplantation. Their findings they have compared in two basic sets: the lay public and the professional public. The basic set was created by lay – men i.e. the wide public (300 respondents), compared with the set of professionals, i.e. paramedical workers (300 respondents), together 600 respondents. The main exploration method was the questionnaire of own construction, which had 18 items, in the age – span from 18 till 80 years. The exploration was realised in Bratislava, Trenčín, Senec, Považská Bystrica and Púchov. For processing of the answers of respondents, they used the method of content – analysis. The results are presented in lucid tables, completed by the discussion to the findings. In the end of the contribution the authors present several practical and real recommendations for practice, concentrated on improvement of the level of information at the paramedical workers and the lay – public in the field of donorship and transplantation of kidneys.

Key words: Living donor of kidney. Transplantation of kidney. The law on transplantation. The presumed approval

Úvod

Chronická renálna insuficiencia (CHRI) alebo zlyhanie obličiek môže byť výsledkom viacerých patologických javov. Môže sa jednať o konečný dôsledok takmer všetkých nefrologických ochorení, ale nezriedka k nezvratnému poškodeniu funkcie obličiek dochádza z iných dôvodov (Navrátil, 2005, 23 s.). Transplantácia obličky predstavuje metódu voľby liečby pacientov so zlyhávaním obličiek, ktorá je spojená s dlhším prežitím pacientov v porovnaní s dialyzačnými metódami. Starostlivosť o pacientov po orgánových transplantáciách je sústredená predovšetkým do transplantačných centier, o pacientov po transplantácii obličky sa ale tiež starajú nefrológovia v niektorých regionálnych dialyzačných centrách a v prípade akútnych komplikácií i ďalší príslušní odborníci (Viklický, Janoušek, Baláž, et al, 2008, 17 s.).

Vymedzenie prieskumného problému

Úroveň informovanosti laickej a zdravotníckej verejnosti v oblasti transplantácie obličiek.

„Je naša spoločnosť dostatočne informovaná o problematike transplantácie obličiek?“

Ciele prieskumu:

- zistiť úroveň informovanosti náhodným výberom respondentskej vzorky z obyvateľstva SR ohľadne problematiky týkajúcej sa odberu (darcovstva) a transplantácií obličiek,
- zistiť postoje laickej verejnosti k problematike transplantácie obličiek,
- zistiť úroveň informovanosti náhodným výberom respondentskej vzorky zo skupiny zdravotníckych pracovníkov k problematike týkajúcej sa odberu (darcovstva) a transplantácií obličiek,
- zistiť postoje zdravotníckych pracovníkov k problematike transplantácie obličiek,
- porovnať zistenia v základných súboroch medzi zdravotníckymi pracovníkmi a laickou verejnosťou.

Prieskumné metódy

Prieskum sme realizovali s použitím metód pozorovania a rozhovoru, ktoré sme používali v pilotnej štúdií v etape prípravy na prieskum. Hlavnou metódou prieskumu bol dotazník vlastnej konštrukcie.

Charakteristika respondentskej vzorky

Prieskumu sa zúčastnilo 600 respondentov. Respondentov sme rozdelili do dvoch základných súborov. Základný súbor I. tvorilo 300 respondentov - zdravotníckych pracovníkov, ktorí pracovali vo vybraných zdravotníckych zariadeniach a základný súbor II., ktorý tvorilo 300 respondentov - občanov SR – predstavovali zastúpenie širokej laickej verejnosti. Vekové rozpätie respondentov v oboch základných súboroch bolo v rozmedzí od 18 – 80 rokov.

Demografické údaje

Tabuľka 1 Pohlavie respondentov

Vek	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Muž	135	45	156	52
Žena	165	55	144	48
<i>N</i>	300	100,00	300	100,00

Tabuľka 2 Vek respondentov

Vek	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Menej ako 20 rokov	6	2	9	3
20 - 30 rokov	12	4	34	11,33
31 – 40 rokov	156	52	131	43,66
41 – 50 rokov	87	29	92	30,66
Viac ako 50 rokov	39	13	34	11,33
<i>N</i>	300	100,00	300	100,00

Tabuľka 3 Vzdelanie respondentov

Vzdelanie	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Základné	0	00,00	19	6,33
Stredoškolské	182	60,66	168	56
Vysokoškolské	118	39,33	113	37,66
<i>N</i>	300	100,00	300	100,00

Tabuľka 4 Stretli ste sa už niekedy s pojmom transplantácia obličiek?

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Áno	300	100	281	93,66
Nie	0	0	19	6,33
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 5 Boli by ste ochotný(á) darovať svoju vlastnú obličku počas Vášho života?

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Nie	3	1	38	12,66
Áno- iba príbuznému príjemcovi	133	44,33	23	7,66
Áno – príbuznému aj cudziemu príjemcovi	121	40,33	11	3,66
Neuvažoval(a) som o tom	43	14,33	228	76
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 6 Prijali by ste v prípade potreby obličku od iného človeka?

<i>Odpoveď</i>	<i>Zdravotnícky personál</i>		<i>Verejnosť</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Nie	11	3,66	31	10,33
Áno- iba od príbuzného darcu	53	17,66	18	6
Áno – od príbuzného aj od cudzieho darcu	32	10,66	24	8
Neuvažoval(a) som o tom	204	68	217	72,33
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 7 Strelili ste sa niekedy s pojmom predpokladaný súhlas?

<i>Odpoveď</i>	<i>Zdravotnícky personál</i>		<i>Verejnosť</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Áno	189	63	18	6
Nie	42	14	174	58
Neviem	69	23	108	36
<i>N</i>	300	100	35	100

Tabuľka 8 Informovanosť respondentov o transplantáčnom zákone SR

<i>Odpoveď</i>	<i>Zdravotnícky personál</i>		<i>Verejnosť</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Áno	202	67,33	21	7
Nie	98	32,66	279	93
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 9 Myslíte si, že systém predpokladaného súhlasu sa uplatňuje vo všetkých krajinách sveta?

<i>Odpoveď</i>	<i>Zdravotnícky personál</i>		<i>Verejnosť</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Áno	37	12,33	8	2,66
Nie	114	38	96	32
Neviem	149	49,66	196	65,33
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 10 Vyjadrili by ste počas Vášho života nesúhlas s darovaním svojich obličiek po smrti?

<i>Odpoveď</i>	<i>Zdravotnícky personál</i>		<i>Verejnosť</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Áno	0	0	39	13
Nie	108	36	94	31,33
Neviem	192	64	167	55,66
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 11 Vyjadrili by ste súhlas s darovaním obličiek Vašich detí v prípade ich úmrtia v detskom veku?

<i>Odpoveď</i>	<i>Zdravotnícky personál</i>		<i>Verejnosť</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Áno	188	62,66	43	14,33
Nie	11	3,66	31	10,33
Neviem	101	33,66	226	75,33
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 12 Myslíte si, že počet darcov obličiek je postačujúci k potrebe pokrytia čakajúcich príjemcov obličky?

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Áno- darcov je dostatočné množstvo	0	0	138	46
Nie – je nedostatok darcov	300	100	162	54
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 13 Súhlasíte s bezplatným darovaním obličiek?

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Áno	229	76,33	173	57,66
Nie	71	23,66	127	42,33
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 14 Počuli ste o tom, že sa vo svete vykonáva nezákonné obchodovanie s obličkami?

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Áno	252	84	196	65,33
Nie	48	16	104	34,66
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 15 Dokázali by ste obchodovať so svojou obličkou počas Vášho života – čiže by ste si dali obličku odobrať za účelom finančného zisku?

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Áno	1	0,33	18	6
Nie	113	37,66	43	14,33
Záleží od okolností – momentálne sa neviem vyjadriť	186	62	239	79,66
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 16 Transplantáciu obličky hradí ...

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Pacient z vlastného vrecka	0	0	41	13,66
Poisťovňa	157	52,33	78	26
Čiastočne príjemca a čiastočne poisťovňa	71	23,66	43	14,33
Neviem sa vyjadriť	72	24	138	46
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 17 Súhlasili by ste so zavedením xenotransplantácií do praxe (transplantácia, pri ktorej transplantát pochádza od iného živočíšneho druhu než je človek) ?

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Áno	33	11	12	4
Nie	102	34	42	14
Neviem	165	55	246	82
<i>N</i>	300	100	300	100

Tabuľka 18 V prípade, že by Vám Vaše vierovyznanie zakazovalo podstúpiť transplantáciu obličky, boli by ste schopný odmietnuť obličku v situácii ohrozujúcej Váš život?

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Áno	12	40	45	15
Nie	167	55,66	177	59
Neviem	21	7	78	26
N	300	100	300	100

Tabuľka 19 Viete, kedy je Európsky deň darcovstva orgánov?

Odpoveď	Zdravotnícky personál		Verejnosť	
	n	%	n	%
Áno	112	37,33	24	8
Nie	188	62,66	276	92
N	300	100	300	100

Diskusia

V našej spoločnosti sa o etických aspektoch vznikajúcich v súvislosti s darovaním a transplantáciou orgánov diskutuje len zriedkavo. Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť úroveň informovanosti a postoje odbornej a laickej verejnosti k závažnej a aktuálnej problematike darcovstva a transplantácií obličiek. Zámerne sme si vybrali i komparatívnu metódu s cieľom poukázať na rozdielnú úroveň informovanosti a postoje respondentov v dvoch základných súboroch – t.j. medzi zdravotníckymi pracovníkmi a laickou verejnosťou. V prieskume sme sa zamerali na niektoré ukazovatele praktického dopadu napríklad, či respondenti poznajú legislatívnu úpravu transplantácie obličiek platnú na Slovensku. Zisťovali sme názory a postoje respondentov na darovanie alebo prijatie obličiek, na bezplatné darcovstvo obličiek, ako aj na obchodovanie s ľudskými obličkami.

Transplantácia obličiek predstavuje nielen záchranu života pre mnohých pacientov trpiacich na chronické obličkové zlyhanie, ale podstatne mení úroveň ich doterajšej kvality života. Ide o liečebnú metódu, ktorá umožňuje funkčnú a rovnocennú náhradu životne dôležitého orgánu – obličky od mŕtveho alebo od žijúceho darcu obličky.

Darcovstvo a transplantácia obličiek si vyžaduje plnú účasť celej spoločnosti. V Slovenskej republike je možné odoberať orgány od mŕtvych, ale aj od žijúcich darcov.

Podľa výsledkov nášho prieskumu sa v oboch základných súboroch respondentov sa s pojmom transplantácia orgánov stretlo až 581 oslovených. Poznanie významu spomínaného pojmu je v základnom súbore zdravotníckych pracovníkov 100%-ná, ktorú v súbore laickej verejnosti to bolo 93,66 %. U skupiny zdravotníckych pracovníkov nás prekvapilo, že 2 oslovení (5,71 %) sa s pojmom ešte nikdy nestretlo. Na základe našich zistení z prieskumu si dovoľíme navrhnúť viaceré odporúčania pre klinickú prax, vzdelávacie inštitúcie a pre riadiace orgány nášho zdravotníctva. Medzi základné úlohy všetkých zdravotníckych pracovníkov patrí i udržiavanie zdravia všetkých občanov. **To je jeden z dôvodov, prečo by mal každý zdravotnícky pracovník ovládať základné informácie o transplantáciách obličiek.**

V prieskume nás ďalej zaujímalo, aký majú respondenti postoj k darovaniu vlastnej obličky počas života. Zistili sme, že 133 respondentov (44,33 %) zo súboru zdravotníckych pracovníkov

a 23 respondentov (7,66 %) zo súboru laickej verejnosti by bolo ochotných darovať vlastnú obličku len príbuznému príjemcovi. Ani v jednej skupine tento názor nepresiahol viac ako 50 % počet odpovedí, čiže polovicu respondentov, okrem **odpovede „neuvažoval (a) som o tom“ (o darcovstve obličky) v súbore laickej verejnosti, kde odpovedalo až 228 respondentov (76 %).** V prípade darovania obličky cudziemu príjemcovi boli odpovede respondentov v súboroch výrazne rozdielne. V základnom súbore respondentov, ktorých tvoril zdravotnícky personál to bolo 121 odpovedí respondentov (40,33 %) teda približne 11 násobne viac ako v súbore respondentov, ktorú tvorila laická verejnosť, kde odpovedalo iba 11 respondentov (3,66%).

Zaujímala nás aj názor respondentov na chúlitosť otázku, či by boli ochotní vyjadriť súhlas s darovaním obličky vlastných detí v prípade ich úmrtia v detskom veku. Z výsledkov prieskumu sme zistili, že súhlas by bolo ochotných vyjadriť 43 oslovených zo súboru, ktorú tvorila laická verejnosť (14,33 %). V porovnaní so súborom, ktorý tvoril zdravotnícky personál, ktorý odpovedal 188 odpoveďami respondentov (62,66%), je to výrazne nižší počet odpovedí. Väčšia časť respondentov zo súboru zdravotníckeho personálu až 101 oslovených (33,66 %) sa k tejto otázke nevedela vyjadriť. **Z výsledkov prieskumu usudzujeme, že laická verejnosť má aj v tejto oblasti výrazné rezervy v oblasti postoja k darovaniu obličiek.** Je dôležité, aby sa zdravotnícky personál aktívne podieľal na zdravotníckej osвете v oblasti získavania obličiek k transplantáciám a vhodným spôsobom vedel odborne a eticky vysvetliť pacientom možnosti darcovstva a prijímania obličiek. **Chceme však upozorniť, že pod pojmom vyhľadávanie vhodných darcov treba chápať šírenie osvěty, medializácia darcovstva a transplantácii obličiek, priblíženie problematiky darcovstva a transplantácii obličiek v ich celej, komplexnej náročnosti,** lebo nevedomosť je základným predpokladom neúspechu v zmysle zlepšovania situácie čo do počtu vhodných darcov a tým aj záchrany životov pacientov – čakaťel'ov, príjemcov transplantovanej obličky.

Zlepšenie informovanosti u zdravotníckych pracovníkov o spomínanej problematike navrhujeme riešiť v niekoľkých krokoch: poučiť všetky kategórie zdravotníckych pracovníkov (vrátane odborníkov z iných medicínskych odborov) prostredníctvom seminárov s problematikou

darčovstva a transplantácií obličiek, sprístupniť a pravidelne dodávať zdravotníckym pracovníkom informačné materiály, priblížiť problematiku darčovstva a transplantácie obličky všetkým študentom lekárske fakúlt, fakúlt ošetrovateľstva, verejného zdravotníctva, študentom a študentkám stredných zdravotníckych škôl najmä na hodinách zdravotníckej etiky a bioetiky, ošetrovateľskej etiky, preventívneho a klinického ošetrovateľstva, biológie a genetiky, urológie, transplantológie, chirurgii, komunikácie a podobne...

V prieskume nás prekvapila skutočnosť, že až 204 (68 %) respondentov zo súboru zdravotníckych pracovníkov neuvažovalo nad možnosťou prijatia obličky do vlastného organizmu, v súbore laickej verejnosti sa rovnako vyjadrilo k tejto otázke 217 respondentov (72,33 %). V otázke prijatia obličky do vlastného tela, by 53 (17,66 %) zo súboru zdravotníckych pracovníkov súhlasilo s touto možnosťou, ale len od príbuzného darcu, v súbore laickej verejnosti sme zaznamenali trojnásobne nižší počet odpovedí 18 (6 %), ale od príbuzného a neznámeho (cudzieho) darcu by v súbore zdravotníckych pracovníkov prijalo obličku 32 respondentov (10,66 %), v súbore laickej verejnosti 24 respondentov (8 %). **V porovnaní prístupu v súbore zdravotníckeho personálu so súborom laickej verejnosti sme zaznamenali aj v tejto otázke rozdiely v ich odpovediach.**

Aj keď sa počet darcov obličiek neustále zvyšuje, je veľmi ťažké znížiť počet pacientov na čakacích zoznamoch a skrátiť tak ich obdobie čakania na optimálne minimum. **Dopyt po transplantáciách obličiek neustále prevyšuje počet darcov obličiek. V prieskume sme zistili, že túto skutočnosť si uvedomujú všetci respondenti zo súboru zdravotníckych pracovníkov 300 (100 %), respondenti zo súboru laickej verejnosti odpovedali takmer o polovicu nižším počtom odpovedí 162 (54 %) a prekvapivo až 138 (46%) respondentov z laickej verejnosti si myslelo, že darcov obličiek je dostatočné množstvo. Aj v tejto otázke sme zistili podstatné rozdiely v oblasti úrovne informovanosti v súbore laickej verejnosti, čo je zarážajúce.** Nedostatok iných ľudských orgánov okrem obličiek na transplantácie bude zrejme v priebehu niekoľkých rokov možné kompenzovať transplantáciou umelých orgánov, ako sme nedávno z médií poučili o vývoji a výrobe nového srdca pre transplantáčne účely. **Zlepšenie informovanosti u laickej verejnosti o spomínanej problematike navrhujeme riešiť v niekoľkých krokoch:** získavanie občanov ako potenciálnych darcov orgánov by malo byť základnou požiadavkou zdravotníckych pracovníkov, aj v spolupráci s médiami, informovať študentov na stredných a na vysokých školách o právnych normách súvisiacich s transplantáciou orgánov v Slovenskej republike formou prednášky alebo diskusie, ktoré by sa uskutočnili v **Dni darčovstva orgánov, Dni obličky** respektíve pri inej vhodnej príležitosti, zhotoviť propagačné materiály - letáky a plagáty v spolupráci s Regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva, aby sa problematika transplantácie obličiek dostala bližšie a aby sa vžila do povedomia našich občanov, aby laická verejnosť poznala aj legislatívne úpravy a téma darčovstva a transplantácie obličiek bola frekventovanejšia, rozmiestniť ich v ambulanciách, čakárňach, na chodbách nemocníc s poliklinikou, v školách, obchodných centrách, koncertoch pre mládež a podobne, zefektívniť a rozšíriť mediálne kampane charakteru „**Oblička nad zlato**“, **vzbudiť záujem médií o uvedenú problematiku**, aby sa zapájali, vytvárali programy pre širokú vrstvu obyvateľstva, **medializovať i rozhovory s osobnosťami, ktoré zasvätili svoj život pomoci trpiacim**

pacientom, rozhovorom s lekármi, sestrami, **medializovať rozhovory s pacientmi a ich blízkymi**, ktorí podstúpili transplantáciu obličky a ich život sa výrazne zmenil, žijú plnohodnotným životom s **neporovnateľne lepšou kvalitou ich života, medializovať rozhovory s darcami obličky, prečo sa tak rozhodli, čo bolo ich motívom a podobne...**, podobne ako už existujúci klub – spoločnosť transplantovaných pacientov - **založiť novú spoločnosť sympatizantov s čakateľmi a s pacientmi po transplantácii obličky**, ktorej členovia by boli občania SR, ktorých sa uvedená problematika dotkla, oslovila ich a chceli by si i oni v nej angažovať, napríklad **usporiadaním kultúrnych podujatí s prezentáciou výrobkov rôznych spoločností a firiem, podporujúcich transplantačné kliniky a oddelenia**, (farmaceutické spoločnosti vyrábajúce imunosupresívne látky, spoločnosti vyrábajúce prístroje na vybavenie operačnej sály...) alebo i s prezentáciou výrobkov samotných pacientov (čakateľov alebo po transplantácii). Samozrejme, že členovia klubu by mohli byť i potenciálnymi sponzormi či už nepriamou formou (vyššie uvedené) alebo priamou finančnou čiastkou.

Najvýraznejšie rozdiely medzi súborami sme zistili v oblasti informovanosti o transplantačnom zákone. V súbore laickej verejnosti vedelo, že existuje zákon o transplantáciách iba 21 respondentov (7 %), naopak o jeho existencii vôbec nič nevedelo až 279 respondentov (93 %). V súbore zdravotníckeho personálu transplantačný zákon poznalo 202 respondentov (67,33 %), deficit informácii o transplantačnom zákone platnom v SR sme zaznamenali u 98 respondentov (32,66 %). **Darovanie a transplantácie orgánov musia byť presne legislatívne upravené a kontrolované štátom. V Slovenskej republike sa uplatňuje legislatívne stanovený systém predpokladaného súhlasu.** Zistili sme, že s pojmom predpokladaný súhlas sa stretlo len 189 zdravotníckych pracovníkov (63 %) a len 18 respondentov (6 %) zo súboru laickej verejnosti. 42 respondentov (14 %) zo súboru zdravotníckych pracovníkov uviedlo, že sa vôbec nestretlo s pojmom informovaný súhlas a 69 respondentov z toho súboru nevedelo odpovedať, či sa stretli alebo nestretli s pojmom informovaný súhlas.

Je to opäť zarážajúce zistenie, nakoľko sme predpokladali práve v súbore zdravotníckych pracovníkov odpovede približujúce sa k 100 % - tým. Výsledky prieskumu nám dokazujú, že informovanosť o pojme predpokladaný súhlas je síce lepšia v súbore zdravotníckych pracovníkov oproti súboru laickej verejnosti, ale nemožno sa s týmto stavom uspokojiť, nakoľko ho považujeme za nedostatočný. Predpokladaný súhlas je systém, kde zákon predpokladá súhlas darcu s odberom a prenosom obličky po jeho smrti. **Orgán sa neodoberie iba vtedy, keď počas života občan písomne vyjadril nesúhlas s odberom orgánov.** S týmto zákonom bolo oboznámených ako sme už uviedli 202 respondentov zo súboru zdravotníckeho personálu (67,33 %) a len 21 respondentov (7 %) zo súboru laickej verejnosti (62,86 %). **Z výsledkov prieskumu nám vyplýva, že 93 % oslovených respondentov zo súboru laickej verejnosti si neuvedomuje a nepozná podstatu zákona, ktorý sa uplatňuje v Slovenskej republike.** Nie v každej krajine sa uplatňuje systém predpokladaného súhlasu. Prostredníctvom prieskumu sme zistili, že viac ako polovica respondentov, 196 (65,33 %) zo súboru zdravotníckeho personálu nevedelo odpovedať na túto otázku, 96 respondentov (32 %) si myslelo, že sa neuplatňuje predpokladaný súhlas vo všetkých krajinách sveta a 8 respondentov (2,66 %) si myslelo, že

sa uplatňuje predpokladaný súhlas vo všetkých krajinách sveta. V súbore zdravotníckych pracovníkov boli podobne nedostatky. **Úroveň informovanosti našich dvoch základných súborov o uplatňovaní transplantčných systémov v iných krajinách bola nedostatočná.** Navrhujeme, že takisto ako zdravotnícki pracovníci i laická verejnosť by mali mať dostatočné vedomosti o právnych normách Slovenskej republiky z oblasti transplantácií a darcovstva obličiek.

S bezplatným darovaním obličiek jednoznačne súhlasilo 173 respondentov (57,66 %) zo súboru laickej verejnosti a 229 respondentov (76,33 %) zo súboru zdravotníckych pracovníkov. 38 respondentov (12,66 %) v súbore laickej verejnosti a 3 respondenti v súbore zdravotníckych pracovníkov by nebolo ochotných darovať vlastnú obličku počas svojho života. V súbore zdravotníckej verejnosti sme zistili pozitívnejšie vyjadrenia sa oproti súboru laickej verejnosti (spolu 133 + 121 = 254 pozitívnych odpovedí (84,66 %). V súbore laickej verejnosti by iba 23 respondentov (7,66 %) a 11 respondentov (3,66 %) bolo ochotných za života darovať obličku, z toho v prvom prípade sa jednalo o príbuzného darcu a v druhom prípade o príbuzného a cudzieho darcu. So skutočnosťou, že vo svete sa obchoduje s obličkami bola oboznámená väčšina respondentov v oboch základných súboroch, z toho 252 (84 %) v súbore zdravotníckych pracovníkov a 196 (65,33 %) v súbore laickej verejnosti.

Najviac nedostatkov mali respondenti v otázke zameranej na Európsky deň darcovstva orgánov, konkrétne na jeho dátum. Na uvedenú otázku nám nevedelo odpovedať až 276 respondentov (92 %) v súbore laickej verejnosti a 188 respondentov (62,66 %) v súbore zdravotníckych pracovníkov. **Európsky deň darcovstva orgánov je stanovený na deň 13. októbra.** Je organizovaný s cieľom podporiť etické princípy prijaté Radou Európy v oblasti transplantácie orgánov a tkanív a podporiť tento vysoko humánny čin u potenciálnych orgánových darcov párových orgánov. Prekvapila nás nedostatočná informovanosť zdravotníckych pracovníkov v tejto otázke.

V prieskume sme medzi súborom zdravotníckych pracovníkov a súborom laickej verejnosti postrehli veľké rozdiely v postojoch a názoroch na darcovstvo a transplantáciu obličiek. Najväčšie rozdiely medzi zdravotníckymi pracovníkmi a širokou laickou verejnosťou boli hlavne vo vedomostiach v oblasti platných transplantčných zákonov SR, v znalosti terminológie z oblasti darcovstva a transplantácií obličiek. Usudzujeme, že obe skupiny respondentov majú celkovo kladný postoj k transplantáciám a darcovstvu obličiek, ale niektoré vedomosti, ktoré sme si overovali otázkami, neboli dostatočné.

Záver

V modernej medicíne má uvedená problematika svoje opodstatnené miesto, preto aj informovanosť celej dospeléj populácie je etickou povinnosťou všetkých kompetentných. Návrhy, ktoré sme uviedli, by mohli zlepšiť úroveň informovanosti laickej a (odbornej) zdravotníckej verejnosti o danej problematike, ktorá v súčasnej dobe patrí ešte stále k veľmi citlivým a ohraničeným témam. **Je potrebné poskytnúť nielen informácie, ale aj povzbudenie prijať, či darovať obličku blízkeho alebo cudziemu človeku, ktorý ju bude potrebovať.** Prostredníctvom transplantácie obličiek sa dá zachrániť nie jeden ľudský život. V prípade darovania obličiek je len na nás, či umožníme takúto záchranu. Rozhodnutie darovať niekomu obličku predstavuje vysoko humánny akt ľudskej solidarity. Ide o nenútené slobodné rozhodnutie, ktoré umožní záchranu života druhému človeku. Snaha pomôcť človeku zachovať zdravie by mala byť cieľom každého z nás.

Literatúra

1. Navrátil, P. 2005, Praktická urologie u nemocných v dialyzačnej liečbe, před a po transplantaci ledviny. Olga Čermáková, Hradec Králové, 2005, s.199, ISBN 80-86703-13-4,
2. Viklický, O, Janoušek, L, Baláž P et all. 2008, Transplantace ledviny v klinické praxi. Praha, Grada, 2008, s. 380, ISBN 978-80-247-2455-3,

Recenzenti:

doc. PhDr. Mgr. Vladimír LITVA, PhD., MPH
PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.

Kontakt:

doc. PhDr. Ivica GULÁŠOVÁ, PhD., mim.prof.
Narcisová 40
821 01 Bratislava
E-mail: ivica.gulasova@post.sk

Daseinsanalytická koncepcia psychoterapie

Ivan Ondrášik

Ústredná vojenská nemocnica SNP – fakultná nemocnica, Ústav hematológie transfuziológie, Ružomberok

Súhrn

V príspevku sa zaoberáme filozofickým pochopením človeka v Heideggerových dielach *Bytie a čas* a *Zollikonské semináre*, pretože na ne programovo nadviazali daseinsanalytici L. Binswanger, M. Boss, G. Condrau. V druhej časti práce približujeme modifikácie fenomenologickej a hermeneutickej metódy na psychotherapeutickú prax a poukazujeme na fenomén duševnej poruchy z pohľadu daseinsanalýzy.

Kľúčové slová: Heidegger. Daseinsanalýza. Duševná choroba. Úzkosť.

Summary:

In our work we put one's mind to philosophical understanding of man in Heidegger's work *Being and Time* and *Zollikon's Seminars*, because they are the starting point for daseinanalysts L. Binswanger, M. Boss, G. Condrau. In the second part of work we advance the modifications of phenomenological and hermeneutical methods for psychotherapeutical praxis and we show the phenomenon insanity from daseinsanalytical aspect.

Key words: Heidegger. Daseinanalyse. Insanity. Anguish. Anxiety.

Filozofické východiská daseinsanalýzy

Daseinsanalýza je antropologicky a existenciálne orientovaná psychotherapeutická metóda, ktorú teoreticky rozpracovali a do svojej klinickej praxe uviedli psychiatri L. Binswanger, M. Boss, V.E. Gebattel, G. Condrau a ďalší. Priamo nadväzuje na filozofiu M. Heideggera, najmä na diela *Bytie a čas* a *Zollikonské semináre*, ktoré vzišli z diskusie medzi ním a psychiatrami, predovšetkým M. Bossom. Ako samostatný psychotherapeutický smer sa daseinsanalýza sa začala koncipovať koncom 30.-tych rokov 20. storočia z iniciatívy L. Binswanger. Nemecký termín „Dasein“ sa prekladá ako „bytie tu“, resp. u nás sa zaužíval preklad Jána Patočku „pobyť“ a označuje existenciu človeka vo svete.

Na lepšie pochopenie témy sa pokúsime priblížiť Heideggerovo chápanie človeka v *Bytí a čase*, kde ho vymedzuje ako bytie vo svete. Heidegger vidí ako základný problém človeka fakt, že žije väčšinou neautenticky (odcudzene, nevlastne), v priemernej každodennosti, zabúdajúc sám na seba a na iných. Uvedomuje si potrebu vymanenia sa z tejto neautenticity a nasmerovanie k autenticite, v ktorej sa mu spriehľadní vzťah k sebe samému, k druhým i k svetu vôbec. Uvedomenie si seba samého sa odohráva v naladení existenciálnej úzkosti, ktorá robí človeka vnímavejším na hlas svedomia. Ten ho volá k prevzatíu odhodlanej autentickej existencie. Heidegger v podstate človeka charakterizuje ako konečnú smrteľnú bytosť. Zdôrazňuje, že vedomie smrteľnosti patrí medzi základné charakteristiky človeka. Vytesňovanie vedomia smrteľnosti vedie k neautenticite a neslobode človeka vo vzťahu k sebe samému, k druhým ľuďom i k veciam sveta.(1)

Zaujímavý je i Heideggerov pohľad na človeka v *Zollikonských seminároch*. Telo nie je chápané len ako vyskytujúce sa teleso v priestore, ale je ponímané ako prežívaná telesnosť rozprestierajúca sa v mode bytia vo svete, v existenciálnom priestore. Skôr teda možno povedať: „som svojím telom“, ako „mám svoje telo“. Heidegger sa v *Zollikonských seminároch* zaujíma aj o medicínsku problematiku. Zdravie chápe ako schopnosť plnohodnotného disponovania so všetkými možnosťami, ktoré sa človeku vo svete ukazujú,

choroba je nahliadnutá ako radikálna negácia tejto slobodnej schopnosti disponovania. (2)

Špecifické témy daseinsanalýzy a ich vzťah ku klinickej praxi

Daseinsanalýza je primárne antropologicky orientovaná psychotherapiá, ktorá sa snaží vidieť človeka v jeho psychosomatickej jednote. Kriticky sa vyčleňuje vo vzťahu k Freudovej psychoanalýze (ide najmä o kritiku základných pojmov psychoanalýzy nevedomia a pudu), Jungovej analytickej psychológii (ide kritiku jeho pansymbolizmu archetypov) i voči Adlerovej individuálnej psychológii (najmä jeho sociologizmus). Je v radikálnej opozícii voči jednostranne redukcionistickým prístupom k človeku, ktorého ho chápajú len ako dobre fungujúci systém biochemických reakcií a elektrických impulzov, v rámci ktorého všetko do seba dobre zapadá. Táto jednostrannosť má svoje korene v descartovskom dualizme medzi „res cogitans“ a „res extensa“, ktorý prenikol i do medicíny. Pre daseinsanalýzu človek nie je zložený z tela ako telesa a duše ako ďalšieho súcna, daseinsanalýza nepovažuje ani duševný život iba za funkciu centrálného nervového systému. Tento antropologický obrat v psychiatrii, o ktorý sa všetci daseinsanalytici snažia, dobre vystihuje i vyjadrenie G. Condraua, ktorý parafrázuje Heideggerovu myšlienku: „Pobyť (dasein) človeka je viac ako súhrn fyzikálno-chemických procesov, a myslenie je niečím viac ako len funkciou mozgových buniek. Nie bez dôvodu Martin Heidegger hovorí, že z filozofického hľadiska je potrebné biologizujúce tvrdenie obrátiť. Ľudské bytosti nevidia preto, že majú oči, ale majú oči, pretože sú bytosťami nadanými videním.“ (3) Človek je tak z daseinsanalytického pohľadu videný ako nerozlučiteľná živá jednota tela a duše. Je chápaný ako jedinečná neopakovateľná osoba s konkrétnymi dejinami. Daseinsanalýza ostro kritizuje všetky biologizujúce prístupy k človeku, ale nezostáva len pri kritike. Snaží sa pochopiť človeka v totalite jeho vzťahov k svetu a k sebe. Daseinsanalytici hovoria svetavzťah, ktorý má byť predovšetkým pozitívne rozvíjaný. Naopak, v prípade neurózy ide patologický svetavzťah - depresívny, hysterický, narcistický, anankastický.(4)

Daseinsanalyticky orientovaní psychiatri programovo sledovali existenciálnu analytiku Martina Heideggera a v nej ponúknutý ontologický koncept bytia človeka. Zároveň sa snažili Heideggerom načrtnuté existenciály, ktoré bytostným spôsobom charakterizujú život človeka v rôznych súvislostiach nášho sveta, modifikovať pre klinickú prax. To je však možné uskutočniť len tak, že ontologické chápanie človeka, ako sme ho vyššie načrtli, sa pretransformuje na konkrétnu ontickú rovinu. Pozoruhodným spôsobom tiež modifikovali fenomenologickú metódu na účely terapie. „Fenomenologický prístup tu znamená nechávať sa osloviť výhradne len žitým pacientovým príbehom a jeho danosťami, vnútornými súvislosťami, bez sprostredkovania, ktoré by malo formu pojmových konštruktov, modelov, asociácií a analógií, resp. virtuálneho pansymbolizmu. Psychoterapeut si pacienta a jeho príbeh nepredstavuje na podklade dopredu známych teórií a podľa čiastkových príznakov, ale sleduje, ako sa mu vo svojom príbehu postupne predstavuje sám zo seba.“ Podobne transformovali i hermeneutickú metódu, ktorú zakomponovali do psychoterapeutického rozhovoru. „Základným vodítkom hermeneuticky vedeného psychoterapeutického rozhovoru je smerovanie od obmedzeného okruhu každodennosti k existenciálnej tematike. Inak povedané, ide o posunutie od bežného vulgárneho porozumenia k porozumeniu skrytého hermeneutického zmyslu faktickej existencie žijúceho človeka.“ (5)

Primárnou a najväčšou snahou daseinsanalyticky orientovaného psychoterapeuta je zahliadnuť na fenomenálnej úrovni človeka v konkrétnej žitej skúsenosti jeho prirodzeného sveta. Sleduje pritom všetky možné existenciály, prostredníctvom ktorých sa vzťahuje k svojmu vlastnému bytiu a k bytiu sveta, aby zistil podstatu jeho duševného ochorenia. V ďalšom kroku sa prostredníctvom terapeutického dialógu snaží čo najhlbšie porozumieť súvislostiam jeho života, ktoré predtým zahliadol. Daseinsanalýza sa silno opiera o intuitívny prístup k človeku. Vzťah terapeut – pacient je v nej vzťahom vzájomnej otvorenosti, v rámci ktorej sa obohacuje nielen pacient, ale aj terapeut. Takto chápaný terapeutický vzťah je v protiklade k jeho psychoanalytickému chápaniu, v ktorom je pacient podriadený silnej autorite terapeuta. Pre daseinsanalyticky orientovaného psychoterapeuta je tak každý pacient svojráznou individualitou neporovnateľnou s ostatnými ľuďmi. Má jedinečné vzťahy k sebe samému, k iným ľuďom, k najbližším i k svetu vôbec.

Ludwig Binswanger sa snažil niektoré Heideggerove existenciály i teoreticky domyslieť. Do protikladu k Heideggerovmu tematizovanému ťaživému existenciálu starosti dáva existenciál lásky. Láska je fenoménom, v rámci ktorého môžeme naplno prežívať otvorenosť vo vzťahu k milovanému človekovi. Je akýmsi domovom, ktorý nás láskyplne chráni pred návalmi úzkosti a strachu. V láske človek najlepšie zažíva pravú radosť zo svojej existencie vo svete. Láska uvoľňuje, oslobodzuje a dynamizuje naše vzťahy k sebe, k druhým i k svetu(6).

Daseinsanalytici vo svojej koncepcii rozlišujú:

1. choroby s nápadným postihnutím telesnosti ľudského existovania
2. choroby s výrazným postihnutím priestorovosti a časovania bytia vo svete
3. choroby s výraznými poruchami bytostného naladenia
4. choroby so špecifickým postihnutím spolubytia
5. choroby so zvýrazneným postihnutím vo výkone otvorenosti a slobody dasein (7)

Pri duševnej chorobe býva najčastejšie narušený vzťah k sebe a svetu. Terapeut sa preto musí pokúsiť nahliadnuť do oblasti vzťahov u každého pacienta individuálne.

Duševná choroba je z daseinsanalytického pohľadu chápaná ako radikálne oklieštenie možností človeka, ktoré sa mu zo sveta ponúkajú. Z toho vyplýva, že choroba je neslobodný vzťah k sebe i k svetu. Psychopatologická symptomatika je narušením otvoreného priestoru bytia vo svete. „Každá choroba určitým spôsobom obmedzuje otvorenosť bytia pobytu, a tak utvára charakter jeho celkového bytia – byť chorý. Ak je patologickým spôsobom narušený niektorý z bytostných momentov v otvorenosti stojacej existencie, medzi ktoré patrí nielen prežívaná telesnosť, ale i naladenosť a spolubytie s inými, sú nutne zasiahnuté i všetky ostatné.“ (8) Fenomenologicky orientovaná psychopatológia potom neskúma subjektívne zážitky, ale zameriava sa na odhalenie patologicky modifikovaných spôsobov bytia vo svete. Najvlastnejším cieľom daseinsanalytického prístupu je potom snaha oslobodiť pacienta od rôznych foriem uzavretosti, pretrhnutosti alebo inak neslobodných vzťahov k iným, k sebe a k svetu vôbec – tak, aby bol schopný naplno alebo aspoň hodnotnejšie prežívať svoj autentický život. Boss stotožňuje autenticitu so zdravím ako maximálnu otvorenosť, slobodu a samostatnosť vo výkone existencie. Neautenticitu stotožňuje s chorobou, v ktorej dochádza k patologickej uzavretosti a nesamostatnosti človeka. (9) Pri duševnej chorobe býva zvyčajne zvýraznené porušenie jedného existenciálu. Človek je však psychosomatická jednota, preto sú nevyhnutne porušené i ostatné existenciály. Existenciál spolubytia je významne narušený pri psychopatických pacientoch, pri autizme, ale najviac pri schizofrénii a paranoickej poruche.

Veľmi dôležité v psychiatrickej diagnostike je rozlíšenie medzi psychotickým a neurotickým pacientom. Ukazuje sa tu dôležitosť fenoménu úzkosti. „Pokiaľ ide o psychózu, z daseinsanalytickej perspektívy ukazuje sa ako bezmedzná vydanosť hrozivej nehostinnosti, potom musí byť neuróza pochopená ako obrana pred týmto ohrozením.“ Vo svete neurotika má úzkosť inú úlohu ako vo svete psychotika. V prvom prípade je snaha vytesniť ju, zastrieť, lebo je prežívaná v podobe úzkostného očakávania hroziaceho zla, trestu, nevyliciteľnej choroby a neodvratnej smrti. V druhom prípade je priamo vydaný ničivému pôsobeniu úzkosti, ktorá ho vrhá do tiesnivej nehostinnosti a ktorá jeho bytie zbavuje akejkolvek opory. Strach je zvýraznený pri rôznych fobických stavoch.

Svedomie a pocity viny sú hyperbolizované pri depresívnych stavoch a neurózach – najmä tých, pri ktorých ľudia trpia obsedantnými myšlienkami. Týmto pacientom treba pomôcť nájsť správny postoj k patologickému pocitu viny, pretože ináč budú neustále spútaní výčitkami deformovaného svedomia. Psychopati a ľudia trpiaci hystériou a manickými epizódami naopak majú svedomie zastreté.

Človek trpiaci duševnou chorobou neprežíva tri temporálne dimenzie času rovnako. Nieкто žije celkom v súčasnosti, nerobí si starosti s tým, čo bolo, ani sa nestará o to, čo bude. Iný zostane pevne pripútaný k minulosti, ku ktorej sa neustále vracia, zabúda na prítomnosť i na pozitívne výhľady do budúcnosti. Ďalší žije len pre budúcnosť, projektuje si ju a zabúda pritom na prítomnosť a minulosť. Ukazuje sa pritom i dôležitosť správneho postoja k faktu našej konečnosti. Mnohí pacienti sa nevedia vyrovnáť so vzťahom k faktu vlastnej smrti. Na daseinsanalytickú koncepciu nadväzuje i súčasť protagonist existenciálnej psychoterapie v USA Irvin D. Yalom. Ten v rámci svojej psychodynamickkej koncepcie tvrdí, že základným zdrojom patologickej úzkosti a na ňu nadväzujúcich patologických obranných vzorcov je nezvládnutie konfrontácie človeka zo základnými existenciálnymi skutočnosťami života - to je predovšetkým smrť, potom sloboda, osamelosť a strata zmyslu života.(10).

Záver

Pokúsili sme sa priblížiť niektoré Heideggerom tematizované existenciály a dávali sme ich do korelácie s niektorými psychickými poruchami, v ktorých sú patologickým spôsobom modifikované. Je zrejmé, že daseinsanalýza sa snaží vidieť pacientov problém v čo najrozsiahlších súvislostiach: v jeho vzťahu k sebe samému, k druhým a k svetu vôbec. Človeka chápe ako neredukovateľnú psychosomatickú jednotu. Po terapeutickým vzťahom sa rozumie jedinečné a obojstranne obohacujúce stretnutie dvoch existencií. Poukázali sme aj na zaujímavé prenesenie fenomenologickej a hermeneutickej metódy z filozofickej dimenzie do oblasti psychoterapie.

Ukazuje sa, že Heideggerovo ontologické vymedzenie človeka sa pre daseinsanalytikov stalo v mnohom inšpiratívnym a využiteľným v psychoterapeutickej praxi. Daseinsanalýza ako špecifická psychoterapeutická metóda je príkladom pozitívnej interakcie medzi filozofiou a medicínou. Daseinsanalytická psychiatria je humanistickou alternatívou, ktorá je schopná na základe svojej primárne existenciálno-antropologickej orientácie vyvážiť jednostrannosť výhradne scientistického prístupu k človeku v psychiatrii.

Literatúra

1. Heidegger, M.: Sein und Zeit. Tubingen, 1986, s. 327 – 330
2. Heidegger, M.: Zollikoner Seminare. Herausgegeben von Medard Boss. Frankfurt am Mein, 2006, s. 137 – 140
3. Condrau, G.: Siegmund Freud und Martin Heidegger. Freiburg, 1992, s. 161 – 162
4. Condrau, G.: Daseinsanalyse. Dettelbach, 1998, s. 236 – 246
5. Binswanger, L.: Grundformen und Erkenntnis menschlichens Daseins. Munchen – Basel, 1964, s. 127 – 134
6. Binswanger, L.: Der Mensch und der Psychiatrie. Pfullingen, 1957, s. 86 – 89
7. Binswanger, L.: Schizophrenie. Pfullingen, 1957, s. 43 – 49
8. Boss, M.: Grundriss der Medizin und der Psychologie. Bern, Stuttgart, Wien, 1975, s.223 – 224
9. Boss, M.: Es träume mir vergangene Nacht . Bern, Stuttgart, Wien, 1975, s. 53 – 54
10. Yalom, Y. D.: Existential Psychotherapy, New York,1980, s. 33 - 34

Recenzenti:

MUDr. Radovan HRUBÝ, PhD.
Mgr. Mária CÁRACHOVÁ

Kontakt:

PhDr. Ivan ONDRÁŠIK
Ústredná vojenská nemocnica SNP - FN
Ústav hematológie transfuziológie
ul. gen. M. Vesela 21
034 26 Ružomberok
E-mail: ondrasik@uvn.sk

Relaxáciou proti stresu vo výučbe študentov ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie

Zuzana Hudáková¹, Lucie Kašová², Kateřina Ratislavová², Lenka Kroupová²

¹Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

²Fakulta zdravotníckych štúdií Plzeňskej univerzity

Súhrn

Pojem relaxácia vznikol pôvodne vo fyziológii a znamenal uvoľnenie svalových vlákien. V dnešnej psychológii sa pod pojmom relaxácia rozumie psychické a fyzické uvoľnenie. Súčasné podmienky výkonu sesterskej profesie prinášajú pre sestry značnú psychickú záťaž a množstvo stresových situácií. Duševné zdravie sestier a pôrodných asistentiek je dôležitým predpokladom jeho pozitívneho osobnostného vplyvu na pacientov a predpokladom pre vytváranie vhodnej pracovnej klímy v liečebnom procese. Duševná vyrovnanosť sestier a pôrodných asistentiek je dôležitým predpokladom ich dobrej pracovnej výkonnosti a predpokladom ich životnej pohody a spokojnosti. Ich práca prináša množstvo situácií, ktoré vyžadujú dobré sebaovládanie, rýchle rozhodovanie, hodnotenie, riešenie problémových situácií i časté riešenie pracovných úloh a povinností v časovej tiesni. Profesia sestry a pôrodnej asistentky sa tým zaraďuje medzi profesie, v ktorých sa ľudia dostávajú častejšie do stavov psychického napätia a závažnejšej psychickej záťaže, čo zvyšuje pravdepodobnosť výskytu rôznych psychosomaticky podmienených zdravotných ťažkostí. Reakciou na túto vyššiu záťaž nervovej sústavy môžu byť aj zmeny v správaní, precitlivosť či podráždenosť, strata životnej pohody, niekedy až bezmocnosť, beznádej, strata životnej energie (syndróm vyhorenia). Z týchto dôvodov je veľmi dôležité venovať sa antistresovým programom a to už vo výučbe študentov ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie.

Kľúčové slova: Spontánna kresba. Relaxácia. Stres. Syndróm vyhorenia.

Summary

Of the relaxation term was originally meant in physiology and relaxation of muscle fibers. In today's psychology, the notion of relaxation means mental and physical relaxation. The current conditions of nursing profession for nurses bring a considerable amount of mental load and stress situations. Mental health nurses and midwives is an important prerequisite for its positive impact on patient personality and a prerequisite for creating a suitable working climate in the treatment process. Mental balance of nurses and midwives is an important precondition for their efficiency and good working condition and welfare of their life satisfaction. Their work raises a number of situations that require good self-control, fast decision making, evaluation, problem solving situations and addressing common job tasks and responsibilities in a hurry. The profession of nurse and midwife it ranks among the professions in which people get more into the mental states of stress and severe psychological stress, which increases the likelihood of various contingencies psychosomatic health problems. In response to this higher burden of the nervous system may also be changes in behavior, hypersensitivity or irritability, loss of life comfort, sometimes helplessness, hopelessness, loss of life energy (burnout). For these reasons, it is very important to address the anti-stress program and is already in teaching students of nursing and midwifery.

Key words: Spontaneous drawing. Relaxation. Stress. Burnout.

Úvod

Slovo stres pochádza z angličtiny a keby sme ho chceli preložiť, znamená niečo ako tlak, záťaž, napätie. Pod pojmom stres rozumieme záťaž pochádzajúcu z vonkajšieho a vnútorného prostredia, ktorá narúša rovnováhu organizmu s prostredím a uvádza ho do akútneho alebo chronického napätia (Křivohlavý, 2002). Pojem relaxácia vznikol pôvodne vo fyziológii a znamenal uvoľnenie svalových vlákien. V dnešnej psychológii rozumíme pod pojmom relaxácia psychické a fyzické uvoľnenie. Relaxácia spolu so správnym dýchaním patrí k najúčinnjším spôsobom neutralizácie negatívnych účinkov stresu. V stave relaxácie dochádza k veľkému množstvu telesných zmien. Tieto zmeny svojim charakterom predstavujú protipól telesných zmien, ktoré vyvolávajú stres a v odbornej literatúre ich označujeme ako relaxačná odpoveď (Birkenbihlová, 1996).

Relaxácia je teda komplexná protistresová reakcia, psychofyziologický stav intenzívnej regenerácie organizmu, v ktorom dochádza k posilneniu imunitného systému, spomaleniu látkovej výmeny a hĺbkovej regenerácii buniek nervového systému (Křivohlavý, 2002). Relaxácia napomáha aj sebaopoznaniu, adekvátnej sebareflexii a môže vystupovať aj ako významný prostriedok nášho osobnostného rastu, smerovaniu k zrelosti osobnosti. Patrí sem napr. Jacobsonova progresívna relaxácia, ktorá je založená na striedaní napätia a relaxácie v určitých svalových skupinách, čo eliminuje pocit napätia. Keď

sa človek naučí identifikovať pocit napätia, učí sa relaxovať (Levine, Frederiková, 2001).

Vo všeobecnosti pod pojmom relaxácia si zrejme každý z nás predstavuje akúsi formu odpočinku. Avšak predstavy o nej sú rozdielne – od polihovania po výdatnom jedle až po príjemné pocity v saune, pri vodnom alebo slnečnom kúpeli, cez namáhavú prácu v záhrade alebo turistiku. Najbližšie k presnej predstave o relaxácii majú tí, ktorí ju chápu ako určitú cieľavedomú činnosť zameranú tak na uvoľnenie svalov, ako aj psychiky (Nešpor, 1998).

Podľa Nešpora (1998) si relaxačné techniky vyžadujú určitý čas na ich osvojenie, ako napríklad *Schultzov autogénny tréning* alebo *Jacobsonova progresívna relaxácia*. No nájdú sa aj iné, jednoduchšie relaxačné techniky, ako napr. spontánna kresba. Táto relaxačná metóda je zameraná na objavovanie skrytých tvorivých schopností, prináša nové podoby relaxácie, uľahčuje komunikáciu a vedie k hlbšiemu vnímaniu životných hodnôt.

Metódu spontánneho kreslenia sme vyskúšali vo výučbe študentov na Katedre ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie na Fakulte zdravotníckych štúdií Plzeňskej univerzity v rámci predmetu komunikácia v ošetrovateľstve. Cieľom bolo zapojiť študentov do nových postupov a techník, ktoré pomôžu študentom fyzicky a psychicky zrelaxovať, sprostredkovať im zážitkové učenie touto metódou a zároveň objavovať svoje

tvorivé schopnosti pomocou kresby. Do techník boli zaradené aj informácie o význame vplyvu farieb, ktoré majú v liečebnom procese nezastupiteľné miesto.

Význam komunikačnej techniky

Spontánne kreslenie radíme medzi komunikačné techniky, ktoré nás môžu očistiť od rôznych negatívnych sídiacich vo vnútri nás. Pri prevádzaní tejto techniky je dôležité rešpektovať voľnosť autora a nechať priestor jeho tvorivosti. V tomto začiatočnom štádiu vyrovnávania duševnej a fyzickej stránky môže autor dokonca prežívať aj pocit radosti a šťastia z vlastnej kresby.

Počas života prijímame rôzne podnety, ktoré nás aj ovplyvňujú. Niekedy sme viac pasívnymi prijímateľmi rôznych výdobytkov modernej techniky, ako aktívnymi tvorcami niečoho, čo zároveň tvorí vnútornú radosť každého z nás a podporuje aj naše zdravie. Komunikačná technika spontánneho kreslenia nám ponúka určitú formu relaxácie a zároveň otvára cestu sebapoznania a sebarealizácie bez ohľadu na svoje mentálne a tvorivé schopnosti. Prepojením s farbami dostáva táto metóda iný význam, pretože sa tu spája racionálna a emocionálna zložka, čo vedie maľujúceho k harmonickej jednote vo vnútri jeho osobnosti. Harmonizujúci účinok to má nielen na jednotlivca, ale aj na socializáciu celých skupín. Ak sa chce niekto pokúsiť o automatické, alebo spontánne kreslenie, mal by zabrániť vniknutiu nepotrebných myšlienok a domnienok, ktoré môžu ovplyvniť výsledok. Do práce by mala byť skôr zapojená pravá mozgová hemisféra, ktorá zodpovedá za emócie v tele človeka. Ľavú – racionálnu, rozumovú hemisféru by sme mali pomaličky uvoľňovať, zabúdať na logické zdôvodnenia príčin a následkov, ktoré sa dejú okolo nás. Z prevedenej spontánnej kresby potom vyžaruje kreslený objekt, čo umožňuje spätné pôsobenie na jednotlivca, ktorý si pozerá kresbu. Kresba môže spätné ovplyvniť aj jeho zdravotný stav (Hudáková, 2007).

Spontánna kresba slúži svojou formou k rozvoju osobnosti. Pomáha súčasne harmonizovať prípadné psychosomatické ťažkosti a jej využívanie v bežnom živote môže viesť k novým návykom, ktoré prinášajú prirodzene zlepšenie orientácie v rôznych situáciách, ktoré na človeka kladú určitú záťaž. Svoje praktické skúsenosti s touto technikou prezentuje autorka vo viacerých oblastiach vo svojej knihe (Suttnerová, 2006).

Technika spontánneho kreslenia pomáha lepšie zvládať stres v práci sestier a pôrodných asistentiek. Stres v práci sestier a pôrodných asistentiek spôsobujú rôzne činitele. Môžu to byť **fyzické, chemické a fyzikálne činitele** (statické zaťaženie – operačné sály, asistencia pri lôžku), **dynamické** (presuny medzi oddeleniami), zaťažovanie chrbtice, svalového a kostrového systému, vysoké riziko infekcie, narušenie spánkového rytmu, nepravidelná strava, kontakt s liekmi, chemikáliami, dezinfekčnými prostriedkami a pod. Medzi ďalšie činitele patrí aj psychická záťaž – nutnosť neustálej pozornosti a sledovania stavu chorého, pružné reagovanie, rýchle rozhodovanie, vysoké pracovné tempo, improvizácia, vysoké nároky na pamäť, zodpovednosť (Křivohlavý, 1994). Sestra je často konfrontovaná s utrpením, bolesťou, smrťou, často pri zdravotníckych výkonoch pôsobí aj bolesť chorému a musí komunikovať s rodinou aj v prípade, že podáva „zlú“ správu. Práve kvôli týmto veľkým nárokom v práci sestier a pôrodných asistentiek je potrebné skúšať a zavádzať nové techniky, ktoré ich budú viac chrániť pred vznikom syndrómu vyhorania

Záver

Po vyskúšaní komunikačnej techniky prostredníctvom spontánnej kresby boli študenti veľmi spokojní. Prejavili záujem viac sa zoznámiť s touto technikou. Bola dobrou relaxáciou nielen v ich učebnom procese, ale prejavili záujem vyskúšať ju aj pri zamestnávaní chorých na oddeleniach, najmä detí. Technika je vhodná aj pre pacientov, ktorí sú na oddeleniach dlhodobo chorých, samozrejme s ohľadom na ich celkový zdravotný stav. Tvorbu študentov na hodine komunikácie prikladáme malou fotodokumentáciou.

Záverom možno povedať, že kresba, ktorú človek vytvorí, je obrazom vyjadrenia jeho videnia, jeho prežívania, jeho schopností. V súvislosti s použitím farieb dostáva dielo iný význam. Nemusíme byť odborníkmi a znalcami v oblasti výtvarného umenia, aby sme pocítili účinok jednotlivých obrazov (Davido, 2001). Sú všade okolo nás a aj keď ich odborné nehodnotíme, predsa vieme, že majú na nás účinok. Vieme, či je pre nás obraz na ktorý sa pozeráme príjemný, alebo nepríjemný. Podľa jeho účinku mu úmerne venujeme svoju pozornosť. Niektoré nás oslovia, niektoré nie. Preto stačí len vyskúšať, ako sa dokážeme zrelaxovať pri tejto komunikačnej technike. A doprajme ju aj chorým v starostlivosti o nich bez toho, aby sme ju odborné hodnotili. Je naozaj len formou relaxácie, ktorú chorí radi prijímu. V budúcnosti môžeme zvládať stres a preťaženie organizmu aj pomocou spontánnej kresby. Záleží len na nás, aké metódy si vyberieme na to, aby sme sa mali radi a boli schopní pomáhať aj tým ostatným.

Literatúra

1. Birkenbihlová, V. *Pozitívny stres: Radostné stresem*. Praha: Ivo Železný, 1996. 152 s. ISBN 80-237-2836-9.
2. Davido, R. *Kresba jako nástroj poznání dítěte*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 208 s. ISBN 978-80-7367-415-1.
3. Hudáková, Z. *Komunikácia a spontánne tvorenie študentov vo výuke bakalárov ošetrovateľstva*. In *Sborník Vliv mezinárodního ošetrovatelství na současnou ošetrovatelskou teorii a praxi : II. Příbramské ošetrovatelské dny*. Ed. V. Tóthová, M. Kilíková, D. Kalátová, M. Trešlová. Příbram: SZŠ a VOŠ zdravotnícká, 2007. 275 s. ISBN 978-80-239-8943-4, s. 274-275.
4. Křivohlavý, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha : Grada. 190 s. 1994. ISBN 80-7169-121-6.
5. Křivohlavý, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
6. Levine, P., Frederiková, A. *Prebúdzanie tigra. Liečenie traumy*. Humenné: Pro Familia, 2001. ISBN 80-967964-3-7.
7. Nešpor, K.: *Uvolněně a s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka*, 1. vyd. Praha: Grada. 1998. 96 s. ISBN 80-7169-652-8.
8. Suttnerová, E. *Automatická kresba ARTRELAX*. Vydavatel Nava, Plzeň, 2006. ISBN: 80 7211-225-2

Prilohy: obrázky študentov, ktoré vznikli na spomínaných hodinách komunikácie



Recenzenti:

doc. PhDr. Helena KUBEROVÁ, PhD.

PhDr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD.

Kontakt:

PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD.

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

Celoslovenské kolo študentskej vedecko-odbornej činnosti (ŠVOČ) na Katolíckej univerzite - Fakulte zdravotníctva v Ružomberku

Redakcia

Súčasťou komplexného vzdelávania obyvateľstva je vysokoškolské vzdelávanie a štúdium. Existuje úzka väzba medzi vzdelávaním a vedou. Veda a výskum sú východiskami a zdrojom ďalšieho vzdelávania. Ovplyvňujú vzdelávací proces, čo je základným predpokladom vysoko erudovanej vysokoškolskej prípravy študentov. Túto problematiku treba zdôrazňovať už u študentov, ktorí sa môžu zapojiť do riešenia niektorých odborných problémov v rámci ŠVOČ.

ŠVOČ je dobrovoľná nadstavbová aktivita študentov, ktorá im umožňuje sa zapojiť do vedecko-výskumnej činnosti počas štúdia. Je určená študentom, ktorí majú o vedeckú prácu záujem. Nie je súčasťou vyučovacieho procesu, ale nadväzuje na vyučovací a pedagogický proces. Študenti sa majú v rámci tejto činnosti naučiť pracovať s literatúrou a pod dohľadom školiteľa majú vypracovať plán k zabezpečeniu určeného výskumného cieľa, metodické prístupy a postupy, plán vlastnej realizácie výskumnej úlohy (experiment, sledovanie súborov, vypracovanie štandardov atď.). Majú stanoviť očakávané výstupy, návrhy opatrení. Svoje výsledky študenti potom obhajujú na vedeckej konferencii venovanej problematike ŠVOČ.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku usporiadala 18. mája 2010 celoslovenské kolo ŠVOČ zdravotníckych fakúlt. Zúčastnilo sa 22 študentov zo siedmich slovenských univerzít, aby na akademickej pôde Katolíckej univerzity v Ružomberku prezentovali výsledky svojej vedeckej činnosti, a to v dvoch sekciách, v oblasti „ošetrovateľstva“ a „pôrodnej asistencie“. Účastníkov podujatia privítal dekan Fakulty zdravotníctva v Ružomberku prof. MUDr. Anton Lacko, CSc., ktorý v príhovore vyzdvihol význam takéhoto vedecko-odborného podujatia.

Na vedeckej konferencii sa zúčastnili študenti z Jesseniovej lekárskej fakulty v Martine, Fakulty zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, Fakulty sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity K. Filozofa v Nitre, Fakulty zdravotníctva Trenčianskej univerzity A. Dubčeka v Trenčíne, Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave, Fakulty

zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove a Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku.

Úlohou dvoch päťčlenných komisií, ktoré boli zostavené z popredných pedagógov jednotlivých univerzít, bolo objektívne posúdiť vystúpenie prednášateľov a vedecko-odbornú úroveň prezentovaných prác.

V sekcii „Ošetrovateľstvo“ komisia vyhodnotila práce v nasledovnom poradí:

1. miesto získala Andrea Cádriková, študentka z JLF v Martine,
2. miesto získala Eva Patúcová, študentka z Fakulty zdravotníctva UKF v Nitre,
3. miesto získala Tatiana Jakubcová, študentka z JLF v Martine.

V sekcii „Pôrodná asistencia“ komisia vyhodnotila práce v nasledovnom poradí:

1. miesto získala Paulína Struhárová, študentka z JLF v Martine,
2. miesto získali Dagmar Homolová a Katarína Hrušíková, študentky z Fakulty zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku,
3. miesto získala Zuzana Zamišková z Fakulty zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove.

Víťazné autorky boli odmenené malými darčekom a diplomom. Ostatní súťažiaci študenti dostali čestné uznanie a tiež malé pozornosti Fakulty zdravotníctva v Ružomberku za účasť v celoslovenskom kole súťaže o najlepšiu vedeckú a odbornú prácu študentov.

Na záver členovia komisií konštatovali, že celoslovenské kolo o najlepšiu prácu ŠVOČ bolo na vysokej odbornej úrovni a to ako po stránke prezentovaných prác, tak aj po organizačnej stránke. Zároveň navrhli, že ďalšie ročníky celoslovenského kola ŠVOČ sa budú postupne organizovať na jednotlivých univerzitách Slovenska.



Foto: -js-

Informácia z priebehu medzinárodnej konferencie „Bioetika a pastoračná starostlivosť o nemocných“

Vladimír Littva

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

Milí čitatelia,

Katedra verejného zdravotníctva Fakulty zdravotníctva KU usporiadala dňa 5. mája 2010 pri príležitosti osláv 10. výročia založenia Katolíckej univerzity v Ružomberku medzinárodnú konferenciu na tému: „Bioetika a pastoračná starostlivosť o nemocných“. Téma konferencie bola zvolená vzhľadom na špecifickosť postavenia tak Katolíckej univerzity, ako aj Fakulty zdravotníctva v rámci slovenského vysokého školstva. Zameranie konferencie je v súlade s poslaním Katolíckej univerzity - usilovať sa o pravdu a šíriť ju ďalej kvôli samotnej podstate Pravdy, lebo podľa Ex corde Ecclesiae: „Čťou a zodpovednosťou katolíckej univerzity je venovať sa bez výhrad veciam pravdy. To je jej vlastný spôsob ako slúži dôstojnosti človeka a súčasne poslaniu Cirkvi.

V súčasnej dobe nadobúda postavenie bioetiky v zdravotníckom prístupe jednotlivých pracovníkov oveľa väčšiu dôležitosť ako kedykoľvek predtým. Zahŕňa tak usporiadanie vzťahov medzi zdravotníckym personálom a pacientom, ktoré si vyžaduje mimoriadnu pozornosť a námahu, ako aj poukázanie na možné dôsledky nesprávneho prístupu v otázkach zdravia a jeho prezentovania. Okrem toho bioetika zohráva čoraz dôležitejšiu úlohu pri usmerňovaní biovýskumu. Hľadá istejší a bezpečnejší spôsob aplikácie nových poznatkov tak, aby sa rešpektovali práva a dôstojnosť všetkých zainteresovaných osôb.

Podobne aj komplexná starostlivosť o pacienta – holistický prístup, nie je možný, ak sa vynechá taká dôležitá oblasť starostlivosti, akou je pastoračná starostlivosť o uspokojenie spirituálnych potrieb pacienta.

Na konferencii sa zúčastnili pozvaní hostia z viacerých krajín.

Pierre-Olivier Arduin - z Katolíckej univerzity v Lyone vo Francúzsku, ktorý je riaditeľom bioetickej komisie pre diecézu Fréjus-Toulon sa vo svojom príspevku zaoberal problematikou tíšenia bolesti v terminálnych štádiách a dvojítm efektom.

Grzegorz Hołub z Pápežskej Pontifikálnej Univerzity v Krakove rozobral vo svojom príspevku niektoré aspekty umelého oplodnenia v skúmavke.

David Bradley Sweet z Kanady sa venoval bioetike a pastoračnej starostlivosti v rámci diverzifikácie zdravotníckych praktík v Kanade.

Eva Zacharová z Ostravskej univerzity sústredila pozornosť na dodržiavanie etických aspektov v komunikácii z hľadiska ošetrovateľskej praxe.

Okrem nich na konferencii vystúpili aj hostia zo slovenských univerzít: Darina Brukkerová zo Slovenskej Zdravotníckej Univerzity v Bratislave sa zaoberala aspektmi kvality a etiky výskumu, Danka Valková z Univerzity Komenského v Bratislave poukázala na bioetické aspekty personalizovanej medicíny a Eva Grey z Vysokiej Školy Zdravotníctva a Sociálnej Práce sv. Alžbety v Bratislave rozobrala etické a medicínske alternatívy použitia embryonálnych kmeňových buniek. Z domovskej organizácie – Katolíckej univerzity v Ružomberku predniesli príspevky: Vladimír Littva sa sústredil na rezignáciu a úlohu náboženstva v liečebnom procese, Soňa Hlinková analyzovala kresťanské chápanie zdravia a Anton Lisník sa zaoberal sociálno-ekonomickou situáciou chorého človeka ako bioetickým fenoménom súčasnej spoločnosti.

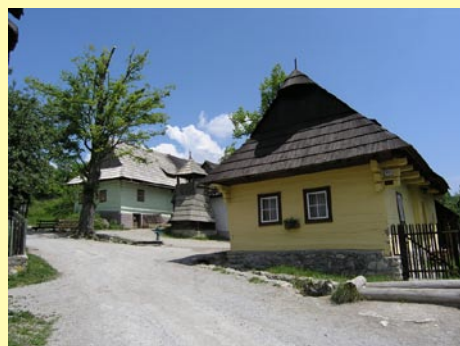
Verím, že to nebola ojedinelá konferencia, a že v nasledujúcich rokoch na ňu nadviažu podobné podujatia s tak vysoko erudovanými prednáškami.



Foto: -js-



KRÁSA LIPTOVA-VLKOLÍNEC





ISSN 1337-723X

