Ružomberské zdravotnícke dni 2016

XI. ročník

Publikácia vyšla s podporou Katolíckej univerzity v Ružomberku,
Fakulty zdravotníctva, Ústrednou vojenskou nemocnicou SNP-FN v Ružomberku,
Vysokou školou polytechnickou v Jihlavě-katedrou zdravotnických studií,
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział lekarski i nauk o zdrowiu

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

Vedeckí garanti medzinárodnej konferencie

prof. Dr. Tetiana GRUZIEVA, PhD. (Ukrajina)
prof. MUDr. Anton LACKO, CSc. (Slovensko)
prof. Dr. Inga MILLERE, PhD. (Lotyšsko)
prof. Dr. Signe TOMSONE, PhD. (Lotyšsko)
prof. Dr. Ludvik TOPLAK, PhD. (Slovinsko)
doc. MUDr. Jozef DOMENIK, PhD., MPH. (Slovensko)
doc. PhDr. Beáta FRČOVÁ, PhD. (Slovensko)
doc. PhDr. Zuzana HUDÁKOVÁ, PhD. (Slovensko)
doc. Ing. Margaréta KAČMARIKOVÁ, PhD. (Slovensko)
doc. PhDr. Mgr. Helena KADUČÁKOVÁ, PhD. (Slovensko)
doc. PhDr. Mária KOPÁČIKOVÁ, PhD. (Slovensko)
doc. Dr. Sebastian KRISTOVIČ, PhD. (Slovinsko)
doc. MUDr. Ján LEPEJ, CSc. (Slovensko)
doc. MUDr. Milan MINARIK, PhD. (Slovensko)
doc. MUDr. Robert RUSNÁK, PhD. (Slovensko)
doc. Dr. Jan Antoni RUTOWSKI, Ph.D. (Poľsko)
doc. PhDr. PaedDr. Viera SIMOČKOVÁ, PhD. (Slovensko)
doc. MUDr. Ivan SOLOVIČ, CSc. (Slovensko)
doc. RNDr. Jaroslav TIMKO, PhD. (Slovensko)
PhDr. Vlasta DVOŘÁKOVÁ, PhD. (Česká republika)
RNDr. Soňa HLINKOVÁ, PhD. (Slovensko)
dr n. hum. Halina KRÓL (Poľsko)
PhDr. Pavla KUDLOVÁ, PhD. (Česká republika)
PhDr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD. (Slovensko)
PhDr. Eva MORAUČÍKOVÁ, PhD. (Slovensko)
MUDr. Jaromír TUPÝ, PhD. (Slovensko)
PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD. (Slovensko)
Ing. Mgr. Imrich ANDRÁSI (Slovensko)

Ružomberské zdravotnícke dni 2016 – XI. ročník

Zborník z medzinárodnej konferencie

doc. PhDr. Vladimír Littva, PhD. MPH., MUDr. Jaromír Tupý, PhD.
RNDr. Soňa Hlinková,PhD., PhDr. Eva Moraučíková, PhD.

VERBUM

Ružomberok 2016

© VERBUM – vydavateľstvo KU

Zostavovateľ

doc. PhDr. Vladimír Littva, PhD. MPH., MUDr. Jaromír Tupý, PhD.
RNDr. Soňa Hlinková,PhD., PhDr. Eva Moraučíková, PhD.

Redakčná rada

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

Recenzenti

doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.
doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
doc. MUDr. Róbert Rusnák, PhD., MPH.
PhDr. Marek Šichman, PhD.

Sadzba
Ing. Ján Svorad

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

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

ISBN 978-80-561-0402-6

OBSAH

Relacja terapeutyczna – paternalizm czy partnerstwo 7
Kvalita a bezpečná péče ve zdravotnických zařízeních z pohledu manažera 16
Hemostaza i zaburzenia hemostazy, przygotowanie pacjenta do badania układu hemostazy i zasady pobierania materiału do tych badań laboratoryjnych 23
Fyzioterapeutické možnosti využitia metódy cantienica pri liečbe inkontinencie moču.....34
Poruchy príjmu potravy na psychogénnom základe u študentov 41
Ergonomická analýza v podniku na prenájom a servis mobilných žeriavov 50
Stan wiedzy młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi.....60
Wpływ przedsiębiorstw społecznych na wsparcie systemu rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych w polsce 74
Wzmocnienie systemu immunologicznego dla prawidłowego funkcjonowania organizmu .87
Efekty masażu bańką chińską w terapii dolegliwości bólowych kręgosłupa 96
Preventívne programy zamerané na komunitu - prostitúcia 108
Preventívne programy pre deti na Slovensku 117
Adenovírusy ako príčina exantému u detí (kazuistika).....125
Dýchanie pri bronchiálnej astme.....131
Stres a možnosti rehabilitácie mysle.....140
Využití standardizovaných škál pro hodnocení výživy u seniorů v sociálním zařízení 145
Wiedza kobiet po 40 roku życia na temat profilaktyki osteoporozy 153
Problem agresji wśród młodzieży 169
How to calculate the sample size for randomized controlled trials 180
Więzi społeczne w codziennym funkcjonowaniu osób starszych 187
Wiedza i postawy rodziców wobec szczepień wykonywanych w pierwszym miesiącu życia dziecka 197
Riziko pádu seniorov v domácom prostredí 211
Samodzielność zawodowa pielęgniarek w teorii i praktyce 220
Laboratórna diagnostika chronickej lymfocytovej leukémie.....229
Kurz péče o rodiče po perinatální ztrátě a jeho evaluace.....236
Hodnotenie postúry u detí v predškolskom veku.....244
Paliatívna starostlivosť verzus syndróm vyhorenia u sestier 253
Tuberkulóza ako jedna z ťažiskových problematík Slovenského predsedníctva rady EÚ ..260
Wiedza studentów fizjoterapii na temat roli żywienia w wybranych chorobach cywilizacyjnych 268
Dom pomocy społecznej - specyfika pracy pielęgniarki 276

Wpływ zachowań zdrowotnych pacjentów hospitalizowanych z powodu nadciśnienia tętniczego na jakość życia 288
Lidská důstojnost v endourologii 299
Hodnotenie stavu výživy u onkologicky chorých 307
Náhrady krčných medzistavcových platničiek a pohybový režim po operácii 318
Agresja pacjentów w stosunku do pielęgniarek 320
Drúzy papily zrakového nervu ako príčina náhlej poruchy videnia 322
Wiedza i postawy rodziców wobec stosowania „metody kangura" w opiece nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym 324
Antagonisti vitamínu k v konvenčnej perorálnej antikoagulačnej liečbe 339
Diferenciálna diagnostika gestačných trombocytopénií 352
Účinnosť a bezpečnosť liečby nízkomolekulárnymi heparínmi 374
Chronická hepatitída C na Slovensku 387
Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych 390
Kardiopulmonálnu resuscitáciu neovplyvňuje len čas jej poskytovania, ale najmä správne naučené a prevádzané resuscitačné techniky 397
Príčiny nehodovosti vozdidiel záchrannej zdravotnej služby 400
Wiedza personelu pielęgniarskiego na temat postępowania w wadach rozszczepowych części twarzowej czaszki w okresie noworodkowym i niemowlęcym 402
Funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym sensorycznie 421

Register autorov 432

RELACJA TERAPEUTYCZNA – PATERNALIZM CZY PARTNERSTWO

Therapeutic Relationship - Paternalism and Partnership

Jadwiga Bednarek

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Na przełomie XIX i XX w. powstała teoria, że zdrowie nie jest uwarunkowane wyłącznie stanem biochemicznym, ale zależy również od czynników psychicznych. Holistyczne podejście do zdrowia i podkreślenie osobowej godności człowieka wymaga zmiany relacji w odniesieniu do pacjenta. Celem artykułu jest refleksja nad obecnością modelu paternalistycznego i partnerskiego w relacjach terapeutycznych. Wywodzący się z kartezjańskiego dualizmu paternalizm jest relacją pionową. Relacją, w której pacjent postrzegany wyłącznie przez pryzmat choroby zostaje uprzedmiotowiony. Podkreślanie osobowej godności człowieka oraz jego autonomii, wpłynęło na upodmiotowienie pacjenta. Jego współudział w podejmowaniu decyzji w odniesieniu do własnego zdrowia wprowadził w etykę lekarską partnerski model relacji. Personalistyczne podejście do pacjenta zakłada jego świadome uczestnictwo w procesie terapeutycznym. Współdziałanie pacjenta z zespołem terapeutycznym, zwiększa możliwość efektywnego leczenia. Bez dokładnego zrozumienia potrzeb chorego człowieka w ujęciu holistycznym trudno jest ustalić kryteria słusznego postępowania.

Słowa kluczowe: Pacjent. Relacja. Paternalizm. Partnerstwo.

Abstract

At the turn of the 19th and the 20th century there was the theory that health is not only subject to state of biochemical, but also depends on the mental factors. A holistic approach to health and to emphasize the person`s human dignity needs to be amended in relation to the patient. The aim of the article is a reflection on the presence of the paternalistic model and partner relationships. Coming from Cartesian dualism, paternalism is vertical relation. A relationship in which the patient is seen only through the prism of the disease is depersonalized. Highlighting the partnership of human dignity and autonomy personalized the patient. His participation in decision-making with respect to one's own health has introduced model of partnership relation into medical ethics. Personalized approach to the patient assumes his conscious participation in the therapeutic process. The interaction of the patient with therapeutic team increases the possibility of effective treatment, but without a thorough

understanding of the needs of the patient in a holistic approach, it is difficult to determine the criteria for a fair investigation.

Key words: Patient. Relationship. Paternalism. Partnership.

„bogatym nie jest ten, kto posiada, ale ten, kto zdolny jest dawać”
Jan Paweł II (RD 5)

Obserwacje naukowe dotyczące wzajemnego oddziaływania na siebie psychicznego i biologicznego wymiaru człowieka przyczyniły się do sformułowania holistycznej definicji zdrowia. W 1946 roku na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia, w preambule konstytucyjnej WHO, zatwierdzono definicję zdrowia jako pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko braku choroby czy ułomności. Zdrowie w ujęciu holistycznym wychodzi zatem poza płaszczyznę biomedyczną przyjmując tym samym charakter wieloaspektowy. Wraz ze zmianą podejścia do zdrowia zmieniają się również relacje zarówno w odniesieniu do pacjenta jak też relacje panujące w zespole terapeutycznym. Umiejętność nawiązania relacji osobowej staje się jednym z najistotniejszych elementów w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Celem artykułu jest refleksja nad obecnością modelu partnerskiego i paternalistycznego w relacji medycyna – pacjent.

Stosunek medycyny do pacjenta łączy się z ingerencją w jego organizm celem usunięcia, czy też zminimalizowania skutków choroby. Podstawą tego odniesienia jest umiejętność porozumiewania się z chorym w celu zrozumienia istoty jego problemu i związanych z nim oczekiwań. Medycyna jako dziedzina nauki, w której rozstrzygnięcia dotyczą zdrowia bądź życia człowieka domaga się postępowania opartego na zasadach moralnych i etycznych. „Corpus Hipocraticum” zobowiązuje lekarza do rzetelnego wykonywania swoich obowiązków oraz stawiania dobra pacjenta na najwyższym miejscu, jak również chronienia jego życia od poczęcia aż do naturalnej śmierci. Do najstarszych w dziejach ludzkości, powstających na przestrzeni wieków, należą zasady etyki zawodowej lekarza. Ich fundamentalnym dokumentem jest Kodeks Hipokratesa z IV wieku p.n.e. oraz Kodeks Majmonidesa z XII wieku. Aż do XX wieku, kiedy to utworzono kolejne deklaracje etyczne, były one jedynymi dokumentami traktującymi o zasadach etycznych tego zawodu [1]. Począwszy od Zbioru Zasad Deontologii Lekarskiej z 1935 roku, poprzez liczne deklaracje (Genewska-1948r., Helsińska-1964r., Tokijska-1975r., Lizbońska-1981r.) powstające podczas światowych spotkań Stowarzyszeń Lekarskich, aż do Kodeksu Etyki Lekarskiej przyjętego w 1991r. każdy z tych dokumentów starał się na bieżąco odpowiadać na powstające dylematy

moralne i etyczne, które pojawiały się wraz z rozwojem medycyny (eksperymenty, transplantacje).

Pod koniec XX wieku w różnych obszarach nauki opracowano liczne modele relacji terapeutycznych. Psychologia ukazuje w relacjach osobowych znaczenie ludzkiej twarzy i kontaktu dotykowego, który współtworzy relację pomiędzy personelem medycznym a pacjentem [2,3]. Socjologia medycyny wyróżnia trzy modele relacji. Pierwszy z nich opiera się na biernej postawie pacjenta i czynnej lekarza, który występuje w przypadkach ostrych, kiedy pacjent jest niezdolny do reagowania. Drugi stanowi relację partnerską, gdzie pacjent ma prawo do współdecydowania z lekarzem o podjęciu konkretnych działań leczniczych, oparty jest on na współpracy, w której lekarz pełni rolę kierowniczą (np. udzielanie pomocy ambulatoryjnej). W trzecim modelu relacja realizuje się we współuczestnictwie. Lekarz pełni rolę pomocnika lub konsultanta, który umożliwia pacjentowi samodzielne decydowanie o sposobie postępowania w jego chorobie [4]. W naukach bioetycznych wyróżniane są cztery modele relacji. Legalistyczny gdzie relacja tocząca się na poziomie świadczeniodawca-klient jest wynikiem komercjalizacji usług medycznych. Pacjent i lekarz stają „po dwóch stronach lady", a ich wspólny cel przestaje być wspólny, bo najważniejsza staje się ekonomia. Lekarz, który podejmuje ostateczną decyzję w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym niejednokrotnie ulega presji względów ekonomicznych. Ekonomiczny, w którym pacjent jest konsumentem, a lekarz sprzedawcą usług medycznych informującym, co ma do zaoferowania. Negocjacyjny polegający na współdecydowaniu co jest dobre, a co złe, co jest wartością zarówno w obszarze zdrowia, jak i w obszarze moralnym. Religijny prezentujący relację lekarz-pacjent, jako swego rodzaju przyrzeczenie, zobowiązanie moralne i religijne. Ewolucja w inżynierii medycznej stwarza możliwość wykorzystania nowych urządzeń w diagnostyce i leczeniu. Nadal jednak najistotniejszym elementem w procesie diagnostyczno - terapeutycznym pozostaje umiejętność nawiązywania relacji z pacjentem. W odniesieniu tym uczestniczą osoby, które różni pozycja egzystencjalna, ale łączy wspólny problem, jakim jest zdrowie i życie pacjenta. Ta międzyosobowa relacja wyklucza instrumentalne traktowanie osoby ludzkiej oraz wymaga zachowania wolności w realizacji terapii. Personalistyczne odniesienie wymaga także równego traktowania pacjentów, bez względu na ich status społeczny [5].

Relacja paternalistyczna, wywodząca się z kartezjańskiego dualizmu nie jest relacją osobową. Pacjent postrzegany jest poprzez pryzmat choroby (rzeczy) stając się tym samym przedmiotem na płaszczyźnie relacji terapeutycznej. Z kolei lekarz jawi się jako osoba posiadająca niepodważalny autorytet w sprawach zdrowia i choroby, której chory wierzy bezgranicznie. Model ten oparty na pionowej relacji nawiązuje do postawy lekarza jako surowego, wymagającego ojca wobec pacjenta - dziecka, które nie do końca jest świadome zagrożenia. Paternalizm nacechowany jest władczym podejściem do pacjenta, w wyniku

którego to lekarz wie najlepiej, co jest dobre i sam decyduje o tym, jakie leczenie jest najlepsze. Troska o dobro nie uwzględnia jednak zdania i woli pacjenta, które w tym układzie są ograniczone lub całkowicie zniesione [6]. Na paternalistycznej relacji oparty jest Model Parsonsa, w którym lekarz ma pozycję dominującą, uwarunkowaną trzema zasadami: uniwersalizmem, emocjonalną obojętnością i specyfiką stanowiska. Jego działania oparte są na profesjonalizmie. To on autorytatywnie ustala i prowadzi terapię. Pacjent w tej relacji zachowuje bierność. Obie strony jednoczy nadrzędny cel, jakim jest odzyskanie zdrowia. Model ten rozwinęli T. S. Szasz i M. H. Hollender, którzy skoncentrowali się na aktywności. Zgodnie z ich teorią, relacja między lekarzem i pacjentem uzależniona jest od stanu chorego i od jego aktywnego uczestnictwa w procesie leczenia. Wyróżnili oni trzy rodzaje relacji lekarz-pacjent: aktywność – bierność występująca w przypadku pacjenta nieprzytomnego; kierowanie – współpraca, dotycząca świadomego, ale biernego pacjenta oraz współuczestnictwo, w której pacjent sam prowadzi leczenie, stosując się jednak do szczegółowych wskazań lekarza. Model ten w pewnych sytuacjach zdrowotnych dopuszcza partnerstwo i współdziałanie, ale nadal zakłada fachową dominację lekarza i podporządkowanie mu pacjenta. Paternalistyczną relację opartą na teorii konfliktu ukazują: Freidson, Nawarro i Waitzkin. Według nich, relacje pacjent - lekarz uwarunkowane są różnicami interesów, jakie prezentują te osoby oraz różnymi ich pozycjami w strukturze społecznej. Nieprawidłowość wynika z faktu, że lekarz kontroluje i odpowiada finansowo za dostęp do wszystkich świadczeń medycznych. W jego interesie leży również ograniczenie dostępności do wiedzy dla innych, w tym pacjenta [7]. Bliżej sprecyzowany model relacji paternalistycznych w kontekście autonomii pacjenta można znaleźć w literaturze bioetycznej, gdzie wyróżniony zostaje paternalizm umiarkowany i radykalny. Paternalizm umiarkowany dopuszcza ograniczenie autonomii pacjenta tylko wtedy, gdy jego działania skierowane przeciw własnemu życiu podjęte są w wyniku szoku czy depresji. Paternalizm radykalny pozwala powstrzymać szkodliwe działania pacjenta nawet wtedy, gdy zostały podjęte autonomicznie w sposób świadomy.

Medycyna holistyczna wymaga od pacjenta aktywnego podejścia do spraw swego leczenia, a tym samym rezygnacji z postawy bycia biernym w odbiorze świadczeń leczniczych. Dlatego też pod koniec XX wieku pojawiły się partnerskie modele relacji terapeutycznych uwzględniające autonomię lekarza i pacjenta. Zakładają one, że chory zna dobrze własny problem i potrafi sprecyzować swoje oczekiwania. Uznanie autonomii pacjenta jako dobra równie ważnego jak zdrowie spowodowało, że stał się on nie tylko podmiotem w ramach relacji terapeutycznej, ale również partnerem w decydowaniu o własnym zdrowiu. Personalistyczne podejście do pacjenta wpłynęło na zreformowanie zasad etyki lekarskiej oraz prawodawstwa medycznego. Powstały przepisy chroniące przed nadużyciami względem pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody na działania diagnostyczne i terapeutyczne [8]. Etyczne

zasady personalistycznego odniesienia do pacjenta zawiera Dekalog dla lekarzy prof. Aleksandra Skotnickiego:

1. Nie traktuj pacjenta z góry – on ma chorą wątrobę lub szpik, ale nie przestał być osobą.
2. Traktuj pacjenta jak gościa w domu. Zapytaj go o rodzinę, o pracę.
3. Nie okazuj zniecierpliwienia. Pokaż mu twoją wiarę w sukces terapeutyczny.
4. Spraw, aby pacjent poczuł, że jest w danej chwili dla ciebie najważniejszy.
5. Okazuj choremu szacunek. Niech twoja relacja z nim ma charakter partnerski.
6. Pamiętaj, że człowiek w chwili załamania zdrowia odczuwa lęk, niepewność jutra, spodziewa się najgorszego. Każdą decyzję należy z chorym uzgodnić i przekonać o jej słuszności.
7. Podchodząc do chorego, zostaw za sobą twoje kłopoty. Bądź odpowiedzialny za atmosferę w zespole lekarskim, życzliwość i wzajemny szacunek.
8. Pamiętaj, że lekarz powinien lubić swoich pacjentów i czuć się za nich odpowiedzialny
9. Przynoś nadzieję i stwarzaj szansę jej spełnienia. Uwzględniaj niepowtarzalną indywidualność i psychosomatyczną jedność pacjenta.
10. Nie oczekuj od pacjenta wdzięczności. Obdarowywanie chorych zdrowiem jest przywilejem, którego nie posiada żaden inny zawód [9].

Modele partnerskie związane są z rozwojem konsumeryzmu oraz promocji zdrowia. Konsumeryzm ujmuje pacjenta, jako konsumenta usług medycznych. Uwarunkowany jest rozwojem świadomości społeczeństwa z racji łatwiejszego obecnie dostępu do informacji. Chory ma potrzebę uczestniczenia w podejmowaniu decyzji, natomiast lekarz spełnia rolę profesjonalnego doradcy. Obie strony w tym wypadku mają świadomość własnej zależności. W modelu partnerskim opartym na promocji zdrowia profesjonalna opieka medyczna pełni rolę wspierającą. Obok funkcji terapeutycznych lekarz jest doradcą, ale nie ma władzy nad pacjentem [10]. Partnerska relacja terapeutyczna wymaga umiejętności nawiązania dobrej komunikacji międzyosobowej opartej na empatii i zaufaniu. Przeznaczenie dostatecznej ilości czasu na rozmowę, odpowiedni dobór słów, wybranie bezpiecznego miejsca, jak również stosowanie zachęt niewerbalnych, zachowanie i ubiór są elementami, które tworzą właściwą atmosferę dobrego porozumienia. Dla sprawnej komunikacji bardzo ważne jest opanowanie umiejętności właściwego sposobu prowadzenia rozmowy. Człowiek chory i cierpiący, to człowiek wyrażający własne uczucia, emocje, mający potrzeby, a zarazem wielka indywidualność, posiadająca różne oczekiwania wobec medycyny. Jako istota rozumna, samodzielna i samoodpowiedzialna jest równorzędnym partnerem w osobowej relacji z lekarzem. Zdolność do podejmowania niezależnych decyzji sprawia, że pacjent nie może stanowić przedmiotu paternalistycznego działania [11]. Empatia stanowi jeden z najważniejszych czynników kształtujących prawidłową relację osobową. Im wyższe są

umiejętności empatyczne, tym kontakt z pacjentem, przejawiający się zarówno w sferze werbalnej, jak i niewerbalnej, jest lepszy. Chory jest zawsze człowiekiem, który oczekuje zrozumienia, życzliwości, miłości, czyli „osobowego uczestnictwa w konkretnych sytuacjach" [12]. Zrozumienie cierpienia osoby chorej pozwala uniknąć schematów i rutyny w postępowaniu. Daje możliwość indywidualnego, niepowtarzalnego postrzegania problemów pacjenta w ujęciu holistycznym. Brak takiego zrozumienia ogranicza poznanie oczekiwań pacjenta, a tym samym utrudnia możliwość współdziałania w dążeniu do przywrócenia zdrowia [13]. Postępowaniem lekarza winno kierować powołanie i chęć niesienia profesjonalnej pomocy cierpiącemu człowiekowi. Realizacja tego zadania może okazać się trudna, jeżeli pacjent nie obdarzy go zaufaniem. Nieufność na płaszczyźnie pacjent-lekarz dominowała w epoce staropolskiej (V-XIIw.). W księgach medycyny arabskiej, powstała modlitwa, w której lekarz prosił: „udziel chorym zaufania do mnie i do mojej sztuki, ażeby słuchali moich przepisów i wskazań" [1]. Dzięki zaufaniu możliwe jest realizowanie właściwego i pełnego leczenia. W poczuciu bezpieczeństwa pacjent ze spokojem może podjąć współpracę w działaniach zmierzających do przywrócenia zdrowia. Dzięki niemu istnieje możliwość określenia całościowego dobra pacjenta, zarówno medycznego jak i osobistego. Zbudowanie zaufania pacjenta wymaga posiadania różnych przymiotów intelektualnych i moralnych, które Pellegrino ujął w swoisty katalog cnót wśród których wymienia: wierność i stałość w zaufaniu oraz w dotrzymywaniu obietnic, trzymanie w ryzach swoich korzyści, intelektualną uczciwość, współczucie i troskę oraz odwagę, sprawiedliwość i roztropność. Postępowanie wobec pacjenta, które będzie nacechowane dominacją takich dóbr jak pieniądz, władza czy prestiż będzie skutecznie niszczyło partnerską relację z pacjentem [5,6]. Współczesna medycyna dostrzega problem współpracy lekarza z pacjentem dotyczący dostosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich, wynikający poniekąd z ograniczonego zaufania. Pacjent, który akceptuje zalecenia lekarza jednocześnie nie wykonuje zaleceń, na które wyraził zgodę [14]. Być może wynika to z faktu, że coraz częściej w przypadku wystąpienia podejrzenia choroby głównym źródłem informacji na temat zaobserwowanych objawów staje się Internet [15]. Niewątpliwie wpływa on na kształtowanie relacji lekarz-pacjent i coraz częściej pojawia się jako trzeci równorzędny element tej relacji – lekarz-pacjent-Internet [16].

Intensywny rozwój technologii medycznej, kontraktowe rozliczanie procedur oraz rozbudowana dokumentacja sprawiają, że relacja terapeutyczna przybiera charakter modelu kartezjańskiego. Dynamika zmian w sferze intelektualnej nie pociąga za sobą rozwoju sfery uczuciowej. Lekarze doskonalą się w nabywaniu umiejętności posługiwania się najbardziej skomplikowanym sprzętem diagnostycznymi terapeutycznym niedostatecznie dbając o rozwój sfery emocjonalnej [17]. Badania wykazują, że w Polsce częściej niż w innych krajach Europy relacje lekarz-pacjent określane są jako paternalistyczne [10]. Wyznacznikiem oceny etycznych zachowań lekarza coraz częściej jest prawo karne i cywilne, a rzadziej kodeks

deontologii lekarskiej. Dla lekarza ważnym staje się osiągnięcie celu, jakim jest zdrowie i życie pacjenta, bez względu na model zastosowanej relacji. W takim wymiarze medycyny pacjent coraz częściej czuje się, jako przedmiot przynoszący dochód. Natomiast pacjenci oczekują osobowego postrzegania i uważają, że w relacji terapeutycznej model paternalistyczny nie powinien znajdować zastosowania [18]. Nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentem, dzięki któremu zaakceptuje on sposób leczenia i podejmie w nim udział, stanowi warunek uzyskania sukcesu terapeutycznego. Tymczasem większość badanych studentów UM w Gdańsku twierdziła, że słabo byli poinformowani o prawach pacjentów przed przystąpieniem do zajęć klinicznych, a w trakcie tychże zajęć zetknęli się z rażącym naruszeniem praw pacjenta przez lekarza [19].

Zarówno źródła historyczne, dotyczące tworzenia kodeksów etycznych w medycynie, jak też artykuły naukowe dotyczące relacji terapeutycznych odnoszą się głównie do zawodu lekarza, ponieważ pierwotnie to on odgrywał decydującą rolę w leczeniu. I choć żyjący w XIIw lekarz Majmonides, być może w trosce o wyłączność relacji z pacjentem, prosił Boga, by oddalił od łoża chorego „całą armię radzących krewnych i przemądrzałych pielęgniarek", którą definiował jako „lud straszny, który z próżności udaremnia najlepsze zamiary sztuki i twory" [1, s11], to na przestrzeni wieków profesja ta podzieliła się działalnością z innymi przedstawicielami zawodów medycznych, takich jak pielęgniarka, położna czy też ratownik medyczny. Pielęgniarstwo ewaluowało od filantropijnej opieki nad chorymi do profesjonalnego wykonywania tego zawodu i stanowi odrębną dziedzinę nauki we współczesnej medycynie. Pielęgniarka nie może zawężać opieki nad pacjentem do realizacji zleceń lekarskich, ale musi również widzieć w chorym człowieka z jego problemami w obszarze społecznym, psychicznym oraz duchowym. Podstawą samodzielności zawodowej pielęgniarek są uregulowania prawne, wiedza, profesjonalizm oraz doświadczenie. Bierne zachowania pielęgniarek dotyczące współdecydowania o przebiegu procesu pielęgnacyjno-leczniczego skutkują brakiem poczucia partnerstwa w zespole terapeutycznym i hamują proces ewaluacji zawodu [20]

Na płaszczyźnie relacji terapeutycznych były i będą występowały zarówno modele partnerskie jak i paternalistyczne. Z analizy publikowanych materiałów wynika, że bez dokładnego zrozumienia potrzeb chorego człowieka w ujęciu holistycznym trudno jest ustalić kryteria słusznego postępowania. Pomimo dostępności najnowszych technicznych rozwiązań czas przeznaczony dla pacjenta „kurczy się". Coraz rzadziej można spotkać lekarza czy pielęgniarkę przy łóżku chorego, a kontakt pozawerbalny należy do incydentalnych. Podjęta refleksja naukowa nie wyczerpuje w całości postawionego w temacie pracy zagadnienia. Jest jedynie przyczynkiem do obszerniejszych i bardziej wnikliwych badań z zakresu personalistycznego podejścia do problematyki chorych. Pacjent stanowi wyzwanie dla ludzi zdrowych, by nie przeszli obok niego obojętnie, lecz pochylili się nad nim w postawie miłosierdzia. Dotyczy to zwłaszcza powołanego do „służby zdrowiu i życiu" personelu

medycznego (lekarze, pielęgniarki, salowe). Pracownicy ochrony zdrowia nie powinni ulegać pokusie depersonalizacji i dehumanizacji, gdzie pacjent będzie traktowany przedmiotowo. Zgodnie z personalistycznym podejściem do pacjenta, chory człowiek ma być świadomym uczestnikiem procesu terapeutycznego. Jego współdziałanie z zespołem terapeutycznym, zwiększa możliwość efektywnego leczenia.

Piśmiennictwo

1. OSIŃSKA K. Dorobek etyczny medycyny. W: Refleksje nad etyką lekarską. Red: Osińska Krystyna. WAW. Warszawa 1990; 2-31.
2. DOLATA E. Twarz ludzka jako instrument budowania relacji interpersonalnych. Sztuka Leczenia 2003; 3-4: 139-147.
3. SIEMIŃSKA M. Dotyk jako czynnik współtworzący relację pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Sztuka Leczenia 2003; 1: 53-59.
4. SOKOŁOWSKA M. Socjologia medycyny. PZWL. Warszawa 1986.
5. BIESAGA T. Podmiotowość osobowa i moralna pacjenta. Med Prakt Psych 2009; 3: 112-114.
6. BIESAGA T. Autonomia pacjenta i autonomia lekarza a modele medycyny. http://www.klubanest.com.pl/wp-content/uploads/autonomia.pdf - 20.12.2015.
7. MIELNIK-BŁASZCZAK M, ZIOŁO A, KAWIAK-JAWOR E. Relacja lekarz – pacjent – od paternalizmu do partnerstwa. Zdrowie Publiczne 2011; 121(1): 95-98.
8. ŁABIENIEC P. Paternalizm w prawie i etyce zawodowej. Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna 2013; 2: 181-195.
9. SKOTNICKI A. Dekalog dla lekarzy. Puls Medycyny 2006; 5: 30-36.
10. OSTROWSKA A. Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie. W: W środku Europy. Wyniki europejskiego sondażu społecznego. Red: Domański Henryk i wsp. Wyd. IFiS PAN. Warszawa 2006; 185-200.
11. OGŁODEK E, MOŚ D, ARASZKIEWICZ A. Zasady kontaktu terapeutycznego lekarza z pacjentem. Zdrowie Publiczne 2009; 119(3): 331-334.
12. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan 1995; art. 39.
13. RATAJSKA A, KUBICA A. Co leży u podłoża złej współpracy lekarz-pacjent? Spojrzenie psychologa. Folia Cardiologica Excerpta 2010; 5(2): 78-83.
14. SZULC R. Zagrożenie relacji lekarz-pacjent we współczesnej praktyce medycznej. Med Prakt Chirurgia 2010; 1: 51-55.
15. SZYMCZYK D, GRELA M, HOROCH A, SMOLEŃ A. Wiarygodność Internetu jako źródła informacji o chorobie w ocenie studentów uczelni lubelskich. Med Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2015; 21(4): 221-226.

16. MICHAŁOWSKA K. Internet jako źródło informacji o zdrowiu – wady i zalety dla relacji lekarz-pacjent. Perspektywa pacjentów. Hygeia Public Health 2014; 49(3): 389-397.
17. BANDURSKA E. Ewolucja relacji lekarz - pacjent i jej wpływ na prawa przysługujące choremu w dobie dynamicznego rozwoju nauk medycznych. http://www.prawoimedycyna.pl (21.12.2015).
18. WROŃSKI K, BOCIAN R, DEPTA A i wsp. Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej. Journal of Oncology" 2009; 59(4): 266-273.
19. OLEJNICZAK M, MICHOWSKA M, BASIŃSKA K. Opinie studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na temat postrzegania praw pacjenta w czasie odbywania zajęć klinicznych. Annales Academiae Medicae Gedanensis 2011; 41: 266-273.
20. PUSZKARZ I, BEDNAREK J, JANUSZEWICZ P. The role of a nurse within a multi-disciplinary team (MDT). W: Interdisciplinary nature of modern medicine. Red: Rudzki Sławomir i wsp. Wydawnictwo PWSTE. Jarosław 2013; 83-100.

Kontakt:
Jadwiga Bednarek
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Kielce
E-mail: jagoda.bednarek@wp.pl

KVALITA A BEZPEČNÁ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH Z POHLEDU MANAŽERA

Lada Nováková[1], Lada Cetlová[2], Vlasta Dvořáková[2]

[1]Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety - Bratislava, Slovenská republika
[2]Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Česká republika

Abstrakt

Naše práce se zabývá standardy kvality Spojené akreditační komise v kontextu se standardy akreditovaného a neakreditovaného zdravotnického zařízení. Zavedené systémy řízení kvality ve zdravotnickém zařízení nemocničního typu, zvyšují míru bezpečí poskytované péče.

Cíl: Naše práce zpracovává výsledky kvantitativního výzkumu, jehož cílem bylo zjistit dodržování akreditačních standardů středním managementem v akreditovaných a neakreditovaných zdravotnických zařízeních.

Metody: Zvolili jsme nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Celkový počet distribuovaných dotazníků byl v počtu 179, navráceno 167, což znamenalo návratnost 93 %.

Výsledky: Zavedení procesu kvality a bezpečné péče ve zdravotnických zařízeních v současné době má Česká republika i oporu v zákoně. Akreditační standardy zvyšují kvalitu a bezpečnost péče a zároveň standardizují péči v rámci celého zdravotnického zařízení. Standardy jsou zpracovány formou Řízené dokumentace závazné pro celé zdravotnické zařízení.

Klíčová slova: Akreditace. Kvalita. Manažer. Standard

Abstract

Our work deals with the quality standards of the Joint Accreditation Commission in the context of a non-accredited medical facility standards. Established quality management systems in hospital type healthcare facilities increase the level of safety of the care provided.

Target: Our work presents results of quantitative research whose aim was to determine compliance with accreditation standards of middle management in accredited and non-accredited medical facilities.

Methods: We chose a standard questionnaire of our own design. The total number of questionnaires distributed was 179 of which 167 were returned (i.e. 93%).

Results: In the Czech Republic, the introduction of the quality and safety process to health care facilities is supported by the law. Accreditation standards increase the quality and safety

of care while standardizing the care throughout the healthcare facility. Standards are presented in the form of controlled documentation that is binding for the entire healthcare facility.

Keywords: Accreditation. Quality. Manager. Standard.

Úvod

Kvalita poskytované péče by měla mít vysokou úroveň deklarovanou pro všechny klienty všemi poskytovateli zdravotní péče. Podle Janečkové a Hnilicové (2009) je možné za kvalitní zdravotní péči obecně považovat takovou péči, která je medicínsky adekvátní, bezpečná a je poskytována bez zbytečného plýtvání zdroji.

Pojem akreditace vznikl z latinského slova "credere", znamená souhlas, uznání, ověření způsobilosti vykonávat určitou činnost, případně tuto činnost provádět na zaručené úrovni. Akreditace **-** představuje oficiální uznání, že je zdravotnické zařízení způsobilé k poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče a má vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti i pro kontinuální zvyšování kvality. Cílem akreditačního řízení je zajistit kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Bezpečnost poskytované péče vychází z mezinárodních bezpečnostních cílů: správná identifikace pacienta; bezpečné podávání léků s vyšší mírou rizikovosti; prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech; prevence pádů; zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče; bezpečná komunikace, bezpečné předávání klientů a prevence vznikuproleženin/dekubitů u hospitalizovných pacientů (Rezortní bezpečnostní cíle, 2014).
Akreditační systémy v České republice:

- e-ISO a.s. a Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o. disponují též oprávněním k provádění hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 102/2012.
- Certifikace podle ČSN EN ISO 9001:2009. Jedná se o univerzální normu systému řízení kvality. Jejím přínosem je udržení vysoké kvality poskytovaných služeb zákazníkům. Umožňuje optimalizovat náklady a pomáhat efektivně nastavovat procesy navyšování tržeb, zisku i tržního podílu (Hutyra, 2007).
- Mezinárodní akreditační systém Joint Commission International (JCI) je původem z USA, u nás je zaveden od roku 1998. JCI je zaměřen na kvalitu péče o pacienty, jejich pohodlí a bezpečí, profesionalitu personálu, jeho vzdělávání, práva pacientů, zdravotnickou dokumentaci, diagnostickou a terapeutickou péči (Nenadál, Látalová, Hercík, 2006).

Spojená akreditační komise

V roce 1998 vzniklo v České republice zájmové sdružení právnických osob pod názvem Spojená akreditační komise České republiky (SAK ČR), která se v roce 2009

přejmenovala na Spojenou akreditační komisi, obecně prospěšnou společnost (SAK, o.p.s.) a ta převzala akreditační činnost práva a povinnosti Spojené akreditační komise ČR. Jejími zakladateli byly Asociace nemocnic České republiky a Asociace českých a moravských nemocnic. V návaznosti na založení této komise vznikla v roce 2000 tzv. Rada pro kvalitu ve zdravotnictví na Ministerstvu zdravotnictví České republiky. Spojená akreditační komise vydala v září 2013 již třetí verzi Národních akreditačních standardů pro nemocnice. Standardy se dělí do třinácti oblastí (Marx, Vlček, 2013):

1. Resortní bezpečnostní cíle,
2. Práva pacientů a jejich edukaci,
3. Dostupnost a kontinuita péče,
4. Diagnostická péče,
5. Terapeutická péče,
6. Anesteziologická a chirurgická péče,
7. Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv,
8. Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření,
9. Řízení a správa,
10. Řízení kvality a bezpečí,
11. Bezpečí prostředí,
12. Informace a komunikace,
13. Řízení lidských zdrojů.

Podle zákona o zdravotních službách může hodnocení kvality a bezpečí poskytované péče provádět fyzická nebo právnická osoba, které bylo k této činnosti uděleno oprávnění. O udělení oprávnění k hodnocení kvality a bezpečí rozhoduje ministerstvo zdravotnictví. Akreditační proces začíná podáním přihlášky příslušné akreditační instituci. Poté následuje před akreditační a následné akreditační šetření ze strany této instituce. Pokud zdravotnické zařízení splní všechny požadavky, obdrží certifikát, který je platný tři roky (zákon č. 372/2011).

Zdravotnické zařízení má stanoven rozsah poskytované zdravotní péči. Informuje veřejnost o spektru poskytovaných služeb. Tyto informace jsou k dispozici v písemné podobě a vhodné je také poskytovat informace na webových stránkách zařízení. Uznávaným zdrojem informací se podle Škrly (2008) stává internet. Zařízení také vhodnou formou zveřejňuje výsledky v oblasti kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče (Škrla, 2008).

Cíl práce

Na základě teoretických poznatků jsme definovali jako hlavní cíl naší práce: ,,Zjistit dodržování akreditačních standardů středním managementem v akreditovaných a neakreditovaných zdravotnických zařízeních“. Pro splnění tohoto cíle jsme si definovali

vedlejší cíle: ,,Zjistit, zda znalosti středního managementu nemocnic závisí na akreditaci nemocnic“ a ,,Zjistit, zda existuje rozdíl mezi znalostmi sester a lékařů".

Metodika

Při matematickém zpracování výsledků jsme při výpočtech průměrů, sumárních součtů a procent použili základní matematické metody. Ve výpočtech a sestavování vzorců jsme použili funkce Rovnice a Vložit funkci, které jsou součástí tabulkového procesoru Excel v programu Microsoft Office Professional Plus 2013 od společnosti Microsoft Corporation

Použité statistické metody

Při statistickém testování jsme postupovali podle následujících kroků:

1. Formulace hypotéz
2. Stanovení hladiny významnosti
3. Volba testového kritéria
4. Výpočet testového kritéria
5. Porovnání testové statistiky s kritickou hodnotou

Pro testování statistické významnosti zjištěných rozdílů jsme si zvolili chí-kvadrát test ($x^2\ test$). Chí-kvadrát test je statistická neparametrická metoda, která se používá k zjištění, zda mezi dvěma znaky existuje prokazatelný výrazný vztah.

Výpočet této testovací statistiky se provádí podle vzorce:

$$x^2 = \sum \frac{(pozorovaná\ četnost\ - očekávaná\ četnost)^2}{očekávaná\ četnost}$$

Výpočet očekávané četnosti se provádí z kontingenční tabulky podle vzorce:

$$očekávaná\ četnost = \frac{součet\ ve\ sloupci\ * součet\ v\ řádku}{celkový\ počet}$$

Za hladinu významnosti jsme si při statistickém testování zvolili hladinu 0,05, tedy 5 %. Při této volbě jsme vycházeli ze skutečnosti, že provádíme testování dotazníkového výzkumu, který zjišťuje názory a postoje respondentů.

Při použití kontingenční tabulky 2 x 2, tedy při jednom stupni volnosti, je kritická hodnota při 5% hladině významnosti 3,84.

Velikost zkoumaného vzorku a rozsah výběru

Pro dosažení dostatečné síly a spolehlivost našeho výzkumu jsme provedli výpočet minimálního rozsahu výběru. Při výpočtu jsme použili vzorec:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \times \delta}{\Delta}\right)^2$$

kde:

δ je odhad směrodatné odchylky

Δ je velikost přijatelné chyby

Při odhadu směrodatné odchylky 0,05 a velikosti přijatelné chyby 0,01 je n rovno:

$n = \left(\frac{1{,}96 \times 0{,}05}{0{,}01}\right)^2 = 96$

Minimální počet respondentů pro dosažení námi zvolené přijatelné chyby je tedy 96. Pro splnění podmínky síly testu jsme si stanovili, že rozsah zkoumaného vzorku bude minimálně 150 respondentů.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumný soubor tvořily dvě skupiny průzkumného vzorku. Jednu skupinu tvořily staniční a vrchní sestry v Nemocnici A; staniční a vrchní sestry Nemocnice B. Druhou skupinou průzkumného vzorku byli primáři a vedoucí lékaři Nemocnice A; primáři a vedoucí lékaři Nemocnice B. Nemocnice A - zdravotnické zařízení, kde je zaveden systém řízení kvality a bezpečné péče. Nemocnice B - zdravotnické zařízení, kde není zaveden žádný ze systémů řízení kvality a bezpečné péče. V naší práci neuvádíme plný název nemocnic. Zachování anonymity bylo podmínkou managementu nemocnic pro provedení výzkumu.

Výsledky

V naší práci se potvrdilo, že sestry znají zavedenou metodiku týkající se stížností více než lékaři. Znalost metodiky postupu řešení stížností znalo 43 % sester, ale pouze 31 % lékařů. Největší rozdíl jsme zjistili u odpovědi „Nevím“, kterou zvolilo pouze 10 % sester v porovnání se 24 % lékařů, což je téměř čtvrtina z nich. Se samotným řešením stížností se setkalo 52 % sester, ale pouze 32 % lékařů. Podobně i Lawton a Parker (2002) zdůrazňují nutnost správně fungujícího systému řešení stížností. „*K dosažení úspěchu tímto přístupem se musí organizace učit z událostí, bez ohledu na to, jakou formu mají (nežádoucí události, stížnosti, skorochyby*)“ (Lawton, Parker, 2002, s. 15).

Na dotaz, které nežádoucí události se sledují ve vašem zdravotnickém zařízení?“ byla nejčastěji zvolena varianta „Pád pacienta“, následovaná variantami „Medikační incident“ a „Incident spojený s procedurou“. Počty správných odpovědí hodnotíme u obou porovnávaných skupin jako neuspokojivé, kdy nedosahovaly ani 50 %. Toto svědčí o velmi nízkém povědomí o tom, jaké nežádoucí události jsou sledované. Zarážející je i to, že u dvou nesprávných variant odpovědí, které jsme k této otázce přiřadili („Poranění zaměstnanců“ a „Pracovní neschopnost“), jsme obdrželi vysoký počet odpovědí (26, respektive 35 %), což bylo více, než u některých správných odpovědí. Nejméně zvolenou variantou odpovědi byl „Problém s identifikací pacienta“ s pouhými 13 %, což svědčí o velmi nízkém povědomí zdravotnických pracovníků o problematice identifikace pacientů. Povědomí sester o metodice sledování nežádoucích událostí je, podle našeho očekávání, výrazně vyšší než povědomí lékařů. Negativní varianty odpovědí zvolila téměř polovina sester a celých 60 % lékařů.

Ke stejnému závěru došli Kingston a kolektiv (2009), kteří uvádějí, že byly zjištěny velké rozdíly mezi lékaři a sestrami. Lékaři neměli systém hlášení zažitý. Jeden lékař to komentoval: *„Ani mi nepřišlo na mysl, že mělo být zpracováno nějaké hlášení o nežádoucí události…“*. Další lékař uvedl, že *„My tato hlášení zpracováváme, ale o tom, že se zpracují, rozhodují sestry. Toto rozhodnutí nepřísluší lékařům, ale sestrám“*. Vážnější události nebyly často hlášeny a nebyly považovány za nežádoucí události, ale pouze za komplikace. Hlášení sestrami je více zažité. *„Naše organizace nám řekla, že je potřeba vyplňovat tyto furmuláře, proto je vyplňujeme. My máme nařízení. Zdali je plníme správně... je další otázka“*“ (Kingston a kol., 2004, s. 37).

Zavedení procesu kvality a bezpečné péče ve zdravotnických zařízeních v současné době má Česká republika i oporu v zákoně. Akreditační proces je vhodný nástroj nejen pro porovnávání služeb, ale má i významný ekonomický efekt, neboť jednou z jejích podmínek je manažerská inventura a zefektivnění činností ve zdravotnických zařízeních. Získání akreditačního certifikátu na dobu tří let je potvrzením dlouhodobého procesu, kdy zdravotnická zařízení kontinuálně zavádí, dodržují a zlepšují kvalitu a bezpečí poskytované péče prostřednictvím akreditačních standardů. Akreditační standardy v současné době představují třináct kapitol včetně i Rezortních bezpečnostních cílů, týkajících se celého spektra aktivit a procesů, která zdravotnická zařízení realizují v rámci poskytování lékařské a ošetřovatelské péče. Cílem těchto požadavků je standardizovat péči v rámci celého zdravotnického zařízení a současně zvýšit její kvalitu a bezpečnost. Standardy jsou zpracovány formou Řízené dokumentace závazné pro celé zdravotnické zařízení.

Zavedení procesu kvality a bezpečné péče ve zdravotnických zařízeních má mnoho výhod. Jde o snadnější jednání s pojišťovnami, snadnější získávání nových pacientů a odborníků, snadnější upevnění nebo rozšíření spádové oblasti, standardizace procesů v rámci celého zdravotnického zařízení, zlepšení kvality a bezpečné péče o pacienty.

Seznam bibliografických odkazů

1. ABOLFOTOUH, MA. - ALKELYA, M. - ABUKHALID, N. - SALAM, M. ALAMRY, A. 2014. *Nursing Perception towards Impact of JCI Accreditation and Quality of Care in a Tertiary Care Hospital, Central Saudi Arabia*. International Journal of Medicine and Medical Sciences. 2014. ISSN: 2051 5731, Vol. 47, Issue.1.
2. HENDL, J. 2015. *Statistika v aplikacích*. Praha: Portál. 2015. 440 s. ISBN 978-80-262-0700-9.
3. GHORBANI, A. - HESAMZADEH, A. - KHADEMLOO, M. - KHALILI, S., HESAMZADEH, S. – BERGER, V. 2011. *Public and Private Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate in Their Work Settings, Sari City*, 2011. Nurse Midwifery Stud. 2014; 3(1):e22809.

4. HUTYRA, M. 2007. *Management jakosti*. Ostrava: VŠB – TU. 2007. 209 s. ISBN 978-80-248-1484-1.
5. CHEATER, FM. - KEANE, M. 1998. *Nurses' participation in audit: a regional study*. Quality in Health Care: QHC. 1998; 7(1):27-36.
6. KINGSTON, M. J. - EVANS, SM. - SMITH, BJ. - BERRY, JG. 2004. *Attitudes Of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis.* Medical Journal of Australia, 2004; 181(1):36-39.
7. LAWTON R. - PARKER D. *Barriers to incident reporting in a healthcare system.* Qual Saf Health Care. 2002 Mar; 11(1):15-8.
8. MARX, D. - VLČEK, F. 2013. *Národní akreditační standardy pro nemocnice.* 3. vyd. Praha: TIGIS, 2013, 162 s. ISBN 978-80-87323-04-05.
9. NENADÁL, J. - LÁTALOVÁ, K. - HERCÍK, P. et al. 2006. *Systém řízení s využitímjednoduchých nástrojů pro malé organizace.* Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2005. 140 s. ISBN 80-02-01767-6.
10. POLICAR, R. 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
11. RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE. [Online]. © 2015 [citované 2015-5-9]. Dostupné na internetě: http://www.mzcr.cz/Kvalita a Bezpeci/obsah/resortni bezpecnostni-cile_2922_29.html.
12. ŠKRLA, P., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 199 str. ISBN 978-80-247-2616-8.
13. ŠKRLA, P. - ŠKRLOVÁ, M. 2005. *Kreativní ošetřovatelský management.* Praha:Advent- Orion, s.r.o., 2005, 477 s. ISBN 8071728411.
14. YILDIZ, A. - KAYA, S. *Perceptions of nurses on the impact of accreditation*. Clinical Governance: An International Journal, Vol. 19 Iss: 2. 2014. pp. 69 – 82.DOI http://dx.doi.org/10.1108/CGIJ-07-2013-0021.
15. ZÁKON č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.
16. ZÁKON č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Kontakt

PhDr. Lada Nováková
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety - Bratislava
Ústav zdravotníckych disciplín - Ošetrovateľstvo
E-mail: lada.novakova@onhb.cz
tel.: + 420 569 472232

HEMOSTAZA I ZABURZENIA HEMOSTAZY, PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO BADANIA UKŁADU HEMOSTAZY I ZASADY POBIERANIA MATERIAŁU DO TYCH BADAŃ LABORATORYJNYCH

Hemostasis and Impairment of Haemostasis, Preparing of Patient for Determination of Haemostatic Parameters and Main Principles Collection of Material to the Laboratory Tests

Jan Antoni Rutowski[1,2]

[1]Katedra Ratownictwa Medycznego, Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Polska
[2] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Slovakia

Abstrakt

W pracy omówiono podstawy fizjologii układu hemostazy naczyniowej, osoczowej, płytkowej i fibrynolizy. Zaprezentowano zaburzenia hemostazy w stanach patologicznych, gdzie proces krzepnięcia krwi może ulec wzmożeniu, powodując powikłania zakrzepowo – zatorowe, albo upośledzeniu, prowadząc do rozwoju skazy krwotocznej. Przedstawiono również zasady prawidłowego pobierania krwi oraz podstawowe zalecenia dotyczące przygotowania pacjenta do badania laboratoryjnego podstawowych parametrów układu hemostazy, a także zasady prawidłowego pobierania materiału do badań układu krzepnięcia.

Słowa kluczowe: Hemostaza, NO – tlenek azotu; PGI_2 – prostacyklina, płytki krwi, tromboksan A_2 (TXA_2), t-PA, uPA, PAF, vW, PAI-1, TXA_2, DIC, APTT, INR, PT, LMWH, heparyna.

Abstract

The paper describes the basics of physiology of the vascular, plasma and platelet dependent hemostasis and also fibrinolysis. Presented disorder of hemostasis in pathological conditions where blood clotting causing thromboembolic - embolic or bleeding diathesis. Paper also presents principles of proper collection of blood samples and basic recommendations for preparing a patient for laboratory tests of the basic parameters of hemostasis, as well as the basic principles of proper collection of material to laboratory determination of main coagulation parameters.

Key words: Hemostasis, Nitric oxide (NO), prostacycline (PGI_2), platelets, thromboxane A_2 (TXA_2), t-PA, uPA, PAF, vW, PAI-1, TXA_2, DIC, APTT, INR, PT, LMWH, heparine.

1. Hemostaza i zaburzenia hemostazy

Hemostaza jest to zespół procesów fizjologicznych zapewniających szczelność łożyska naczyniowego i płynność krwi krążącej, a także sprawne hamowanie krwawienia, gdy dojdzie do przerwania ciągłości lub do uszkodzenia na skutek choroby ściany naczyń krwionośnych. Głównymi elementami zapewniającymi sprawne funkcjonowanie hemostazy są ściana naczyń krwionośnych (w tym śródbłonek naczyniowy), płytki krwi oraz układ osoczowych czynników krzepnięcia i ich inhibitorów, a także układ fibrynolizy [1]. Ściana naczyń krwionośnych i płytki krwi powodują mechaniczne zatrzymanie krwawienia czyli hemostazę pierwotną, osoczowe czynniki krzepnięcia są odpowiedzialne za długotrwałe zamknięcie uszkodzonego naczynia tzw. hemostazę ostateczną, a układ fibrynolityczny zapewnia przywrócenie i utrzymanie przepływu krwi przez usuwanie materiału zakrzepowego [2].

Hemostaza naczyniowa. Układ naczyniowy stanowi osłonę dla zawartej w nim płynnej krwi, zapewnia swobodny ukierunkowany jej przepływ, pozwala na wybiórcze przechodzenie elementów upostaciowanych przez śródbłonek naczyń do tkanek, a także uczestniczy w procesach odnowy uszkodzonego śródbłonka, hamowania krwawienia i utrzymania krwi w stanie płynnym.

W hemostazie uczestniczy głównie błona wewnętrzna ściany naczyniowej [3]. Komórki śródbłonka naczyń krwionośnych wydzielają takie substancje o działaniu naczyniorozszerzającym, jak : (tlenek azotu /NO/, prostacyklina /PGI_2), o działaniu przeciwzakrzepowym : (tkankowy aktywator plazminogenu- t-PA, urokinazowy aktywator plazminogenu /u-PA/, PGI_2, NO), oraz prozakrzepowym (czynnik aktywujący płytki /PAF/, czynnik von Willebranda /vW/, inhibitor aktywatora plazminogenu /PAI-1/). Dodatkowo w śródbłonku naczyniowym jest obecny siarczan heparanu, który nie sprzyja aktywacji płytek, czynników krzepnięcia ani tworzeniu skrzepów [4].

W wyniku uszkodzenia śródbłonka naczyń przez płytkę miażdżycową lub zadziałania związków, takich jak: endotoksyny bakteryjne, utlenione formy LDL, trombina, cytokiny, a także w przypadku uszkodzenia ściany naczynia, dochodzi do aktywacji komórek śródbłonka. Następuje zmiana jego właściwości, z fizjologicznej przeciwzakrzepowej w prozakrzepową [5]. Kolagen znajdujący się w warstwie środkowej, po uszkodzeniu śródbłonka naczyń, wchodzi w kontakt z trombocytami, powodując ich adhezję, czyli przyleganie do siebie. Ponadto aktywuje czynnik XII, który zapoczątkowuje reakcję krzepnięcia i fibrynolizy. Natomiast mięśnie gładkie, znajdujące się również w warstwie środkowej w razie uszkodzenia naczyń obkurczają się, zwężając światło naczyń [3]. Skurcz naczyń jest spowodowany serotoniną

i innymi czynnikami naczynioskurczowymi (np. tromboksanem A_2), wydzielanymi przez płytki przylegające do ściany uszkodzonego naczynia [6].

Hemostaza płytkowa. Płytki krwi (trombocyty) stanowią kluczowe ogniwo prawidłowej hemostazy. Czas ich przeżycia w krwiobiegu wynosi około 7-10 dni. Przeciętna liczba tych komórek we krwi wynosi 150-400 tys./ql. Kluczową rolę w aktywacji płytek odgrywa kaskada kwasu arachidonowego. Stężenie tego kwasu w płytkach jest znikome, ale w czasie ich aktywacji jest on uwalniany z fosfolipidów błonowych. Cyklooksygeneza przekształca kwas arachidonowy w cykliczne nadtlenki prostaglandynowe: PGG2 i PGH2. Z cyklicznych nadtlenków w płytkach krwi powstaje tromboksan, a w komórkach śródbłonka tworzy się prostacyklina [7].

W warunkach fizjologicznych trombocyty nie ulegają adhezji oraz nie łączą się z innymi elementami morfotycznymi krwi. Uszkodzenie śródbłonka naczynia powoduje odsłonięcie podśródbłonkowej powierzchni ściany naczynia [8]. Płytki krwi za pośrednictwem receptorów glikoproteinowych (głównie GP Ia/IIa) dla kolagenu i czynnika von Willebranda ulegają adhezji [6], czyli przylegania do uszkodzonego miejsca i zmieniają kształt, z gładkich dysków przekształcają się w formę wypustkową posiadającą zdolność do zlepiania się. Jednocześnie następuje przesuwanie się ziarnistości z części środkowej na obwód płytki i częściowe uwalnianie ich zawartości (ADP i 5-HT), a także biosynteza labilnych mediatorów, czynnika aktywującego płytki i tromboksanu. Uwalniane związki biorą udział w aktywacji glikoproteiny IIb/IIIa [9]. Aktywacja receptorów GP IIb/IIIa powoduje wiązanie się z nimi cząsteczek fibrynogenu, co umożliwia powstawanie między płytkami mostków fibrynogenowych, odpowiedzialnych za zjawisko agregacji płytek [5]. Procesy zlepiania i agregacji płytek krwi wyprzedzają właściwy proces krzepnięcia krwi, wymagający udziału osoczowych czynników krzepnięcia

Hemostaza osoczowa. Równocześnie z agregacją płytek, następuje aktywacja osoczowych czynników krzepnięcia. Osoczowe czynniki hemostatyczne dzieli się na czynniki krzepliwe i przeciwkrzepliwe. W procesie krzepnięcia bierze udział kilkanaście czynników, które w większości są białkami osocza, z wyjątkiem czynnika tkankowego III (tromboplastyna tkankowa) i jonów wapnia [6]. Osoczowe czynniki krzepnięcia dzieli się na 3 grupy:

1. Czynniki zespołu protrombiny – II, VII, IX i X; są one syntetyzowane w wątrobie przy udziale witaminy K. Do swojego działania wymagają obecności jonów wapniowych.
2. Czynniki wrażliwe na trombinę – I, V, VIII i XIII; charakteryzują się wrażliwością na działanie trombiny, trombina powoduje przemianę fibrynogenu do fibryny, a czynnik V, VIII i XIII są przez trombinę aktywowane [10].

3. Czynniki kontaktu – XI, XII, prekalikreina i wielocząsteczkowy kininogen; biorą udział we wczesnej fazie krzepnięcia krwi, są też zdolne do aktywacji układu fibrynolizy i kininogenezy.

Wyróżnia się dwa mechanizmy aktywacji krzepnięcia: układ wewnątrzpochodny i układ zewnątrzpochodny [11].

Krzepnięcie krwi w układzie wewnątrzpochodnym następuje w momencie aktywacji czynnika XII tzw. czynnika kontaktu. Powstaje czynnik XIIa, który działa na czynnik XI, następnie czynnik XIa aktywuje czynnik IX, a ten przy udziale czynnika VIII oraz jonów wapnia, powoduje powstanie czynnika Xa [5].

Aktywacja układu zewnątrzpochodnego rozpoczyna się od uwolnienia czynnika tkankowego wskutek uszkodzenia ściany naczynia. Czynnik tkankowy łączy się z czynnikiem VII oraz z jonami wapnia. Kompleks ten aktywuje czynnik X [9]. Aktywny czynnik X przekształca protrombinę w trombinę, która jest głównym enzymem procesu krzepnięcia. Trombina przekształca rozpuszczalny fibrynogen w nierozpuszczalną fibrynę [5]. Ostatni etap krzepnięcia polega na obkurczeniu się włókien fibryny. Proces ten zostaje zapoczątkowany przez rozpad płytek krwi, a uwalniana w wyniku tego ATP-aza prowadzi do obkurczenia się włókien fibryny i zwiększa wytrzymałość mechaniczną skrzepu. Trombina, która powstaje w procesie krzepnięcia krwi jest silnym induktorem adhezji i agregacji płytek krwi [12].

Fibrynoliza. Układ fibrynolizy określany jako tzw. „lustrzane odbicie krzepnięcia" prowadzi do rozpuszczenia fibryny za pośrednictwem plazminy powstającej z plazminogenu. Fizjologiczne funkcjonowanie tego układu zapewnia stałe stężenie plazminy we krwi, której główną rolą jest rozpuszczenie złogów włóknika w świetle naczyń i zapewnienie swobodnego krążenia krwi w naczyniach. Aktywacja układu fibrynolizy zachodzi podobnie jak w przypadku układu krzepnięcia dzięki układowi zewnątrz- i wewnątrznaczyniowemu za pośrednictwem aktywatorów plazminogenu. Przekształcenie plazminogenu w plazminę następuje wskutek zadziałania na aktywatory układu wewnątrznaczyniowego proaktywatorów. Zalicza się do nich lizokinazy uwalniane z leukocytów wskutek uszkodzenia tkanek oraz czynnik XII, uczestniczący również w aktywacji wewnątrznaczyniowego układu krzepnięcia. Do aktywatorów układu pozanaczyniowego należą: - tkankowy aktywator plazminogenu (t-PA), wytwarzany jest głównie w śródbłonku naczyniowym, - urokinaza, która występuje w nerkach, a także w innych tkankach.

Proaktywatorem egzogennym jest streptokinaza wytwarzana przez paciorkowce B- hemolizujące.

Poziom aktywatorów plazminogenu w osoczu może zostać podwyższony przez niektóre substancje endogenne oraz leki np. hormony kory nadnerczy, testosteron czy doustne leki przeciwcukrzycowe [12].

W prawidłowych warunkach istnieje równowaga między procesami tworzenia fibryny a fibrynolizą. Aktywność fibrynolityczna krwi występująca w śladowych ilościach u ludzi zdrowych w spoczynku, wyraźnie wzrasta po wysiłku fizycznym, po wstrzyknięciu adrenaliny oraz w stanach emocjonalnych. W przypadku zaburzeń fibrynolizy w zależności od tego, który proces przeważa dochodzi do tworzenia zakrzepów albo zwiększenia skłonności do krwawień [9].

Czynniki przeciwkrzepliwe w prawidłowym układzie naczyniowym. Oprócz czynników prowadzących do krzepnięcia krwi organizm ludzki dysponuje mechanizmami obronnymi zapobiegającymi nadmiernemu rozprzestrzenianiu się procesu krzepnięcia. Najważniejszymi czynnikami zapobiegającymi krzepnięciu są: gładkość powierzchni śródbłonka naczyniowego, która uniemożliwia aktywację układu wewnątrzpochodnego oraz jednodrobinowa warstwa białkowa zaadsorbowana na powierzchni śródbłonka, odpychająca dzięki ładunkom ujemnym, białkowe czynniki osoczowe krzepnięcia krwi i płytki [9].

Do naturalnych substancji przeciwkrzepliwych należą: antytrombina, heparyna, białko C i białko S. Antytrombina poprzez tworzenie kompleksów z czynnikami IIa, IXa, Xa, XIa i XIIa hamuje ich aktywność jako czynników krzepnięcia. Wiązanie ich jest ułatwione poprzez heparynę (naturalnie występujący antykoagulant), która występuje na powierzchni śródbłonka i prowadzi do wzmocnienia powyższego mechanizmu. Białko C i białko S są zależne od witaminy K i podobnie jak większość czynników krzepnięcia są syntetyzowane w wątrobie. Białko C głównie hamuje tworzenie trombiny. Inaktywuje, z udziałem białka S jako kofaktora czynniki V oraz VIII. Dzięki temu mechanizmowi ujemnego sprzężenia zwrotnego dochodzi do zatrzymania procesu krzepnięcia [3].

2. Zaburzenia hemostazy. Zaburzenia równowagi hemostatycznej mogą być spowodowane ilościowymi lub jakościowymi zmianami każdej części składowej prawidłowej hemostazy: ściany naczyń krwionośnych, płytek krwi, białek osocza biorących udział w krzepnięciu krwi i fibrynolizie, szybkości przepływu krwi w naczyniach krwionośnych. W stanach patologicznych proces krzepnięcia krwi może ulec wzmożeniu, powodując powikłania zakrzepowo – zatorowe, albo upośledzeniu, prowadząc do rozwoju skazy krwotocznej [11].

2.1. Nadkrzepliwość

Zakrzepy wewnątrznaczyniowe stanowią poważny problem medyczny. Nadkrzepliwością określamy stan nabytej lub genetycznie uwarunkowanej skłonności do zakrzepicy Najczęstszą przyczyną powstawania zakrzepów wewnątrz naczyń krwionośnych są:

1. zwiększony poziom fibrynogenu w osoczu;
2. zwiększony poziom czynnika V i VII;

3. wrodzony lub nabyty niedobór antytrombiny III oraz białek C i S;
4. zmiany miażdżycowe w naczyniach;
5. zakażenia, nowotwory złośliwe, palenie tytoniu [5].

Powikłania zakrzepowo-zatorowe mogą występować w różnych chorobach układu krążenia. W zakrzepicy tętniczej główną rolę odgrywają płytki krwi, w żylnej osoczowe czynniki krzepnięcia, a w wewnątrzsercowej oba ta czynniki. Zagrożenie zakrzepami istnieje: u chorych w zastawkowych wadach serca, z wszczepionymi sztucznymi zastawkami serca, w migotaniu przedsionków, zawale serca, niestabilnej dusznicy bolesnej, po zabiegach rewaskularyzacji i angioplastyce naczyń wieńcowych, w rozstrzeni serca, tętniakach, miażdżycy zarostowej tętnic oraz w sytuacjach spowodowanych zwolnieniem przepływu krwi (np. dłuższe unieruchomienie w łóżku, niewydolność krążenia, poród, zabiegi chirurgiczne na narządach miednicy mniejszej u kobiet i gruczole krokowym u mężczyzn, żylaki) [13].

Powstanie zakrzepów w miażdżycowo zmienionych tętnicach rozpoczyna się od uszkodzenia śródbłonka naczyń, pęknięcie blaszki miażdżycowej odsłania kolagen podśródbłonkowy, sprzyjając pobudzeniu, adhezji oraz agregacji płytek [14]. Zakrzep zwęża światło naczynia, czego efektem jest niedokrwienie naczynia. Zakrzepy przyścienne mogą ulec oderwaniu i wędrować z prądem krwi tworząc zator w naczyniach tętniczych. Zakrzepy z lewej połowy serca i tętnic systemowych mogą tworzyć zatory w mózgu, wątrobie, nerkach lub kończynach. Zakrzepica żylna dotyczy najczęściej kończyn dolnych, najważniejszym jej powikłaniem jest zator tętnicy płucnej [6].

2.2. Skazy krwotoczne

Skaza krwotoczna to zaburzenia krzepnięcia objawiające się krwawieniem. Skazy krwotoczne dzieli się na wrodzone i nabyte, a także proste, wynikające z niedoboru lub zaburzonej funkcji jednego ze składników hemostazy, i złożone spowodowane zaburzeniem kilku parametrów hemostazy [11]. Zaburzenia mogą wynikać ze zmiany liczby płytek krwi albo z upośledzenia ich czynności, z niedoborów czynników krzepnięcia (koagulopatie), oraz ze zmian naczyniowych.

Skaza krwotoczna związana ze zmianą liczby płytek krwi polega najczęściej na jej zmniejszeniu (trombocytopenie) [15]. Znaczne zmniejszenie się liczby płytek we krwi nazywa się małopłytkowością i powoduje samoistne krwawienia, gdyż płytki nie są zdolne zaślepić mikroskopijnych przecieków spowodowanych niewielkimi uszkodzeniami naczyń krwionośnych. W skórze przejawia się to występowaniem czerwonawo-purpurowych plam, albo niewielkich (plamica), albo większych, przypominających siniak. Trombocytopenia może występować np. w postaci idiopatycznej plamicy trombocytopenicznej. Może też wynikać z rozleglejszej niedoczynności szpiku, kiedy to współistnieje ze zmniejszeniem się liczby

krążących neutrofilów. Stan taki może powstać na przykład w ostrej białaczce lub pod wpływem cytotoksycznych leków używanych w terapii nowotworów [16].

Skaza może być także wynikiem nieprawidłowej czynności płytek krwi. Zaburzenia czynności płytek krwi (trombocytopatie) mogą być wrodzone lub nabyte. Przyczyną wrodzonych trombocytopatii może być anomalia błony płytkowej lub zaburzenie sekrecji substancji wewnątrzpłytkowych. Znacznie częściej występują nabyte zaburzenia czynności płytek krwi są one najczęściej niepożądanym skutkiem działania różnych leków (np. przeciwpłytkowych), niektórych produktów spożywczych (np. kwasów tłuszczowych), a także niektórych chorób (np. mocznicy, przewlekłych chorób wątroby)

Do skazy krwotocznej może doprowadzić brak jednego lub kilku czynników krzepnięcia. Koagulopatie dzieli się na wrodzone i nabyte. Najczęstszą postacią koagulopatii wrodzonych jest choroba von Willebranda, która jest wywołana niedoborem lub zaburzeniem funkcji czynnika von Willebranda, który krąży w kompleksie z czynnikiem VIII i bierze udział w pierwotnej hemostazie. Choroba może mieć również charakter nabyty. Innym schorzeniem o podłożu genetycznym jest hemofilia. Hemofilia A jest wrodzoną skazą krwotoczną spowodowaną zmniejszeniem aktywności czynnika VIII w osoczu. Hemofilia B jest wrodzoną skazą krwotoczną spowodowaną zmniejszeniem aktywności czynnika IX w osoczu. Hemofilia cechuje się samoistnymi krwawieniami śródstawowymi, wylewami krwi do mięśni, uporczywymi krwawieniami z ran operacyjnych i po ekstrakcji zęba, rzadziej krwawieniami do przewodu pokarmowego [17].

Nabyte skazy krwotoczne osoczowe rozwijają się zazwyczaj w wyniku niedoboru wielu czynników krzepnięcia. Najczęściej występuje niedobór czynników krzepnięcia, których biosynteza zależy od witaminy K. Głównym źródłem witaminy K są zielone jarzyny liściaste, a także witamina K jest syntetyzowana przez bakterie jelitowe. Niedobór witaminy K może być spowodowany zmniejszonym przyjmowaniem i upośledzonym wchłanianiem z przewodu pokarmowego. Zaburzona biosynteza czynników krzepnięcia może być spowodowana chorobami wątroby lub przyjmowaniem antagonistów witaminy K (doustnych antykoagulantów) [18].

Skazy krwotoczne naczyniowe są spowodowane wrodzonymi zaburzeniami budowy naczyń (np. choroba Rendu- Moslera- Webera, zespół Ehlersa- Danlosa), zwiększeniem kruchości i przepuszczalności naczyń w starczym wieku, w przebiegu chorób zakaźnych, amyloidozy, małopłytkowości. Wrodzone lub nabyte wady ściany naczyniowej ujawniają się występowaniem na poziomie skóry wybroczyn i podbiegnięć krwawych, czasem przybierających postać czerwonych plam lub grudek [19].

2.3. Zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC)

Zespół DIC jest stanem uogólnionych zaburzeń krzepnięcia, które powstają w przebiegu innych chorób, jako ich powikłanie. Jest poważnym powikłaniem posocznicy, rozległych urazów tkanek, uszkodzeń narządów i innych chorób, podczas których dochodzi do zaburzeń równowagi pomiędzy krzepnięciem a fibrynolizą [20]. W początkowym okresie następuje zahamowanie fibrynolizy, fibryna odkłada się w narządach, a następnie nasila się fibrynoliza. Zespół DIC charakteryzuje się wewnątrznaczyniową aktywacją układu krzepnięcia, która prowadzi do powstania rozsianych zakrzepów w dystalnych odcinkach naczyń [21]. Dochodzi wtedy do upośledzonego ukrwienia narządów, zaburzeń hemodynamicznych i niewydolności wielonarządowej. Gdy procesowi temu towarzyszy nasilona fibrynoliza, obecne są objawy skazy krwotocznej [22,23].

3. Zasady pobierania materiału i przygotowanie pacjenta do badań układu hemostazy

Przed pobraniem materiału do analizy należy udzielić pacjentowi wyczerpujących informacji na temat przygotowania do badań oraz czynników, które mogą znacząco wpłynąć na poprawność wyników.

Zalecenia dotyczące przygotowania pacjenta do badań układu krzepnięcia:

- powstrzymanie się od intensywnych ćwiczeń w okresie doby poprzedzającej badanie a także odpoczynek przez około 20 minut przed pobraniem krwi. Wysiłek fizyczny może wpływać na procesy krzepnięcia i fibrynolizy (aktywacja fibrynolizy, wzrost stężenia t-Pa, pobudzenie zdolności płytek do agregacji, wzrost stężenia czynnika von Willebranda, generacja trombiny),
- zastosowanie diety lekkostrawnej w dniu poprzedzającym badanie,
- w dniu badania powstrzymanie się od palenia papierosów,
- pobranie krwi w warunkach nie wywołujących stresu ponieważ stres prowadzi do obniżenia aktywności czynników V, VIII i IX,
- pobranie powinno zostać przeprowadzone w godzinach porannych, zdolność płytek do agregacji jest największa rano. Fibrynoliza jest bardziej aktywna wieczorem,
- uwzględnienie pozycji ciała podczas badania, zmiana pozycji z siedzącej na stojącą lub leżącą powoduje przemieszczanie wody z łożyska naczyniowego [23,24].

Na wyniki badań mogą również mieć wpływ żeńskie hormony płciowe (np. ciąża jest fizjologicznym stanem prozakrzepowym), podawane leki np. antykoagulanty, pochodne kwasu salicylowego, doustne środki antykoncepcyjne. Krzepnięcie krwi hamują leki steroidowe,

salicylany, sulfamidy, niektóre antybiotyki. Nadkrzepliwość mogą powodować witamina K, penicylina, epinefryna i niektóre leki neuroleptyczne [25].

Pobieranie krwi do badań układu krzepnięcia wymaga szczególnej uwagi, ponieważ w wynaczynionej krwi szybko dochodzi do zmian składników układu hemostazy :

- Krew żylną pobiera się na 3,2% roztwór cytrynianu sodu (cytrynian sodu hamuje kaskadę krzepnięcia poprzez wiązanie jonów wapnia) w stosunku 9:1 (9 części krwi na 1 część roztworu cytrynianu);
- Najlepiej jest pierwsze 1-2 ml. pobrane do strzykawki wyrzucić, a do nowej strzykawki pobrać właściwą krew do badania (w ten sposób unika się zanieczyszczenia krwi tromboplastyną tkankową);
- Krew pobiera się bezpośrednio do probówek systemów zamkniętych lub próżniowych, a w wyjątkowych przypadkach do strzykawki;
- Używa się igieł o średnicy 19-21G u dorosłych i 23G u dzieci (zbyt cienka igła może powodować skrócenie PT i APTT, oraz wzrost stężenia D-Dimerów);
- Nie powinno się pobierać krwi z kaniuli służących do infuzji leków lub płynów;
- Krew należy pobierać bez utrzymania stazy (po wkłuciu do naczynia stazę należy zwolnić);
- Krew powinno się pobierać do plastikowych probówek (szkło aktywuje wewnątrzpochodny tor krzepnięcia);
- Krew po pobraniu powinno się mieszać bardzo delikatnie w celu uniknięcia hemolizy i pękania płytek krwi (3-4 krotne odwrócenie probówki do góry dnem). Powstanie mikroskrzepów w probówce krwi powoduje znaczne zmniejszenie liczby płytek i jest częstą przyczyną błędu [26];
- Wkrótce po pobraniu krew należy odwirować;
- Badanie należy wykonać w ciągu 2 godzin od chwili pobrania, krew zhemolizowana, skrzepnięta lub osocze przetrzymane dłużej niż 2 godziny od pobrania krwi nie nadaje się do badania [27].

Nieprawidłowe wyniki badania mogą być spowodowane błędami wynikającymi z zaniedbań podczas pobierania krwi, sposobu uzyskania osocza i jego przechowywania [31]. Możliwe jest oznaczenie INR z kropli krwi w warunkach domowych. W skład zestawu poza aparatem do oznaczeń wchodzi urządzenie do nakłucia opuszki palca z ostrzami jednorazowego użycia. Metoda ta jest polecana przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne [28].

Piśmiennictwo

1. ŁOPACIUK S.: Hemostaza, krwawienie i leczenie krwią. w: Szmidt J. (red). Podstawy chirurgii. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2003; 164-196;
2. ROŚĆ D.: Fizjologiczna hemostaza w: Tafil-Klawe M. Klawe J. (red). Wykłady z fizjologii człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010; 388-402;
3. TRACZYK Z.: Fizjologia układu krwiotwórczego. w: Traczyk W.Z., Trzebski A. (red).: Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 402-445;
4. CHŁOPICKI S.: Czynność śródbłonka - wyznacznik ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych. Kardiologia po Dyplomie 2005; 4 (3): 74-75;
5. FRONCZAK A., GRACZYK-WOJCIECHOWSKA J.: Farmakoterapia chorób krwi i układu krwiotwórczego. w: Rajtar-Cynke G. (red). Farmakologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007; 274-295;
6. LEWIN-KOWALIK J.: Krążące płyny ustrojowe. w: Ganong W.F., Lange J. (red). Fizjologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009; 514-529;
7. KOŚMICKI M.A.: Zastosowanie kwasu acetylosalicylowego u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Kardiologia oparta na faktach 2011; 1: 52-66;
8. WINDYGA J.: HEMOSTAZA. W: PRUSZCZYK P., JANKOWSKI K. (red). Leczenie przeciwkrzepliwe w codziennej praktyce. Medical Tribune, Warszawa 2011; 1-34;
9. KONTUREK S., BRZOZOWSKI T.: Fizjologia człowieka t. 1. Fizjologia ogólna, krew i mięśnie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003; 123-259;
10. MARC A., BROUWER M.D., FREEK W.A.,VERHEUGT M.D.: Doustne leczenie przeciwkrzepliwe w ostrych zespołach wieńcowych. Circulation 2002; 4: 9-15;
11. MAJ S.: Leki wpływające na mechanizmy krzepnięcia krwi i hemostazy. W: Kostowski W., Herman Z.S. (red). Farmakologia podstawy farmakoterapii t. 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 573-617;
12. MUTSCHLER E., GEISSLINGER G., KROEMER H.K., RUTH P., SCHAFER-KORTING M.: Farmakologia i Toksykologia. MedPharm Polska, Wrocław 2010; 511-594;
13. MANDECKI T.: Leki fibrynolityczne, przeciwzakrzepowe i hamujące agregację płytek krwi. w: Gieca L., Herman ZS. (red). Farmakoterapia chorób układu sercowo–naczyniowego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998; 173-192;
14. CORTI R., FARKOUH M.E., BADIMON J.J.: The vulnerable plaque and acute coronary syndromem 124, Am. J. Med. 2002; 113(8): 668-680;
15. JANIEC W., NOWIŃSKA B., ŚLIWIŃSKI L.: Leki wpływające na układ krzepnięcia krwi. w: Janiec W. (red). Kompendium farmakologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008; 206-221;
16. STEVENS A., LOWE J.S.: Histologia człowieka. w: Zabel M. (red). Histologia

człowieka. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 107-143;
17. Undas A., Łętowska M., Rosiek A. Hemostaza, krwawienia i leczenie krwią. w: Szmidt J., Kużdżała J. (red). Podstawy chirurgii. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2009; 164-196;
18. PROVAN D., SINGER CH.R., BAGLIN T., LILLEYMAN J.: Hematologia kliniczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 389;
19. ZAWILSKA K.: Naczyniowe skazy krwotoczne. w: Januszewicz W., Kokot F. (red).: Interna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 839-853;
20. SUŁEK K., WĄSAK-SZULKOWSKA E.: Najczęstsze choroby krwi. Białystok 2008; 65;
21. MAJ S.: Farmakoterapia chorób krwi i układu krwiotwórczego (nienowotworowych). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001; 146;
22. KAPELKO-SŁOWIK K., PODOLAK-DAWIDZIAK M., KULICZKOWSKI K.: Rozsiane krzepnięcie wewnątrznaczyniowe. w: Kuliczkowski K., Podolak-Dawidziak M. (red). Hematologia skrypt. Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław 2007; 183-187;
23. PARTYKA Ł., DEMBIŃSKA-KIEĆ A., KIEĆ-WILK B.: Diagnostyka i monitorowanie zaburzeń układu krzepnięcia i fibrynolizy. w: Dembińska-Kieć A., Naskalski J.W. (red). Diagnostyka laboratoryjna z Elementami Biochemii Klinicznej. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010; 575-623;
24. RASZEJA – SPECHT A.: Metody badań układu hemostazy. w: Jastrzębska M. (red). Diagnostyka laboratoryjna w hemostazie. Ośrodek Inform. Naukowej OINPHARMA, Warszawa 2009; 92-140;
25. TOMASZEWSKI J.J.: Diagnostyka laboratoryjna. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2001; 119;
26. MAZIARZ B., KAPUSTA M., ANYSZEK T.: Podstawowe badania z zakresu analityki lekarskiej. w: Dembińska-Kieć A., Naskalski J.W. (red). Diagnostyka Laboratoryjna z elementami biochemii klinicznej. Elserier Urban& Partner, Wrocław 2010; 59-93;
27. ZIELENIEWSKA B.: Laboratoryjna kontrola leczenia przeciwzakrzepowego, trombolitycznego i substytucyjnego. w: Diagnostyka Laboratoryjna. Akademia Medyczna, Warszawa 1999; 128-136;
28. KORCZAK D.: Doustne antykoagulanty- antagoniści witaminy K. w: Pruszczyk P., Jankowski K. (red). Leczenie przeciwkrzepliwe w codziennej praktyce. Med. Trib. Polska, Warszawa 2010; 1-34.

Kontakt:

Doc. Dr hab. Jan Antoni Rutowski, Ph.D., Prof. (mim.) UR

E-mail: rutowski@mp.pl

FYZIOTERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI VYUŽITIA METÓDY CANTIENICA PRI LIEČBE INKONTINENCIE MOČU

The Physiotherapeutic Possibilities of Using the Cantienica Method in the Treatment of Urinary Incontinence.

Karolína Fliegová Plávková[1]

[1] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, denná doktorandka

Abstrakt

Každý z nás sa počas života dostane do situácie, v ktorej začne zvažovať svoju budúcnosť. Nasledovná situácia môže nastať aj pri inkontinencií moču, ktorá už dlho predstavuje medicínsky problém. Inkontinencia moču neohrozuje život pacienta, ale výrazne znižuje jeho kvalitu. Ak je človek odkázaný na zmenu svojho štandardu, tak sa to zobrazí aj na jeho psychike. Ak začne pociťovať sociálne neakceptovanie, odrazí sa to potom na jeho zdraví a fyzickej kondícií.

Cieľom výskumu bolo zistiť, či Cantienica je účinnou metódou na zmiernenie úrovne inkontinencie a na zlepšenie kvality života a sledovanie, či bude vplývať aj na anatomické štruktúry pohybovo- oporného systému.

Kľúčové slová: Fyzioterapia. Inkontinencia. Kvalita života. Metóda Cantienica. Panvové dno. Výskum. Literatúra.

Abstract

Each of us gets into a situation in which we consider to think about the future. The following situation can occur even with urinary incontinence, which is a long medical problem. Urinary incontinence does not compromise the patient´s life, but greatly reduces its quality of life. If person would have to change his standards, it also appears on his psyche. If one begins to feel socially non-accepted, then this would be reflected on his health and psychical condition.

The aim of the research was to find out the effectiveness of the Cantienica method with a subsequent alleviation of the level of incontinence and an improvement in respondents' quality of life.

Key words: Physiotherapy. Incontinence. The quality of life. Cantienica Method. Pelvic floor. Research. Literature.

Cieľ výskumu:

- ❑ Zistiť účinnosť metódy Cantienica na zmiernenie stupňa inkontinencie a zlepšenie kvality života respondentiek.

Hlavný výskumný cieľ:

- ❑ Zistiť efektívnosť posilňovacieho tréningu PD metódou Cantienica.
- ❑ Čiastočné výskumné ciele:

1. Zmiernia sa symptómy inkontinencie moču u našich respondentiek?
2. Zmení sa kvalita života našich pacientok?
3. Ovplyvníme anatomické štruktúry pohybovo-oporného systému tiel respondentiek?
    - výška trupu
    - dĺžky dolných končatín
    - vybrané skrátené svalové skupiny
    - rozsahy pohyblivosti v bedrových kĺboch

Hypotézy:

H 1: Predpokladáme že, dôjde k zmierneniu symptómov močovej inkontinencie v skupine liečených pacientok cvičením metódy Cantienica, v porovnaní so skupinou bez cvičenia metódy Cantienica.

H 2: Predpokladáme že, dôjde k zlepšeniu kvality života pacientok s inkontinenciou moču v skupine liečených pacientok cvičením metódy Cantienica, v porovnaní so skupinou bez cvičenia metódy Cantienica.

H 3: Predpokladáme že, pozitívne ovplyvníme anatomické štruktúry pohybovo-oporného systému tiel v skupine liečených pacientok cvičením metódy Cantienica, v porovnaní so skupinou bez cvičenia metódy Cantienica.

Výskumný súbor:

- ❑ 40 respondentiek s inkontinenciou moču I. a II. stupňa
- ❑ Experimentálna skupina: cvičenie metódy Cantienica /min. vek 35r. a max. vek 56r.
- ❑ Kontrolná skupina: medikamentózna liečba+ pohybová aktivita podľa vlastného záujmu / min. vek 36r. a max. vek 55r.

Organizácia výskumu:

V úvode stretnutia: informovanie s priebehom a s cieľom výskumu + vstupné vyšetrenie + predstavenie metódy Cantienica + inštruktáž jednotlivých cvikov.

Prvé 3mesice: 1x týždenne cvičenie pod dohľadom fyzioterapeuta 60 min. + denne doma cvičenie 20 min. + kontrolné vyšetrenie

Posledné 3 mesiace: denne doma cvičenie 20 min. +výstupné vyšetrenie

Metódy výskumu:

- ❑ Štandardizované dotazníky:
- Dotazník Medzinárodnej konzultácie o inkontinencií ICIQ-UI SF
- Dotazník merania kvality života I-QOL
- ❑ Štrukturované pozorovanie nasledovných parametrov:
- Výška trupu
- Dĺžky dolných končatín
- Stupeň skrátenia vybraných svalových skupín
- Rozsahy pohyblivosti bedrových kĺbov

Metódy spracovania výsledkov:

- ❑ Deskriptívna štatistika:
- tabuľky
- histogramy
- opis

Vyhodnotenie pracovných hypotéz:

H 1:Predpokladáme že, dôjde k zmierneniu symptómov močovej inkontinencie v skupine liečených pacientok cvičením metódy Cantienica, v porovnaní so skupinou bez cvičenia metódy Cantienica.

- ❑ Dotazník Medzinárodnej konzultácie o inkontinencií ICIQ-UI SF- na hodnotenie ťažkostí v súvislosti s močením a dopadom týchto ťažkostí na kvalitu života. Maximálny počet bodov 22(veľmi veľké množstvo úniku moču, nepretržite, veľký zásah do každodenného života) a minimálny počet bodov 0(žiadny únik moču, nikdy, žiadny zásah do každodenného života).

	Experimentálna skupina	Kontrolná skupina
Začiatok výskumu	8,7	8
Koniec výskumu	5,8	7,4
Hypotéza 1 sa nám potvrdila.		

H 2: Predpokladáme že, dôjde k zlepšeniu kvality života pacientok s inkontinenciou moču v skupine liečených pacientok cvičením metódy Cantienica, v porovnaní so skupinou bez cvičenia metódy Cantienica.

- ❑ Dotazník merania kvality života I-QOL- na hodnotenie kvality života. Maximálny počet bodov 110 (vôbec nezasahuje do kvality života) a minimálny počet bodov 22 (výrazne zasahuje do kvality života).

	Experimentálna skupina	Kontrolná skupina
Začiatok výskumu	83,5	84,6
Koniec výskumu	92,2	85,6
Hypotéza 2 sa nám potvrdila.		

H 3: Predpokladáme že, pozitívne ovplyvníme anatomické štruktúry pohybovo-oporného systému tiel v skupine liečených pacientok cvičením metódy Cantienica, v porovnaní so skupinou bez cvičenia metódy Cantienica.

- ◉ Výška trupu- nárast:
- Experimentálna skupina: nárast o 1,98cm
- Kontrolná skupina: nárast 0 cm
- ◉ Dĺžky dolných končatín- úprava asymetrie:
- Experimentálna skupina: z 1 cm na 0,2 cm
- Kontrolná skupina: z 1cm na 0,8 cm
- ◉ Rozsahy pohyblivosti v bedrových kĺboch- zväčšenie rozsahu

	Experimentálna skupina		Kontrolná skupina	
	Začiatok výskumu	Koniec výskumu	Začiatok výskumu	Koniec výskumu
FLE(120-140°)	119,7	127,7	117,7	120
ERO(30-40°)	26,4	34,5	29,5	31,3
ABD(35-45°)	34,3	39,5	33,3	35
EXT(15-20°)	13,2	16,2	12	14,7
Hypotéza 3 sa nám potvrdila.				

- ◉ Skrátené svalové skupiny- dosiahli sme nulové skrátenie u svalov: m. TFL, ischiokrurálne svaly, m. piriformis.

	Experimentálna skupina		Kontrolná skupina	
m. TFL	0,5	0	0,8	0,6
ischiokrurálne svaly	0,8	0	0,9	0,5
m. piriformis	0,5	0	0,6	0,3

Odporúčania pre prax:

- ❑ Doporučujeme používať posilňovací tréning panvového dna z metódy Cantienica:
  - pred plánovaným rodičovstvom, v tehotenstve a po pôrode
  - po gynekologických a urologických operáciách

- v liečbe ľahkej inkontinencie moču
- v liečbe a v prevencií vertebrogénnych ochorení
- v liečbe a v prevencií bolestí kĺbov dolných končatín

❑ Zvýšiť povedomie širokej verejnosti o problematike inkontinencie moču.
❑ Poskytovať odbornú pomoc a podporu ľuďom s inkontinenciou moču.
❑ Vytvoriť viac edukačných materiálov a zabezpečiť ich dostupnosť.
❑ Oboznámiť rodinných príslušníkov o podstate a zásadách.
❑ Odstrániť zábrany v komunikácií s klientmi na tému inkontinencie.
❑ Neustále motivovať klientky k významu riešenia tohto problému.
❑ Organizovať stretnutia s edukačným motívom.
❑ Viesť skupinky zamerané na správne cvičenie svalov panvového dna.

Literatúra:

1. BARBOSA, P. B et al. 2009. Comparison between measurements obtained with three different perineometers. In *Clinics* [online]. 2009 [cit. 2014-12-07]. Dostupné na internete: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2705146/. ISSN 1807-5932, 2009, vol.64, no.6, s.527-533.
2. BELAŇOVÁ, M. – ROZBORILOVÁ, E. 2007. Čo skrýva a odhaľuje kvalita života. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2007, roč. VI, s. 30-31.
3. BREZA, J. 2009. Inkontinencia moču. In *Kompedium medicíny*. ISSN 1336-4871, 2009, roč. 2009, č.9, s. 37-38.
4. BRUBAKER,L. 2014. Urinary Incontinence and Quality of life. In *Glowm* [online]. 2014 [cit. 2014-11-07]. Dostupné na internete: http://www.glowm.com/section_view/heading/Urinary%20Incontinence%20and%20Quality%20of%20Life/item/424#21631. ISSN 1756-2228.
5. CANTIENI, B.2000. *S pocitem tygřice. Smyslné cvičení pánve.* 1. Vyd. Praha: Ivo Železný, 2000. 113s. ISBN 80-240-16958.
6. CANTIENI, B. 2007. *Cvičení po porodu.* 1. Vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2007. 160s. ISBN 978-80-251-1465-0.
7. CANTIENICA.COM [online]. Zűrich, 2014 [cit. 2014-10-07]. Dostupné na internete: http://www.cantienica.com/ueber/die/methode/nethode/beckenbodentraining.html%3E#.VK1ex010zIU.
8. ČIHÁK, R. 2001. *Anatomie 1.* 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 497s. ISBN 80-7169-970-5.
9. ČIHÁK, R. 2002. *Anatomie2.* 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 470s. ISBN 80-247-0143-X.

10. DANYS, T. 2009. Úloha urodynamického vyšetrenia v starostlivosti o inkontinentné pacientky. In *Gynekológia*- príloha časopisu Bedeker zdravia,RE-PUBLIC,1/ 2009,s. 13-15.
11. *Ď*URIŠOVÁ, E. 2012. *Bolesti chrbtice, kĺbov, kostí a...* Košice: MUDr. Elena Ďurišová - AKU-HOMEO, 2012. 350s. ISBN 978-80-89496-07-5.
12. FILICKÝ, J. 2008. Inkontinencia moču u ženy: definícia, prevalencia, klasifikácia, symptomatológia, etiopatogenéza a diagnostika. In *Gynekológia* pre prax. ISSN 1336-3425, 2008, roč. 6, č. 1, s. 7-14.
13. GALAJDOVÁ, L. 2000. *O nemocech močového měchýře aneb léčba inkontinence.* Praha: Grada, 2000. 97s. ISBN 80-7169-950-0.
14. GAŽO, M. et al. 2004. Možnosti medikamentóznej liečby urgentnej inkontinencie moču u žien. In *Gynekológia a pôrodníctvo*. ISSN 1335-0862, 2004, roč. 11, č. 1, s. 28-31.
15. GINIČOVÁ, M. - PADYŠÁKOVÁ, H. 2010. Kvalita života detí po trasplantácií kostnej drene. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2010, roč. VII, č. 1-2, s.8-9.
16. HALAŠKA, M. et al. 2004. *Urogynekologie.* Praha: Galén, 2004. 256s. ISBN 80-7262-272-2.
17. HOLAŇOVÁ, R. - KRHUT, J. 2010. Fyzioterapeutické přístupy v konzervativní léčbě močové inkontinence. In *Urologie pro praxi.* ISSN 1213-1768, 2010, roč. 11, č.6, s. 308-309.
18. HOLAŇOVÁ, R. - KRHUT, J. -MUROŇOVÁ, I. 2007. Funkční vyšetření pánevního dna. In *Rehabilitace a fyzikální lékařství.* ISSN 1211-2658, č.2, s.87-90.
19. HORČIČKA, L. 2006. Kvalita života žen s močovou inkontinencí. In *Moderní babictví 9*, ISSN 1214-5572,2006, s. 1-6.
20. HUNSKAAR, S.- LOSE, G.- SYKES, D.- VOSS, S. 2004. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. In *BJU International.* ISSN1464-4096,2004, vol.93, no.3, s.324-330.
21. JAHNATKOVÁ, D. 2004. Cvičenie pri stresovej inkontinencií moču. In *Sestra*. ISSN 135-9444, 2004, roč. III, č. 5, s. 39-40.
22. KANJAKOVÁ, M. 2010. Inkontinencia- stále aktuálny problém. In *Revue medicíny v praxi*. ISSN 1336-202X, 2010, roč. 8, č. 3, s.20.
23. KILIKOVÁ, M. – ONOFREJOVÁ, A. 2009. Kvalita života pacienta so srdcovo – cievnym ochorením. In *Sestra*. ISSN 1335- 9444, 2009, roč. VIII, č. 9- 10, s. 40-41
24. KOLÁŘ, P. et al. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi. P*raha: Galen, 2009. 713s. ISBN 978-80-7262-657-1.
25. KRAČMÁROVÁ, K. 2001. Kineziologický rozbor syndromu pánevního dna. In *Rehabilitácia 1*. ISSN 0375-0922, 2001, vol.34, no.1, s.45 –48.
26. KRAHULEC, P. 2003. Rehabilitace svalů pánevního dna. In *Lekářske listy.* ISSN 1805-2355, 2003, č.26, s.14-15.
27. KRHUT, J. a kol. 2005. „Ostravský koncept“ fyzioterapie v léčbě močové inkontinence. In *Rehabilitace a fyzikální lékařství.* ISSN 1211-2658, 2005, roč.12, č.3, s.122-128.

28. MAZALANOVÁ, A. 2004. Starostlivosť o hospitalizovaných chorých z hľadiska kvality života. In *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík*. ISSN 1335- 5090, 2004, roč. X, s. 36-37.
29. MARENČÁK, J. 2011. Inkontinencia moču u starších mužov a žien. In *Lekárske listy odborná príloha zdravotníckych novín.* ISSN 1335-4477, 2011, roč. XVI/LXII, č. 22, s. 3-7.
30. MARTINICKÝ, D. 2009. Inkontinencia moču u žien+ jej súčasné diagnostické a liečebné možnosti. In *Kompedium medicíny.* ISSN 1336-4871, roč. 2009, č.12, s. 18-21.
31. MOSNÁROVÁ, A. 2003. Nové trendy v stresovej inkontinencií. In *Lekárske listy odborná príloha zdravotníckych novín*. ISSN 1335-4477, 2003, roč. I / XLI č. 41, s. 10-14.
32. MUSILOVÁ, E. 2009. Kvalita života a zdravie. In *Ošetrovateľský obzor*. ISSN 1336-5606, 2009, roč. VI, č.3, s. 88-89.
33. ONDREJKA, I. – ADAMICOVÁ, K. 2003. Komplexne o kvalite života pacienta. In *Sestra*. ISSN 1211-1058, roč. 12, č. 1, s. 5.
34. OPARA, J. et al. 2011. Physiotherapy in stress urinary icontinence in females PartII Biofeedback in stress urinary incontinence. In *Fizjoterapia.* ISSN 1230-8323, vol. 19, no. 4, s.37-42.
35. RANG AND DALE´S ET AL. 2012. *Pharmacology*. Spain: Elsevier, 2012. 777s. ISBN 978-0-7020-3471-8.
36. ROB, L. et al. 2008. *Gynekologie*. Praha: Galén, 2008. 319s. ISBN 978-80-7262-501-7.
37. ŠPRINGROVÁ, I. 2010. *Funkce, diagnostika, terapia hlbokého stabilizačního systém.* Rehaspring, 2010. 67s. ISBN 978-80-254-7736-6.
38. ŠVIHRA, J.- BAŠKA, T.- MARTIN, M. et al.2001. Prevalencia ženskej močovej inkontinencie v Slovenskej Republike. In *Urológia*. ISSN 1335-3071, 2001, roč.7, č.2, s.29-34.
39. UYAR, Y.- BAYTUR, Y. B.- INCEBOZ, U. 2007. Perineometer and digital examination for assessment of pelvic floor strength. In *Interantional journal of gynecology and obstetrics.* ISSN 0020-7292, vol.98, no.1, s.64-65.
40. VARGOVČÁK, M. 2005. Inkontinencia moču- diagnostika a liečba. In *Via practica.* ISSN 1339-424X, 2005, roč.2, č.10, s. 394-397.
41. VAVŘEKA, I.- SMÉKAL, D.- URBAN, J. 2001. Kineziologické poznámky ke klinice pánevního pletence, pánevního dna a řetězení poruch funkce pohybového systému. In *Rehabilitácia 1*, ISSN 0375-0922, 2001, vol.34, no.1, s. 39–44.

Kontakt:
Karolína Fliegová Plávková
E-mail: karolina.fliegova.plavkova@gmail.com

PORUCHY PRÍJMU POTRAVY NA PSYCHOGÉNNOM ZÁKLADE U ŠTUDENTOV

Eating Disorders on the Psychogenic Basis Among Students

Margaréta Kačmariková[1], Eliška Šarišská[1]

[1] Katedra verejného zdravotníctva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,
Trnavská univerzita v Trnave

Abstrakt

Úvod: Poruchy príjmu potravy sú závažným psychosomatickým ochorením, tretím najčastejším chronickým ochorením u adolescentných dievčat. Existujú profesie, ktoré vyvíjajú enormný tlak na chovanie mladých ľudí v súvislosti s extrémnou štíhlosťou a s tým spojenými rizikami vzniku PPP. **Ciele práce:** Hlavným cieľom práce je porovnať informovanosť o poruchách príjmu potravy u študentiek tanečného konzervatória pred a po intervencii. **Metodika práce:** Pre porovnanie informovanosti o PPP sme použili dotazníkovú metódu. Následne sme im od prezentovali odbornú prednášku týkajúcu sa problematiky PPP. O dva týždne neskôr sme študentkám rozdali rovnaký dotazník aby sme mohli porovnať rozdiel v úrovni ich vedomostí pred a po odbornej prednáške. Za účelom zistenia výskytu PPP u študentiek sme použili štandardizovaný dotazník Eating Attitude test 26. **Výsledky:** Zo všetkých respondentiek dosahovalo pred odbornou prednáškou dobrú informovanosť o PPP 48% (39) študentiek. Nedostatočnú informáciu sme zistili u 52% (43) respondentiek. Po odbornej prednáške sme zaznamenali dobrú informovanosť o PPP 74% (61) respondentiek a nedostatočnú informovanosť dosahovalo 26% (21) študentiek. Výskyt niektorej z porúch príjmu potravy môžeme predpokladať u 27 študentiek. **Záver:** Výsledky našej práce nám potvrdili, že baletné študentky sú rizikovou skupinou pre rozvoj PPP. Dôležitým faktorom pri predchádzaní PPP je vhodná prevencia. Najmä v období adolescencie môžeme poruchám príjmu potravy vhodným výchovným pôsobením predchádzať. Základom adekvátneho pôsobenia je samozrejme rodina, ale na prevencii by sa mala taktiež podieľať v rámci výchovy ku zdravému životnému štýlu aj škola.

Kľúčové slová: Poruchy príjmu potravy. Informovanosť o poruchách príjmu potravy. Rizikové faktory. Prevencia.

Abstract

Introduction: Eating disorders are serious psychosomatic disease, the third most common chronic diseases in adolescent girls. There are professions that develop enormous pressure

on young people's behavior with regard to the extreme thinness and the associated risks of PPP. **Objectives:** The main objective of this study is to compare the awareness of eating disorders in female students dance conservatory before and after the intervention. **Methods:** For comparison, awareness of PPP, we used the questionnaire method. Subsequently, we presented a specialized lecture on topics relating to PPP. Two weeks later we gave away female students the same questionnaire so that we can compare the difference in the level of their knowledge before and after the lecture. In order to detect the prevalence of PPP among female students, we used a standardized questionnaire Eating Attitude Test 26. **Results:** Of all respondents reached good awareness of PPP 48% (39) female students before lecture. Insufficient information was found in 52% (43) respondents. After the lecture we reached good awareness of PPP 74% (61) respondents and lack of awareness reached 26% (21) female students. The prevalence of the eating disorders can be assumed with 27 female students. **Conclusion:** The results of our work have confirmed that the ballet student are risk group for the development of PPP. Especially in adolescence we can have prevented eating disorders suitable educational action. On an appropriate action is the family, but prevention should also be involved in the framework of education to healthy lifestyle and school.

Key words: Eating disorders. Awareness of eating disorders. Risk factors. Prevention.

Úvod

Nespokojnosť so svojou postavou a telesnou hmotnosťou je pomerne častá u dievčat najmä v období puberty. Zvlášť ohrozenou skupinou pre vznik porúch príjmu potravy (PPP) sú tanečníci a manekýnky, z ktorých minimálne 7% trpí na niektorú z PPP (Papežová, 2010). Medzi poruchy príjmu potravy (ďalej PPP) zaraďujeme mentálnu anorexiu, mentálnu bulímiu a atypické a nešpecifické PPP. K najčastejším PPP potravy patria mentálna anorexia a mentálna bulímia (Held, 2006). Pre PPP je charakteristická intenzívna snaha o dosiahnutie štíhlosti, ktorá je spojená so znižovaním energetického príjmu a zvyšovaním energetického výdaju. Chorí sa neustále zaoberajú myšlienkami o svojom výzore, o svojej hmotnosti a o snahe schudnúť (Krch, 2010). Mentálna anorexia (ďalej MA) je ťažké a niekedy dlhodobé chronické ochorenie spojené s významnou morbiditou a mortalitou. Pri MA je charakteristický strach z priberania, ktorý pretrváva aj v životne nebezpečných situáciách. Pacienti, ktorí trpia MA sa vyznačujú výraznou podváhou. Ich správanie je typické tým, že sa neustále zaoberajú svojou hmotnosťou, postavou a jedlom (Gentile, 2010). Mentálna bulímia (ďalej MB) je porucha, pri ktorej pacient trpí veľkým hladom a snaží sa ho utíšiť tým, že začne nekontrolovateľne konzumovať obrovské množstvo jedla. Aby nestratil kontrolu nad sebou a udržal si štíhlu postavu, následne na to zvracia (Málková, 2009). Medzi nové formy PPP patrí napr. orthorexia, bigorexia, drunkorexia. Orthorexia je patologická závislosť na zdravom

stravovaní a biologicky čistej strave. Rizikovou skupinou predstavujú jedinci inklinujúci k alternatívnym stravovacím smerom ako je vegánstvo, vegetariánstvo, frutariánstvo a podobne. Pacienti sa vyhýbajú výrobkom obsahujúcich kontaminované látky a konzumujú výhradne biopotraviny (Martykánová- Piskáčková, 2010). V prípade, že porušia svoje stravovacie zásady, trpia výčitkami a pocitmi zlyhania, nakoľko zdravá strava pre nich predstavuje hlavný prostriedok prekonávania osobných problémov a zvyšovania sebavedomia (Håman, et al., 2015). Bigorexia je porucha, ktorá je charakteristická zaujatím vlastným telom a jeho nepretržitým sledovaním. Táto forma PPP postihuje predovšetkým mužskú časť populácie. Pacient sa cíti nedostatočne svalovo vyvinutý a preto trávi veľa času v posilňovni. Tvorbu svalovej hmoty podporuje rôznymi doplnkami stravy, často sa objavuje užívanie anabolických stereoidov, s ktorými sú spojené vážne zdravotné komplikácie. Aj u tejto poruchy veľký problém predstavuje depresia a pocity viny pri nedodržaní cvičebného plánu, ktoré jedincov často dostávajú do spoločenskej izolácie (Mosley, 2009). Drunkorexia je charakteristická opakovaným redukovaním príjmu potravy s cieľom znížiť príjem kalórií a dovoliť si tak piť viac alkoholu. Hlavnú úlohu tu opäť zohráva nespokojnosť so svojou postavou a obava z priberania na váhe. Zahŕňa tiež cielené zvyšovanie výdaja energie na diskotéke v kombinácií s použitím tvrdého alkoholu a energetickými nápojmi. Hlavným nebezpečenstvom je oveľa rýchlejšie vstrebávanie alkoholu v prázdnom žalúdku a do pečene sa môže dostať za menej ako 15 minút po kombinácii s energy-drinkom (Piazza- Gardner-Barry, 2013). Na etiológii PPP sa podieľajú viaceré rizikové faktory. Ženské pohlavie je pre rozvoj PPP jedným z najvýznamnejších faktorov. Ženy majú desaťkrát vyššie riziko vzniku MA ako muži. Ďalším rizikovým faktorom je telesná hmotnosť. S narastajúcou telesnou hmotnosťou signifikantne stúpa nespokojnosť žien so svojím telom a preto sa zvyšuje nebezpečenstvo bulímie a redukčných diét. Mimoriadne rizikovým obdobím pre vznik PPP je puberta a adolescencia vďaka prudkým zmenám v hmotnosti ako aj emočnej labilite nálady. Najsilenejším kultúrnym rizikovým faktorom je nekritické oslavovanie vychudnutej štíhlosti v médiach (Almássyová, 2010). Za významne predisponujúce alebo spúšťacie faktory rozvoju PPP sú považované rôzne životné situácie a udalosti. Výskum ochorení v rodinnej anamnéze ukázal, že v rámci jednej rodiny sa klinický obraz anorexie a bulímie vyskytuje častejšie, čo predikuje možnú genetickú zložku pri vzniku poruchy.

Ciel práce

Zistiť a porovnať výskyt a informovanosť o poruchách príjmu potravy u študentiek tanečného konzervatória pred a po intervencii.

Metodika práce

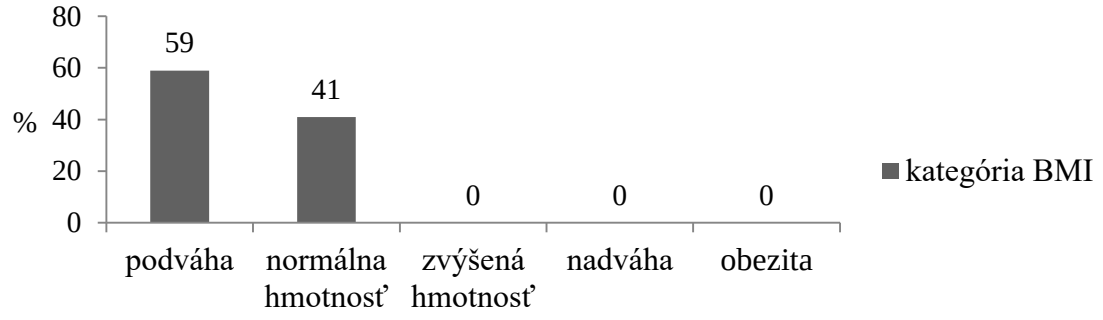
Sledovaný súbor pozostával z 82 respondentiek tanečného konzervatória venujúcich sa klasickému tancu. Zber údajov na tanečnom konzervatóriu bol povolený len za podmienky zachovania anonymity školy, z tohto dôvodu uvádzame len jeho zameranie. Vek študentiek bol od 13 do 17 rokov. Zber údajov bol uskutočnený dotazníkovou metódou. Dotazník obsahoval otázky týkajúce sa informovanosti o PPP, ktorý sme študentkám rozdali na prvom stretnutí. Následne sme im od prezentovali odbornú prednášku týkajúcu sa problematiky PPP. O dva týždne neskôr sme študentkám rozdali rovnaký dotazník aby sme mohli porovnať rozdiel v úrovni ich vedomostí pred a po odbornej prednáške. Za každú správnu odpoveď bol pridelený jeden bod. Maximálny počet dosiahnutých bodov bol 13. Za dobrú informovanosť sme považovali 7-13 bodov, za nedostatočnú informovanosť sme považovali 6 a menej bodov. Z údajov o výške a váhe študentiek sme vypočítali BMI. Študentky sme zaraďovali do kategórií BMI podľa štandardných percentilových hodnôt (Tabuľka 1).

Tabuľka 1 *Štandardné percentilové hodnoty BMI pre deti a mládež vo veku 7 až 18 rokov* (zdroj. Ševčíková Ľ., Nováková J., Hamade J., et al. ,2004)

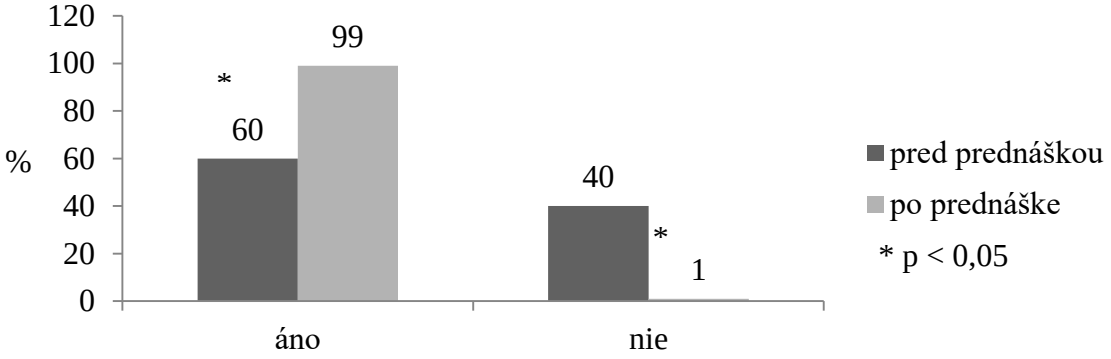
Kategória BMI	Podváha	Normálna hmotnosť	Zvýšená hmotnosť	Nadváha	Obezita
Percentil	< 25	25 - 75	75-90	90-97	> 97

Za účelom zistenia výskytu porúch príjmu potravy u študentiek sme použili štandardizovaný dotazník Eating Attitude test 26 (ďalej EAT-26). Každá z otázok obsahovala škálu položiek od „vždy“ po „nikdy“. Jednotlivé položky sme obodovali, vždy = 3, zvyčajne = 2, často = 1 a ostatné odpovede = 0, pričom posledná otázka mala opačné číslovanie. Nasledovne sme vyhodnocovali skóre. V prípade, že celkové skóre vyšlo 20 a viac, predpokladali sme u študentiek výskyt PPP. Pre zistenie vzťahu medzi úrovňou sebahodnotenia a PPP sme použili Rosenbergovu škálu sebahodnotenia, ktorá je považovaná za najpoužívanejšiu metódu na meranie globálneho sebahodnotenia. Dosiahnuté vysoké skóre v škále nasvedčuje vysokému sebahodnoteniu a nízke skóre nízkemu sebahodnoteniu. Na spracovanie zozbieraných údajov sme využili štatistický program R Project. Zo štatistických testov sme použili Chi-kvadrátový test, Fisherov test, logistickú regresiu. Za štatisticky signifikantné výsledky sme považovali tie, ktorých hladina významnosti $p \leq 0,05$.

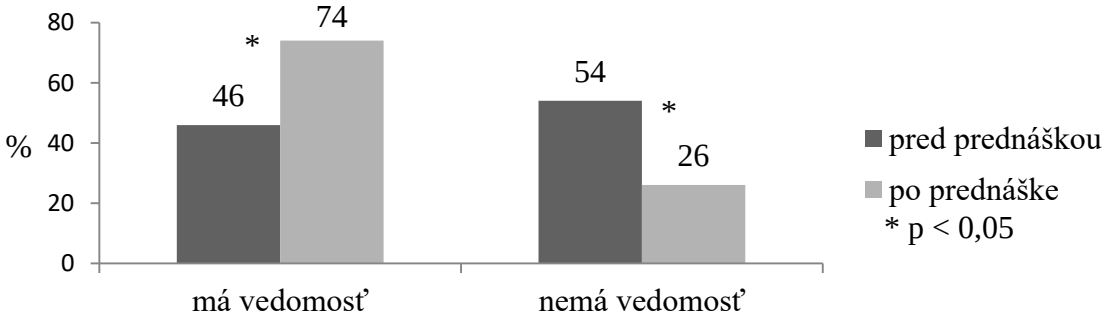
Výsledky



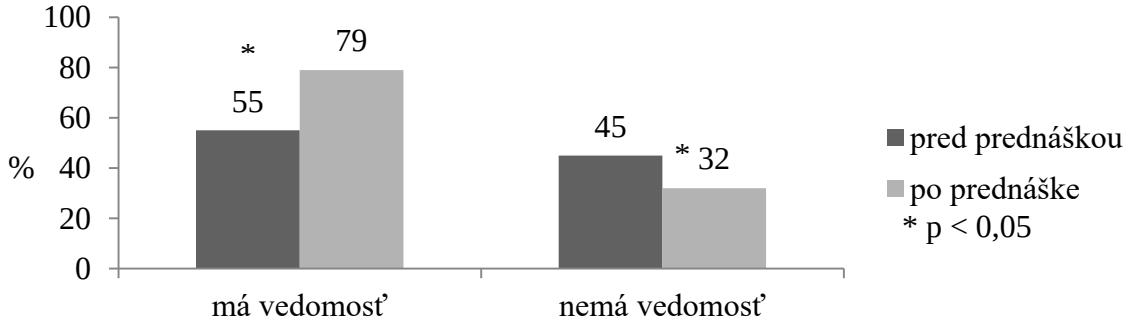
Graf 1 *Rozdelenie študentiek podľa BMI*



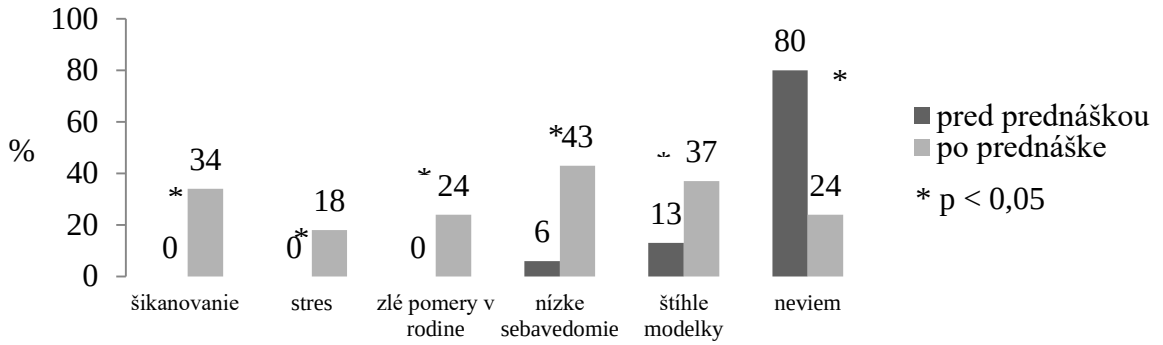
Graf 2 *Porovnanie informovanosti študentiek o PPP pred a po prednáške*



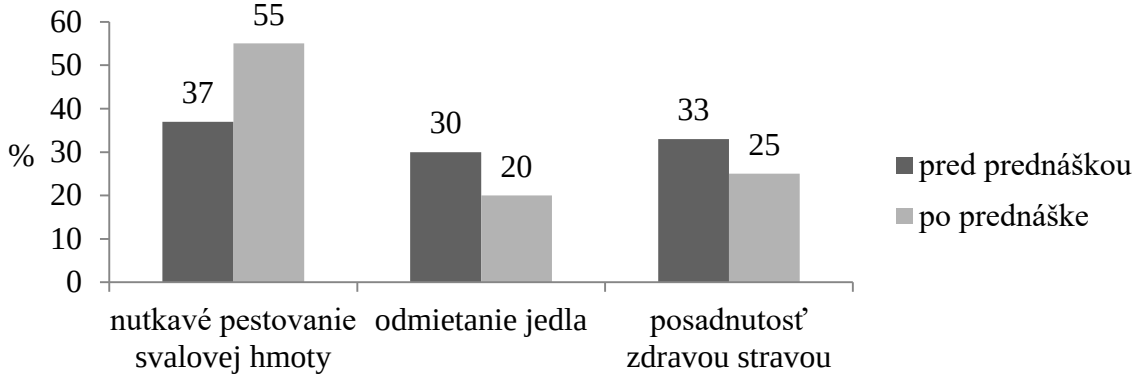
Graf 3 *Porovnanie vedomosti o mentálnej anorexii u študentiek pred a po prednáške*



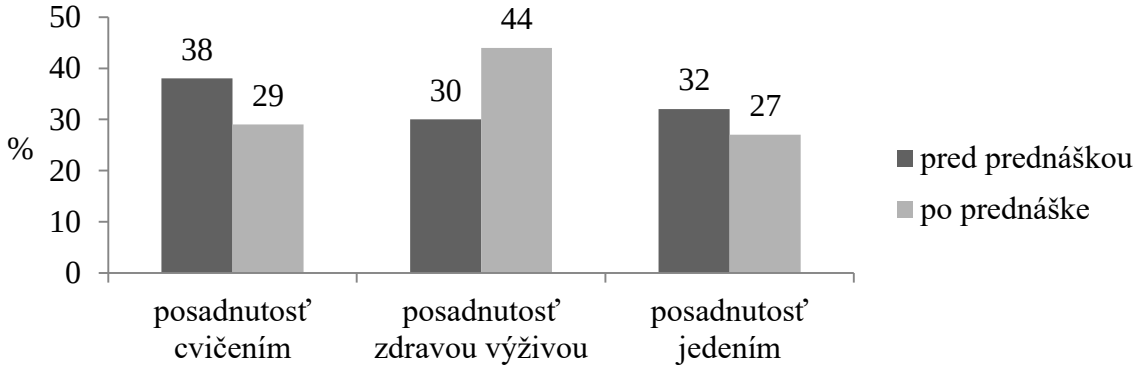
Graf 4 *Porovnanie vedomosti o mentálnej bulímii u študentiek pred a po prednáške*



Graf 5 *Porovnanie vedomosti o rizikových faktoroch PPP u študentiek pred a po prednáške*



Graf 6 *Porovnanie vedomosti o bigorexii u študentiek pred a po prednáške*

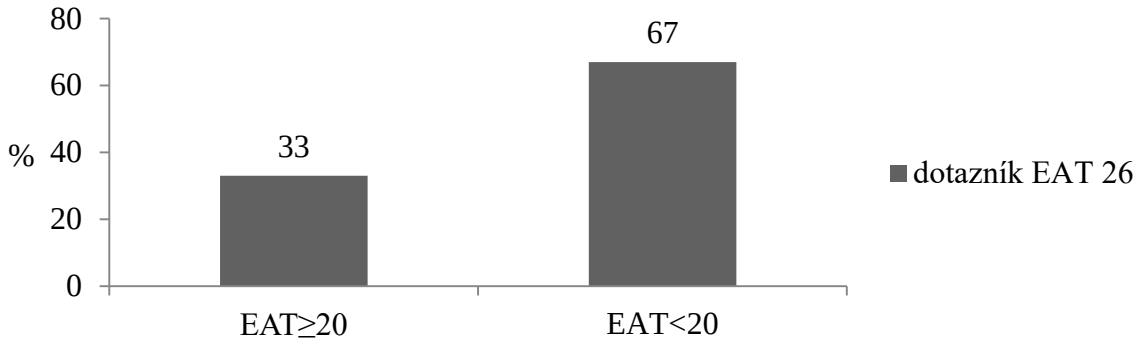


Graf 7 *Porovnanie vedomosti o orthorexii u študentiek pred a po prednáške*

Tabuľka 2 *Porovnanie študentiek podľa dosiahnutej úrovne informovanosti pred a po prednáške*

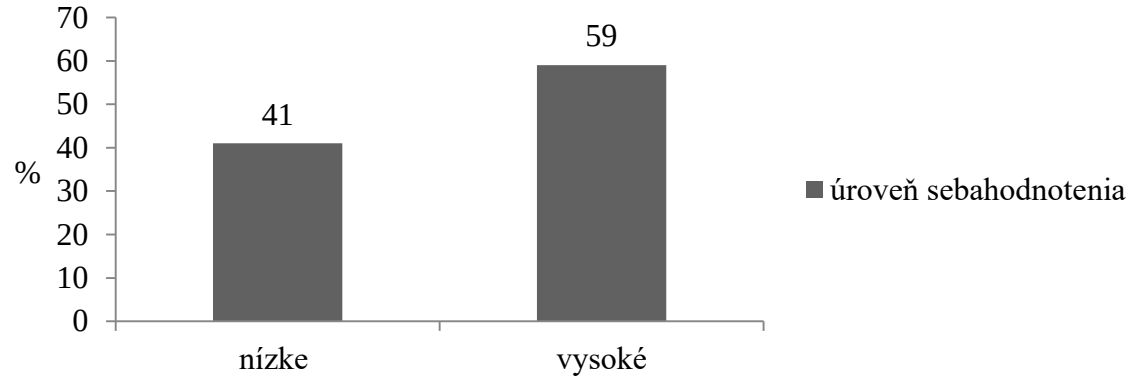
Informovanosť	Prednáška			
	Pred		Po	
	n	%	n	%
Nedostatočná (0-6 bodov)	43	52	21	26
Dobrá (7-13 bodov)	39	48	61	74

Dotazník EAT- 26 Zo všetkých študentiek na tanečnom konzervatóriu dosahovalo skóre rovné alebo vyššie ako dvadsať 33% (27) študentiek a skóre nižšie ako dvadsať dosiahlo 67% (55) študentiek (Graf 8). Výskyt niektorej z porúch príjmu potravy môžeme predpokladať u 27 študentiek, ktoré dosiahli skóre rovné alebo vyššie ako dvadsať.



Graf 8 *Porovnanie študentiek podľa dosiahnutého skóre v dotazníku EAT-26*

Rosenbergova škála sebahodnotenia Zistili sme, že zo sledovaného súboru dosahovalo podľa Rosenbergovej škály sebahodnotenia 41 % (34) študentiek nízke sebahodnotenie a u 59 % (48) študentiek sme pozorovali vysoké sebahodnotenie (Graf 9).Študentky s vysokým sebavedomím majú 3.033921e-10 krát nižšiu šancu vzniku porúch príjmu potravy v porovnaní so študentkami s nízkym sebavedomím. Tento výsledok je však štatisticky nesignifikantný p=0,99 (CI= 0.000000 - Inf).



Graf 9 *Porovnanie študentiek podľa úrovne ich sebahodnotenia*

Tabuľka 3 *Porovnanie študentiek podľa počtu rizikových faktorov a úrovne informovanosti*

	Informovanosť			
	Nedostatočná		Dobrá	
	n	%	n	%
0-4 RF	21	43	28	57
5-8 RF	22	67	11	33

Záver

PPP sa stávajú v posledných rokoch globálnym problémom. Najohrozenejšou skupinou sú mladé adolescentné dievčatá. Je teda žiaduce poskytovať informácie o danej problematike širokej verejnosti a najmä ohrozeným skupinám, do ktorých zaraďujeme aj baletky. Nárast v informovanosti študentiek po odbornej prednáške sme zistili vo vedomostiach o MA, MB, bigorexii, drunkorexií a rizikových faktoroch PPP. Výskyt niektorej z porúch príjmu potravy môžeme v našom súbore predpokladať u 33 % študentiek, ktoré dosiahli celkové skóre rovné alebo vyššie ako dvadsať v štandardizovanom dotazníku EAT-26, ktorý predstavuje vhodnú screeningovú metódu pre zistenie PPP. Z celkového počtu respondentiek sme zistili až u 59 % študentiek podváhu. Zistili sme, že zo sledovaného súboru dosahovalo podľa Rosenbergovej škály sebahodnotenia 41 % študentiek nízke sebahodnotenie a u 59% študentiek sme pozorovali vysoké sebahodnotenie.

Dôležitým faktorom pri predchádzaní PPP je vhodná prevencia. Základom adekvátneho pôsobenia je rodina, ale na prevencii by sa mala taktiež podieľať v rámci výchovy ku zdravému životnému štýlu aj škola. Prevencia porúch príjmu potravy by mala zhrňovať podporu správnych stravovacích návykov, dostatočné informovanie žiakov o možných príčinách a dôsledkoch PPP.

Literatúra:

1. GENTILE, M. G. 2010 *Anorexia nervosa: identification, main characteristics and treatment*. In Nutritional Therapy & Metabolism NUTR THER METAB [online]. 2010. [cit. 2015- 12-28]. Dostupné na: https://www.ebscohost.com/academic, ISSN: 1828-6232
2. HÅMAN, L. et.al. 2015. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. [online]. NCBI, 2015. [cit. 2015- 12-29]. Dostupné na: http://ezproxy.cvtisr.sk:2106/pubmed/26282866
3. HELD, Ľ. et al. 2006. *Teória a prax výchovy k zdravej výžive v školách*. 1.vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, vydavateľstvo Trnavskej univerzity, 2006. 769 s. ISBN 80-8082-077-5.
4. KRCH, F. D. 2010. *Mentální anorexie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
5. MÁLKOVÁ, I. 2009. *Výskyt porúch a její průběh*. [online]. 2009. [cit.2016.02.09]. Dostupné na: http://www.stob.cz/odborne-clanky-poruchy-prijmu-potravy/vyskyt-poruchy-a-jeji-prubeh
6. MARTYKÁNOVÁ, L.- PISKÁČKOVÁ, Z. 2010. *Orthorexie a bigorexie-méně známé formy poruch příjmu potravy*. In Časopis výživa a potraviny. [online]. 2010. č.1

[cit.2016.02.18]. Dostupné na: http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/orthorexie-a-biorexie-mene-zname-formy-poruch-prijmu-potravy.html

7. MOSLEY, P. E. 2009. *Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia*. [online]. NCBI, 2009. [cit.2016.01.09]. Dostupné na: http://ezproxy.cvtisr.sk:2106/pubmed/18759381
8. PAPEŽOVÁ, H. 2010. *Spektrum porúch príjmu potravy*: Interdisciplinární prístup. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 424 s. ISBN 978-80-274-2425-6.
9. PIAZZA-GARDNER A. K- BARRY A. E. 2013. Appropriate terminology for the alcohol, eating, and physical activity relationship. NCBI, 2013. [cit.2016.01.03]. Dostupné na: http://ezproxy.cvtisr.sk:2106/pubmed/23768228
10. ŠEVČÍKOVÁ, Ľ., NOVÁKOVÁ J., HAMADE J., et al. 2004. Percentilové grafy a antropometrické ukazovatele: Telesný vývoj detí a mládeže v SR. Úrad verejného zdravotníctva. 2004; s. 16-103 [cit.2016.01.03]. Dostupné na: http://www.ruvzba.sk/poradne/Percentilove_grafy_SK_farba.pdf

Kontakt:

Doc. Ing. Margaréta Kačmariková, PhD.
vedúca katedry VZ, FZ a SP, TU
Univerzitné nám.1, 918 43 Trnava
E-mail: margareta.kacmarikova@truni.sk
+421 (0) 33 59 39 443

ERGONOMICKÁ ANALÝZA V PODNIKU NA PRENÁJOM A SERVIS MOBILNÝCH ŽERIAVOV

Ergonomic Analysis in the Business of Renting and Servicing of Mobile Cranes

Michaela Machajová[1], Monika Poništiaková[1]

[1]Katedra verejného zdravotníctva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave

Abstrakt

S expozíciou neprimeraným pracovným podmienkam, pri ktorých je zvýšené riziko vzniku porúch podporno-pohybového systému sa stretáva značné množstvo pracujúcej populácie. Hlavným cieľom práce bolo vykonať ergonomický skríning vybranej skupiny pracovníkov v podniku zameranom na servis a prenájom mobilných žeriavov a pracovných plošín v okrese Senec. Sprostredkujúcimi cieľmi bolo vykonať v danom podniku kvalifikovaný odhad rizika. Identifikovať kritické pracovné činnosti z hľadiska ergonómie a popísať ich. Zhodnotiť pracovné polohy vybranej skupiny pracovníkov pri vykonávaní kritických pracovných činností použitím nástroja REBA. Navrhnúť intervenciu. Údaje boli zbierané pozorovaním a dotazníkovou metódou a hodnotením pracovných polôh pri vybraných úkonoch nástrojom REBA. Za kritické pracovné činnosti bola určená servisná kontrola strojov a oprava poruchových strojov. Pri hodnotení pracovných polôh zamestnancov pri daných úkonoch sa REBA skóre pohybovalo v rozmedzí od 6 do 11 bodov, čo predstavuje stredné až veľmi vysoké riziko rozvoja porúch podporno-pohybového aparátu. Na základe zrealizovaného výskumu na vzorke 5 pozorovaných subjektov hodnotíme ergonomický skríningový nástroj REBA ako vhodnú progresívnu metódu pre identifikáciu kritických pracovných úkonov, učenie rizika rozvoja porúch podporno-pohybového aparátu a charakteru príslušných opatrení.

Kľúčové slová: Ergonómia. Skríning. Podporno-pohybový aparát. Pracovná poloha.

Abstract

Significant amount of working population is exposed to inadequate working conditions in which the risk of occurrence of musculoskeletal disorders is increased. The main objective of the work was to carry out an ergonomic screening in selected group of workers in a company focused on maintenance and rental of mobile cranes and work platforms in Senec district. Intercessory objectives were to carry out the risk assessment in a chosen company. Identify critical work duties from ergonomics point of view and describe them. Evaluate working positions of selected group of workers during performing critical work duties using REBA tool. Design intervention. Data were collected by observation and questionnaire

method and assessment of work positions during selected tasks using REBA tool. Critical work duties were identified as maintenance check of machines and repair of damaged machines. During evaluation of working positions of workers in selected tasks was REBA score moving in range from 6 to 11 points which represents medium to very high risk of occurrence of musculoskeletal disorders. Based on conducted research on sample of 5 observed subjects we rate ergonomic screening tool REBA as an adequate progressive method for identification of critical work tasks, evaluation of the risk of development of musculoskeletal disorders and character of corresponding precautions.

Key words: Ergonomics. Screening. Musculoskeletal system. Working position.

Úvod

Zdravé pracovné podmienky sú predpokladom pre zabezpečovanie zdravia ľudí v produktívnom veku. Závisia nie len od pracovného prostredia a jeho faktorov, ale rovnako aj od spôsobu vykonávania práce (Šulcová a kol., 2012). Ten je priamo ovplyvňovaný priestorovým usporiadaním a rozmermi príslušných pracovných miest, ktoré musia okrem konštrukčných, technických a bezpečnostných parametrov taktiež rešpektovať antropometrické, fyziologické a psychofyziologické zásady ľudského organizmu. Rozmery a usporiadanie každého pracoviska musí zodpovedať telesným rozmerom pracovníkov, ktorí na ňom vykonávajú každodenné pracovné úlohy. Spomínané vlastnosti práce výrazne vplývajú na jednotlivé polohy tela pri práci. Tie musia zodpovedať prirodzeným dráham a stereotypom ľudského tela (Tuček – Cikrt – Pelcová, 2005). S expozíciou neprimeraným telesným podmienkam, pri ktorých je zvýšené riziko vzniku porúch PPS sa stretáva značné množstvo pracujúcej populácie. Podľa prieskumu pracovných podmienok z roku 2010, ktorý sa vykonáva v pravidelných päťročných intervaloch, je na území Európy únavným alebo bolestivým pracovným pozíciám vystavených 47% pracovníkov, opakujúcim sa pohybom 64% a nadmernému státiu dokonca až 69% opýtaných (Eurofound, 2012). Poruchy podporno-pohybového aparátu sú charakterizované poškodením telesnej stavby, predovšetkým svalov, kĺbov, šliach a väzív, ale aj lokalizovanej nervovej a obehovej sústavy (EU-OSHA, 2008a). Správna poloha tela pri práci je jedným z nevyhnutných predpokladov prevencie poškodení PPS. Dôkladné poznanie podmienok práce, pracovných postupov, daností a možností človeka, ako aj príčiny vzniku rôznych zdravotných poškodení jednoznačne predurčujú hľadať vhodné spôsoby prevencie ako tieto ochorenia čo najviac eliminovať (Marušiaková a kol., 2010). Dobrý a trvalo udržateľný zdravotný stav pracovníkov by mal byť v záujme nie len príslušného zamestnávateľa, ale predovšetkým spoločnosti, ktorá má v danej oblasti kompetencie, a to v zmysle tvorby noriem a zákonov. Tie by však mali vždy vychádzať z poznatkov o ľudskom zdraví, kde má nenahraditeľnú úlohu aj oblasť verejného zdravotníctva.

Ciele

Každá pracovná činnosť, ktorú pracovníci vykonávajú je charakterizovaná určitým sledom pracovných pohybov a polôh. Z hľadiska zdravia je nevyhnutné, aby aj tieto aspekty práce podliehali efektívnemu hodnoteniu prostredníctvom vhodných ergonomických nástrojov jednak preto, aby sa zabezpečila kompatibilita práce s konkrétnymi danosťami človeka a výkonovou kapacitou jeho organizmu, ale taktiež preto, aby bol včas odhalený potenciálny nesúlad a určené riziko poškodenia PPS pracovníkov. **Hlavným cieľom práce** bolo vykonať ergonomický skríning vybranej skupiny pracovníkov v podniku zameranom na prenájom a servis mobilných žeriavov a pracovných plošín v okrese Senec. **Sprostredkujúcimi cieľmi** bolo vykonať kvalifikovaný odhad rizika, identifikovať kritické pracovné činnosti v danom podniku z hľadiska ergonómie a popísať ich, Zhodnotiť pracovné polohy vybranej skupiny pracovníkov pri vykonávaní kritických pracovných činností použitím nástroja REBA a navrhnúť intervenciu.

Materiál a metodika

Charakteristika podniku

Výskumná časť práce bola vykonaná vo vybranom podniku, ktorý sa zaoberá prenájmom a servisom mobilných žeriavov a pracovných plošín v okrese Senec. Podnik sa člení na viacero organizačných útvarov a celkovo zamestnáva 26 zamestnancov. Prevádzka podniku je jednozmenná, v trvaní od 7.00 hod. do 16.00 hod. (pondelok – štvrtok), v piatok je zmena skrátená do 13.30 hod., pričom zamestnanci majú nárok na 30 min. prestávku v čase obedňajších hodín. Práca nad čas, prípadne práca v noci sa vykonáva iba ojedinele v nevyhnutných prípadoch. Vo firme nie sú evidované rizikové práce pre žiadny faktor.

Populácia a výskumná vzorka

Pre ergonomické hodnotenie bol zvolený technický úsek, pod ktorý spadá 7 zamestnancov. Daný úsek bol zvolený vzhľadom na to, že na základe charakteru vykonávanej činnosti predpokladáme u zamestnancov vykonávanie práce v náročných pracovných polohách. Pri tvorbe výskumnej vzorky bol použitý hniezdový výber. Zamestnanci, ktorí hniezdo tvorili boli stratifikovaní do skupín podľa pracovnej funkcie nasledovne:

- technický riaditeľ,
- asistentka technického riaditeľa,
- mechanik.

Vzhľadom na to, že asistentka a technický riaditeľ nevykonávajú činnosti náročné na pracovné polohy, boli zo skúmania vylúčení. Do konečného súboru respondentov bolo zaradených 5 mechanikov. Ich zaradenie do vzorky nepodliehalo žiadnym ďalším zaraďovacím ani vylučovacím kritériám.

Dizajn štúdie

Išlo o pilotnú štúdiu, na podklade ktorej môže byť vykonaná analytická epidemiologická štúdia na analýzu poškodenia podporno-pohybového aparátu pri identifikovaných rizikových pracovných činnostiach. Jej účelom je praktické testovanie nástroja, ktorého názov znie Rapid Entire Body Assessment (slovensky Rýchle hodnotenie celého tela, ďalej len „REBA).

Princíp nástroja REBA

REBA predstavuje ergonomický hodnotiaci nástroj, ktorý slúži na hodnotenie rizika porúch podporno-pohybového aparátu asociovaných s vykonávanou prácou. Použitie nástroja je jednoduché bez potreby špeciálnych ergonomických skúseností hodnotiteľa a použitia náročných meracích zariadení. Slúži na hodnotenie statickej aj dynamickej svalovej činnosti, pričom pozorovaná poloha tela je hodnotená prostredníctvom hodnotiaceho hárku, do ktorého sú vpisované body pre jednotlivé časti tela (krk, trup, chrbát, ramená, lakte, predlaktia, zápästia, nohy a kolená) v závislosti od ich polohy pri práci, pričom je možné hodnotiť až 144 rôznych kombinácií polôh tela. Bodovému hodnoteniu podlieha aj intenzita vykonávanej aktivity, hmotnosť bremien a manipulácia s ručným náradím. Hodnotenie vždy zohľadňuje iba ľavú alebo pravú časť tela pracovníka, preto je pre posúdenie oboch častí tela potrebné vykonať dve samostatné hodnotenia. Na základe priradených bodov je vypočítané finálne skóre, ktoré predstavuje mieru rizika (zanedbateľné – veľmi vysoké) a určuje spôsob vykonania potrebných opatrení (žiadne – okamžite nevyhnutné) (Hignett – McAtamney, 2000a).

Metódy zberu údajov

Zber údajov prebiehal v danom podniku počas januára - februára 2016. Pri zbere údajov boli použité kvantitatívne aj kvalitatívne výskumné metódy. Údaje boli získané prostredníctvom dotazníkovej metódy a pozorovania.

Dotazníková metóda

V práci bol použitý neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý pozostával z 15 otázok, pričom 9 otázok bolo otvorených a 6 uzavretých s možnosťou výberu jednej, prípadne viacerých odpovedí. Respondentom bol rozdaný za účelom identifikácie kritickej pracovnej operácie, resp. viacerých operácií, ktoré by mali byť predmetom pozorovania a hodnotenia v súvislosti s ergonómiou a pracovnými polohami.

V prvej časti dotazníka sme zisťovali základné údaje o pracovníkovi ako sú vek, hmotnosť, výška, dominantná ruka a pracovné zaradenie. Účelom nasledujúcich otázok bolo subjektívne určenie kritických pracovných operácií, ich vplyv na PPS pracovníkov a ich trvanie počas zmeny.

Pozorovanie

Vo výskume bola metóda pozorovania využitá so zámerom získať údaje jednak týkajúce sa pracovného prostredia, ale aj samotných zamestnancov. Pre účely vykonania kvalifikovaného odhadu rizika boli pozorované pracovné podmienky zamestnancov, ktoré zahŕňajú pracovné prostredie a spôsob výkonu práce a pozorovanie zamestnancov pri výkone kritických pracovných úkonov prebiehalo prostredníctvom vytvorenia videonahrávky daných pracovných úkonov pomocou kamerového zariadenia.

Postup ergonomického hodnotenia použitím nástroja REBA

Na základe pozorovania sme určili kritické pracovné polohy, pričom každú z nich sme hodnotili jednotlivo (aj v zmysle samostatného hodnotenia ľavej a pravej strany). Pri hodnotení sme využívali pracovný hárok, ktorý pozostáva z 3 tabuliek a je rozdelený na dva segmenty:

- Segment A (pokrýva hodnotenie polohy a postavenia krku, trupu a nôh),
- Segment B (pokrýva hodnotenie polohy a postavenia ruky a zápästia).

Prvá tabuľka slúži na hodnotenie segmentu A a po zohľadnení miery námahy určuje výsledné skóre A pre tento segment. Druhá tabuľka hodnotí segment B a po zohľadnení manipulácie s náradím určuje výsledné skóre B pre daný segment. Tretia tabuľka obe hodnoty kombinuje a udáva výsledné spoločné skóre C. Tabuľky sú uvedené v prílohe C. Pre finálne REBA skóre je však nutné určiť body v závislosti od aktivity vynakladanej pri práci a pripočítať ich k hodnote skóre C. Finálne REBA skóre dosiahneme sčítaním hodnoty výsledného skóre C a hodnoty určenej za aktivitu pri vykonávanej práci. Na základe takto učeného skóre identifikujeme, prostredníctvom tabuľky so stupnicou, mieru rizika rozvoja porúch podporno-pohybového aparátu.

Analýza údajov

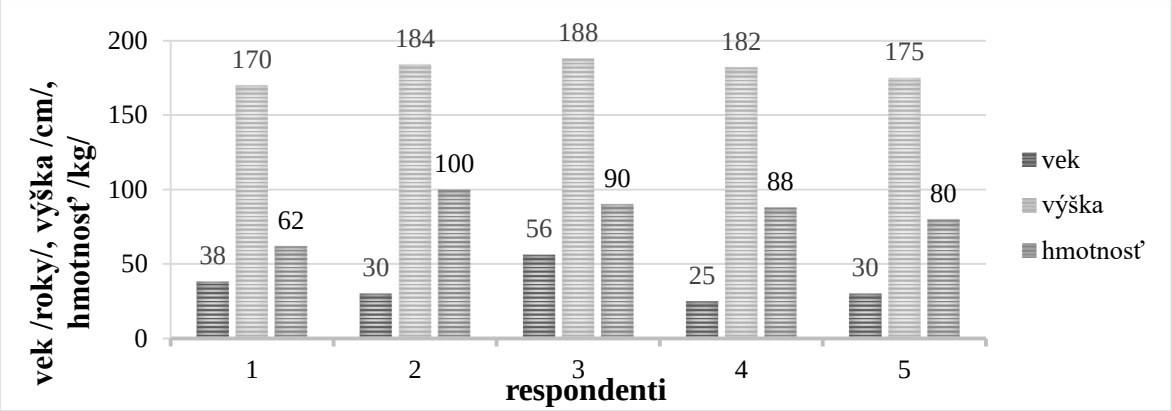
Získané údaje boli spracované v tabuľkovom editori Microsoft Excel. Deskriptívna štatistika údajov bola vypočítaná použitím funkcie analýza dát. Konfidenčný interval bol stanovený na 95%. Program Microsoft Excel bol taktiež použitý pre vizuálne zobrazenie výsledkov (tabuľky a grafy stĺpcového typu). Údaje týkajúce sa pracovných polôh boli spracované použitím aktívneho pracovného REBA hárka (REBA Employee Assessment Worksheet), vytvoreného v programe Microsoft Excel. Hárok funguje na princípe vyššie popísaného postupu a je voľne dostupný na internete (Hignett – McAtamney, 2000b).

Výsledky

Charakteristika sledovaného súboru

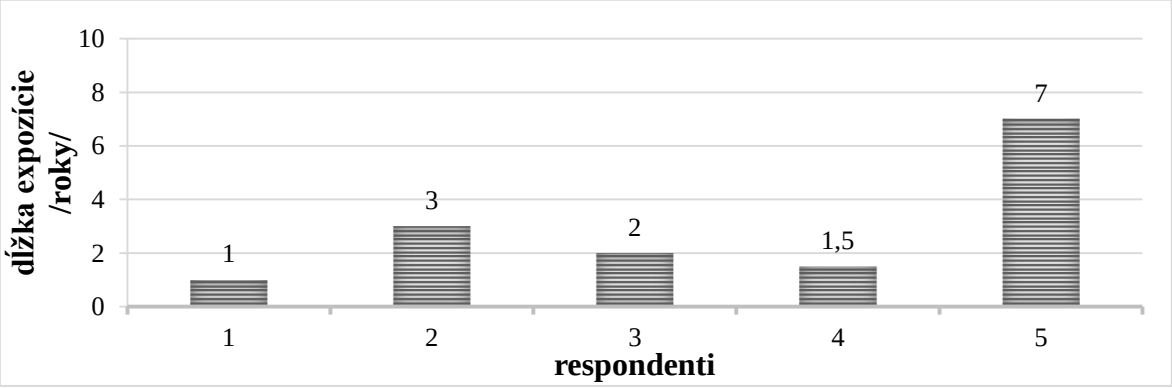
Sledovaný súbor pre účely ergonomického hodnotenia pracovných polôh pozostával z 5 zamestnancov pracujúcich na oddelení techniky zaradených do funkcie mechanik.

Vzhľadom na charakter vykonávanej práce boli všetci respondenti mužského pohlavia. Priemerný vek respondentov bol 35,8 ± 12,21 rokov ($CI_{95\%}$ 20,6; 51,0). Stredná hodnota veku respondentov bola 30 rokov, pričom najmladší zamestnanec mal 25 a najstarší 56 rokov. Priemerná výška respondentov bola 179,8 ± 7,2 cm ($CI_{95\%}$ 170,8; 188,8). Stredná hodnota výšky bola 182 cm, pričom najnižší pracovník meral 170 cm, najvyšší 188 cm. Priemerná hmotnosť respondentov bola 84 ± 12,2 kg ($CI_{95\%}$ 66,3; 101,6). Stredná hodnota hmotnosti respondentov bola 88 kg. Respondent s najnižšou hmotnosťou vážil 62 kg, najťažší respondent vážil 100 kg (Graf 1).



Graf 1 *Vek, výška a hmotnosť respondentov, okres Senec, 2016, n = 5*

Priemerná doba expozície zamestnancov práci mechanika bola 2,9 ± 2,4 roka ($CI_{95\%}$ 0,1; 5,9). Stredná hodnota dĺžky expozície bola 2 roky. Zamestnanec s najnižšou dobou expozície bol danej práci vystavený 1 rok, zamestnanec s najdlhšou dobou expozície 7 rokov (Graf 2).



Graf 2 *Dĺžka expozície práci mechanika jednotlivých zamestnancov, okres Senec, 2016,n = 5*

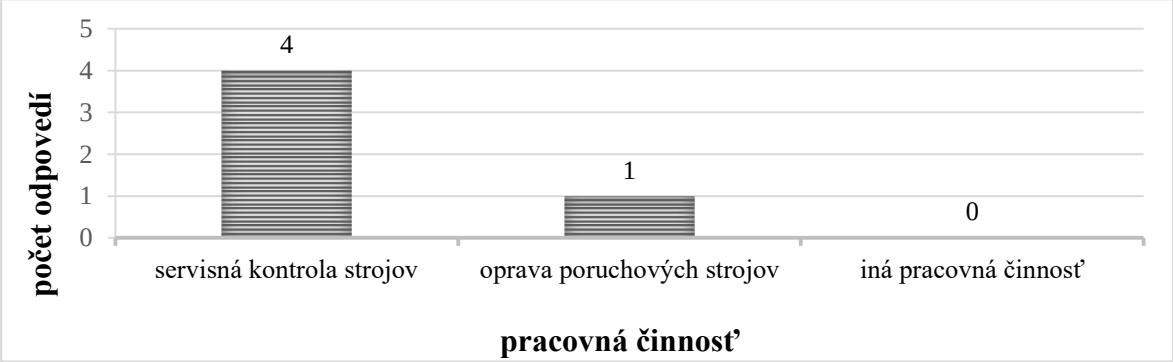
Všetci zamestnanci používajú pravú ruku ako dominantnú, okrem zamestnanca č. 5, ktorý je ľavák. U všetkých zamestnancov oddelenia techniky prevláda pracovná poloha v stoji.

Identifikácia kritických pracovných činností na základe kvalifikovaného odhadu rizika

Na základe prešetrenia pracovných podmienok, faktorov práce a spôsobu vykonávania práce, boli za kritickú pracovnú činnosť z hľadiska ergonómie identifikované 2 pracovné činnosti, a to servisná kontrola strojov a oprava poruchových strojov. Dané pracovné činnosti boli označené za kritické vzhľadom na to, že zamestnanci pri ich výkone často pracujú v neprirodzených pracovných polohách a výkon týchto činnosti trvá viac ako polovicu pracovnej zmeny, na základe čoho predpokladáme vyššiu záťaž na podporno-pohybový systém zamestnancov.

Identifikácia kritických pracovných činností na základe dotazníka

Kritické pracovné činnosti sme identifikovali aj z pohľadu zamestnancov prostredníctvom dotazníka. Všetci zamestnanci považujú najčastejšie vykonávanú činnosť počas pracovnej doby zároveň aj za zaťažujúcu pre svoj PPS, pričom 4 zamestnanci (zamestnanec č. 2 – č. 5) najčastejšie vykonávajú servisnú kontrolu strojov, 1 zamestnanec (zamestnanec č. 1) najčastejšie vykonáva opravy poruchových strojov. Inú činnosť žiaden zo zamestnancov nepovažuje za zaťažujúcu pre svoj PPS. Na základe takto označených odpovedí boli za kritické zvolené 2 pracovné činnosti, a to servisná kontrola strojov a oprava poruchových strojov (Graf 3).



Graf 3 *Identifikácia kritických pracovných činností zamestnancami, okres Senec, 2016, n = 5*

Záťaž zamestnanci pociťujú najmä v chrbtovej oblasti (3 zamestnanci) a v nohách (5 zamestnanci), v inej časti tela záťaž na podporno-pohybový systém nepozorujú. Záťaž sa prejavuje u všetkých zamestnancov bolesťou v danej časti tela a jeden zamestnanec okrem bolesti považuje za záťaž aj pocit únavy (Tab. 1).

Tabuľka 1 *Lokalizácia záťaže a pociťované ťažkosti, okres Senec, 2016, n = 5*

ID zamestnanca	Lokalizácie záťaže		Pociťované ťažkosti	
1	Chrbát	Nohy	Bolesť	
2	Nohy		Bolesť	Únava
3	Chrbát,	Nohy	Bolesť	
4	Nohy		Bolesť	
5	Chrbát	Nohy	Bolesť	

Príklad hodnotenia pracovných polôh demonštrujeme na príklade zamestnanca č.2 v tab.2 a tab. 3.

Tabuľka 2 *Hodnotenie pracovných polôh nástrojom REBA – zamestnanec č. 2, okres Senec, 2016, n = 5*

Segment A								**Segment B**							
Krk				**Tabuľka A**				**Rameno**				**Tabuľka B**			
A*	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***
2	2	3	2	6	6	7	7	3	3	4	3	4	4	7	4
Trup				**Stupeň námahy**				**Predlaktie**				**Práca s náradím**			
A*	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***
4	2	4	3	0	0	0	1	1	1	2	1	0	0	0	1
Nohy				**Skóre A**				**Zápästie**				**Skóre B**			
A*	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***
2	4	2	4	6	6	7	8	2	2	3	2	4	4	7	5
Skóre C				**Stupeň aktivity**				**REBA skóre**			
A*	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***	**A***	**B***	**C***	**D***
7	7	9	10	1	2	1	1	**8**	**9**	**10**	**11**

Pozn.: *A*- kontrola a doplnenie hladiny destilovanej vody v batériách, B* – ovládanie plošiny so spodným ovládačom, C* – premazanie vrchných kĺzných plôch, D* – vysunutie opornej dosky*

Podľa REBA hodnotenia predstavuje pre zamestnanca č. 2 z vybraných pracovných úkonov najvyššie riziko vzniku ochorení PPS vysunutie opornej dosky (11 b) a najnižšie riziko kontrola a dopĺňanie hladiny destilovanej vody v batériách (8 b) (Tab. 3).

Tabuľka 3 *Určenie miery rizika porúch podporno-pohybového aparátu a charakter potrebných opatrení – zamestnanec č. 2, okres Senec, 2016, n = 5*

Úkon	REBA skóre	Riziko	Opatrenia
A*	8	Vysoké	Preskúmanie a implementovanie zmeny
B*	9	Vysoké	Preskúmanie a implementovanie zmeny
C*	10	Vysoké	Preskúmanie a implementovanie zmeny
D*	11	Veľmi vysoké	Okamžité implementovanie zmeny

Pozn.: *A*- kontrola a doplnenie hladiny destilovanej vody v batériách, B* – ovládanie plošiny so spodným ovládačom, C* – premazanie vrchných kĺzných plôch, D* – vysunutie opornej dosky*

Pre každého z pozorovaných zamestnancov bolo z ergonomického hľadiska najzaťažujúcejším úkonom vysunutie opornej dosky, pričom tento úkon všetci zamestnanci vykonávali rovnakým spôsobom. Pre zamestnanca č. 2, č. 4 a č. 5 bol najjednoduchším

úkonom kontrola a dopĺňanie hladiny destilovanej vody v batériách, pre zamestnanca č. 3 to bol úkon premazávanie klzných plôch, u zamestnanca č. 1 boli najjednoduchšími úkonmi (s rovnakou hodnotou REBA skóre) kontrola a dopĺňanie hladiny destilovanej vody a premazávanie klzných plôch (Tab. 4).

Tabuľka 4 *Porovnanie REBA skóre medzi zamestnancami a jednotlivými pracovnými úkonmi, okres Senec, 2016, n = 5*

Zamestnanec	A*	B*	C*	D*
č. 1	6	8	6	11
č. 2	8	9	10	11
č. 3	8	10	6	11
č. 4	8	10	9	11
č. 5	8	9	10	11

Pozn.: *A*- kontrola a doplnenie hladiny destilovanej vody v batériách, B* – ovládanie plošiny so spodným ovládačom, C* – premazanie vrchných klzných plôch, D* – vysunutie opornej dosky*

Záver

Na základe vykonaného kvalifikovaného odhadu rizika a vyhodnotenia distribuovaných dotazníkov vlastnej konštrukcie bola za kritickú pracovnú činnosť z hľadiska ergonómie polôh tela pri práci určená servisná kontrola strojov a oprava poruchových strojov. Pozorovaniu podliehali iba vybrané pracovné úkony vykonávané pri servisnej kontrole strojov (menovite kontrola a doplnenie hladiny destilovanej vody v batériách, ovládanie plošiny so spodným ovládačom, premazanie vrchných klzných plôch a vysunutie opornej dosky), pri ktorých sa získané REBA skóre daných zamestnancov pohybovalo v rozmedzí od 6 do 11 bodov, čo predstavuje stredné až veľmi vysoké riziko rozvoja porúch podporno-pohybovej sústavy. Na základe daných výsledkov hodnotíme ergonomický skríningový nástroj REBA ako vhodnú progresívnu metódu pre identifikáciu kritických pracovných úkonov, pre učenie rizika rozvoja porúch podporno-pohybovej sústavy ako aj charakteru príslušných opatrení.

Literatúra:

1. CHIASSON, M., D. IMBEAU, K. AUBRY AND A. DELISLE, 2012. Comparing the results of eight methods used to evaluate risk factors associated with musculoskeletal disorders. Int. J. Indust. Ergonom., 42: 478-488. DOI: 10.1016/j.ergon.2012.07.003
2. DAVID, G., 2005. Ergonomic methods for assessing exposure to risk factors for work-related musculoskeletal disorders. Occupat. Med., 55: 190-199. DOI: 10.1093/occmed/kqi082

3. HIGNETT S, MCATAMNEY L.: Rapid entire body assessment (REBA). In: Appl Ergon. 2000 Apr;31(2):201-5.
4. MIDDLESWORTH M.: A Step-by-Step Guide to the REBA Assessment Tool, dostupné na internete: http://ergo-plus.com/reba-assessment-tool-guide/
5. STANTON, N., A. HEDGE, K. BROOKHUIS, E. SALAS AND H. HENDRICK, 2004. Handbook of Human Factors and Ergonomics Methods. 1st Edn., CRC Press, ISBN-10: 0203489926, pp: 768.
6. ŠULCOVÁ A KOL., 2012, Verejné zdravotníctvo, Vydavateľstvo: VEDA, Počet strán: 654. Rok vydania: *2012*. ISBN: 978-80-224-1283-4.
7. TUČEK – CIKRT – PELCOVÁ, 2005, Pracovní lékařství pro praxi, Grada, 2005, Počet strán: 344, ISBN: 8024709279.

Kontakt:

Mgr. Michaela Machajová, PhD.
Zástupkyňa vedúcej katedry
Katedra verejného zdravotníctva, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita
Univerzitné nám.1, 918 43 Trnava
E-mail: michaela.machajova@truni.sk
+421 (0) 33 59 39 443

STAN WIEDZY MŁODYCH KOBIET NA TEMAT PROFILAKTYKI RAKA PIERSI

State of Knowledge of Young Women on Prevention of Breast Cancer

Romana Wróbel[1], Elżbieta Kraśnianin[1], Anna Kremska[1], Bernadeta Kołodziej[1], Justyna Żurawska[1,2], Monika Cecuła[1,3], Agnieszka Firlit[1]

[1] Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski, Polska
[2] Szpital Miejski im. Jana Pawła II, Rzeszów, Polska
[3] Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. F. Chopina, Rzeszów, Polska

Streszczenie

Wstęp. Rak piersi należy do najczęściej występujących chorób nowotworowych i w dużej mierze dotyczy młodych kobiet. Ważna jest ogólna wiedza na temat choroby, gdyż zwiększa to szanse zarówno na jej uniknięcie, jak i wyleczenie.

Cel pracy. Celem pracy była ocena stanu wiedzy młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi.

Materiał i metodyka. Badaniem objęto 60 losowo wybranych kobiet Uniwersytetu Rzeszowskiego i Politechniki Rzeszowskiej. Metodę badawczą stanowił autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki i wnioski. W wynikach badania opracowane zostały odpowiedzi młodych kobiet dotyczących wiedzy nt. czynników ryzyka, objawów, metod i zasad diagnostyki raka piersi.

Słowa kluczowe: Profilaktyka. Wiedza. Rak piersi

Summary

Introduction. Breast cancer is one of the most common cancer and largely concerns young women. It is important to general knowledge about the disease, as it increases the chances of both the avoidance and recovery.

Aim of thesis. The aim of the study was to assess the state of awareness among young women about breast cancer prevention.

Material and methodology. The study included 60 randomly selected women in two Rzeszow's University (Poland). The research method was the author's questionnaire.

Results and conclusions. The results of the study have been developed responses of young women on knowledge about risk factors, symptoms, methods and principles of diagnosis of breast cancer.

Key words: Prevention. Knowledge. Breast cancer.

WPROWADZENIE

Rak piersi należy do najczęściej występujących chorób onkologicznych [1]. Na świecie, co roku odnotowuje się około milion przypadków raka piersi, a ponad 400 tysięcy kobiet każdego roku umiera na ten nowotwór.

Epidemiologia występowania tej jednostki chorobowej w Polsce ma tendencję wzrostową i niepokojący jest fakt że często zapadają na niego coraz młodsze kobiety [2].

Współczesne metody diagnostyczne połączone z systematycznie prowadzonymi badaniami, a następnie właściwym postępowaniem terapeutycznym, dają dużą szansę na jej uniknięcie. Ważna jest ogólna wiedza na temat choroby – poznanie przyczyn i następstw, która zwiększa szanse zarówno na jej uniknięcie, jak i wyleczenie.

CEL PRACY

Celem pracy było określenie poziomu wiedzy młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi.

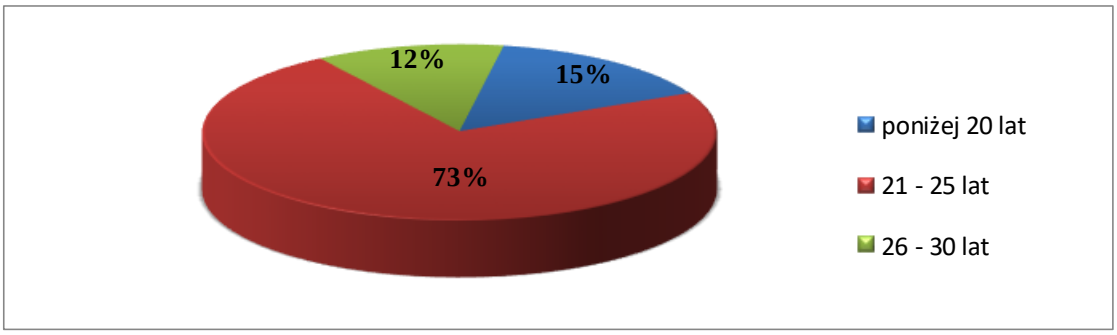
MATERIAŁ I METODYKA

Do oceny stanu wiedzy na temat profilaktyki raka piersi została skonstruowana ankieta własnego autorstwa. Kwestionariusz zawierał 27 pytań zamkniętych w tym metryczkę składającą się z pytań o wiek, wykształcenie, stan cywilny oraz miejsca zamieszkania. Badania zostały przeprowadzone w 2012 roku wśród młodych kobiet Uniwersytetu Rzeszowskiego i Politechniki Rzeszowskiej, z czego uzyskano 60 poprawnie wypełnionych ankiet.

Zebrany materiał poddano analizie opisowej i statystycznej.

WYNIKI

W badaniu wzięły udział tylko osoby pełnoletnie. Rozkład wieku badanej populacji przedstawiał się następująco: największą grupę stanowiły kobiety w wieku 21-25 lat (73%). Między 26 a 30 rokiem życia było kolejnych 12%. Natomiast 15% kobiet miało poniżej 20 lat. Najbardziej liczną grupę stanowiły respondentki z wykształceniem średnim (65%), następnie licencjackim (23%) i wyższym (12%). Większość kobiet (90%) biorących udział w badaniu ankietowym było pannami. Mężatek było 8% kobiet, natomiast kobiety rozwiedzione lub będące w separacji stanowiły 2%.



Wykres 1 Wiek badanej populacji kobiet

Oceniając wiedzę ankietowanych w omawianym temacie, respondentki pierwszorzędnie odpowiadały na pytania dotyczące czynników rozwoju raka piersi i objawów tej jednostki chorobowej. Pytanie dotyczące czynników rozwoju zawierało 28 możliwych odpowiedzi, z czego 15 było prawidłowych. Najwięcej kobiet, jako czynnik ryzyka wskazało rak piersi u bliskiej krewnej (14%), palenie papierosów (9%) oraz przebyty w wywiadzie nowotwór piersi (8%), a także wiek powyżej 50 roku życia (8%). Wśród częstych zaznaczanych odpowiedzi znalazły się też takie czynniki jak: mutacja w obrębie genów BRCA 1 lub/i BRCA 2 (7%), łagodne choroby rozrostowe piersi (7%), oraz płeć żeńska (7%). Nieliczne kobiety (6%) za czynnik ryzyka wybrały długotrwałą antykoncepcje hormonalna, natomiast 5% wskazało promieniowanie jonizujące. Tylko 2% kobiet, jako czynnik ryzyka uznało menopauzę po 55 roku życia. Ze względu na niewielki procent odpowiedzi (poniżej 1%) takie czynniki ryzyka jak wczesne rozpoczęcie życia płciowego, dieta bogata w produkty mięsne, dieta bogata w proste węglowodany, liczne ciąże i porody, duża liczba partnerów seksualnych, nie zostały wymienione. Omówione wyniki zostały zobrazowane w tabeli numer 1.

***Tabela 1** Wiedza ankietowanych na temat czynników ryzyka raka piersi*

Czynniki ryzyka	n	%
rak piersi u bliskiej krewnej	56	14
palenie papierosów	35	9
późny wiek ostatniej miesiączki	9	2
menopauza po 55 roku życia	10	2
bezdzietność lub pierwszy poród po 35 rż	16	4
dieta wysokokaloryczna	7	2
wczesny wiek pierwszej miesiączki < 12 rż	8	2
mutacje w obrębie genów BRCA 1 lub/i BRCA 2	27	7
długotrwała antykoncepcja hormonalna	26	6
zakażenie HPV	16	4
dieta uboga w owoce i warzywa	6	2

Czynniki ryzyka	n	%
Otyłość	10	2
przebyty w wywiadzie nowotwór piersi	30	8
zakażenie HIV	6	2
częste spożywanie alkoholu	10	2
promieniowanie jonizujące	21	5
wiek powyżej 50 roku życia	31	8
łagodne choroby rozrostowe piersi	29	7
płeć żeńska	30	8

- błędna odpowiedź

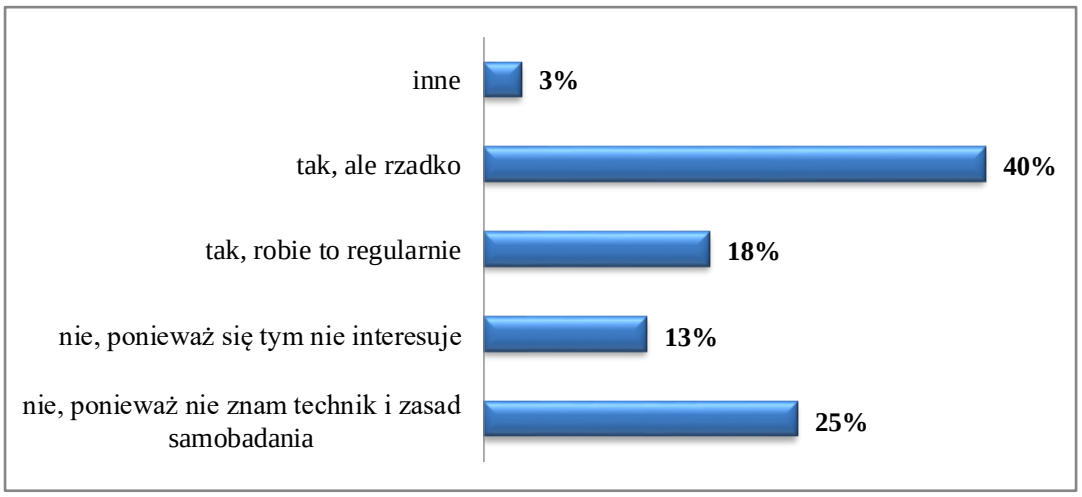
Tabela numer 2 przedstawia wiedzę kobiet na temat symptomów raka piersi. Obecność guza w obrębie piersi to podstawowy objaw raka piersi dla 13% respondentek, natomiast 12% wskazało na: wyciek z brodawki, powiększenie węzłów chłonnych oraz zgrubienie w obrębie gruczołu piersiowego. Kolejnych 7% kobiet uważało za objaw owrzodzenie brodawki, tyle samo wciągniecie brodawki i ograniczone stwardnienie w obrębie piersi. Wśród innych objawów zostały wymienione: zaczerwienie skóry piersi, znaczna asymetria piersi, a także bolesność piersi. Ze względu na niewielki procent odpowiedzi (poniżej 1%) takie objawy jak: nietrzymanie gazów, obrzęki kończyn górnych, nieregularne krwawienia kontaktowe, niedokrwistość z niedoboru żelaza, uporczywe wymioty, nudności nie zostały uwzględnione w tabeli zbiorczej.

Tabela 2 *Wiedza kobiet na temat objawów raka piersi*

Objawy raka piersi	%
wyciek z brodawki	12
powiększenie węzłów chłonnych	12
ucieplenie skóry	2
owrzodzenie brodawki	7
zaczerwienie skóry piersi	6
wciągniecie brodawki	7
objaw pomarańczowej skórki	4
zgrubienie w obrębie gruczołu piersiowego	12
złuszczenie się skóry w okolicy brodawki	2
ograniczone stwardnienie w obrębie piersi	7
obecność guza w obrębie piersi	13
znaczna asymetria sutków	6
bolesność piersi	6

Kolejne pytania dotyczyły znajomości zasad zapobiegania nowotworowi piersi i wykonywania badań diagnostycznych. Zdaniem 24% respondentek aby zapobiegać nowotworowi piersi należy przede wszystkim samodzielnie badać piersi raz w miesiącu. Taka sama ilość kobiet (24%) uważała, że wykonywanie badań profilaktycznych zmniejsza zachorowanie na raka piersi. Na aktywność fizyczną wskazało 10% osób, podobnie jak na wzbogacenie diety w warzywa i owoce (10%). Karmienie piersią, jako profilaktykę zapobiegania wskazało 9% ankietowanych. Wśród innych zaznaczonych odpowiedzi znalazły się również: utrzymanie właściwej masy ciała (8%), stosowanie hormonalnej terapii zastępczej ze wskazań medycznych 5% a także stosowanie alkoholu w niewielkich ilościach 4% oraz stosowanie preparatów przeciwko starzeniu się skóry.

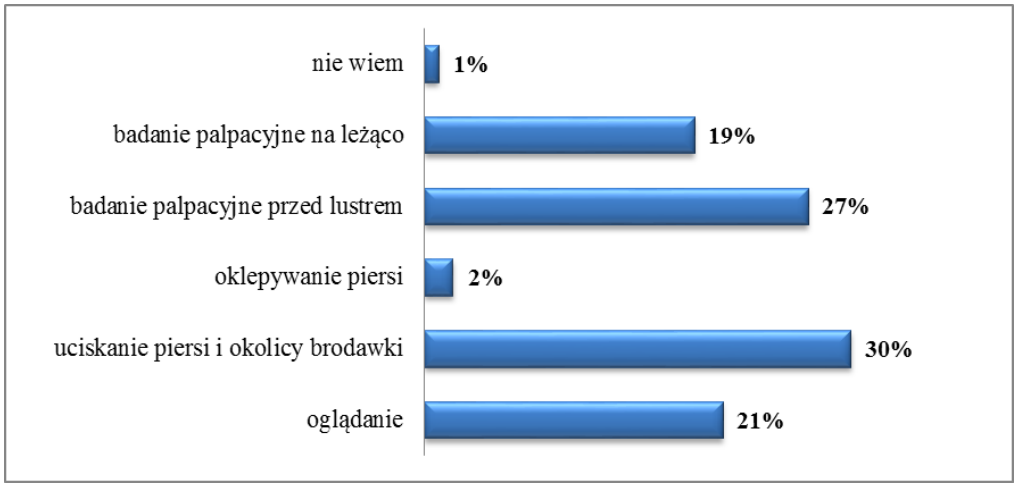
Wykres numer 2 obrazuje wyniki pytania, które dotyczyło samobadania piersi przez kobiety. Badania wykazały, że 40% kobiet wykonuje samobadanie piersi rzadko. Aż 25% ankietowanych uznało, iż nie kontrolują swoich piersi, ponieważ nie znają techniki i zasad samobadania. Tylko 18% kobiet wykonuje regularnie, co miesiąc samobadanie piersi. Na brak zainteresowania samobadaniem wskazało 13% kobiet, natomiast 3% kobiet przyznało się, że „zapomina o comiesięcznej samokontroli piersi".



***Wykres 2** Częstość wykonywania samobadania piersi przez respondentki.*

Następnie zapytano o częstotliwość i czas wykonywania samobadania piersi. 88% kobiet wiedziało, że kontrola piersi powinna być wykonywana cyklicznie co miesiąc, 8% uważało, że badanie powinno wykonywać się co kilka miesięcy, a 3% kobiet twierdziło, iż badanie to powinno powtarzać się co tydzień. Ponad połowa badanych kobiet (57%) zaznaczyła, że badanie należy wykonać „kilka dni po miesiączce", 27% osób nie wiedziało, kiedy należy wykonać takie badanie. Wśród respondentek 10% uważało, że badanie należy przeprowadzić przed miesiączką.

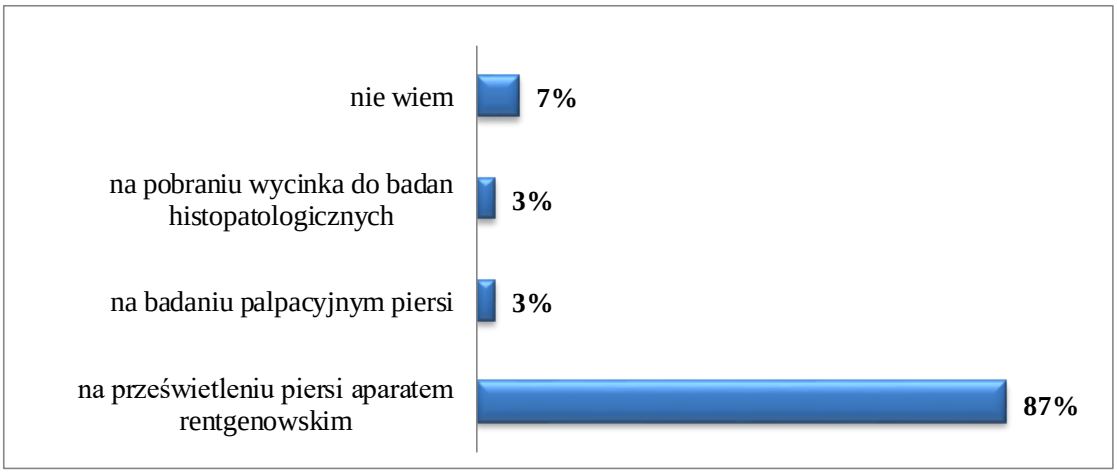
W kolejnym pytaniu należało zaznaczyć, z jakich elementów powinno składać się samobadanie piersi. Wśród 7 zaproponowanych odpowiedzi 3 były prawidłowe. W badanej grupie 30% zaznaczyło uciskanie piersi i okolicy około brodawkowej a 27% badanie palpacyjne przed lustrem. Natomiast 21% kobiet uważało jedynie oglądanie za element samobadania, a 19 % badanie palpacyjne na leżąco. Wśród innych odpowiedzi 2% ankietowanych zaznaczyło oklepywanie piersi. Procentowe zestawienie odpowiedzi na to pytanie przedstawia wykres numer 3.



Wykres 3 *Odpowiedzi badanej grupy dotyczące elementów samobadania piersi.*

Nie omieszkano zapytać również jak ankietowane postąpiłyby, gdyby w obrębie swojej piersi stwierdziły niepokojące zmiany. Prawie wszystkie ankietowane (98%) niezwłocznie umówiłyby się na wizytę do lekarza ginekologa.

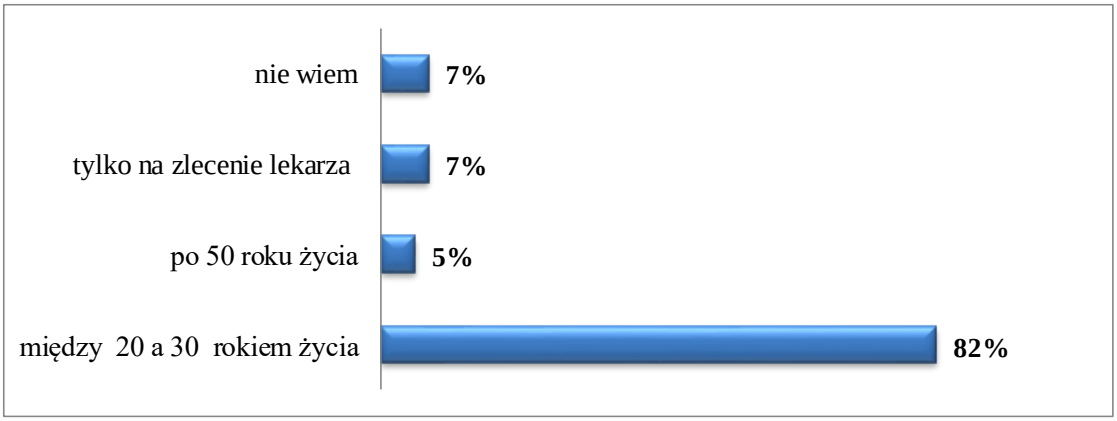
Dalsze pytania dotyczyły wiedzy kobiet na temat badania mammograficznego. Większość ankietowanych kobiet (87%) znało prawidłową odpowiedź, 7% kobiet nie wiedziało, na czym polega diagnostyka na podstawie mammografu. Natomiast 3% kobiet sądziło, że mammografia polega na badaniu palpacyjnym piersi i tyle samo, bo 3% uważało, że badanie to polega na pobraniu wycinka do badań. Uzyskane wyniki przedstawia wykres numer 4.



Wykres 4 *Istota badania mammograficznego piersi – odpowiedzi respondentek.*

Wiedza na temat czasu i częstotliwości wykonywania badania mammograficznego przedstawia się następująco. 28% kobiet twierdzi, że pierwsza mammografia powinna mieć miejsce w 20 roku życia. Taki sam odsetek wskazuje na 30 dekadę życia. Natomiast 12% ankietowanych przyznaje, że odpowiednim wiekiem na diagnostykę mammograficzną piersi to wiek 50 lat i więcej. Niewielka ilość kobiet (3%) zaznaczyła odpowiedz „inne", gdzie napisały, że na pierwsze badanie udałyby się w wieku 25 lat, lub gdyby wykryły jakąś nieprawidłowość w piersi. Połowa ankietowanych sądziła, że badanie to powinno wykonywać się raz na rok, 23% uważało, że raz na 6 miesięcy, a 15% twierdziło, iż należy wykonywać je co 1,5 – 2 lat. Nieliczne osoby (3%) odpowiedziały, że co 5 lat to odpowiedni moment na badanie.

Będąc w temacie diagnostyki raka piersią grupa badanych kobiet wykazała się również wiedzą dotyczącą badania ultrasonograficznego. Zdecydowana większość kobiet (82%) wskazała poprawną odpowiedź – czyli wiek miedzy 20 a 30 rokiem życia. USG piersi wykonuje się tylko na zlecenie lekarza - tak odpowiedziało 7% ankietowanych. Wartości obrazujące odpowiedzi zawarto na wykresie numer 5.

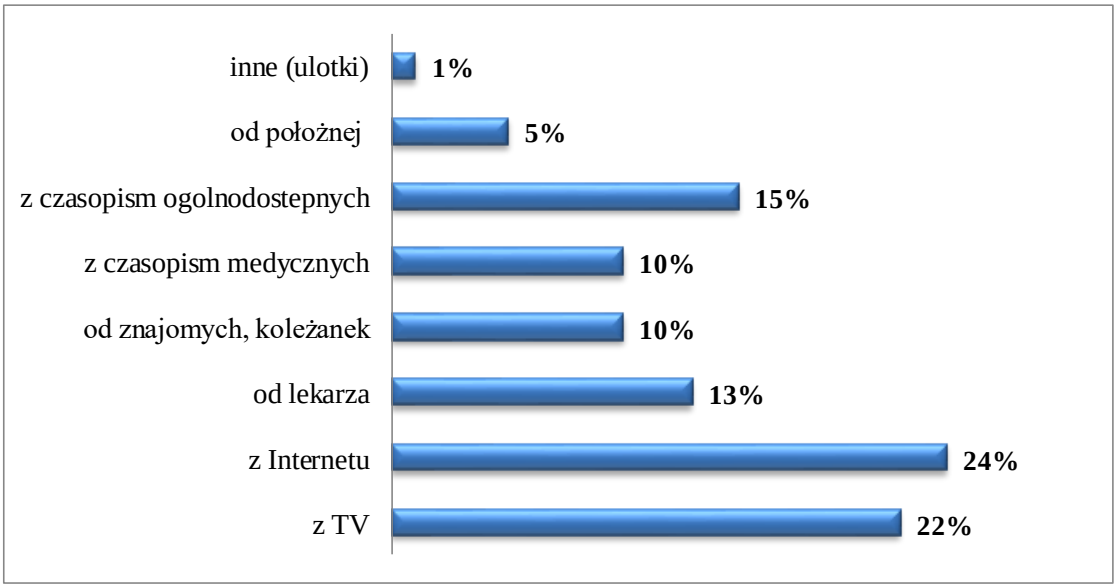


Wykres 5 *Wiedza kobiet nt. badania USG.*

Następny wykres obrazuje wiedzę kobiet o programach profilaktyki raka piersi realizowanych w Polsce i na świecie. Najwięcej osób 45% słyszało o programie „Avon - kontra rak piersi". Bezpłatne profilaktyczne badania piersi za pomocą USG finansowane przez Ministerstwo Zdrowia zaznaczyło 35% badanych kobiet. Wśród innych zaznaczanych odpowiedzi znalazły się również akcie „Wygraj z rakiem – podkarpacka onkologiczna poradnia genetyczna" (7%), „Narodowy program profilaktyki raka piersi 2010 – 2015", a także 3% kobiet wskazało na „Międzynarodową Unię do Walki z rakiem".

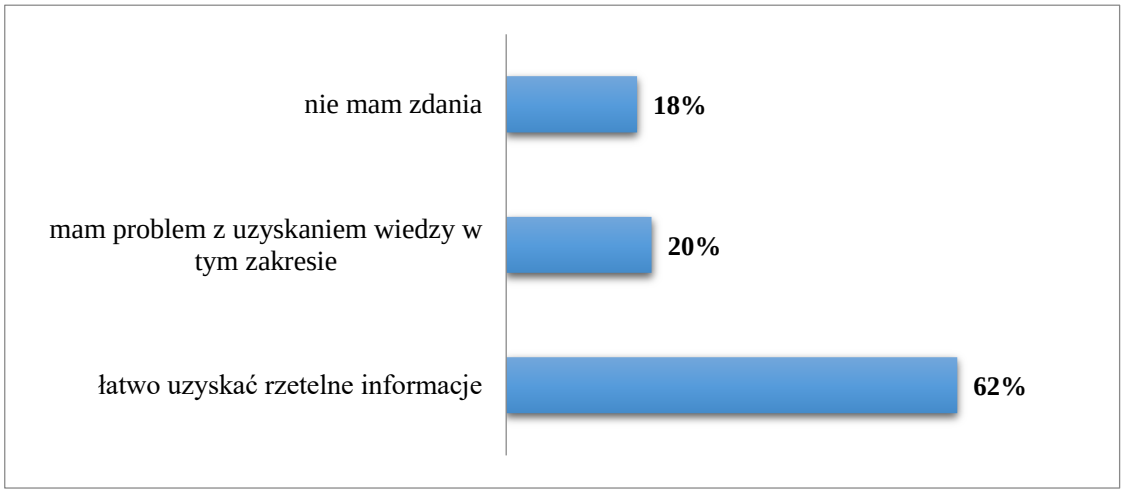
Wykres 6 *Wiedza kobiet nt. programów profilaktycznych.*

Na koniec badania ankietowego poproszono kobiety, aby wskazywały swoje źródła wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych. Najwięcej kobiet biorących udział w badaniu wskazało na Internet (24%), telewizję (22%) oraz czasopisma ogólnodostępne (15%). Wiedzę od lekarza specjalisty posiadało tylko 13% kobiet. Innymi źródłami, których często korzystały respondentki były kolejno: koleżanki z pracy 10% oraz czasopisma medyczne 10%. Tylko 5% kobiet wiedzę o profilaktyce raka piersi „czerpało" od położnej.



Wykres 7 *Główne źródła wiedzy ankietowanych na temat profilaktyki raka piersi.*

Dostępności informacji w opinii badanych na temat zapobiegania i wczesnego rozpoznawania raka piersi przedstawia wykres numer 8. Ponad połowa kobiet (62%) uważała, że łatwo uzyskać rzetelne informacje na dany temat, 20% twierdziło, że mają problem ze uzyskaniem rzetelnej wiedzy.

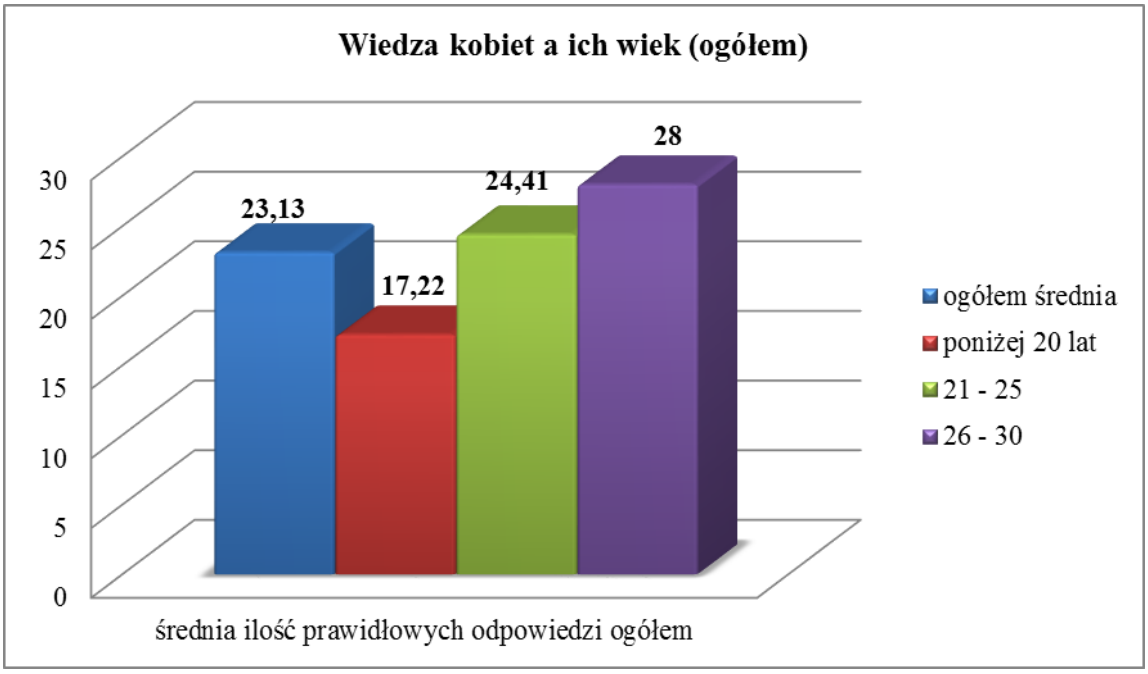


Wykres 8 *Odpowiedzi ankietowanych dotyczące dostępności informacji na temat zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.*

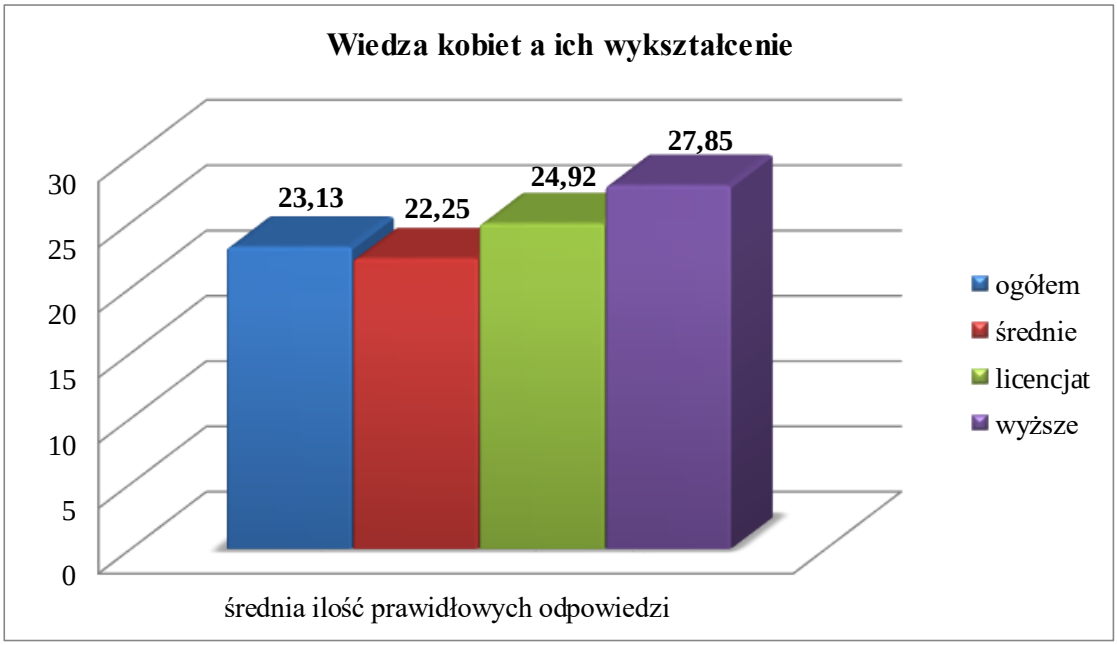
Z całej ankiety można było uzyskać 48 punktów za udzielenie poprawnych odpowiedzi. Natomiast średnia poprawnych odpowiedzi uzyskanych od wszystkich kobiet biorących udział w badaniu wyniosła 23 punkty.

Wykres 9 przedstawia średnią ilość odpowiedzi z podziałem na wiek kobiet. Kobiety poniżej 20 lat uzyskały średnią poprawnych odpowiedzi wynoszącą 17,22 punktu. Respondentki w wieku 21 – 25 lat uzyskały średnią 24,41, natomiast najstarsza grupa wiekowa 26 – 30 lat miała średnią 28. Na podstawie badań można zaobserwować, że kobiety starsze posiadają większą wiedzę i świadomość na temat profilaktyki raka piersi.

Na wykresie 9 zobrazowano średnią ilość punktów uzyskaną przez kobiety posiadające różne wykształcenie. Najwiekszą ilość dobrych odpowiedzi wskazały kobiety z wykształceniem wyższym, gdzie średnia wynosiła 27,95, nastepnie kobiety posiadające licencjat uzyskały średnią 24,92. Najmniejszą ilość dobrych odpowiedzi wskazały kobiety z wykształceniem średnim 22,25. Analizując wykres można wnioskować, że kobiety z wyższym wykształceniem miały wiekszą świadomosć na temat badań profilaktycznych w kierunku raka piersi.



Wykres 9 *Średnia ilość prawidłowych odpowiedzi w ankiecie, a wiek kobiet.*



Wykres 10 *Średnia ilość prawidłowych odpowiedzi w ankiecie, a wykształcenie kobiet*

DYSKUSJA

Współcześnie rak piersi należy do najczęściej występujących chorób nowotworowych w populacji polskich kobiet. W latach 90- tych rak piersi był drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym u Polek. Każdego roku w Polsce rejestruje się 11 tysięcy nowych zachorowań na nowotwory złośliwe i liczba ta wciąż rośnie. Od 1996 roku

stwierdza się rocznie wzrost zachorowania o 4% [3]. W 2002 roku zarejestrowano ponad 12 tysięcy zachorowań oraz około 5 tysięcy zgonów spowodowanych nowotworem piersi [5].

Badania wykazały, iż poziom młodych kobiet na temat profilaktyki raka piersi jest niski. Analiza zebranego materiału prezentuje jak wiedza ankietowanych kształtuje się w zależności od wieku i wykształcenia. Kobiety posiadające wykształcenie wyższe miały większą świadomość na temat badań profilaktycznych w porównaniu do kobiet z wykształceniem niższym.

Rak piersi należy do najczęściej występujących nowotworów w populacji polskich kobiet. Tylko 33 % kobiet wiedziało, że nowotwór gruczołu piersiowego występuje najczęściej w Polsce. Błędną odpowiedź udzieliło 45% kobiet wskazując, że rak szyjki macicy występuje zdecydowanie częściej. Kobiety biorące udział w badaniu nie posiadły dostatecznej wiedzy na temat czynników ryzyka raka piersi. Najczęściej respondentki wymieniały: rak piersi u krewnej (14%) i palenie papierosów (9%). Bardzo mały procent badanej grupy uważał otyłość, menopauzę lub bezdzietność za przyczyny raka. Wiedza na temat czynników ryzyka może uchronić kobiety przed chorobą nowotworową, mimo iż nie wszystkie kobiety są zagrożone w jednakowy sposób.

Zaskakujące jest to, że młode kobiety tak niewiele wiedzą na temat objawów raka piersi. Być może spowodowane jest to tym, że są jeszcze młode i wydaje im się, że ten problem ich nie dotyczy. Większość kobiet żyje w przekonaniu, że gdy rak piersi nie występował wśród ich najbliższej rodziny to nie zagraża to ich zdrowiu, dlatego też nie podejmują działań profilaktycznych. Tylko 13 % kobiet wskazało, że niepokojącym objawem jest guz w obrębie piersi, a 12 % kobiet wymieniało powiększenie węzłów chłonnych.

Rak piersi jest uleczalny jeżeli zostanie wykryty we wczesnych stadiach. Od rozpoczęcia tworzenia się raka może upłynąć dużo czasu zanim guz będzie wyczuwalny palpacyjnie, dlatego tak ważne są badania diagnostyczne [9]. USG zaleca się u kobiet między 20 a 30 rokiem życia. Z badań wynika, że większość kobiet (82%) wiedziała kiedy należy wykonać badanie ultrasonograficzne. W celu wykrywania wczesnych stadiów nowotworów piersi jedną z metod diagnostyki jest mammografia. Badanie to pozwala wykryć ognisko raka mniejsze niż 5 milimetrów. Większość ankietowanych kobiet (87%) znało odpowiedź na pytanie „na czym polega mammografia". Jednak wiedza respondentek dotycząca kiedy należy wykonać pierwsze badanie mammograficzne jest niesatysfakcjonująca. Tylko 15% badanych wiedziało w jakim wieku rekomendowane jest wykonanie badania mammograficznego.

Samobadanie piersi jest szeroko rozpowszechnione, jednak wciąż nie ma naukowego potwierdzenia jego wartości [9]. Samobadanie jest tanią i skuteczną metodą wczesnego wykrywania nieprawidłowości w piersi. Większość nowotworów piersi jest wykrywana dzięki samokontroli, nie jest ona trudna i powinna być wykonywana przez wszystkie kobiety niezależnie od wieku. Analizując odpowiedzi ankieterek można stwierdzić, iż kobiety posiadają

wiedzę kiedy należy wykonać samobadanie piersi. Prawie wszystkie kobiety 88% wiedziały, że kontrolę należy wykonać raz w miesiącu a ponad połowa kobiet (57%) wiedziała w którym dniu cyklu należy przeprowadzić badanie. Nieco mniej respondentek 18% wykonuje regularnie samodiagnostykę piersi. Aż 25% ankietowanych przyznało się, że nie kontrolują piersi ponieważ nie znają technik i zasad wykonywania tego badania. Wśród kobiet 40% odpowiedziało, że badanie piersi wykonują ale rzadko. Być może te kobiety w przyszłości będą badały swoje piersi regularnie lub całkowicie zapomną o istocie badania. Niepokojące jest to, iż tak mało kobiet bada regularnie i dokładnie swoje piersi. Kobiety, które nie znają zasad badania powinny zwrócić się do osób posiadających wiedzę w tym zakresie (służba zdrowia). Każda kobieta ma prawo domagać się skontrolowania swoich piersi podczas każdej wizyty ginekologicznej.

Coraz częściej znanych, popularnych osób np. aktorek, piosenkarek, modelek bierze udział w różnych kampaniach promujących profilaktykę raka piersi. Prawie połowa ankietowanych (45%) odpowiedziała, że znają markę Avon, która prowadzi kampanie „ Avon – kontra rak piersi". Dzięki takim programom kobiety powinny być otwarte do brania udziału w profilaktyce a także utożsamiać się z osobami, które regularnie wykonują diagnostykę.

Samobadanie piersi składa się z trzech etapów: oglądanie, badanie palpacyjne na stojąco oraz badanie palpacyjne na leżąco [10]. Badania wykazały, że tylko 21% kobiet wiedziała, że na początku badania należy oglądać swoje piersi, 27% zaznaczyło, iż badanie wykonuje się przed lustrem. Natomiast tylko 19 % kobiet znało odpowiedz, że kolejnym etapem badania jest powtórzenie całej diagnostyki w pozycji leżącej.

Najważniejszym czynnikiem zamieszczającym umieralność wśród kobiet jest profilaktyka onkologiczna obejmująca zarówno profilaktykę pierwotną i wtórną. Profilaktykę wykonuje się w celu wczesnego wykrycia zmiany chorobowej, co daje większe szanse na wyleczenie. Z przeprowadzonych badań wynika, że prawie wszystkie kobiety (96%) wiedziały w jakim celu wykonuje się badania profilaktyczne.

Według Rekomendacji Wielkopolskiego Centrum Onkologii aktywność fizyczna, utrzymanie właściwej masy ciała, karmienie piersią, właściwa dieta a także ograniczenie spożycia alkoholu są elementami profilaktyki chorób nowotworowych [10]. Jednym z elementów zapobiegania jest podnoszenie odporności ustroju. Aktywność fizyczna nie tylko poprawia sylwetkę ale również chroni przed nowotworami, podobnie jest z dietą - zastąpienie produktów wysokokalorycznych zdrową żywnością pozwala na uniknięcie choroby. Prowadząc zdrowy styl życia poprawia się ogólny stan zdrowia a tym samym zmniejsza się zachorowalność na różne choroby w tym nowotworowe.

Zadowalające jest to, iż 24% ankietowanych wiedziało, że w celach zapobiegania należy wykonywać badania profilaktyczne. Taki sam procent kobiet (24%) odpowiedział, że należy systematycznie badać piersi raz w miesiącu.

Tylko 10% badanej grupy uważało, że aktywność fizyczna może zapobiegać chorobie nowotworowi, podobnie bo 10% kobiet wzbogaciłoby codzienną dietę w warzywa i owoce. Niewielki procent kobiet (8%) uważał, że należy utrzymać właściwą masę ciała a 9% kobiet wiedziało, że karmienie piersią jest naturalnym sposobem profilaktyki. Zaskakujące jest to, że młode kobiety mają tak małą świadomość, że sport i prawidłowe odżywanie jest głównym sposobem zapobiegania różnym chorobom.

Analizując źródła informacji z których korzystały młode kobiety na temat profilaktyki raka piersi obserwuje się, iż 24% kobiet użytkuje informacje z Internetu, 22% respondentek z programów telewizyjnych, natomiast 15% „zagląda" do czasopism ogólnodostępnych. Wyniki te reprezentują pogląd, że Internet jest zdecydowanie najpopularniejszym źródłem informacji preferowanym bardziej niż kontakt ze służbą zdrowia. Pomimo tego, iż nie trudno jest uzyskać rzetelne informacje dotyczące zapobiegania i wczesnego wykrycia raka piersi, to nadal należy kształcić młodzież w tym zakresie.

Pocieszający jest fakt, że prawie wszystkie kobiety (98%), łącznie z tymi które nie wykonują profilaktyki, nie znają czynników ryzyka, objawów a także mają bardzo małą wiedzę na temat zapobiegania, umówiłyby się na wizytę do lekarza gdy zauważyłyby niepokojącą zmianę w obrębie piersi.

Niepokojące jest to, że kobiety nie korzystają z profilaktyki mimo iż jest to najtańsza metoda zapobiegania wielu schorzeniom.

WNIOSKI

1. Wiedza kobiet biorących udział w badaniu na temat profilaktyki raka piersi jest niewystarczająca.
2. Kobiety posiadają niedostateczna wiedzę nt. czynników i objawów raka piersi i nie wykonują regularnie samobadania piersi.
3. Niezbędna jest edukacja kobiet w zakresie samokontroli piersi jak również systematycznego wykonywania badań mammograficznych oraz korzystania z programów profilaktycznych.

PISMIENNICTWO

1. CZEKANOWSKI R. Gruczoł sutkowy – anatomia i fizjologia. w: Choroby gruczołu sutkowego, Menopauza, Hormonalna terapia zastępcza. Wydawnictwo Medyczne BORIS, Warszawa 2003, str.12-18
2. WOŹNIAK I.mWiedza o schorzeniach nowotworowych narządów kobiecych i postawy kobiet wobec badań profilaktycznych,Problemy Pielęgniasrtwa 2008; 16: 136 – 143

3. ZEGARSKI W. BASAŁYGO M. Ocena wplywu fizjoterapi na jakość życia po leczeniu operacyjnym raka piersi. Współczesna Onkologia 2010; 4: 281 – 285
4. LEWANDOWKA A. MESS E. LAUFER J. Priofilaktyka raka piersi. Onkologia Polska 2011; 3: 131 – 134
5. RAFAŁ M. SIBILSKA E. Epidemiologia raka piersi. Etiopatogeneza. Diagnostyka kliniczna raka piersi. Badania obrazowe w raku piersi. w: Markowska J (red). : Ginekologia Onkologiczna. Wydawnictwo Medyczne Urban & Pantera, Wrocław 2006; str. 1013 – 1029
6. JAŚKIEWICZ J. PIEŃKOWSKI T. Rak piersi – rozpoznawanie, leczenie, profilaktyka. Przewodnik lekarza 2000; 6: 47 – 53
7. CZECZELEWSKA E., KOŚCIAŃSKA B., JANCZARUK M., CZECZELEWSKI J. Wiedza młodych kobiet na temat roli czynnika dietetycznego w zapobieganiu raka piersi. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie 2011; 2: 212 – 223
8. ZYCH B., MARĆ M., BINKOWSKA – BURY M. Stan wiedzy kobiet po 35 roku życia w zakresie profilaktyki raka piersi. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2006; 1: 27 – 33
9. SAMULAK D. PIĘTA B. MICHALSKA M i wsp. Oszczędzające metody diagnostyczno – terapeutyczne guzów gruczołu sutkowego. Ginekologia Praktyczna 2008; 4: 6 – 9
10. MURAWA D. DYZMANN – SROKA AGNIESZKA. Kycler Witold i wsp. ABC Raka Piersi Wielkopolskie Centrum Onkologii 2010

CONTACT FOR AUTHORS

Mgr Romana Wróbel
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego
Ul. Pigonia 6
35-205 Rzeszów, Polska
Tel.: +48 17 872 11 95
E-mail: romka.bukala@wp.pl

WPŁYW PRZEDSIĘBIORSTW SPOŁECZNYCH NA WSPARCIE SYSTEMU REHABILITACJI ZAWODOWEJ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W POLSCE

The Impact of Social Enterprises on the System of Vocational Rehabilitation of People With Disabilities in Poland.

Alicja Kłos, Irena Brukwicka

Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno – Ekonomiczna im. ks.
Bronisława Markiewicza w Jarosławiu.

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie charakterystyki przedsiębiorstw działających w Polsce. Podstawowym obszarem zainteresowań jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych Zgłębienie tego jakie cechy powinny posiadać, jakimi założeniami się kierować i do czego dążyć. Istotne będzie wskazanie uwarunkowań prawnych, które regulują sposób działania przedsiębiorstw określając ich ramy funkcjonowania. Kolejnym etapem analizy zawartej w artykule stanie się zgłębienie pojęcia przedsiębiorstw społecznych oraz zatrudnienie osób z niepełnosprawnością.

Słowa kluczowe: Przedsiębiorstwa społeczne. Osoby z niepełnosprawnościami. Praca. Zatrudnienie.

Abstract

The aim of the following article is to show the characteristics of enterprises operating in Poland. The main area of my interest is vocational and social rehabilitation of people with various disabilities, especially deepening my knowledge about their attributes and what assumptions I should make. Indication of the legal conditions, which regulate the behavior of companies will be crucial to this paper, especially in defining their framework. The next part of the analysis is exploring the concept of social enterprise and employment of people with disabilities.

Keywords: Social enterprises. People with disabilities. Work. Employment.

Wstęp

W Polsce działania z zakresu wspomagania niezależnego życia i włączania w społeczeństwo osób z niepełnosprawnościami określone są (podobnie jak dla innych kategorii osób) w Ustawie o Pomocy Społecznej (2004) a w stosunku do osób z niepełnosprawnością

psychiczną także w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego (1994) i Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego. Pojęcie niepełnosprawności obok aspektów biologicznych i fizycznych-zawiera najczęściej także odniesienia do życiowej jednostki. Trudności w ujednoliceniu terminu „niepełnosprawność" wynikają gdy z jej opisywania z wykorzystaniem pojęć, które również nie są precyzyjnie zdefiniowane - tak jak „ułomność", „dysfunkcja", „upośledzenie" (Magnuszewska-Otulak, 2001, Tomaszewska, Kłos 2014) Niepełnosprawność jest czwartą co do częstości przyczyną przyznania pomocy społecznej. W roku 2013 z racji niepełnosprawności objęto pomocą 413 tys. rodzin (więcej rodzin objęto pomocą społeczną z racji ubóstwa – 755 tys., bezrobocia – 686 tys. i choroby – 430 tys.). U osób z niepełnosprawnościami kumulują się także różne ekonomiczne i pozaekonomiczne czynniki wykluczenia (Verger, 2013). Starzenie, jako naturalny proces rozwojowy, stanowi jeden ze stadiów życiowych człowieka, który nie może być ani cofnięty ani też odwracalny. (Tomaszewska, Kłos, 2014) Osoby z niepełnosprawnościami cechuje niższy poziom wykształcenia, niższa aktywność zawodowa oraz wynikające z niej ubóstwo i zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych ze świadczeń społecznych. Niezależnie od tego sama obecność osoby z niepełnosprawnością w gospodarstwie domowym wywiera czysty, poza dochodowy wpływ na tzw. ubóstwo warunków życia (brak zaspokojenia różnych potrzeb: złe warunki mieszkaniowe i sanitarne, niewystarczające ogrzewanie, brak urządzeń, brak rozrywki) oraz tzw. ubóstwo równowagi budżetowej gospodarstwa (np. zaległości w opłatach czy zadłużenie, wynikające ze zwiększonej skali wydatków) Najwyraźniejszym wymiarem wykluczenia osób niepełnosprawnych jest wykluczenie fizyczne. Jednak niepełnosprawność jest też ważnym czynnikiem wpływającym na osłabienie relacji społecznych, a więc izolację osób niepełnosprawnych (mało kontaktów rodzinnych, towarzyskich, przyjacielskich i sąsiedzkich, niski udział w organizacjach, pozostawanie poza rynkiem pracy).(Sęk, Cieślak 2005) Dużo większy niż przeciętnie jest poziom wykluczenia cyfrowego osób z niepełnosprawnościami, choć to właśnie one mogłyby odnieść największe korzyści z włączenia cyfrowego, które wpływa na tzw. wirtualny kapitał społeczny. Niepełnosprawność to istotne ograniczenie w korzystaniu z portali społecznościowych i komunikatorów: korzysta z nich tylko co szósta osoba niepełnosprawna, gdy ogółem wskaźnik korzystania wynosi 45% (i np. bezrobocie nie zmniejsza tego wskaźnik). Rangę ważności problemu dla polityki społecznej wyznacza także, co istotne, zasięg programu. Spójrzmy – liczba niepełnosprawnych w Polsce sięga 4,5 mln osób – to już ponad 14% ogółu ludności kraju. Ich funkcjonowanie w życiu zależy w dużej mierze od nich samych, lecz niewątpliwie także od społeczności lokalnej, w której przyszło im żyć. Samorządy terytorialne zostały zobowiązane do działań, zmierzających do wyrównywania szans osób niepełnosprawnych w życiu społecznym(Szumski 2006).

Przedsiębiorstwo społeczne

Temat przedsiębiorstw nie jest nowy lecz nie często jest on poruszany w literaturze. Mimo to można przytoczyć stwierdzenie, że przedsiębiorczość społeczna pozostaje niezbędna dla rozwoju gospodarki, podobnie jak przedsiębiorczość jest niezbędna dla rozwoju społeczeństwa. W definicji przedsiębiorczość społeczna nie odbiega od pojęcia „zwykłej" przedsiębiorczości. Można zatem stwierdzić, że każda przedsiębiorczość, podobnie jak ekonomia, ma wymiar społeczny czyli jest dla ludzi, dotyczy ludzi i jest o ludziach. Dotyczy maksymalizacji potrzeb wskazywanych przez poszczególne grupy społeczne, właścicieli, zarządzających czy akcjonariuszy. Za przedsiębiorstwo społeczne uznajemy organizacje działające w sektorze ekonomii społecznej – w sektorze organizacji pozarządowych. Definicję tworzy E. Leś (2005) określając je jako „firmy nie nastawione wyłącznie komercyjnie, ale przedsiębiorstwa społeczne właśnie; potrzebują planów stosownych do swoich celów; wymagają wsparcia i instrumentów finansowych adekwatnych do wartości, którym służą."

Mówiąc o definicji przedsiębiorstwa społecznego warto odnieść się do stwierdzeń Jana Pawła II, który mówił o przedsiębiorstwie jako „wspólnocie ludzkiej" w swej encyklice Centesimusannus. Według niej przedsiębiorstwo jest „zrzeszeniem osób", które – z jednej strony – dążą do zaspokojenia swych uzasadnionych interesów ekonomicznych, ale z drugiej strony – pozostają w służbie społeczeństwa. W interesie społecznym leży więc to, aby przedsiębiorstwa, jako swoiste ekosystemy, budowały równowagę między wymiarem ekonomicznym a wymiarem społecznym, moralnym, czyli dbały o „ekologię ludzką" (Czemiel-Grzybowska, 2012). Wśród przedsiębiorstw społecznych występują dwie grupy celów: cele społeczne i cele ekonomiczne, które są realizowane poprzez zapewnianie usług pozwalających na finansowanie się przedsiębiorstwa. Te dwa typy celów wyznaczają pewne ramy dla funkcjonowania przedsiębiorstwa społecznego (Ślęzak, 2007).

Uwarunkowania prawne przedsiębiorstwa społecznego

Przedsiębiorstwo społeczne można uznać za kluczowe ogniwo ekonomii społecznej. Do jego zadań zaliczyć można nie tylko wytwarzanie pewnych dóbr i usług, ale również mobilizację kapitału społecznego, generowanie innowacyjności czy poszerzanie rynku przez włączanie do uczestnictwa w nim osób wcześniej wykluczonych ze społeczeństwa. Przedsiębiorstwo społeczne jest specyficzną pod pewnym względem częścią gospodarki rynkowej, gdyż lokuje swoje misje i cele poza rynkiem.(Sierpowska 2008) Uczestniczy w gospodarce rynkowej, jednak według specyficznych reguł, czym różni się od przedsiębiorstw komercyjnych. Różnicą jest także to, że brak mu jednoznacznego umocowania w prawie przedsiębiorstwa społecznego. Podmioty ekonomii społecznej regulują różne akty prawne takie jak: ustawa o spółdzielniach socjalnych, o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawa o fundacjach, prawo o stowarzyszeniach, Kodeks spółek handlowych itd.

Realizowanie przez przedsiębiorstwa społeczne celów istotnych dla społeczeństwa oraz państwa, które jest odpowiedzialne za zaspokajanie potrzeb obywateli, szczególnie tych, którzy nie są w stanie sami o nie zadbać, powoduje, iż rozwój przedsiębiorczości społecznej staje się przedmiotem zainteresowania i wsparcia ze strony państwa. Wsparcie to odzwierciedlało się dotychczas w uwzględnianiu ekonomii społecznej w planach i strategiach publicznych, wspieraniu otoczenia przedsiębiorczości społecznej, czy też w powołaniu przez premiera Zarządzeniem Prezesa Rady Ministrów nr 141 z dnia 15 grudnia 2008 r. Zespołu do spraw rozwiązań systemowych w zakresie ekonomii społecznej. Zespół ten ma charakter międzysektorowy i międzyresortowy, a do jego zadań należy wszystko co jest związane z przygotowaniem projektu strategii rozwoju ekonomii społecznej, opracowanie propozycji rozwiązań prawno-instytucjonalnych i finansowy a także opracowanie założeń systemu edukacji w obszarze ekonomii społecznej oraz promowanie i monitorowanie osiągniętych rozwiązań. Autorami pierwszej ustawy o przedsiębiorczości społecznej i przedsiębiorstwie społecznym byli profesorowie Jerzy Hausner i Hubert Izdebski. W pracach nad projektem wzięła udział nieco później także grupa prawna, którą zasilili: Joanna Brzozowska, Tatiana Hapek, Hubert Izdebski, Maria Jankowska, Piotr Kontkiewicz, Marek Łukomski, Cezary Miżejewski, Tomasz Schimanek, Anna Sienicka oraz Krzysztof Więckiewicz (Czemiel-Grzybowska, 2012). Zgłębiając tematykę przedsiębiorstw społecznych należałoby wyróżnić pewne kryteria społeczne oraz ekonomiczne. Do kryteriów ekonomicznych zaliczamy:

- Ciągłą działalność w zakresie produkcji dóbr i sprzedaży usług. Mimo że przedsiębiorstwa społeczne wspierają grupy zagrożone wykluczeniem społecznym, nie są zaangażowane w działalność doradczą i dysponowanie kapitałem finansowym, w przeciwieństwie na przykład do organizacji non profit. Są one zazwyczaj bezpośrednio zaangażowane w ciągłą produkcję towarów lub sprzedaż usług i jest jeden z najważniejszych czynników decydujących o ich istnieniu.
- Wysoki stopień autonomii. Przedsiębiorstwa społeczne zakłada zazwyczaj grupa ludzi, która niezależnie i autonomicznie zarządza własnym projektem. W niektórych sytuacjach przedsiębiorstwa społeczne mogą być uzależnione od dotacji państwowych, władz lub innych organizacji, lecz nie są one w jakikolwiek sposób przez nich zarządzane ani kierowane. Ponadto osoby zaangażowane w dany projekt mają prawo do uczestnictwa w nim, a także do rezygnacji w każdym momencie.
- Znaczący poziom ryzyka ekonomicznego. Na osobach zakładających przedsiębiorstwo społeczne ciąży odpowiedzialność za częściowe lub całościowe ryzyko związane z projektem. Opłacalność danego projektu jest ściśle powiązana z zaangażowaniem tych osób w zdobywanie odpowiednich funduszy niezbędnych do uruchomienia i prowadzenia całego przedsięwzięcia. Jednocześnie osoby te muszą mieć świadomość ewentualnych strat, które mogą być spowodowane m.in. słabą pozycją na rynku lub mocną konkurencją.

- Odpłatne zatrudnianie pracowników. Wymagane jest, aby przedsiębiorstwo społeczne składało się choćby częściowo z osób zatrudnionych odpłatnie. Podobnie jak w przypadku innych organizacji non profit, przedsiębiorstwa mogą łączyć różne źródła dochodów (finansowe i niefinansowe, odpłatną działalność czy też wolontariat), a co się z tym wiąże mogą korzystać z pomocy osób, które nie pobierają za swoją pracę wynagrodzenia. Nie powinny jednak one stanowić całości składu osobowego takiego przedsiębiorstwa (Stała Konferencja Ekonomii Społecznej, 2009).

Kryteria społeczne natomiast wyszczególnić możemy jako:

- Inicjatywa uruchomiona przez grupę obywateli. Funkcjonowanie przedsiębiorstw społecznych wynika z zapotrzebowania i zaangażowania osób należących do danej grupy posiadającej określone potrzeby lub cele, przy czym specyfika grupy musi pozostać w jakiejkolwiek formie zachowana.
- Egalitarna władza decyzyjna zamiast decydowania opartego na własności kapitałowej. Nie jest najważniejsze w przedsiębiorstwie społecznym posiadanie ilości udziałów. Bycie właścicielem jest istotne lecz decyzje podejmowane są zawsze wspólnie z innymi uczestnikami przedsięwzięcia.
- Charakter partycypacyjny, angażujący osoby, których dotyczy dana działalność. Zaangażowanie i partycypacja interesantów oraz demokratyczny styl zarządzania są istotnymi cechami przedsiębiorstw społecznych, wspierających demokrację na szczeblu lokalnym poprzez działalność ekonomiczną.
- Ograniczony rozdział zysków. Przedsiębiorstwo społeczne nie tylko obejmuje organizacje, których dotyczy całkowity zakaz dystrybucji, ale także na przykład spółdzielnie, które mogą dysponować zyskami na ograniczoną skalę. Dzięki temu łatwiej można uniknąć działań mających na celu maksymalizację zysków.
- Wyraźnie określony cel przynoszący korzyści dla społeczności. Celem przedsiębiorstw społecznych działających na rzecz danej społeczności lub określonej grupy ludzi jest m.in. pobudzanie odpowiedzialności społecznej na szczeblu lokalnym.

Wymienione wyżej cechy powinny charakteryzować każde przedsiębiorstwo społeczne jednak w praktyce najczęściej zdarza się, że przedsiębiorstwa posiadają jedynie część wskazanych cech społeczno-ekonomicznych. Dlatego ogólnie przyjęte jest, iż przedsiębiorstwo może być nazwane społecznym jeśli spełnia większość wymienionych wcześniej kryteriów. Różnice jakie zauważyć możemy między przedsiębiorstwami komercyjnymi a społecznymi raczej dzielą te podmioty niż łączą. Warto jednak nadmienić, iż to ewentualny zysk, a nie realizowanie misji jest głównym motywem utworzenia przedsiębiorstwa społecznego. (Alter, 2008).

Ponieważ przedsiębiorczość społeczna jest uznawana za działalność społecznie użyteczną, na przedsiębiorstwo nakładane są pewne ograniczenia, dotyczące szczególnie dysponowania jego zyskiem. Dlatego co najmniej 10% dochodu przedsiębiorstwa społeczne powinny przekazywać na zadania pożytku publicznego, które realizowane będą na rzecz społeczności lokalnej w miejscu prowadzenia działalności. Mówiąc o niedoskonałościach ustawy należałoby się zastanowić czym powodowane było to ograniczenie i dlaczego poziom wyznaczono akurat na 10%. Innym ograniczeniem może być na przykład ograniczenie wynagrodzenia osoby zatrudnionej w przedsiębiorstwie do trzykrotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia jakie jest odnotowane w sektorze przedsiębiorstw (Czemiel-Grzybowska, 2012).

Miejsce i rola przedsiębiorstw społecznych w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych

Władze publiczne zobowiązane są prowadzić politykę zmierzającą do pełnego, produktywnego zatrudnienia poprzez realizowanie programów zwalczania bezrobocia, w tym organizowanie i wspieranie poradnictwa i szkolenia zawodowego oraz robót publicznych i prac interwencyjnych. Wobec samych osób z niepełnosprawnościami Konstytucja przewiduje również, że władze publiczne udzielają im, zgodnie z ustawą, pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społeczne (Art. 69 Konstytucji RP).

Na podstawie ustawy o rehabilitacji funkcjonują zakłady pracy chronionej zobowiązane zapewniać pracownikom specjalistyczną pomoc, poradnictwo i usługi rehabilitacyjne oraz tworzyć zakładowe fundusze rehabilitacji osób niepełnosprawnych z przeznaczeniem na finansowanie rehabilitacji zawodowej, społecznej i leczniczej, w tym na indywidualne programy rehabilitacji i indywidualną pomoc[1]. Ustawa stwarza warunki do tworzenia zakładów aktywności zawodowej, których zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna. Oba typy zakładów zapewniają warunki pracy chronionej i zatrudniają przede wszystkim osoby niepełnosprawne, których wskaźnik zatrudnienia zależy między innymi od typu zakładu, stopnia i rodzaju niepełnosprawności. Inną jeszcze formę rehabilitacji stanowią warsztaty terapii zajęciowej - placówki mające za zadanie stwarzać osobom niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w celu pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Warsztaty terapii zajęciowej są instrumentem służącym przede wszystkim rozwojowi procesu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych i to pomimo zapisu ustawy, wskazującego, iż do podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych zalicza się uczestnictwo

[1] Niektóre uprawnienia przysługują pracodawcom zatrudniającym pracownika niepełnosprawnego przy spełnieniu dodatkowych warunków (np. art. 26, 26e) lub pracodawcom prowadzącym zakład pracy chronionej (art. 32).

tych osób w warsztatach terapii zajęciowej. Za faktem tym przemawiają różne okoliczności. Pierwsza z nich to powierzenie realizacji zadań w tym zakresie powiatowym centrom pomocy rodzinie (art. 35a ust. 2 pkt 1 ustawy o rehabilitacji), które trudno uznać za podmioty koordynujące proces rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. To również te instytucje przeprowadzają co najmniej raz do roku kontrolę warsztatów. Druga to przedmiot i zakres zadań podejmowanych przez same warsztaty, wskazany przepisami ustawy o rehabilitacji, a kolejny to beneficjenci tej formy wsparcia, czyli uczestnicy warsztatów. Warto jednak zaznaczyć, że warsztat terapii zajęciowej nie ma żadnego realnego wpływu na uzyskanie etatu dla osoby niepełnosprawnej. O tym decyduje podmiot zatrudniający, zajęcia mają jedynie wyposażyć uczestnika w takie atrybuty, które pozwolą ubiegać się bezpośrednio albo przy wykorzystaniu dodatkowo innych instrumentów (np. szkoleń) o pracę. (Biernat, Przybyszewska 2014)

Ustawa o rehabilitacji określa warsztat jako wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówkę, stwarzającą osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia.

Wreszcie ustawa stwarza możliwość organizowania turnusów rehabilitacyjnych będących zorganizowaną formą aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników. System finansowania rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych ma zinstytucjonalizowaną postać. Jego obsługę sprawuje Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – fundusz celowy posiadający osobowość prawną, nad którym istnieje kontrola społeczna w postaci Rady Nadzorczej koncentrującej m.in. przedstawicieli organizacji społecznych i zawodowych (związków zawodowych i organizacji pracodawców).

Poza wymienionymi wyżej zadaniami, które są realizowane bądź wspierane przez środki z PFRON, Fundusz ten przeznacza część środków na realizację działań wyrównujących różnice między regionami, w szczególności w jednostkach samorządu terytorialnego z wysoką stopą bezrobocia, lub tam gdzie nie utworzono warsztatu terapii zajęciowej albo zakładu aktywności zawodowej, na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej realizowane przez fundacje i organizacje pozarządowe; na realizację programów wspieranych ze środków pomocowych Unii Europejskiej na rzecz osób niepełnosprawnych przewidzianych do wdrożenia w danym roku; na dofinansowanie zadań wynikających z programów rządowych, w tym ukierunkowanych na rozwój zasobów ludzkich oraz przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych, a także pomoc rodzinom, których członkami są osoby niepełnosprawne; na szkolenia z zakresu języka migowego i innych środków komunikowania się, na finansowanie w części lub całości badań, ekspertyz i analiz dotyczących rehabilitacji oraz na inne jeszcze zadania wymienione w ustawie. (Jagodzińska 2014, Nitecki 2008)

Wśród pozostałych aktów prawnych wymienić należy ustawę o promocji zatrudnienia

i instytucjach rynku pracy zawierającą rozwiązania w zakresie usług i instrumentów rynku pracy dla bezrobotnych i poszukujących pracy (Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 2004), przepisy regulujące działanie spółdzielni socjalnych, jak i dotyczące zatrudnienia socjalnego (Ustawa o spółdzielniach socjalnych, 2006). Prawo zamówień publicznych przewiduje możliwość stosowania zamówień zastrzeżonych, czy klauzul społecznych pozwalających bądź zastrzec w ogłoszeniu o zamówieniu, że o udzielenie zamówienia mogą ubiegać się wyłącznie wykonawcy, u których ponad 50% zatrudnionych pracowników stanowią osoby niepełnosprawne, bądź określić w opisie przedmiotu zamówienia wymagania związane z realizacją zamówienia, dotyczące zatrudnienia m.in. osób niepełnosprawnych (Ustawa o prawie zamówień publicznych, 2004). Przedstawiona charakterystyka stanowi jedynie krótki zarys przepisów prawnych związanych z art. 27 Konwencji. W ocenie Rzecznika informacja przygotowana przez stronę rządową zawiera bowiem pogłębioną informację o stanie prawnym i podejmowanych inicjatywach w zakresie zatrudnienia osób niepełnosprawnych, które to informacje i podejmowane działania dają ogólną wiedzę na temat systemu wsparcia aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnościami w Polsce. System ten, nawet jeśli niedoskonały, nie odbiega od standardów międzynarodowych. W swoim formalnym kształcie gwarantuje osobom niepełnosprawnym podstawowe prawa w zakresie zatrudnienia.

Spółdzielnia socjalna

Spółdzielnia socjalna jest dobrowolnym zrzeszeniem osób fizycznych, prowadzącą w interesie swoich członków wspólną działalność gospodarczą. Opiera się ona na ustawie Prawo spółdzielcze z dnia 16 września 1982 r. oraz działa na podstawie zarejestrowanego statutu. Członkowie spółdzielni są właścicielami jej majątku, a sama spółdzielnia jest przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Jest ona także wpisana do rejestru przedsiębiorców w Krajowym Rejestrze Sądowym i od tego momentu posiada osobowość prawną mogąc nabywać prawa i zaciągać zobowiązania. Warto też nadmienić, że spółdzielnia nie jest stowarzyszeniem kapitału. Lecz stowarzyszeniem ludzi, a jej głównym celem jest prowadzenie działalności gospodarczej i zaspokajanie potrzeb jej członków. Obowiązkiem spółdzielni jest prowadzenie działalności gospodarczej, a nawet więcej nierozpoczęcie czynnego prowadzenia przedsiębiorstwa w ciągu roku od zarejestrowania oraz brak majątku mogą skutkować wykreśleniem spółdzielni z KRS. Jedną z głównych przyczyn postawienia spółdzielni w stan likwidacji przez związek rewizyjny jest brak prowadzenia działalności przez co najmniej rok (Czemiel-Grzybowska, 2012).

Można stwierdzić, iż spółdzielnie tworzone są w celu zaspokojenia wspólnych potrzeb jej członków poprzez zorganizowaną działalność i są zarządzane w sposób demokratyczny. Współdecydowanie gwarantuje zasada „jeden członek – jeden głos”. Pozytywnym zjawiskiem jest to, że spółdzielczość stwarza szanse na aktywność gospodarczą i społeczną ludzi o niskich

i średnich dochodach zapobiegając procesowi wykluczenia ich ze społeczeństwa. Łagodzi tym samym nierówności ekonomiczno-społeczne przyczyniając się do gospodarczego rozwoju lokalnych społeczności i uaktywnia je kulturowo. Przedsiębiorstwa spółdzielcze charakteryzują się dużą wrażliwością na obowiązki socjalne, a ich zasadniczym obowiązkiem jest dbanie o swoich członków. Z kolei zdecentralizowany i demokratyczny charakter przedsiębiorstw spółdzielczych pokazuje, że są one mocno zakorzenione w społecznościach lokalnych czy regionalnych, a w swoich działaniach prowadzą niekiedy działalność społeczno-wychowawczą, kulturalno-oświatową i socjalną. Uwzględniają przy tym potrzeby lokalnych środowisk. Wyróżnić możemy mocne oraz słabe strony polskiej spółdzielczości.

Mocne strony spółdzielni:

- interes członków daje większy margines tymczasowej adaptacji do trudności gospodarczych i innych;
- demokratyczne podejmowanie decyzji może prowadzić do silniejszej własnej bazy kapitałowej;
- niedzielenie funduszu zasobowego w czasie trwania spółdzielni również może prowadzić do silniejszej własnej bazy kapitałowej;
- założenie spółdzielni nie jest uwarunkowane wysokością zgromadzonych środków finansowych;
- zmniejszenie funduszu udziałowego nie prowadzi do upadłości spółdzielni;
- użytkownicy spółdzielni będący jej właścicielami mogą wykorzystywać zainteresowanie dużej grupy osób zaangażowanych do wprowadzania innowacji w przedsiębiorstwie spółdzielczym;
- zwiększają motywację pracowników jako właścicieli;
- możliwy jest ogólnie zrównoważony rozwój spółdzielni w obliczu nacisków zewnętrznych (Czemiel-Grzybowska, 2012).

Słabe strony działalności spółdzielczej:

- demokratyczne zasady sprawowania władzy mogą się wiązać ze spowolnieniem procesu decyzyjnego;
- ograniczony dostęp do zwiększenia środków własnych może prowadzić do nadmiernego uzależnienia się od kapitału pożyczkowego, jeśli kapitał członkowski czyli własny jest niewystarczający; zasada „jeden członek – jeden głos” może zniechęcić kapitał wysokiego ryzyka, gdyż nie ma on w takim przypadku współmiernego prawa głosu;
- nastawienie członków może utrudniać proces dywersyfikacji produktów i usług w celu wykorzystywania nowych możliwości, gdyż te mogą nie być tożsame z interesami członków;

- duża baza członkowska może utrudniać lub uniemożliwiać śledzenie na bieżąco potrzeb i interesów członków;
- niski poziom zainteresowania członków działalnością spółdzielni, gdy zainwestowane przez nich w spółdzielni kwoty są niewielkie;
- łatwość wstępowania do spółdzielni i występowania z niej co może zagrażać jej stabilności w momencie wystąpienia z niej dużej ilości członków, na przykład w związku z przejściem na emeryturę;
- brak oceny działalności spółdzielni na rynkach kapitałowych; udziały członkowskie nie są przedmiotem obrotu giełdowego i nie są zbywalne w innym systemie;
- zastępowanie systemu demokracji bezpośredniej demokracją pośrednią, występującą w dużych spółdzielniach, w których walne zgromadzenie zastępowane jest zebraniem przedstawicieli; w systemie zarządzania tymi spółdzielniami zebrania grup członkowskich mają ograniczone uprawnienia, sprowadzające się do uprawnień elekcyjnych i opiniowania bądź wnioskowania w sprawach, które są rozpatrywane przez zebrania przedstawicieli (Czemiel-Grzybowska, 2012).

Spółdzielnie socjalne jak już wspomniano w znacznym stopniu ograniczają zjawisko marginalizacji i wykluczenia społecznego, tworząc nowe miejsca pracy i spełniając tym samym funkcje społeczne. Ich tworzenie się pozwala integrować z rynkiem pracy osoby, które od dawna pozostawały bezrobotne, osoby niepełnosprawne czy osoby wykluczone społecznie jak chociażby byłych więźniów. Ustawa o spółdzielniach socjalnych reguluje prawnie kwestie prowadzenia wspólnego przedsiębiorstwa przez osoby, które nie były skłonne do prowadzenia działalności gospodarczej samodzielnie. Warto też nadmienić, iż spółdzielnie socjalne tworzone są ze względu na dwa podstawowe cele, a mianowicie: wspólne prowadzenie przedsiębiorstw i włączenie spółdzielców w życie społeczne i zawodowe. Ustawa reguluje jakie grupy osób, także tych zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym, mogą być założycielami spółdzielni wskazując na: (Ustawa o zmianie ustawy o spółdzielniach socjalnych, 2009) bezrobotnych;

- bezdomnych uczestniczących w indywidualnym programie wychodzenia z bezdomności;
- osoby uzależnione od alkoholu, po skorzystaniu z programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego;
- osoby uzależnione od narkotyków lub innych środków odurzających po skorzystaniu z programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;
- osoby chore psychicznie;
- osoby zwalniane z zakładów karnych, które mają trudności w integracji ze środowiskiem;
- uchodźcy realizujący indywidualny program integracji;
- osoby niepełnosprawne (Czemiel-Grzybowska, 2012).

Podsumowanie i wnioski

Po przeprowadzeniu próby analizy przedsiębiorstw społecznych jako niezbędnego elementu systemu rehabilitacji osób niepełnosprawnych nasuwa się wiele interesujących wniosków. Nie da się zaprzeczyć, iż osoby decydujące się na założenie i prowadzenie działalności gospodarczej w Polsce podejmują bardzo duże wyzwanie. Decyzja ta wymaga odwagi, gdyż uwarunkowania prawne z jednej strony chronią i wspierają przedsiębiorcę, jednak z drugiej strony stawiają przed nim wiele ograniczeń. Kwestie formalne, które towarzyszą mu chociażby w pierwszym etapie firmy, choć zostały w znacznej mierze uproszczone w ciągu ostatnich lat, nadal pozostawiają wiele do życzenia. Ważne jest natomiast, aby państwo wspierało początkującego przedsiębiorcę w jego dążeniach. Założyciel przedsiębiorstwa to osoba mająca pewien pomysł, pełna zapału i chęci do działania i nie może być tak, że utrudnienia organizacyjne spowolnią to działanie. Ustawy i wszelkie uwarunkowania prawne powinny być ostoją dla przedsiębiorcy, dając mu tym samym duże możliwości manewru. Decyzje podejmowane w dziedzinie zatrudnienia powinny być spójne z rozwiązaniami w dziedzinie edukacji, zdrowia i zabezpieczenia społecznego. Niezbędne są działania, które będą podążały za zmianami w strukturze rynku pracy, tam gdzie następuje intensyfikacja aktywności zawodowej obywateli, w tym osób z niepełnosprawnościami. Niepełnosprawność kojarzy nam się najczęściej z widocznym elementem wskazującym na defekt lub uszkodzenie. Jeżeli ktoś porusza się na wózku, trzyma kule lub białą laskę w dłoni to jest osobą niepełnosprawną z widocznym jej elementem. Powinniśmy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że wady wymowy, lekkie upośledzenie umysłowe, choroba wieńcowa to również niepełnosprawność w pełni tego słowa znaczeniu. Ostatnie dziesięciolecia przyniosły istotne zmiany w sposobie postrzegania osób niepełnosprawnych. Niepełnosprawność nie jest już rozumiana tylko jako rezultat uszkodzenia ciała czy choroby, ale raczej jako wynik barier społecznych, ekonomicznych, fizycznych – jakie napotyka się w środowisku. Ostatnie kilka lat było szczególnie znaczące dla wprowadzania w życie konkretnych rozwiązań mających przeciwdziałać podstawowym przyczynom społecznego wyobcowania ludzi niepełnosprawnych - biedzie, dyskryminacji, bierności i nierówności szans. Najlepszym sposobem na wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych jest współpraca na poziomie: władza lokalna i organizacja działająca na rzecz osób niepełnosprawnych, ponieważ to właśnie lokalna polityka i oddolne inicjatywy wpływają na jakość życia niepełnosprawnych. Poza aktywizacją zawodową istnieje jeszcze rehabilitacja i usługi rehabilitacyjne, które spełniają Istotną rolę w działaniach na rzecz osób niepełnosprawnych, zwłaszcza w zakresie (wykrywania, diagnozowania i interwencji w ograniczaniu skutków niepełnosprawności; opieki medycznej nad osobą niepełnosprawną i procesu jej leczenia; doradztwa socjalnego i psychologicznego; szkoleń itp.)(Majewicz 2002). Zdecydowana większość z nich może podejmować zatrudnienie na otwartym rynku pracy. Dzięki aktywności zawodowej osoby z niepełnosprawnościami mogą rozwijać swoje kompetencje, a także

zaspokajać indywidualne potrzeby w relacjach z innymi ludźmi. Podjęcie pracy przez osobę z niepełnosprawnością powoduje w konsekwencji, inne jej postrzeganie przez najbliższych, przyjaciół, sąsiadów. Stwarza możliwość realizowania finansowych potrzeb, spełniania indywidualnych marzeń. Stosunkowo nowa w Polsce forma powiązania działalności gospodarczej i społecznej znakomicie wpisuje się w cele procesu rehabilitacji i integracji osób niepełnosprawnych. Szczególnie przydatne mogą tu być spółdzielnie socjalne, a zwłaszcza te, które wspólnie utworzą gminy z organizacjami pozarządowymi. Wspierać je powinni miejscowi przedsiębiorcy lokując tu zamówienia na ich produkcję, czy usługi oraz doradzając w prowadzeniu biznesu.

Bibliografia

1. ALTER K,S.,(2008) *Rodzaje przedsiębiorstw społecznych*, [w:] WYGNAŃSKI J.J. (red.), *Antologia kluczowych tekstów. Przedsiębiorstwo społeczne,* Fundacja Inicjatyw Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa, s. 157-160.
2. BIERNAT R., PRZYBYSZEWSKA K. (2014): *Możliwość aktywizacji zawodowej osób z umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną w kontekście zatrudnienia chronionego*. (w): WIŚNIEWSKA E., JAGODZIŃSKA M., PRZYBYSZEWSKA K.: *Edukacja a rynek pracy. Kształcenie zawodowe.* Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej. Płock
3. CZEMIEL – GRZYBOWSKA W. (2012) *Zarządzanie przedsiębiorstwem społecznym.* Warszawa, s.184.
4. JAGODZIŃSKA M. (2014)*: Integracja zawodowa osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem społecznym.* (w): WIŚNIEWSKA E., JAGODZIŃSKA M., PRZYBYSZEWSKA K.: *Edukacja a rynek pracy. Kształcenie zawodowe.* Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej. Płock
5. LEŚ E.,(2005) *Nowa ekonomia społeczna*. Wybrane koncepcje, „Trzeci Sektor" nr 2,s. 36.
6. MAJEWICZ P.,(2002 *Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*, Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej,
7. MANGUSZEWSKA - OTULAK G. (2001): *Niepełnosprawność. (*w:) RYSZ – KOWALCZYK b. (red) *Leksykon polityki społecznej* ASPRA-JR, Warszawa 2001, s 9.
8. MANGUSZEWSKA - OTULAK G.,(2009) *Uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym.* IPS UW, Warszawa
9. NITECKI S. (2008): *Prawo do pomocy społecznej w polskim systemie prawnym*. Oficyna a Wolters Kluwer business Warszawa
10. SIERPOWSKA I. (2010): *Pomoc społeczna.* Oficyna a Wolters Kuwer businnes. Warszawa
11. SĘK H., CIEŚLAK R. (2005): *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne,* (w:) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie,* Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa, s. 16.

12. ŚLĘZAK E.,(2007) *O zarządzaniu przedsiębiorstwem społecznym*, Kraków, s. 11
13. TOMASZEWSKA K., KŁOS A. (2014): *Praca socjalna z niepełnosprawnymi dziećmi*. (w): Pudišová M, Šrobárová S.: *Uwarunkowania działalności człowieka w pracy socjalnej i pedagogice specjalnej.* Ružomberok VERBUM s. 59 - 91.
14. SZUMSKI G., *Integracyjne kształcenie niepełnosprawnych*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006
15. TOMASZEWSKA K., KŁOS A. (2014): *Praca socjalna z osobami starszymi – cele i zadania.* (w): Lipiński S., Jagodzińska M., Przybyszewska K. (red): *Wymiar teoretyczny i praktyczny współczesnych problemów społecznych.* Płock s. 118-134
16. VERGER D. (2013) *Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce,* GUS, Warszawa.

Akty prawne

1. Konstytucja RP, art. 69. – Prawa osób niepełnosprawnych
2. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 24, poz. 128).
3. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 182 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r Nr 231 poz. 1375 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz.U. Nr 94, poz. 651 ze zm.), ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, (Dz.U. z 2011 r. Nr 43 poz. 225 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r.- Art. 22 ust. 2 i art. 29 ust. 4 pkt 1b - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 7 maja 2009 r. o zmianie ustawy o spółdzielniach socjalnych oraz o zmianie niektórych innych ustaw [Dz.U.2009 r., nr 91, poz. 742].

CONTACT FOR AUTHORS

ALICJA KŁOS
Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno – Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza
Ul. Czarnieckiego
37-500 Jarosław,
Polska
+48 665 832 397
E-mail: alicja.klos@pwste.edu.pl

WZMOCNIENIE SYSTEMU IMMUNOLOGICZNEGO DLA PRAWIDŁOWEGO FUNKCJONOWANIA ORGANIZMU

Strengthening the Immune System to the Proper Functioning of the Body

Halina Romualda Zięba[1]; Zuzana Hudáková[2]; Teresa Friediger[3]

[1, 3] Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu
Instytut Nauk o Zdrowiu, Kierunek Fizjoterapia, Polska
[2] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Summary

The aim of the study is to identify opportunities for enhancing the immune system, without the need for medical appointments and taking medications ordained. Nutritional therapy can create a body good conditions to run its own anti-cancer mechanisms to fight for the restoration of health. It should be mentioned about the possibility of stimulating the immune system using the appropriate mental attitude. Emotional factors, such as the long-term tendency to depression or permanent wearing of a negative emotion, can suppress the immune system weaken the defenses of a person against cancer and other diseases. Regular physical activity and improves the efficiency of the immune system, and thanks to the reducing effects on the fat tissue in the body modifies and alleviates from the estrogen. Excess kg and obesity are related to cancer development in many organs. Regular dose of traffic, except for a slimming effect and therefore provides anti-tumor effect.

Key words: Immune system. Strengthening. Body function.

Streszczenie

Celem pracy jest wskazanie możliwości wzmacniania systemu immunologicznego, bez konieczności wizyt lekarskich oraz przyjmowania ordynowanych leków. Terapia żywieniowa może stworzyć w organizmie dobre warunki do uruchomienia jego własnych mechanizmów antynowotworowych do walki o przywrócenie zdrowia.

Należy wspomnieć o możliwości stymulowania układu odpornościowego przy pomocy odpowiedniego nastawienia psychicznego. Czynniki emocjonalne, takie jak wieloletnia skłonność do depresji lub trwałe noszenie w sobie negatywnych emocji, mogą tłumić układ odpornościowy i osłabiać działanie sił obronnych danej osoby przeciwko nowotworowi i innym chorobom. Regularna aktywność fizyczna poprawia sprawność i funkcjonowanie układu

odpornościowego, a dzięki redukującemu oddziaływaniu na tkankę tłuszczową w organizmie modyfikuje i łagodzi działanie pochodzących z niej estrogenów. Nadmiar kilogramów i otyłość wykazują związek z rozwojem raka w wielu narządach. Regularna dawka ruchu, poza efektem wyszczuplającym, zapewnia więc działanie antynowotworowe.

Słowa kluczowe: System immunologiczny. Wzmocnienie. Funkcjonowanie organizmu.

Wprowadzenie

Układ immunologiczny to układ, którego zadaniem jest obrona organizmu przed chorobami. Układ immunologiczny jest bardzo skomplikowany, wykazuje dużą niezależność od innych układów i jest wyposażony w liczne wbudowane własne mechanizmy kontrolujące przebieg reakcji immunologicznej. Autokontrola jest konieczna, zważywszy, jaką bronią dysponuje.

Cytotoksyczne limfocyty namnażają się, obładowane śmiercionośnymi cytokinami muszą być poddane kontroli, w przeciwnym razie mogą skierować swoje niszczycielskie działanie przeciw zdrowym komórkom organizmu.

Ciało obce, które dostaje się do organizmu zawiera dany antygen. W momencie jego wtargnięcia do organizmu, komórki systemu immunologicznego pracują razem, aby ten antygen rozpoznać i odpowiednio na niego zareagować. W wyniku tego dochodzi do aktywacji limfocytów B, które rozpoczynają produkcję przeciwciał, czyli specjalnych białek skierowanych na specyficzny antygen. Jeśli limfocyty B zapamiętają dany antygen, będą one produkować odpowiednie przeciwciała za każdym razem, gdy antygen ten dostanie się do organizmu. Jednakże unieszkodliwienie groźnych drobnoustrojów nie byłoby możliwe bez limfocytów T, które atakują czynniki obce, oznaczone przeciwciałami. Dodatkowo sygnalizują innym komórkom układu immunologicznego, aby wyeliminowały wskazane drobnoustroje.

Organizm człowieka nieustannie atakowany jest przez wirusy, bakterie, pierwotniaki, grzyby i pasożyty. Niektóre organizmy chorobotwórcze zatrzymywane są przez bariery obronne organizmu tj: skórę, ślinę, łzy i kwas żołądkowy. Kiedy jednak drobnoustrojom uda się przełamać te bariery i dostać do organizmu, natychmiast uruchamiane zostają mechanizmy obronne układu immunologicznego. Do walki z drobnoustrojami wysyłane są limfocyty B i limfocyty T. Dodatkowo wzrasta temperatura ciała, która powoduje obumieranie czynników chorobotwórczych. Limfocyty nieustannie krążą w organizmie. Gromadzą one informacje o obcych komórkach, a kiedy te pojawią się ponownie, wiedzą jak z nimi walczyć, ponieważ uodporniły się na ich atak [1].

Hormony - układ immunologiczny jest poddawany wpływom innych układów integracyjnych: dokrewnego i nerwowego. Niektóre hormony, mogą bezpośrednio wpływać na funkcje immunologiczne. Są to np. glikokortykoidy, hormony kory nadnercza, hamują

namnażanie się limfocytów i produkcję cytokin. Hormon wzrostu - przeciwnie - zwiększa namnażanie limfocytów, zwiększa ilość tkanki limfatycznej. Zarówno estrogeny, jak i androgeny mają wpływ na układ immunologiczny, zmienny, w zależności od bieżących potrzeb organizmu. Tyroksyna, hormon produkowany przez tarczycę, potęguje odporność humoralną.

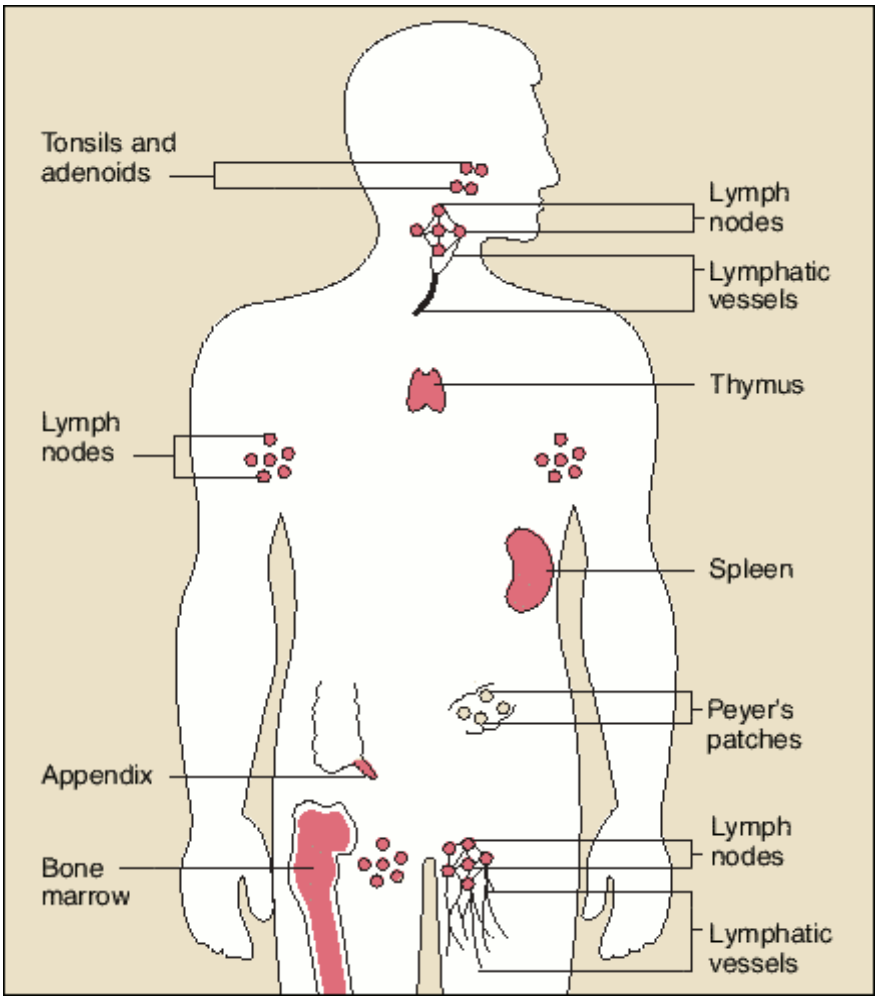
Układ nerwowy - regulacja nerwowa układu immunologicznego zachodzi przede wszystkim za pośrednictwem układu autonomicznego, którego włókna docierają do węzłów chłonnych. Wydaje się, że także kora mózgowa może wpływać na funkcjonowanie odporności. Znane są określone stany psychiczne, w których odporność zmniejsza się albo zwiększa. Np. stres może mieć korzystny lub negatywny wpływ na odporność. Doświadczenia joginów dowodzą, że medytacja może mieć znaczenie w kształtowaniu odporności. Powstała nowa dziedzina wiedzy medycznej - **neuropsychoimmunologia,** która się tym zajmuje [2].

Immunosupresja - na czynności układ immunologicznego można wpływać farmakologicznie. Oddziaływać immunosupresyjnie, tzn. osłabiać reakcje immunologiczne. Jest to potrzebne w zwalczaniu chorób z autoagresji, w których układ immunologiczny atakuje własne tkanki, albo do koniecznego osłabienia reakcji obronnej organizmu wobec przeszczepionej tkanki czy narządu. Najbardziej znanymi lekami zmniejszającymi reakcje odpornościowe są glikokortykoidy. Także promieniowanie elektromagnetyczne (gamma, rtg i ultrafioletowe o długości fali 250-400 nm) ma negatywny wpływ na układ immunologiczny.

Są różne sposoby hamowania odpowiedzi immunologicznej. Niektóre środki negatywnie wpływają na podziały komórkowe aktywowanych limfocytów, przede wszystkim poprzez zróżnicowane oddziaływanie na DNA, inne hamują wydzielanie cytokin czy migrację limfocytów, inne mają wpływ na oddziaływanie limfocytów na makrofagi. Są wreszcie środki biologiczne, jak np. surowica antylimfocytarna, które bezpośrednio uszkadzają lub niszczą limfocyty.

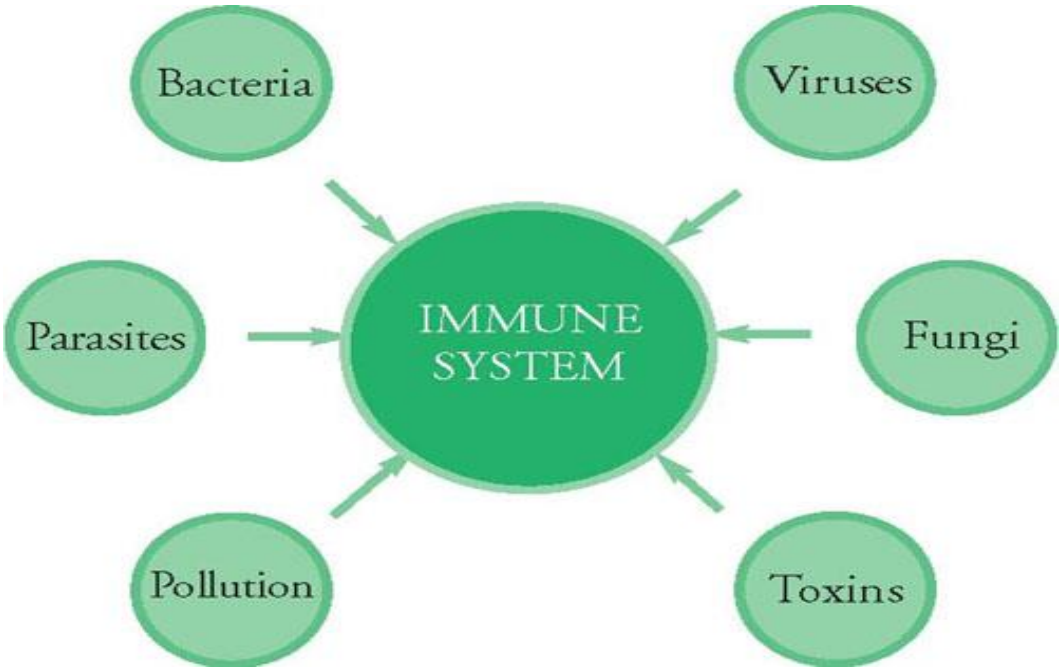
Immunostymulacja- aktywność układu immunologicznego można też działać stymulująco, przykładem są szczepionki, które stymulują powstawanie przeciwciał i komórek pamięci immunologicznej. Są też czynniki biologiczne, które wiążąc się z antygenem, przyczyniają się do znacznie silniejszej odpowiedzi immunologicznej. Są to tzw. adiuwanty immunologiczne, pochodzenia bakteryjnego lub niebakteryjnego.

Niektóre z nich znalazły zastosowanie w leczeniu chorób nowotworowych. Zaburzenia czynności układu immunologicznego mogą być dramatyczne i przejawiać się ciężkimi zakażeniami, np. wirusowymi, grzybiczymi czy pierwotniakami, które mimo leczenia prowadzą do śmierci. Jego zmniejszona sprawność albo wypaczone działanie powoduje ujawnienie się chorób układowych albo stanowi przyczynę nieskutecznej walki organizmu z nowotworem złośliwym. Natomiast objawem nadmiernej, "przesterowanej" reakcji układu immunologicznego są dokuczliwe alergie [3].



RYC.1. *Komórki tworzące układ immunologiczny - limfocyty, makrofagi, monocyty, komórki K - rozsiane są w ustroju, krążą we krwi i w chłonce oraz skupiają się w narządach limfatycznych. Narządy centralne układu immunologicznego to szpik kostny i grasica. Narządy obwodowe to śledziona, węzły limfatyczne, migdałki i rozsiane skupiska tkanki limfatycznej w postaci grudek chłonnych. Niezależną częścią układu immunologicznego jest MALT, czyli układ immunologiczny wydzielniczy zawiązany z błonami śluzowymi np.: przewodu pokarmowego, dróg moczowych, dróg oddechowych [4].*

Wzmocnienie układu immunologicznego jeszcze na jesieni może pomóc w walce z przeziębieniami w okresie największych chłodów. W naturalnym wzmocnieniu układu obronnego organizmu z pomocą przychodzą substancje zawarte w niektórych roślinach. Najdokładniej przebadana jest jeżówka oraz aloes i żeń-szeń. Naukowcy potwierdzili, że wyciągi z tych roślin pobudzają komórki odpornościowe do lepszej pracy. Podobne działanie, choć nie tak dobrze przebadane, mają również dobrze znane w polskiej kuchni pokrzywa, mniszek i lukrecja.



RYC.1. *Układ immunologiczny ochrania organizmy przed infekcją na kilku poziomach, które wzrastają wraz ze swoistością definiowane jako substancje przywiązane do specjalnych receptorów odpornościowych i wywołujące odpowiedź odpornościową [4].*

Brak odporności

Podatność na sezonowe choroby to jasny sygnał, że układ odpornościowy potrzebuje wzmocnienia. Aby wzmocnić układ immunologiczny, należy jeść więcej warzyw i owoców, pić napary ziołowe, ćwiczyć, spacerować i dbać o higienę.

Częste infekcje- przeziębienia i schorzenia, które pojawiają się częściej u osób z niską odpornością to: zakażenie dróg moczowych, infekcje grzybicze, bóle żołądka, zapalenia dziąseł, biegunki, niestrawność to dolegliwości, które informują o tym, że wirusy i bakterie nie napotykają na swojej drodze przeszkód i mogą bez problemów siać spustoszenie. Dzięki dawce witamin, minerałów i antyoksydantów ze świeżych owoców i warzyw system odpornościowy powinien wrócić do normy [4].

Alergie - osłabienie odporności może być jednym z czynników sprzyjających alergii. Słaby układ immunologiczny nie jest w stanie ochronić przed szkodliwym działaniem niektórych substancji, stąd wysypki, podrażnienia skóry, katar sienny czy łzawienie oczu.

Długie gojenie się ran - odporność organizmu jest odpowiedzialna za procesy gojenia. Jeśli więc po każdym skaleczeniu rana długo się goi albo wdaje się zakażenie należy wzmocnić organizm. Kiedy układ odpornościowy jest uszkodzony, nawet drobne urazy czy ranki potrzebują długiego czasu na całkowite wyleczenie.

Ochota na słodycze może być wynikiem osłabienia odporności. Ludzki organizm to niezwykle mądra i skomplikowana maszyna, która na wiele sposobów sygnalizuje kiedy jest niedobór magnezu, chromu czy fosforu - instynktownie sięgamy po słodkie produkty. Można zauważyć większą skłonność do przeziębień, a po każdej chorobie potrzeba będzie więcej czasu na powrót do zdrowia. Należy uzupełnić braki minerałów poprzez dietę – zdrowe produkty, takie jak orzechy, nasiona, pestki, rośliny strączkowe, kasze i świeże warzywa.

Afty- małe ranki w ustach, najczęściej po wewnętrznej stronie policzka, na języku, dziąsłach i wargach. Bolesne owrzodzenia to częsta dolegliwość jamy ustnej, której przyczyną jest spadek odporności.

Chociaż afty nie są groźne dla zdrowia, to powodują ból i swędzenie, a czasem utrudniają normalne mówienie i jedzenie. Jednak ich pojawienie się powinno cię zaniepokoić głównie dlatego, że są objawem obniżenia odporności.

Problemy z trawieniem-układ pokarmowy to ważny element systemu odpornościowego.

Zaburzenia układu pokarmowego, takie jak niestrawność, wzdęcia, bóle brzucha, biegunki to sygnał ostrzegawczy, że organizm potrzebuje wzmocnienia. Jednym ze sposobów na odbudowanie mikroflory bakteryjnej jest przyjmowanie probiotyków. Można wykorzystać naturalne probiotyki tj. jogurt, kiszona kapusta, kiszone ogórki czy kwas chlebowy.

Choroby zatok - ból głowy, zatkany nos i spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła to główne objawy infekcji zatok. Coraz więcej osób skarży się na takie dolegliwości, które pojawiają się równie często latem, co zimą. Głównym czynnikiem sprzyjającym chorobom zatok są zmiany temperatur. Eksperci twierdzą, że osoby, które co najmniej 2 razy w roku cierpią na poważne zapalenie zatok, mają znacząco obniżoną odporność.

Półpasiec - osłabienie odporności sprzyja uaktywnieniu się wirusa wywołującego półpasiec. Wysypka, ból, pieczenie i swędzenie skóry utrzymują się przez ok. 2-3 tygodnie. Należy wzmocnić odporność, aby w przyszłości uniknąć podobnych infekcji. Silny układ odpornościowy to gwarancja, że żadne wirusy, bakterie i grzyby nie spowodują nieprzyjemnych dolegliwości.

Opryszczka - to sygnał, obniżonej odporności. Bezpośrednią przyczyną pojawienia się swędzącej, czerwonej krostki na wargach jest co prawda wirus HSV, jednak rozwija się tylko wówczas gdy organizm jest osłabiony i nie jest w stanie się przed nim obronić. Właśnie dlatego opryszczka zwykle atakuje jesienią i zimą, w szczycie zachorowań na przeziębienia i grypę. Często pojawia się u osób, które przechodzą infekcję. Pojawienie się zmian na skórze ust to pierwszy sygnał ostrzegawczy, żeby wzmocnić organizm zdrową dietą oraz naturalnymi suplementami – miód, sok malinowy, czarny bez.

Zmęczenie i przeziębienia występujące od dłuższego czasu - mogą oznaczać, że osłabiona odporność potrzebuje "wsparcia". Należy jednak uważać na mieszanki ziołowe na

odporność i ziołowe suplementy diety. Zioła mają swoje dobre i złe strony np. cykuta i tojad mogą doprowadzić nawet do utraty życia.

Udowodniono, że regularne dostarczanie ich organizmowi wzmacnia jego odporność. Bio-składniki jadłospisu mogą bezpośrednio wpływać na procesy naprawy DNA, mogą aktywizować, bądź usypiać geny oraz wpływać na produkcję lub dezaktywację kancerogenów [5].

Naukowcom udało się udowodnić, że:

sok z grejpfrutów, czosnek czy czerwone wino są w stanie zadziałać hamująco na enzymy uczestniczące w powstawaniu raka i obniżyć ryzyko rozwoju nowotworu.

Witamina A pomaga utrzymać integralność przewodu pokarmowego, płuc i błony komórkowej, zapobiegając wtargnięciu obcych czynników do organizmu. Witamina A i beta-karoten są potężnymi przeciwutleniaczami.

Witamina B5, B6 i B12 oraz kwas foliowy są niezbędne do produkcji antyciał i właściwego funkcjonowania limfocytów typu T, które odpowiedzialne są za walkę z komórkami nowotworowymi. 3. Witamina C jest jednym z najważniejszych składników wzmacniających odporność i odgrywa kluczową rolę w jej wzmacnianiu. Jest odpowiedzialna m.in. za produkcję komórek typu T, które niszczą komórki nowotworowe.

Witamina E poprawia funkcje komórek typu B i T („naturalnych zabójców") oraz jest silnym antyoksydantem (przeciwutleniaczem). Selen, magnez, miedź, cynk biorą udział w procesie anty utleniania i wykazano, że wzmacniają odporność. Cynk jest istotny dla produkcji komórek odpornościowych i funkcjonowania komórek typu B i T, które niszczą nowotwór. Selen wzmacnia układ odpornościowy i współdziała z witaminą E.

Wapń jest potrzebny komórkom odpornościowym do produkcji enzymów, które niszczą komórki nowotworowe [6].

Cysteina jest ważna dla układu odpornościowego, głównie dlatego, że w organizmie zmienia się w glutation. Jego rola polega na detoksykacji toksyn, ale tylko wówczas gdy ma do dyspozycji odpowiednią ilość cysteiny. Dobrym źródłem cysteiny są jajka, soja, orzechy, cebula i czosnek. Jest jeszcze wiele innych przeciwutleniaczy, które odgrywają dużą rolę we wzmacnianiu naturalnych sił odpornościowych naszego organizmu. Wśród nich wymienić należy m.in. antocyjany, koenzym Q10, karotenoidy czy tokotrienole. Jesienią należy dodatkowo wzmocnić układ odpornościowy używając codziennie:

witamina C – jest najważniejsza. Organizm człowieka nie potrafi magazynować witaminy C, dlatego musisz codziennie jeść to, co jest jej dobrym źródłem. Przeciętny człowiek potrzebuje dziennie ok. 70 mg tej witaminy, ale w okresie jesienno-zimowym tę dawkę można nawet podwoić. Taką ilość dostarczy: 10 dag czarnej porzeczki świeżej lub mrożonej, 30 dag kiwi, 30 dag cytryn, 45 dag mandarynek, 10 dag papryki czerwonej, 15 dag jarmużu lub 7 dag natki pietruszki. Witaminę C w dużych ilościach posiadają: papryka, seler naciowy, brokuły,

kapusta oraz owoce cytrusowe w tym pomarańcze i cytryny oraz inne owoce jak: malina, owoce dzikiej róży, jabłka. Żurawina jest bogatym źródłem witaminy C. Wzmacnia odporność, zapobiega przeziębieniom, zwalcza infekcje [7].

Flowonoidy i witamina C zawarte w grejfrutach mają bardzo silne działanie antybakteriobójcze i antywirusowe.

Skutecznie zwalczają również grzyby i nieinfekcyjne choroby skóry oraz choroby o podłożu immunologicznym. Poza tym zwiększa przyswajalność witamin. Warto pamiętać o tym, że witamina C nie może być wytwarzana przez ludzki organizm, a magazynowana może być jedynie przez krótki okres czasu, dlatego należy jeść te produkty kilka razy dziennie, ponieważ witamina C jest wydalana poprzez układ moczowy. Dlatego tak ważne jest, aby spożywać produkty bogate w witaminę C codziennie, najlepiej w formie surowej, ponieważ gotowanie niszczy witaminę C.

czosnek - zawiera witaminy, selen i alliacynę, będącą związkiem siarki o działaniu przeciwbakteryjnym;

imbir- zawiera olejek eteryczny oraz gingerol i szogaol, które nadają mu ostry smak i działają przeciwzapalnie;

miód - zawiera witaminy, minerały, kwasy organiczne, aminokwasy i enzymy, ma działanie przeciwbakteryjne i przeciwzapalne, zwiększa odporność i chroni drogi oddechowe przed rozwojem zakażeń [8].

Podsumowanie

Organizm dysponuje układem limfatycznym, który współdziała z innymi częściami organizmu, takimi jak szpik kostny, grasica i śledziona. Praca zespołowa układu odpornościowego jest w dużej mierze kontrolowana przez przysadkę i nadnercze. Ważnym elementem sił obronnych jest również krew. Składająca się z osocza i zawieszonych w nim krwinek wyposaża nas w mobilne siły leukocytów, które są „żołnierzami" odpornościowymi.

Gdy nasz układ odpornościowy jest w dobrej kondycji, produkujemy około 2000 nowych komórek odpornościowych na sekundę. Te białe komórki krwi są obecne zarówno w limfie, jak i we krwi. Istnieją trzy typy białych krwinek: granulocyty, monocyty i limfocyty. Szczególnie ważne w kontekście ochrony przed nowotworami są trzy typy limfocytów – komórki typu T i B oraz NK (ang. natural killers), są szczególnie ważne, ponieważ to one wyszukują i niszczą komórki nowotworowe. Dobrze zrównoważona, bogata w witaminy i minerały dieta jest podstawą prawidłowego funkcjonowania układu immunologicznego. Jednak to nie wystarczy. Należy wykluczyć nadmiar alkoholu i palenie, które znacznie osłabiają naszą odporność. Systematyczna aktywność fizyczna przynosi same korzyści dla układu immunologicznego. To swoiste hartowanie i wzmacnianie sił odpornościowych. Nie zapominajmy również o tym, że stres jest wyjątkowo groźnym wrogiem dla naszego systemu obronnego. Obciąża organizm, utrzymując się przez dłuższy okres czasu. U osób w starszych mniej sprawnie działają

mechanizmy naprawcze oraz obronne w organizmie, a układ odpornościowy gorzej radzi sobie z eliminacją komórek nowotworowych [9].

Piśmiennictwo:

1. PTAK W., PTAK M., SZCZEPANIAK M., 2010, Podstawy immunologii, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, ISBN:9788320042528.
2. HAMM M., 2010,Stop dla raka – lepiej zapobiegać niż leczyć, Kraków.
3. KHAYAT D., 2012,Prawdziwa dieta antyrakowa, Kraków.
4. ROSE of SHARON, 2009,Układ immunologiczny, Vancouver.
5. JAROSZ M., 2008, Nowotwory złośliwe, Jak zmniejszyć ryzyko zachorowania, Warszawa. 6. HOLFORD P., 2011,Rakowi powiedz nie, Warszawa.
6. ZATOŃSKI W., 2011, Europejski Kodeks Walk z Rakiem, Warszawa.
7. MEDER, J. 2009, Podstawy onkologii klinicznej, Warszawa.
8. http://www.zwrotnikraka.pl/uklad-odpornosciowy-jak-wzmacniac,dnia 09.10.2016.

Kontakt:

DR Halina Romualda Zięba
Tel: +48 602 617 703
e-mail: azsomatic@gmail.com
Podhalańska Państwowa Wyższa
Szkoła Zawodowa w Nowym Targu,
Instytut Nauk o Zdrowiu, Kierunek Fizjoterapia
34-400 Nowy Targ,
ul. Kokoszków 71, Polska

EFEKTY MASAŻU BAŃKĄ CHIŃSKĄ W TERAPII DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA

The Effects of Chinese Cupping Therapy in the Treatment of Back Pain

Halina Romualda Zięba

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, Instytut Nauk o Zdrowiu, kierunek Fizjoterapia w Nowy Targu, Polska;

Streszczenie

Nieleczony ból kręgosłupa działa negatywnie na cały organizm chorego. Wywołuje nie tylko przykre doznania somatyczne i zaburzenia funkcji życiowych, ale również negatywne emocje przez co obniża jakość życia pacjenta i jego bliskich [2]. Celem pracy jest prezentacja wyników badań wskazujących efekty terapii bańką chińską w leczeniu bólu kręgosłupa. Zastosowanie baniek ciśnieniowych jest jedną z najstarszych terapii leczniczych. Bańki chińskie mają zastosowanie w terapii bólu kręgosłupa, dyskopatii, skoliozach, a także w usuwaniu napięć mięśniowych, chorobach reumatycznych i bólów stawowych różnego pochodzenia (np. po urazach) [3]. Ponad 85 % pacjentów poddanych terapii z użyciem bańki chińskiej gumowej potwierdziło, że ból zdecydowanie zmniejszył się już po I-szym zabiegu. Po wykorzystaniu serii zabiegów badani pacjenci potwierdzili w 80% całkowite ustąpienie dolegliwości bólowych. Ogółem w badaniu wzięło udział 60 osób, w tym 40 kobiet i 20 mężczyzn w wieku od 20 -50 roku życia.

Cel pracy: Celem pracy jest prezentacja wyników badań przedstawiających efekty terapii bańką chińską w leczeniu dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Materiał i metody: Materiał badawczy stanowili pacjenci z bólami kręgosłupa z Akademii Zdrowia „Somatic" w Kościelisku. Ogółem przebadano 60 osób, w tym 40 kobiet i 20 mężczyzn, którzy zgłosili się na terapię z powodu bólów kręgosłupa. Badania przeprowadzono w okresie od marca do lipca 2016 roku. Do terapii użyto chińskiej bańki akupunkturowej JIAN SHEN GUAN wykonanej z gumy. Narzędziem pomiaru poziomu bólu była wizualna skala oceny bólu VAS, która jest wiarygodnym narzędziem umożliwiającym określenie nasilenia bólu. Na wstępnie dokonano szczegółowego wywiadu z każdym pacjentem, a jako metodę terapii zastosowano masaż chińską bańką gumową (terapia vacum).

Wyniki: Przed przystąpieniem do terapii, zdiagnozowano badanych pacjentów przy użyciu skali wzrokowo-analogowej (VAS –Visual Analogue Scale). Powtórzone 3-krotnie pomiary nasilenia bólu, potwierdziły efekty skuteczności terapii przeciwbólowej z zastosowaniem masażu gumową bańką chińską.

Słowa kluczowe: Bóle kręgosłupa. Terapia. Bańki chińskie.

Summary

If left untreated, the pain acts negatively on the entire body of the patient. It evokes not only the discomfort and disturbance of vital functions, but also negative emotions that lower the quality of life of patients and their loved ones [2]. The aim of this thesis is to present the results of studies showing the effects of Chinese cupping therapy used in the treatment of back pain. The use of Cupping therapy is one of the oldest medical therapies. Chinese cups have been used in the treatment of back pain, disc herniation, scoliosis and in removing muscle tension, rheumatic joint pain of different origins (eg. Trauma) [3]. Over 85% of patients undergoing the therapy with the use of Chinese rubber cups confirmed significant pain relief after the first treatment. After using a series of treatments these patients confirmed 80% of total pain relief. All in all, the study involved 60 people, including 40 women and 20 men aged between 20 -50 years of age.

Aim: The aim of this study is to present the results of research showing the effects of Chinese cupping therapy in the treatment of back pain.

Material and methods: The research material consisted of patients with back pain from the Academy of Health "Somatic" in Kościelisko. A total of 60 people, included 40 women and 20 men who volunteered for the therapy due to back pain. The study was conducted from March to July 2016. During the therapy a Chinese acupuncture cup GUAN JIAN SHEN made of rubber was used. The tool to measure the level of pain was a visual rating scale of pain VAS, which is a reliable tool to assess the level of pain. At the beginning, a detailed interview with each patient was made, and as a method of therapy a Chinese cupping rubber (vacuum therapy) massage was done.

Results: Before the treatment, the studied patients were diagnosed with the use of the Visual Analogue Scale (VAS -Visual Analogue Scale). Measurements of pain intensity were repeated 3 times. The last results of the measurements of pain intensity confirmed the effectiveness of a Chinese rubber cup massage in back pain therapy.

Key words: Back pain. Therapy. Chinese rubber cup massage.

Wprowadzenie

Na świecie z powodu zespołu bólowego kręgosłupa cierpi od 75% do 85% populacji ludzkiej. Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowo - krzyżowego są jedną z najczęstszych podawanych przyczyn niepełnosprawności u ludzi już po 45 roku życia [4].

Według badań amerykańskich największe zagrożenie wystąpienia zespołu bólowego kręgosłupa w odcinku lędźwiowym występuje w zawodach, które wymagają długotrwałego

stania i przenoszenia ciężkich pakunków. Są to następujące branże zawodowe: budownictwo, transport i górnictwo [5]. Według Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu „Ból to subiektywnie przykre, negatywne wrażenie zmysłowe i emocjonalne powstające pod wpływem bodźców uszkadzających tkankę (tzw. nocyceptywnych) lub zagrażających jej uszkodzeniem" [4].

Bóle kręgosłupa - przyczyny

Przyczyny bólu kręgosłupa zazwyczaj dzieli się na trzy następujące kategorie:

- poważne patologie bezpośrednio dotyczące kręgosłupa lub z nim związane,
- podrażnienie - pobudzanie korzeni nerwowych,
- niespecyficzne.

Do najważniejszych przyczyn zespołu bólowego kręgosłupa należą

- wysoki wzrost,
- otyłość,
- urazy narządu ruchu,
- nieergonomiczne warunki pracy (taśmowy system pracy, wibracje),
- dysbalans mięśni kompleksu biodrowo-miedniczno-lędźwiowego,
- ciąża,
- zaburzenia osobowości (histeria, hipochondria), stany depresyjne,
- siedzący tryb życia.

Do przyczyn bólu kręgosłupa należą również

- chodzenie na wysokich obcasach – powoduje bóle w dole pleców i deformację stóp,
- stres - ból pojawia się w okolicy łopatek, karku, szyi oraz całego kręgosłupa, można go przezwyciężyć relaksującą kąpielą z olejkami eterycznymi, masażem lub spacerem,
- niedostosowane stanowiska pracy (niedostosowane krzesło w czasie nauki lub pracy przy komputerze itp.),
- niewygodne łóżko i niedopasowana poduszka,
- wymuszona pozycja w czasie jazdy samochodem.

Czynniki bólu pleców, które utrzymują się i przechodzą w stan chroniczny

- niska własna ocena stanu zdrowia,
- palenie papierosów,
- depresja,
- hipermobilność lub hipomobilność kręgosłupa,
- brak aktywności fizycznej,
- niezadowolenie z pracy,
- niskie wykształcenie,
- znaczne wyczerpanie psychiczne, otyłość [6,7,8,9,10].

TERAPIA PRZECIWBÓLOWA KRĘGOSŁUPA Z ZASTOSOWANIEM CHIŃSKIEJ BAŃKI GUMOWEJ

Zasady działania baniek akupunkturowych gumowych

Bańki wynaleźli chińczycy, którzy początkowo używali vacum do wyssania trucizny po ukąszeniu węża oraz usuwania zanieczyszczeń z ran, w tym celu wykorzystywano róg zwierzęcia lub pień bambusa. W starożytnej Grecji bańki stały się symbolem zawodu lekarza. Zapomniano o nich, gdy zaczęto leczyć antybiotykami. Dziś powoli wracają do łask, metoda jest prosta, skuteczna i nie ma działań ubocznych. Bańki poprawiają funkcje organizmu [3].

Zastosowanie baniek chińskich gumowych

Bańki chińskie wykorzystywane są m.in. w celu masażu leczniczo-relaksacyjnego. Są jak naturalny antybiotyk, nie powodują skutków ubocznych. Niezastąpione są również w leczeniu ostrych i przewlekłych infekcji górnych dróg oddechowych, napięć mięśniowych, chorobach reumatycznych i bólach stawowych różnego pochodzenia, m. in. po urazach, a także bólach kręgosłupa i karku.

Masaż całościowy bańką chińską ma na celu przyspieszenie krążenia krwi i płynów ustrojowych, pomaga pozbyć się zbędnych produktów przemiany materii oraz toksyn z organizmu, stymuluje układ odpornościowy organizmu. Terapia chińskimi bańkami akupresurowymi działa przeciwzapalnie i przeciwbólowo. Pacjenci potwierdzają niwelowanie bólu i sztywności mięśni, gorączki, chłodu, kaszlu, nudności. Metoda ta pomaga także na problemy z trawieniem, astmę, bezsenność, bóle serca, nadciśnienie, czyraki, dolegliwości żołądkowe, hemoroidy, prostatę, impotencję. Rozszerzają naczynia krwionośne, usprawniają krążenie krwi i limfy, uelastyczniają skórę, przyspieszają usuwanie toksyn. Silnie stymulują układ nerwowy. Regulują funkcjonowanie układu oddechowego i pokarmowego. Skutecznie działają w leczeniu ostrych i przewlekłych infekcji górnych dróg oddechowych. Działają jak naturalny antybiotyk, nie powodując skutków ubocznych. Terapia bańką chińską pomaga w napięciowych bólach głowy, migrenie, dolegliwościach miesiączkowych, zaburzeniach miesiączkowania oraz w chorobach układu nerwowego [11,12, 13].

Procedura zabiegu masażu bańką chińską

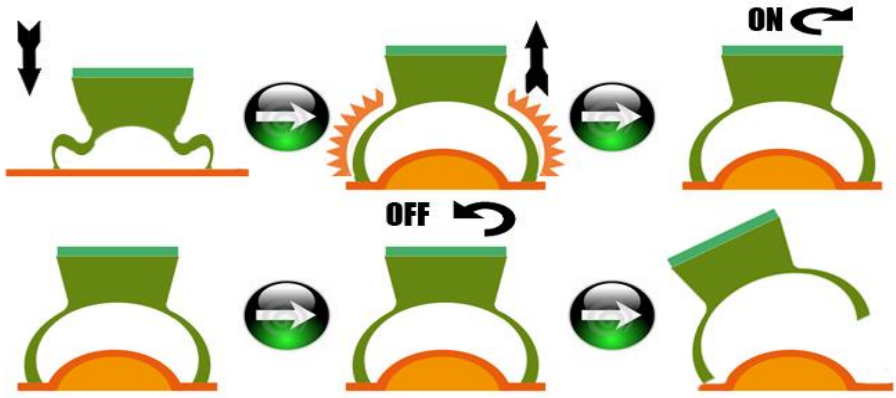
Przed przystąpieniem do terapii należy natłuścić skórę oliwką, aby ułatwić przesuwanie bańki. Bańka aplikowana jest na powierzchni skóry po wcześniejszym wyciśnięciu z niej powietrza. Podciśnienie, które wytwarza się w ten sposób w bańce powoduje zassanie fałdu skóry i tkanek leżących pod nią do wnętrza bańki. Następnie terapeuta wykonuje na przemian długie pociągnięcia bańką po skórze i ruchy okrężne w kierunku węzłów chłonnych nie dłużej niż 3 minuty (zazwyczaj do wystąpienia zasinienia). Działanie terapii vacum powoduje

pobudzenie krążenia krwi, przyspiesza usuwanie toksyn z organizmu, a także rozluźnienie mięśni i uelastycznienie skóry.

Masaż bańką chińską trwa ok. 15-30 minut, a przy masażu większego obszaru ciała nawet do 60 minut. Dla uzyskania oczekiwanych rezultatów zabiegi powinny być wykonywane codziennie, w seriach 10-12 zabiegów, odstępy pomiędzy kolejnymi zabiegami, nie dłużej niż 3 dni. Profilaktycznie zabieg można wykonywać 1 raz w tygodniu [12,13].

Sposób użycia bańki akupresurowej

Należy chwycić bańkę oburącz, kciukami nacisnąć na jej szczyt, pozostałe palce umieścić pod spodem bańki, ścisnąć bańkę po bokach (usuwamy powietrze z jej środka). Następnie należy przyłożyć bańkę w wybranym, np. bolesnym obszarze, stawiając bańkę zwalniamy nacisk kciuków. Im mocniej naciśnięta jest bańka, tym większe ciśnienie. Duże bańki i wysokie ciśnienie stosuje się u dorosłych, na umięśnione miejsca i stawy. Usuwając bańkę, przycisnąć w dół fragment tkanki tuż przy u jej krawędzi, wówczas do środka dostanie się powietrze i bańka odłączy się od powierzchni skóry. Po zdjęciu bańki i zakończeniu terapii bańki należy umyć ciepłą wodą z mydłem i zdezynfekować. Nowe bańki są zwykle bardzo twarde, a tym samym zabieg jest bardziej bolesny. Do pierwszego zabiegu można użyć bańki zanurzonej wcześniej w gorącej wodzie, w celu zmiękczenia gumy, lub banki wielokrotnie używanej, która jest bardziej miękka, wówczas ból w czasie wykonywanego zabiegu będzie zdecydowanie mniej odczuwalny. Aby utrwalić efekty terapii należy wykonać 10 -12 zabiegów w jednej serii [12,13].



Ryc. 2. *Etapy stawiania i zdejmowania bańki chińskiej, wg Rybczyński P. Chiropraktyczna terapia bańkami do masażu, 2012.*

Wykonanie masażu bańką przy dolegliwościach bólowych kręgosłupa

Masaż bańką jest niezwykle skuteczną w zespołach bólowych kręgosłupa i bólach mięśni. W celu leczenia bólu poszczególnych odcinków kręgosłupa należy go wykonywać na

kilku obszarach. Zazwyczaj jest to masaż wzdłuż kręgosłupa, następnie wykonujemy masaż obręczy barkowej, potem masaż boków ciała, okolicy lędźwiowej, kości krzyżowej oraz okolicy talerzy biodrowych i pośladków. W trakcie masażu należy zwrócić uwagę na stymulację w miejscu połączenia kręgów szyjnych i piersiowych w okolicy C7, aby wzmocnić odporność organizmu. Smarujemy cały grzbiet oliwką, następnie wykonujemy masaż przesuwając zassaną bańkę na całym obszarze grzbietu, po prawej i lewej stronie, wykonując ruchy podłużne, poprzeczne, koliste i zygzakowate w kierunku dogłowowym.

W efekcie następuje likwidacja napięcia mięśniowego powoli ustępuje ból pleców. Po masażu pacjent odczuwa rozluźnienie i przyjemne ciepło.

Przeciwwskazania do masażu bańką chińską

- gorączka nieznanego pochodzenia
- choroby nowotworowe i zakaźne
- padaczka, zespół odstawienia alkoholu czy narkotyków
- twardnienie rozsiane (SM) w okresie nowego rzutu choroby
- przerwanie ciągłości i stany zapalne skóry (włączając w to siniaki i obrzęki niewiadomego pochodzenia);
- hemofilia
- cera naczynkowa
- niewydolność krążenia (np. zapalenie żył i żylaki)
- nadciśnienie tętnicze, wady serca i choroby serca
- miesiączka
- ciąża
- wiek (nie wykonuje się masażu u osób powyżej 80. roku życia)
- u osób bardzo szczupłych i dzieci nie można stawiać baniek w okolicach kości, (w tym łopatek i kręgosłupa), sutków, serca i jamy brzusznej.

Nie stosujemy terapii bańką u osób wyczerpanych długą i poważną chorobą, cierpiącym na gruźlicę i po urazach, gdy podejrzewamy krwotok.

Przeciwwskazaniem jest także niska krzepliwość krwi, długa kuracja lekami przeciw-zakrzepowymi, np. aspiryną, kruchość naczyń krwionośnych, alergiczne, ropne i grzybicze zmiany skórne, niewydolność serca. Nie stosuje się ich przy chorobach nowotworowych i chorobach auto-agresji (w których organizm niszczy własne tkanki) [11,12].

Materiał badawczy

Materiał badawczy stanowili pacjenci Akademii Zdrowia Somatic w Kościelisku w wieku od 20-50 lat, cierpiący na bóle kręgosłupa.

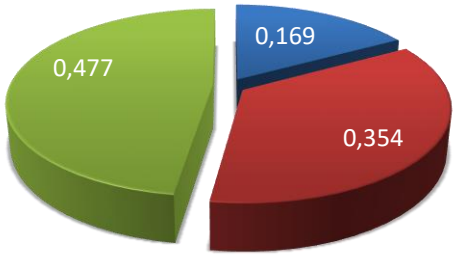
Metody i narzędzia badawcze

Jako metodę badawczą wykorzystano wywiad z pacjentem, metodą terapii był masaż chińską bańką gumową (terapia vacum), a jako narządzie pomiaru nasilenia bólu wykorzystano skalę wzrokowo-analogową (VAS – Visual Analogue Scale).

Pacjentów biorących udział w badaniu zdiagnozowano analogową, wizualną skalą oceny poziomu bólu VAS, która jest wiarygodnym narzędziem umożliwiającym określenie nasilenia bólu. Pomiary poziomu nasilenia bólu zostały3-krotnie powtórzone, umożliwiły subiektywną ocenę skuteczności przeciwbólowej i przeciwzapalnej terapii z zastosowaniem masażu gumową bańką chińską.

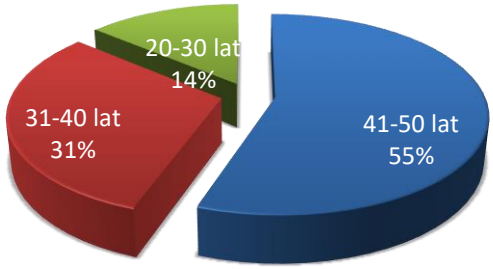
Analiza wyników badań

Poniżej dokonano szczegółowej analizy wyników badań pacjentów z bólami kręgosłupa w wieku od 20-50 roku życia, w trzech grupach wiekowych. Masaż był wykonywany na kilku obszarach, w celu leczenia bólu poszczególnych odcinków kręgosłupa. Najpierw wykonano masaż mięśni przykręgosłupowych wzdłuż kręgosłupa, pracując bańką z niewielkim uciskiem i niewielkim vacum, następnie wykonano masaż obręczy barkowej, potem masaż boków ciała, okolicy lędźwiowej, na końcu masaż kości krzyżowej i okolicy talerzy biodrowych i pośladków.



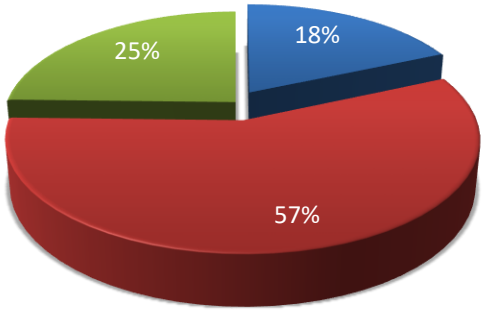
Wykres 1 *Wiek badanych pacjentów.*

Badanych pacjentów w wieku od 20 do 50 roku życia podzielono na 3 grupy wiekowe. Pacjenci w wieku 20-30 lat stanowili 16,9 % badanych, grupa w wieku 31-40 lat stanowiła 35,4%, natomiast grupa w wieku 41-50 lat stanowiła 47,7%. Najliczniejszą grupę stanowili najstarsi pacjenci w wielu od 41-50 lat.



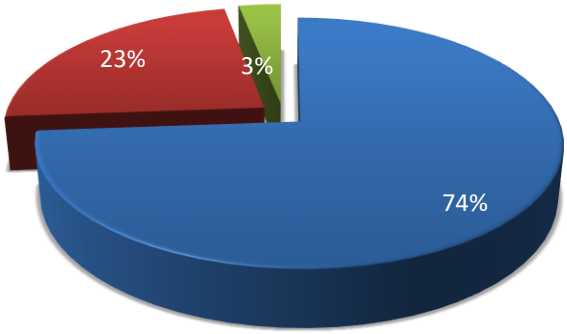
Wykres 2 *Wiek pacjenta a dolegliwości bólowe kręgosłupa w okresie ostatnich 5 lat.*

Analiza wyników badań potwierdza, że 55% badanych pacjentów z grupy najstarszej, cierpi na bóle kręgosłupa od około 5 lat, z grupy od 31- 40 roku życia 31%, natomiast bóle kręgosłupa w grupie najmłodszej w ciągu ostatnich 5 lat potwierdziło 14% badanych pacjentów. Niepokojący jest fakt, że coraz młodsi pacjenci doznają bólów kręgosłupa w ciągu ostatnich 5-ciu lat życia.



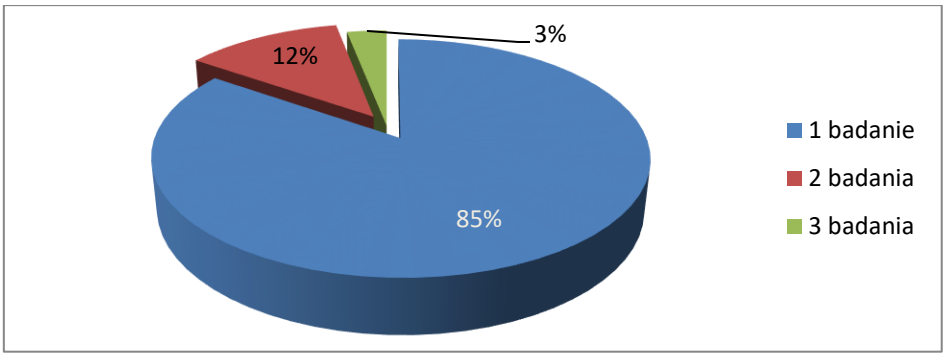
Wykres 3 *Ilość pacjentów korzystających z zabiegów w okresie ostatnich 5-ciu lat.*

Pacjenci, którzy potwierdzili, że wcześniej z powodu bólu kręgosłupa korzystali z zabiegów stanowią 57% osób. Sporadycznie korzystało z zabiegów 25% osób. Natomiast pozostali pacjenci tj. 18% osób nie korzystało w ciągu ostatnich 5-ciu lat z zabiegów fizjoterapeutycznych.



Wykres 4 *Zażywanie środków przeciwbólowych w okresie ostatnich 5-ciu lat.*

W ciągu ostatnich 5-ciu lat, z powodu bólu kręgosłupa, przyjmowanie środków przeciwbólowych potwierdza 74% pacjentów, bez zażywania leków przeciwbólowych w ciągu ostatnich 5-ciu lat funkcjonowało 23% badanych, natomiast 3% pacjentów oświadczyło, że przyjmowało leki przeciwbólowe tylko czasami, przy nasilających się bólach.



Wykres 5 *Wykres 5-ty przedstawia 3-krotny pomiar nasilenia bólu mierzonej Skalą VAS podczas terapii bańką chińską gumową oceniający poziom nasilenia bólu u pacjentów biorących udział w badaniu, poddanych terapii przeciwbólowej. U wszystkich pacjentów zastosowano metodę masażu bańką chińska gumową. Wykonano serię 10-ciu zabiegów*

Analiza wyników prezentowana w wykresie 5-tym przedstawia efekty terapii bańką chińską w bólach kręgosłupa, ocenianej podczas wykonywania 3-krotnego badania subiektywnej oceny poziomu nasilenia bólu wg skali VAS:

I-sze badanie oceny nasilenia bólu wykonano przed rozpoczęciem terapii, wówczas 85 % pacjentów potwierdziło ból - oceniając subiektywnie nasilenie bólu od 7- 8 skali VAS. **Badanie II-gie** wykonano po zastosowaniu u wszystkich badanych pacjentów pierwszego zabiegu masażu bańką chińską gumową, wówczas występowanie bólu potwierdziło tylko
12 % badanych pacjentów, potwierdzając zmniejszenie poziomu bólu pomiędzy 3-4 w skali VAS.

Badanie III-cie wykonano po 5-ciu takich zabiegach, zasługuje na uwagę fakt, że tylko 3% pacjentów odczuwało niewielki ból, oceniony subiektywnie przez pacjentów od 2-3 w skali VAS.

Natomiast po wykonaniu serii 10-ciu zabiegów, wszyscy pacjenci poddani terapii masażu bańką chińską gumową, ocenili bardzo pozytywnie efekty terapii. Wraz z ustąpieniem bólu uległo znacznej poprawie samopoczucie pacjentów, wzrosła ich aktywność, a także polepszył się stan psychiczny. Masaż bańką chińską gumową okazał się niezwykle skuteczny w zespołach bólowych kręgosłupa i bólach mięśniowych. Silny przepływ energii w obszarze objętym bańką umożliwiał eliminację toksyn z organizmu, rozgrzanie i stopniowe łagodzenie objawów choroby. Masaż przeprowadzono zgodnie podstawami zasad akupunktury, był wykonywany przez doświadczonego masażystę.

Dyskusja

Ból krzyża przysparza każdego dnia cierpienie milionów osób na całym świecie. Według danych Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy z roku 2007 - prawie 24% pracowników z państw UE skarży się na bóle kręgosłupa, a 22% na bóle mięśniowe.

Schorzenia te są najbardziej powszechne w nowych państwach członkowskich, gdzie występują odpowiednio: u 39% i 36% pracowników [10]. Dane statystyczne pokazują, że w krajach skandynawskich, a dokładniej rzecz ujmując w Szwecji, na ból w odcinku dolnym kręgosłupa skarży się nawet do 32 procent wszystkich Szwedów oraz 38 procent Szwedek w przedziale wiekowym od 16 do 84 roku życia. Wyniki badań pokazują, że ogólnie z powodu bólu w odcinku lędźwiowo-krzyżowym lub szyjnym cierpi aż 43 procent mężczyzn a także 46 procent kobiet. Tak, więc nie ma dużego zróżnicowania statystycznego. Należy podkreślić, ze w innych krajach Starego Kontynentu wyniki są podobne, zresztą podobne są również do statystyk z całego świata [7]. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej od 10 do 18% ludności skarży się na przewlekły ból w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, co znacząco wpływa nie tylko na produktywność pracownika, ale również na wysokie koszty związane z jego niepełno-sprawnością, a także bezpośrednie wydatki medyczne [10]. W Polsce dolegliwości bólowe kręgosłupa są również czymś powszechnym. Według w/w badań, bóle w odcinku lędźwiowym dokuczają około 72% społeczeństwa przed ukończeniem 40 roku życia [2]

Jak wykazała analiza wyników badań prezentowanych w niniejszej pracy, w ciągu ostatnich 5-ciu lat, z powodu bólu kręgosłupa, przyjmowanie środków przeciwbólowych potwierdziło 74% pacjentów, bez zażywania leków przeciwbólowych w ciągu ostatnich 5-ciu lat funkcjonowało 23% badanych, natomiast 3% pacjentów oświadczyło, że przyjmowało leki przeciwbólowe tylko czasami, przy nasilających się bólach kręgosłupa. Leczenie za pomocą stawiania baniek (terapia próżniowa), to obok akupresury i masażu jedna z naturalnych metod leczniczych, którymi posługują się ludzie się od najdawniejszych czasów. Terapia bańkami ma wpływ na cały organizm, poprawia krążenie krwi, wzmacnia układ odpornościowy [3,11,12].

„Masaż gumową bańką powoduje podobne ocieplenie tkanek jak masaż klasyczny, choć w ocenie subiektywnej jego intensywność jest większa. Może on stanowić alternatywną metodę do masażu klasycznego w ramach profilaktyki i leczenia przeciążeń dolnego odcinka kręgosłupa” [13].

Wnioski

1. Niepokojący jest fakt, że w ciągu ostatnich 5-ciu lat, z powodu bólu kręgosłupa, przyjmowanie środków przeciwbólowych potwierdza 74% badanych pacjentów.
2. Terapia chińskimi bańkami akupresurowymi jest skuteczną metodą w terapii bólu kręgosłupa, co potwierdziło 100% pacjentów biorących udział w badaniu.
3. Terapię bańką chińską gumową w formie masażu, każdy pacjent może wykonać w warunkach domowych, przy udziale członka rodziny lub przyjaciół, nie obciążając organizmu zażywaniem leków przeciwbólowych.
4. Wykorzystanie możliwości samoleczenia organizmu przez zastosowanie masażu bańką chińską, przyniesie oszczędności w zakresie straconego czasu w oczekiwaniu na badanie lekarskie, wykupowanie recept itp.

Podsumowanie

W tradycji chińskiej od tysięcy lat leczy się za pomocą gumowych baniek najrozmaitsze dolegliwości. Współczesna nauka potwierdziła korzystne działanie baniek, polegające na regulacji zaburzonych czynności organizmu i wspomaganiu mechanizmów odpornościowych, a także przyspieszeniu procesu leczenia szeregu schorzeń. Domeną leczenia bańkami są zwłaszcza stany zapalne i zaburzenia czynnościowe. Bardzo dobre wyniki osiąga się w leczeniu chorób przeziębieniowych i ich powikłań, dolegliwości reumatycznych i bolesnych usztywnień mięśni. Jest rzeczą mało znaną, że bańki mogą również posłużyć celom diagnostycznym. Stawianie baniek może stanowić cenne uzupełnienie innych metod leczniczych współczesnej medycyny Także w terapii bólów kręgosłupa, co potwierdziła analiza wyników badań prezentowanych w niniejszej pracy.

Piśmiennictwo:

1. KOSTYRA D., 2010, Dolegliwości bólowe kręgosłupa. Przyczyny i mechanizm powstania, s. 7-11.
2. BAKALAREK B., 2009, Zespoły bólowe kręgosłupa, Szpital Spec. Jędrzejów, s. 91.
3. RYBCZYŃSKI P., 2012,Chiropraktyczna terapia bańkami do masażu, Warszawa.
4. WIŚNIEWSKI A., 2007, Ból, wyd. Wydział Psychologii UW, s. 44.
5. DEPA A., DUŻBICKI M., 2008, Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 1, s. 34 - 41.
6. CZERWIŃSKI R., 2000, Kręgosłup, na co dzień, Wyd. Sic!, Warszawa s. 15.
7. MAY ST. 2007, Faculty Health and Wellbeing, Sheffi eld Hallam University, UK.:Patients' attitudes and beliefs about back pain and its management after physiotherapy for low back pain. Physiotherapy Research International" 12 (3), s. 241.
8. BOGDUK N., 2005, Clinical Anatomy of the Lumbar Spine and Sacrum, Churchill, Livingstone; 4 edition June 2.
9. KOŁODZIEJ K., KWOLEK A., RUSEK W., PRZYSADA G., SZPUNAR P., 2005, Korelacja wskaźnika symetryczności obciążenia kończyn dolnych i nasilenia bólu u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego rehabilitowanych szpitalnie, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 230-233.
10. BROKS JENS IVAR at. all, 2008, Evidence-informed management of chronic low back pain with back schools, brief education, and fear-avoidance training. The Spine Journal s.25–39.
11. CABAK A., PODGÓRSKI J., REKOWSKI W.,WYSOCZAŃSKI B., DĄBROWSKA ZIMAKOWSKA A., Application of thermal imaging in the assessment of ski warming

after classic massage and rubber cup massage , COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE IN SCIENCE | Vol. 1, 2013, 1(2), 55-59
12. SZEWCZYK T., 2012, Naturalne metody uzdrawiania, wyd. Studio Astropsychologii, Warszawa.
13. PIOTROWSKI HEDWIG, 2000, wyd.1 Sztuka stawiania baniek, Wyd. Cedrus Publishing House, Warszawa.

Kontakt:

DR Halina Romualda Zięba
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
W Nowym Targu,
34-400 Nowy Targ
ul. Kokoszków 71, Polska
Instytut Nauk o Zdrowiu, Kierunek Fizjoterapia
Tel: +48 602 617 703
E-mail: azsomatic@gmail.com

PREVENTÍVNE PROGRAMY ZAMERANÉ NA KOMUNITU - PROSTITÚCIA

Prevention Programs Aimed at Community - Prostitution

Ivica Gulášová[1], Ján Hruška[2]

[1] Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave
[2] Zdravstar, Ružomberok

Súhrn

Komunita je definovaná ako súhrn osôb, ktoré žijú v určitom vymedzenom priestore, kde vykonávajú každodenné aktivity, a zvyčajne tvoria autonómnu jednotku. Majú spoločné životné záujmy, potreby, rovnaké spoločenské problémy, ciele, formy spolupráce, zvyklosti a podobne. Náplňou práce komunitné sestry je poskytovať starostlivosť celej komunite, a to v primárnej, sekundárnej alebo v terciárnej prevencii. V tomto príspevku sa autori zaberajú prostituciou, ide o fenomén všade prítomný a doslova večný. Medzi riziká prostitúcia patria všetky negatívne aspekty sexuálnej promiskuity. Je známe, že deti sa stávajú obeťami bez ohľadu na ich inteligenciu, rasu, vek, prostredie, príslušnosť k určitej sociálnej vrstve a na výške príjmu rodičov. Sú to prevažne deti, ktoré nemajú potrebné znalosti a informovanosť o svojom tele a sexuálnom správaní všeobecne. Rizikové deti pochádzajú z dysfunkčných a afunkčních rodín. Zavedením sexuálnej výchovy v školách bol urobený dôležitý krok. Celému spoločenskému systému, ale tiež aj Linke bezpečia by veľmi pomohlo, keby došlo k väčšej podpore, prepojenie a spoluprácu medzi štátnym a nestáním sektorom.

Kľúčové slová: Prostitúcia. Komunita. Prevencia. Preventívne programy.

Summary

The community is defined as the sum of persons who live in the compartment, where they perform everyday activities, and usually form an autonomous unit. They have common vital interests, needs, the same social problems, goals, forms of cooperation, customs and etc. The work of community nurses to provide care to the community, in primary, secondary or tertiary prevention. In this report authors, the occupy prostitution, it's a phenomenon virtually omnipresent and eternal. The risks of prostitution include all the negative aspects of sexual promiscuity. It is known that children are victims, regardless of their intelligence, race, age, environment, membership of a particular social class and income level of the parents. They are mostly children, who lack the necessary knowledge and awareness of their bodies and sexual behavior in general. Risk children come from dysfunctional families and inoperative.

The introduction of sex education in schools important step was taken. The whole social system, but also the Safety Line would be very helpful if there were more support, networking and collaboration among governmental and non-governmental non sector.

Key words: Prostitution. Community. Prevention. Prevention programs.

Úvod

Niektorí s opovrhnutím odvrátia pohľad, podaktorí miesto dôverne poznajú, iní popremýšľajú aký tajomný svet sa skrýva za jeho múrmi. Bez ohľadu na to, do akej miery si jej prítomnosť uvedomíme alebo pripustíme jej existenciu, prostitúcia žije vlastným životom priamo medzi nami. A ak pred ňou budeme zatvárať oči a odvracať tvár, ona nezmizne, len my prídeme o možnosť pozorovať, ako s istotou rastie.

Vždy budú totiž existovať ľudia, ktorí ju budú vykonávať, ľudia, ktorí budú využívať sexuálne služby, ale predovšetkým tí, ktorí si nenechajú ujsť príležitosť, aby profitovali z prostitúcie na úkor iných“ (Národné referenčné mechanizmy, 2009).

Prostitúcii, ako spoločenskému ,sociálno-patologickému javu sa v súčasnosti odborníci venujú pomerne okrajovo. Spoločnosť v priebehu dejín až doposiaľ akceptuje prostitúciu, ako keby šlo o niečo prirodzené a pre sociálne vzťahy nutné. V skutočnosti však ide o sociálny jav, ktorý je jeden z najviac kompromitujúcejších ľudskú dôstojnosť. **A toto je dôvod prečo tu nemožno akceptovať žiadnu toleranciu zo strany spoločnosti.** Na druhej strane však riešenie nemôže byť zamerané len primárne na prostituujúce osoby, ale osobitne aj na otázku dopytu po prostitúcii. Pokiaľ ide o samotné prostituujúce osoby, práca s nimi musí zahŕňať pozdvihnutie a upevnenie povedomia ich ľudskej dôstojnosti. Existujú rôzne postoje k prostitúcii v závislosti od toho, ako vnímame samotného človeka s jeho sexuálnou stránkou. Z jedného uhla pohľadu je prostitúcia vnímaná ako vykorisťovanie človeka človekom a otvorené alebo skryté násilie prevádzane na dotknutých osobách, čiže tento pohľad predstavuje prostitúciu ako nedobrovoľný spôsob obživy, pretože obete sú veľmi často pod ekonomickým tlakom a to im do určitej miery znemožňuje slobodne sa rozhodnúť sa pre prostitúciu ako dobrovoľné zamestnanie. Druhý uhol pohľadu predstavuje nazeranie na prostitúciu ako na určitú profesiu či slobodné zamestnanie, ktoré by malo byť legálne vykonávané (Kolenčík, 2000). Zdôrazňuje sa fakt, že prostitúcia je vedomý a dobrovoľný obchodný vzťah, založený na predaji a kúpe sexuálnych služieb, čiže konzument si nekupuje osobu, ale iba sexuálne služby, ktoré dotyčná osoba poskytuje (Chmelík, 2003).

Prostitúcia

"V súčasnom právnom poriadku SR je prostitúcia definovaná v § 132 zákona č. 300/2005 Z. z. nasledovne: „Prostitúciou sa na účely tohto zákona rozumie uspokojovanie sexuálnych potrieb iného súložou, iným spôsobom pohlavného styku alebo iným obdobným sexuálnym stykom za odmenu."

Charakteristika prostitúcie

Sex patrí medzi základné ľudské potreby a pre jav života. Okrem svojej reprodukčnej funkcie prináša človeku osobné potešenie a uspokojenie. Je úzko prepojený s prežívaním a priebehom život a jednotlivca a dôležitú úlohu hrá v celej spoločnosti. Dokumentujú to nielen dejiny, ale pre nás najmä súčasnosť (Brzek at al., 1993). Pokiaľ je táto potreba človeku odopretá alebo z nejakého dôvodu nenaplnená a on nemá prirodzené možnosti k jej uspokojeniu, pre mnohých, ako riešenie prichádza do úvahy obchod. Od dávna ľudia nakupovali to, čo si nedokázali sami zabezpečiť. Iní zasa predávali tovar alebo služby, ktoré im umožňovali prežiť. A tak ako súčasť výmenné ho obchodu, č i trhového systému vznikla prostitúcia - obchod so sexuálnym uspokojením.

Prostitúcia je zložená z dimenzie sociálnej, rodinnej, ekonomickej, politickej, etickej, duchovnej, národnej a medzinárodnej. Prítomné sú aj rôzne sociálne aspekty ako príznak z nerovnosti, nespravodlivosti, vylúčenia spoločnosťou. Prostitúcia je teda spoločenským javom a jej stav a prejavy úzko súvisia s kultúrou a hodnotami určitej spoločnosti (Prucha, 2004). **Špecifickou oblasťou prostitúcie je detská prostitúcia. Detská prostitúcia je definovaná ako využívanie detí na sexuálne účely za peniaze či inú odmenu**. Za dieťa je považovaný človek pred dovŕšením osemnásteho roka veku. Detská prostitúcia je porušením základných práv dieťaťa a medzinárodných dohôd týkajúcich sa ochrany detí. Je jednou z foriem komerčného sexuálneho zneužívania detí.

Či už sa na prostitúciu pozeráme ako na spoločenský jav, alebo ako na individuálnu činnosť jednotlivca ,nesmieme prehliadnuť skutočnosť, že ide o akt, ktorý hlboko zasahuje do súkromného a spoločenského života osôb, ktoré ju vykonávajú. Jej následky sa takmer vždy nezaobídu bez vzniku nejakého závažného problému v osobnom alebo spoločenskom živote prostituujúcej osoby. Jedným z hlavných fenoménov pri zaujímaní postoja k prostitúcii je zužovanie problému len na prostituujúce osoby. Je potrebné zvážiť preniesť optiku problému na konzumenta prostitúcie, pretože práve neutíchajúci dopyt po voľne dostupných sexuálnych službách je príčinou prevládajúcej tolerancie voči prostitúcii.

Prostitúcia ako sociálno-patologický jav

Prostitúcia ako jeden z najviac akcelerujúcich sociálno - patologických javov má i svoju historickú genézu. Spoločenstvá ľudí sprevádza od nepamäti, ako neoddeliteľná súčasť širšej

patologickej produkcie spoločnosti. Prostitúcia je významný spoločenský problém, ktorý bol na Slovensku v minulosti a je aj v súčasnosti a napriek tomu sa mu nevenuje dostatočná pozornosť. Príkladom je aj naša legislatíva, kde môžeme zaznamenať absenciu konkrétnej úpravy - reguláciu prostitúcie. Je to tiež jeden z dôvodov, ktorého vinou sa tento negatívny jav rozširuje v našej spoločnosti. Napriek uvedenému, s účinnosťou od 1. januára 2006 došlo k utvoreniu nového Trestného zákona (č. 300/2005 Z. z.), kde už je prostitúcia explicitne uvedená.

Legislatívne vymedzenie prostitúcie v Slovenskej republike

Prostitúcia ako dobrovoľný predaj sexuálnych služieb medzi prostitútkou a klientom nie je trestne stíhaná . Vo väčšine európskych štátov platí zákon, že poskytovanie plateného sexuálneho styku nemôže byť predmetom trestného stíhania. V jednotlivých krajinách sa však legislatívna úprava prostitúcie líši mierou tolerancie javov, ktoré s prostitúciou priamo súvisia. Slovenská republika netoleruje, ak je prostitúcia realizovaná s prejavmi ponižovania ľudskej dôstojnosti, násilím, z donútenia, týraním, zneužívaním, vykorisťovaním a ak sa na nej prižívujú iné osoby. Trestný zákon č .300/ 2005 Z. z. v paragrafoch 367, 368 až 370, 179 a 180 definuje podmienky, za ktorých realizácia, podpora a prevádzkovanie prostitúcie nadobúda podstatu trestného činu . Ide o konanie zamerané proti slobode, ľudskej dôstojnosti a mravnosti. Paragraf 367 definuje ako trestný čin kupliarstvo. Trestný čin spácha človek, ktorý iného zjedná, využije , získa alebo ponúkne na vykonávanie prostitúcie , kto sa obohatí z vykonávania prostitúcie inou osobou alebo umožní jej vykonávanie.

Negatívne dôsledky prostitúcie

V dnešnej dobe v reklame, hudbe, móde, na internete, v literatúre, vo filmoch a vo všetkých masmédiách sa ženy používajú ako sexuálny objekt. Extrémne prejavy násilia, ktorému sú ženy zo strany pasákov, kupcov a obchodníkov vystavené, sa podceňujú. **Takéto prejavy by sa však v inom prípade pokladali za sexuálne zneužívanie či znásilnenie. ženy, muži a deti v prostitúcii sú vystavené vyhrážaniu, znásilňovaniu, nechceného tehotenstva a následnej neplodnosti, mučeniu, bitkám, poraneniu kostí, pohlavných orgánov a konečníka, ponižovaniu a hrubému zaobchádzaniu. Pri kontakte s pasákmi a kupcami ich okrem toho ohrozujú aj choroby, šíriace sa pri sexuálnom styku, a to vrátane HIV a AIDS** (Jedlička, 1998). Takéto zaobchádzanie spôsobuje ženám ťažké následky. To, že sa násilie pácha za finančnú úhradu, nijakým činom neznižuje extrémne fyzické a psychické ublíženie na tele i na duši. Medzinárodné výskumy ukázali, že prostitútky trpia takým istým emocionálnym postihom, ako vojnoví veteráni či obete mučenia. Prejavuje sa to stavom úzkosti, depresie, poruchami spánku a stresom. **Prostitúti/tky siahajú po drogách, alkohole, bežným javom sú samovraždy a pokusy o samovraždy** (Kolenčík,

2000). Je veľmi dôležité uvedomiť si, že prostitúcia má negatívny dopad nielen na jednotlivca, ale aj na spoločnosť. S prostitúciu súvisia aj krádeže, obchodovanie s ľuďmi, obchodovanie s drogami, nelegálna migrácia, pornopriemysel, vydieranie, vraždy, daňové úniky a má negatívny dopad aj na duševný a mravný vývoj mladej generácie.

Sociálna práca a preventívne programy v problematike prostitúcie

„Terénna sociálna práca je práca s klientom v situácii vyhľadávanie, pričom v pomáhajúcom vzťahu je znížený vplyv až úplná absencia inštitucionálnej moci“ (Klenovský, 2006, s. 16).

„Ak definujeme streetwork, tak hovoríme o vyhľadávacej, sprievodnej a mobilnej sociálnej práci s nízkoprahovou ponukou sociálnej pomoci zameranou na rizikových jednotlivcov a neformálne skupiny, ktoré kontaktujeme v dobe a na miestach, kedy a kde sa obvykle zdržiavajú, spontánne schádzajú a trávia svoj voľný čas“ (Bednářová, Pelech, 2000, s. 7).

Prevencia prostitúcie a obchodovanie s ľuďmi

Slovenská katolícka charita v rámci projektu realizovaného z prostriedkov poskytnutých Ministerstvom vnútra Slovenskej republiky realizovala preventívne prednášky a osvetu s cieľom informovanosti a identifikácie, ktoré boli spojené s rozdávaním preventívnych brožúr, komiksov a čísla na Linku pomoci obetiam obchodovania s ľuďmi (MV SR, 2011).

Prevencia v rómskych komunitách

V roku 2008 bol z grantového systému Ministerstva kultúry Slovenskej republiky podporený sumou 200 000 Sk (6 639 eur) **projekt „RÓMSKA MISIA“,** ktorého cieľom je prispievať k tvorbe hodnotového systému detí a mládeže žijúcich v marginalizovaných rómskych osadách a tým aj k zmene životných podmienok smerom k dôstojnému prežívaniu ľudského života. Kladie si za cieľ aj ochranu mladých ľudí pred všetkými formami násilia, ale tiež znižovanie rizík sociálneho vylúčenia, ako aj posilnenie mechanizmov vedúcich k odstráneniu bariér a posilneniu procesu sociálnej inklúzie v Slovenskej republike. Projekt prebieha ako kultúrna, duchovná a ľudová misia pre najchudobnejších rómskych obyvateľov obce Lomnička (MV SR, 2011). Na prevenciu obchodovania s ľuďmi sa vo svojej činnosti zamerali najmä mimovládne organizácie: **Kultúrne združenie Rómov Slovenska** plnilo úlohy prevencie v rámci projektu „Prevencia obchodovania s ľuďmi v rómskych komunitách“. V rámci uvedeného projektu bol vymedzený základný cieľ skvalitniť adresnosť a účinnosť prevenčných opatrení a opatrení určených na zvyšovanie povedomia a sociálnych intervencií v problematike obchodovania s ľuďmi v sociálne vylúčených rómskych komunitách na lokálnej úrovni v rámci Banskobystrického kraja.

Špecifické ciele projektu sú zamerané na zvýšenie odbornosti rozšírením poznatkov a vedomostí komunitných a občianskych aktivistov a aktivistiek, komunitných sociálnych pracovníčok/pracovníčok v oblasti obchodovania s ľuďmi, zvýšenie úrovne informovanosti cieľových skupín s akcentom na rómske ženy a dievčatá z identifikovaných lokalít v predmetnej téme, zefektívnenie viacsektorálnej spolupráce zainteresovaných subjektov, organizácií a jednotlivcov (MV SR, 2011).

V roku 2009 Úrad splnomocnenca vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity schválil v rámci svojej grantovej schémy dva projektové návrhy zamerané na prevenciu obchodovania s ľuďmi v rómskych komunitách. V prvom prípade Asociácia komunitných centier prostredníctvom ôsmych vytipovaných komunitných centier z regiónu stredného a východného Slovenska vykonávala preventívne aktivity s cieľom varovať potenciálne obete obchodovania s ľuďmi. Ďalším podporeným subjektom bolo občianske združenie Nová cesta, ktoré sa taktiež zameralo na preventívne aktivity v rómskych komunitách na území východného Slovenska (MV SR, 2011).

Národný program boja proti obchodovaniu s ľuďmi

Prvým krokom v boji proti obchodovaniu s ľuďmi v Slovenskej republike bolo z hľadiska jeho inštitucionálneho zabezpečenia schválenie uznesenia vlády Slovenskej republiky č. 668 zo 7. septembra 2005, ktoré bolo prijaté k správe o aktivitách vlády Slovenskej republiky v roku 2008 zameraných na prevenciu a potláčanie obchodovania s ľuďmi. Týmto uznesením boli položené základy pre vytvorenie národného koordinačného mechanizmu pre boj proti obchodovaniu s ľuďmi. **Cieľom Národného programu boja proti obchodovaniu s ľuďmi** na roky 2008 – 2010 (ďalej len „národný program“) bolo zabezpečiť komplexnú a účinnú národnú stratégiu boja proti obchodovaniu s ľuďmi (ďalej len „národná stratégia“), ktorá podporuje rozvoj vzájomného porozumenia a koordinovanej činnosti všetkých zainteresovaných subjektov v rámci eliminácie rizík a predchádzania spáchaniu trestného činu obchodovania s ľuďmi, ako aj pri vytváraní podmienok pre poskytovanie podpory a pomoci obetiam obchodovania s ľuďmi a zabezpečenia ochrany ich ľudských práv a dôstojnosti. Národná stratégia je realizovaná za politickej a finančnej podpory vlády Slovenskej republiky, ktorá preberá zodpovednosť za definovanie cieľov, implementáciu opatrení a dosiahnutie cieľov národného programu - princíp aktívnej účasti vlády. Na národnom programe sa tiež aktívne podieľa občianska spoločnosť, ktorá zohráva aktívnu úlohu nielen pri rozhodovaní, ale jej pohľady a názory sú odzrkadlené v návrhoch a implementácii národného programu - princíp občianskej spoločnosti. Národný program vychádza z medzinárodných štandardov ochrany ľudských práv a smeruje k podporovaniu ochrany ľudských práv obetí za súčasného rešpektovania princípu rovnosti pohlaví – princíp rešpektovania ľudských práv – princíp udržateľnosti (Národné referenčné mechanizmy, 2009).

Starostlivosť o obete

Rozsah a kvalita služieb poskytovaných vnútroštátnym i nadnárodným obetiam obchodovania s ľuďmi sú stanovené Nariadením Ministerstva vnútra SR č. 47/2008 o zabezpečení programu podpory a ochrany obetí obchodovania s ľuďmi upravujúcom fungovanie Programu podpory a ochrany obetí obchodovania s ľuďmi. Obom kategóriám obetí v zmysle princípu rovnosti a nediskriminácie sú poskytované služby podľa ich individuálnych potrieb na rovnakej úrovni, s tým, že starostlivosť o zahraničnú obeť počíta s viacerými opatreniami vo vzťahu k jazykovej bariére, legalizácii pobytu cudzinca a k dobrovoľnému návratu do krajiny pôvodu. (MV SR, 2011).

Občianske združenie Odyseus

Poslaním OZ Odyseus, ktoré vzniklo v roku **1997** je podieľať sa na zachovávaní ľudských práv a skvalitňovaní života ohrozených komunít a to najmä: u osôb užívajúcich drogy, osôb pracujúcich v sex – biznise, detí a mladých ľudí s nedostatočným prístupom k službám a informáciám a tým prispievať k ich rovnocennému postaveniu v spoločnosti,.

Poskytujú služby v rámci prístupu „harm reduction"- vykonávajú terénnu sociálnu prácu, podporujú k svojpomoci, informujú a vzdelávajú, podporujú a rozvíjajú verejné zdravie, zastupujú záujmy členov ohrozených komunít, sprostredkovávajú kontakt medzi majoritnou spoločnosťou a členmi ohrozených komunít. Na základe odhadov občianskeho združenia Odyseus, ktoré ako partnerská organizácia **celoeurópskeho projektu TAMPEP mapovala v rokoch 2008 – 2009 sex - biznis na Slovensku**, v súčasnosti v oblasti poskytovania sexuálnych služieb pracuje na Slovensku asi 7 500 ľudí. „Z mapovania na Slovensku vyplynulo, že drvivá väčšina osôb pracujúcich v sex - biznise pochádza zo Slovenska, a to až 98 percent", uviedla Ľubica Tornóczyová z občianskeho združenia Odyseus. Zvyšné dve percentá predstavujú podľa jej slov migrantky, výlučne ženy (Tornóczyová, 2006).

Program Červený dáždnik

Program Červený dáždnik vznikol pôvodne ako Klub **Podchod** v roku 2003, ktorý prevádzkoval nízkoprahové centrum pre ľudí pracujúcich v sex - biznise. Od roku 2010 sa na riadení programu podieľa žena z komunity - žena pracujúca v sex - biznise. Cieľová skupina sú ľudia pracujúci v pouličnom sex – biznise.

Aktivity programu Červený dáždnik - Servisné služby poskytované ženám pracujúcim v sex - biznise počas terénnej sociálnej práce sú zamerané na distribúciu kondómov a lubrikačných gélov, distribúciu šatstva, workshopy o bezpečnejšom sexe.

Advokačné aktivity súzamerané na mediálne výstupy pri príležitosti Medzinárodného dňa za ukončenie násilia páchaného na ľuďoch pracujúcich v sex - biznise (17.decembra), situačné advokačné aktivity v prípade záchytu diskriminácie ľudí pracujúcich v sex –biznise.

Stretnutia žien pracujúcich v sex-biznise sú zamerané na stretávanie žien pracujúcich v sex - biznise (momentálne stretnutia prebiehajú na ulici), poradenstvo v oblasti sex – biznisu, svojpomoc.

Prečo je program Červený dáždnik jedinečný? Je to na Slovensku jediný program, ktorý sa zameriava výhradne na ľudí pracujúcich v sex – biznise, je riadený ženou z komunity, akceptuje sex - biznis ako prácu. Program Červený dáždnik sa podieľa na tom, aby boli práva ľudí pracujúcich v sex - biznise dodržiavané a nedochádzalo k diskriminácii na základe ich profesie. Program podporuje svojpomoc ľudí pracujúcich v sex - biznise.

Záver

Obete prostitúcie sú ľudské bytosti, ktoré v mnohých prípadoch volajú o pomoc, pretože predávanie svojho tela nie je niečo, čo si dobrovoľne vybrali. Každá osoba má vlastný príbeh, príbeh násilia, zneužívania, nedôvery, nedostatku sebaúcty, strachu, nedostatku príležitostí. Každá zakúsila hlboké zranenia, ktoré potrebujú uzdraviť, hľadajú lásku, vzťah, bezpečie. Kriminalizácia kupovania sexuálnych služieb nie je moralizovaním, ako sa často tvrdí, mali by sme ju vnímať ako cieľavedomú snahu o zníženie dopytu po sexuálnych službách a určitým spôsobom sa môže chápať ako nastavenie systému sociálnej prevencie v spoločnosti (Košč, 2008). Jednoducho z hľadiska primárnej prevencie treba pozornosť zamerať na primárny protispoločenský fenomén a tým je dopyt po prostitúcii. Ide tu o takzvanú zmenu optiky, čiže otázku priorít v prospech komplexného prístupu a komplexného riešenia.

Literatúra:

1. BRZEK, A. at al., 1993. *Pruvodce sexualitou člověka*. Praha: SPN, 1993, 132s.
2. CHMELÍK, J. et al. 2003. *Mravnost, pornografie a mravnostní kriminalita.* 1. vyd. Praha: 2003. 208 s. ISBN 80–7178–739–6
3. JEDLIČKA, J. 1998. *Interakce HIV a ostatních pohlavně přenosných infekcií*. Lékařské listy, 1998, č. 47, s. 5
4. KOLENČÍK, M. 2000. *Svet nepoznanej reality. História a súčasnosť prostitúcie.* 1 vyd. Žilina : 2000. 214 s. ISBN 80–968–498–6–7
5. KLENOVSKÝ,L. 2006. *Terénna sociálna práca* 1.vyd. 2006. 97 s. ISBN 80-891-851-8-5, ISBN 97-880-891-851-84
6. KOŠČ,S. 2008. *Úvod do misiológie*. Ružomberok. Katolícka univerzita: 2008
7. PRUCHA, J. 2004. *Interkulturní psychologie*. Praha: Portál, 2004, 199s., ISBN 80-7378-885-6

8. TORNÓCZYOVÁ, Ľ. 2006. *Desať mýtov o prostitúcii*. In: SME. Roč. 15, 2006, č. 58.
9. Ministerstvo vnútra Slovenskej Republiky : Národný akčný plán boja proti obchodovaniu s ľuďmi na roky 2006-2007. Dostupné na internete <http://www.minv.sk/pk/2005/ARCHIV/KM-313/vlastnymat.htm>. 1. 3. 2006.18:30.
10. Trestný zákon č.300/2005 Z. z.

Kontakt:

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave
E-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

PREVENTÍVNE PROGRAMY PRE DETI NA SLOVENSKU

Prevention Programs for Children in Slovakia

Ivica Gulášová[1], Ján Hruška[2], Nadežda Justhová[3]

[1] Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava
[2] Zdravstar, Ružomberok
[3] Kúpele Trenčianske Teplice, a.s.

Súhrn

Autori sa v príspevku zaoberajú preventívnymi programami pre deti na Slovensku. Strategické direktívy na zlepšenie zdravia a vývoja detí a dorastu vychádzajú z implementácie Európskej stratégie, ktoré zdôrazňujú sedem hlavných priorít: zdravie matky a novorodenca, výživa a fyzická aktivita, infekčné choroby, úrazy a násilie, životné prostredie, dorastový vek a psychosociálny rozvoj a mentálne zdravie. K veľmi dôležitým preventívnym opatreniam pre deti a dorast patria: preventívne prehliadky, očkovanie, skríningové vyšetrenia, výživa – prevencia poruchy príjmu potravy a bezpečnosť- prevencia úrazov. Vzhľadom na zväčša blízky vzťah s deťmi v komunite kde lekár a sestra pracujú, sa lekár stáva aj osobnosťou, ktorá prostredníctvom prednášok napríklad na základných školách, osobných stretnutiach ovplyvňuje zdravotné uvedomenie detí, ich smerovanie k zdravej výžive, zdravému životnému štýlu a prevencii civilizačných ochorení.

Netreba však zabudnúť predovšetkým na úlohu sestry v ambulancii- Sestra - edukátorka. Jej najdôležitejšou úlohou je „vychovávať“ a „učiť“ správnym návykom podnecujúce ochranu vlastného zdravia samotným klientom. Svedomitým plnením svojich povinností a príjemným vystupovaním sestra prispieva tak ku správnemu osvojeniu si základov životného štýlu už u detí.

Kľúčové slová: Dieťa. Preventívne programy. Sestra. Zdravie. Prevencia.

Summary

The authors of this report deals with prevention programs for children in Slovakia. Strategic directives to improve the health and development of children and adolescents based on the implementation of the European Strategy, which underline the seven main priorities: maternal and newborn health, nutrition and physical activity, infectious diseases, injuries and violence, environment, adult age and psychosocial development and mental health. The most important preventive measures for children and adolescents include: preventive examinations,

vaccination, screening tests, nutrition - prevention of eating disorders and injury prevention safety. Considering on the mostly close relationship with children in the community where doctors and nurses are working, the doctor becomes the figure who through lectures, for example, in primary schools, personal meetings affects the health awareness of children, their trend towards healthy eating, healthy lifestyle and prevention of lifestyle diseases. No need not forget especially the role of nurses in ordination - nurse - educator. Her most important task is to "educate" and "learn" the correct habits that encourage the protection of their health by the client himself. Conscientiously fulfill their duties and pleasant demeanor nurse thus contributes to the correct learn the basics lifestyle has on children.

Key words: Child prevention programs. Nurse. Health. Prevention.

Úvod

„Zdravie nie je všetko, ale bez zdravia je všetko ničím“. „Na Zemi nie je nič, čo by si ľudia tak veľmi vážili a tak málo chránili ako svoje zdravie.“ „21. stor. môže byť právom prvé v dejinách regiónu, v ktorom budú krajiny venovať prvoradú pozornosť rozvoju človeka.“ Členské štáty európskeho regiónu SZO v oblasti od Grónska po Stredozemné more a po pacifické pobrežie na východe Ruska zaznamenali pozoruhodný pokrok v zdravotnom stave obyvateľstva. Od roku 1980, aj napriek rozdielom postupovali spoločne s cieľom realizovať politiku zlepšovania zdravia ľudí. Týchto 51 krajín a v nich 870 mil. ľudí stojí na križovatke dejín. Za nimi je 20. storočie. V jeho prvej polovici prebehli dve ničivé vojny a ostatné roky sú poznačené ozbrojenými konfliktami a prehlbujúcimi sa rozdielmi v zdravotnom stave obyvateľstva. Práca lekára a sestry nespočíva len v diagnostike a liečbe ochorení. Základnou náplňou práce je predovšetkým prevencia. Preventívne pôsobenie zdravotníckych pracovníkov má za následok zníženie počtu výskytu ochorení, úrazov či vzniku ďalších komplikácií v prípade vzniku ochorenia a rýchlemu prinavráteniu k zdraviu. Prevencia prostredníctvom povinných prehliadok či vyšetrení v našom zdravotnom systému je účinná a vďaka nim sa je možné vyhľadať rizikové skupiny. Netreba však zabudnúť predovšetkým na úlohu sestry v ambulancii- Sestra - edukátorka. Jej najdôležitejšou úlohou je „vychovávať“ a „učiť“ správnym návykom podnecujúce ochranu vlastného zdravia samotným klientom.

Zdravie pre všetkých v 21.storočí.

„Zdravie pre všetkých v 21. storočí“ prijali účastníci svetového zdravotníckeho zhromaždenia v máji 1998. Jeho cieľom je naplniť víziu zdravia pre všetkých. Politika „Zdravie pre všetkých v 21. stor.“ vytýčila priority pre prvé dve desaťročia dvadsiateho prvého storočia a desať cieľov na vytvorenie potrebných podmienok, aby ľudia dosiahli a udržali si najvyššiu možnú úroveň zdravia. Uskutočňovanie tohto projektu závisí od toho, ako berú politici a riadiaci

pracovníci zdravie ako základné právo človeka. Dôležité je aj využitie vedy, výskumu, zdravotníckych a sociálnych služieb. Politika zdravia pre všetkých má široké využitie. „Zdravie pre všetkých je všestranne prospešný rámec pre vypracovanie politiky v jednotlivých štátoch, svetadieloch i v celosvetovom meradle.“ (Svetová zdravotnícka organizácia, 2001)

Zdravie 21 by malo byť zapracované do programov rozvoja zdravia každého členského štátu, regiónu a jeho ciele osvojené všetkými veľkými európskymi organizáciami a inštitúciami. Cieľom programu Zdravie pre všetkých je podieľať sa na rozvíjaní projektov menšieho rozsahu zameraných na riešenie problémov, z ktorých bude mať osoh čo najväčší počet ľudí. Konečným cieľom programu je pomôcť vytvoriť viacero zdravotných projektov založených na individuálnej zodpovednosti, a tiež vytvoriť spolupracujúcu sieť malých a dlhotrvajúcich zdravotných projektov a tým prispieť k zlepšeniu zdravia mnohých ľudí vo svete.

Najčastejšie nástroje využívané v preventivných programoch sú edukácia a zdravotná výchova, metódy špecifickej intervencie, poradenstvo, publikačná činnosť, kongresy, konferencie, workshopy, semináre, verejné kampane, dohľad nad vykonanávaním prevencie (Rovný, 2003).

Legislatíva podpory zdravia na Slovensku

Analýza zdravotného stavu obyvateľstva preukázala jeho zhoršenie v niektorých ukazovateľoch stavu zdravia. V porovnaní s 28 európskymi štátmi sa SR ocitla na predposledných miestach. Preto vláda SR uložila ministrovi zdravotníctva vypracovať Národný program podpory zdravia (NPPZ) a súčasne uložila ostatným ministrom a orgánom štátnej správy spolupracovať s MZ SR. Program NPPZ bol vypracovaný na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva, zlepšenie prevencie a ochrany zdravia a pri jeho tvorbe sa vychádzalo z analýz zdravotného stavu obyvateľstva a dostupných údajov o faktoch, ktoré ho podmieňujú, a tiež z programu SZO „Zdravie pre všetkých do roku 2000.“Nedostatok špecifických finančných prostriedkov pre NPPZ bol jednou z príčin nedostatočného plnenia jeho úloh (Rovný, 2009). Preto MZ SR dostalo uložené pripraviť návrh aktualizácie uvedeného programu.

Národný program starostlivosti o deti a dorast v Slovenskej republike 2008-2015.

Strategické direktívy na zlepšenie zdravia a vývoja detí a dorastu vychádzajú z implementácie Európskej stratégie, ktoré zdôrazňujú sedem hlavných priorít:

Zdravie matky a novorodenca

Zdravie dieťaťa je neoddeliteľne spojené so zdravím matky odvíjajúc sa od jej reprodukčného zdravia, spôsobu života počas tehotenstva a postoja k dojčeniu. Antenatálna, perinatálna a následná zdravotná starostlivosť je dôležitá pre optimálny vývin dieťaťa až do dospelosti.

Výživa a fyzická aktivita

Zdravá výživa je základom pre zdravý vývin dieťaťa. Veľmi dôležité je zabezpečenie dojčenia čo najväčšiemu počtu detí v čo najdlhšom čase. Nesprávna výživa vedie k narušeniu zdravia a zhoršeniu vyživovacieho stavu. Predstavuje čoraz väčší problém takmer vo všetkých európskych krajinách. Môže viesť k obezite u školopovinných detí a zvýšiť riziko kardiovaskulárnych a iných systémových ochorení v neskoršom veku. Primeraná a vyvážená zdravotne orientovaná fyzická aktivita je podmienkou zdravého telesného a duševného vývoja detí a dorastu /Lisá, 2001/. Zároveň podporuje osobný rozvoj, je účinná v prevencii telesných i duševných chorôb, predovšetkým chronických neinfekčných a kardiovaskulárnych chorôb. Zmysluplné trávenie voľného času napomáha predchádzať závislostiam od tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok.

Infekčné choroby

Akútne respiračné choroby, hnačkové choroby a tuberkulóza sú príčinami smrti a zlého zdravotného stavu detí. V značnej miere im možno predchádzať alebo ich liečiť. Stále však predstavujú dôležité príčiny úmrtnosti v mnohých krajinách. Choroby, ktorým možno predchádzať očkovaním, sú vo všeobecnosti dobre kontrolované. V súčasnosti narastá výskyt pohlavne prenosných chorôb, chorôb z vnútrožilového podávania omamných a psychotropných látok, ktoré sa spájajú s prenosom mnohých infekčných chorôb.

Úrazy a násilie

Úrazy a násilie počas detstva a dospievania nesú vysoké riziko dlhodobých fyzických a psychosociálnych následkov (Grivna, et al. 2003). Dopravné zranenia a domáce násilie významne zaťažujú zdravý vývin detí a dorastu.

Životné prostredie

Detský organizmus je viac citlivý na pôsobenie nežiaducich faktorov životného prostredia, ako je nedostatok čistej vody, zlá, resp. nedostatočná hygiena, znečistené

vonkajšie alebo vnútorné prostredie, ale aj mnohé chemické látky z prostredia. Tomuto problému sú vystavené najmä deti zo sociálne znevýhodnených skupín obyvateľstva.

Dorastový vek

Je to vek experimentovania, niekedy aj rizikového správania sa. Počas tejto etapy vývoja dochádza k vytvoreniu celoživotných návykov, ktoré môžu ovplyvniť zdravie na celý život. Dorast by mal byť aktívne zapojený do riešenia svojich problémov a participovať na ochrane svojho zdravia (Havlínová, et al.2006).

Psychosociálny rozvoj a mentálne zdravie

Chorobnosť v tejto oblasti stúpa. Je málo programov zameraných na prípravu na materstvo a rodičovstvo, na podporu rodičovských zručností zameraných na zlepšenie psychologických vyhliadok mladej generácie. Počet samovrážd a depresívnych stavov sa spája často so zlými výsledkami vzdelávania, neusporiadaným rodinným zázemím, užívaním tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok, ako aj s poruchami výživy (Goodyer, 2001). Najväčší problém nachádzame u marginalizovaných a znevýhodnených skupín.

Programy a projekty riešené na regionálnej a lokálnej úrovni. K veľmi dôležitým preventívnym opatreniam pre deti a dorast patria: preventívne prehliadky, očkovanie, skríningové vyšetrenia, výživa - prevencia poruchy príjmu potravy, bezpečnosť- prevencia úrazov.

Preventívne prehliadky

Asi každý súhlasí s tým, že zdravotným problémom je lepšie predchádzať, než ich potom následne riešiť. Termíny preventívnych prehliadok sú zväčša zabezpečované bezproblémovo, pretože v rannom veku dieťaťa je kontakt rodiča a lekára pomerne častý aj vďaka tomu, že počet prehliadok je vyšší ako v dospelom veku. Preventívne prehliadky u detí sú zamerané komplexne na jeho psychomotorický vývin a povinné očkovanie podľa schválenej očkovacej schémy. Cieľom preventívnych prehliadok je sledovanie zdravotného stavu dieťaťa, včasné odhaľovanie vývojových chýb, chronických ochorení a akýchkoľvek porúch, ktoré by mali za následok nezdravý vývoj dieťaťa (Sládek, 2005). Lekár pri zhodnotení výsledku preventívneho vyšetrenia sleduje, či nenastali výkyvy v raste, hmotnosti, retardácia psychomotorického vývoja vzhľadom na predchádzajúce výsledky vyšetrení. Orientačne sa vyšetrí sluch, reakcie očí a zraková ostrosť. Lekár overí znalosť farieb, slovnú zásobu, jazykové schopnosti, skontroluje správnosť zakrivenia chrbtice, posudzuje pohlavný vývoj a stav psychického vývoja, pátra po telesných deformitách a prejavoch porúch správania (Muchová, Hamarová, 2002). Základom je aj tu vždy anamnéza, kde zisťujeme či má dieťa nejaké zdravotné ťažkosti, aká je strava dieťaťa, pravidelnosť vyprázdňovania, u starších detí

a adolescentov zlozvyky a patologické návyky, športové zameranie, problémy pri učení, školský prospech, zmeny v správaní, ochorenia v rodine, u adolescentiek prípadný druh antikoncepcie (Brichcín, 2000). Adolescenti sa nevyhnú ani otázke ohľadom fajčenia, alkoholu a drog. Asi tretina adolescentov sa prizná že už skúšalo marihuanu a fajčí ju „príležitostne“. Dodržiavanie pravidelnosti preventívnych prehliadok je preto veľmi dôležité. Zo zákona má každý občan Slovenskej republiky právo na preventívnu prehliadku. Náplň preventívnych prehliadok sa čiastočne mení podľa veku dieťaťa. Veľmi dôležité je aj pravidelné poradenstvo rodičom pri každej preventívnej prehliadke. Rodičia tu majú priestor na otázky týkajúce sa zdravotného stavu ich dieťaťa.

Očkovanie

Deti sa očkujú prvýkrát v 3 mesiaci proti diftérií, tetanu, pertussis, vírusovej hepatitíde B, detskej obrne a hemofilovým invazívnym infekciám. Očkovanie sa vykonáva tromi dávkami hexavalentnej očkovacej látky – INFANRIX HEXA. Zároveň sa v rámci povinného očkovania očkuje aj proti pneumokokovým invazívnym ochoreniam. Očkovanie sa vykonáva tromi dávkami konjugovanej očkovacej látky – SYNFLORIX. Po 15. mesiaci života dieťaťa sa očkuje proti osýpkam, mumsu a rubeole očkovacou látkou PRIORIX.V 5. roku sa vykonáva preočkovanie dieťaťa proti diftérii, tetanu, pertussis a detskej obrne očkovacou látkou – INFANRIX POLIO.V 10. roku sa preočkovávajú deti proti osýpkam, mumsu a rubeole vakcínou PRIORIX a v 12. roku sa vykonáva preočkovanie proti záškrtu, tetanu , čiernemu kašľu a detskej obrne vakcínou BOOSTRIX POLIO (Oleár, Krištúfková, Klement et al., 2014).

Základné povinné očkovanie je na detskej ambulancii ukončené po 12. roku života. Medzi nepovinné očkovanie patrí: vírusová hepatitída typu A, očkovanie proti chrípke, očkovanie proti HPV vírusom, proti rotavírusom a očkovanie proti kliešťovej encefalitíde (Jeseňák, Urbančíková, 2013). Dôležitá je evidencia očkovania a pozývanie detí v správnych časových intervaloch na poradne.

Skríningové vyšetrenia

Skríningové vyšetrenia sú veľmi dôležitým preventívnym opatrením. Umožňujú včasné zistenie odchýlok, ochorenia, následnú liečbu a tým zlepšenie kvality dieťaťa.

- klinický skríning- vykonáva sa po narodení dieťaťab- **Apgarovej skóre,** sonografický skríning
- USG obličiek sa zameriava na odhalenie závažných vrodených chýb obličiek, močového mechúra a močových ciest. Vyžaduje si dobrú hydratáciu novorodenca.
- -USG mozgu, - sonografické vyšetrenie bedrových kĺbov- vrodené vykĺbenie a porucha vývoja bedrových kĺbov patria medzi najzávažnejšie postihnutie pohybového systému s možnými trvalými následkami

- skríningové vyšetrenie sluchu - používame metódu pomocou tzv. otoakustických emisií(OAE). Slúži na odhalenie poruchy sluchu. Pri neskorej diagnostike poruchy sluchu, môže dôjsť u dieťaťa k hluchote alebo ťažkej poruche sluchu a tým oneskorenému vývoju reči spomaleniu mentálneho vývoja.
- laboratórny skríning - odberom krvi z päty novorodenca na špeciálny papierik sa vyšetruje skríning vrodených metabolických porúch:
- test na fenylketonúriu- liečba spočiva v dodržiavaní celoživotnej diéty (Machová, Kubátová, 2010)
- test na kongenitálnu adrenálnu hyperpláziu - ochorenie pri ktorom sa netvoria základné hormóny. Ochorenie si vyžaduje trvalú hormonálnu terapiu.
- test na kongenitálnu hypotyreozu- vrodená znížená činnosť štítnej žľazy.
- test na cystickú fibrózu- pľúcne ochorenie

Výživa - prevencia poruchy príjmu potravy

Aby sme predišli poruchám v stravovaní u detí, je nesmierne dôležitá prevencia. Materské mlieko je tou najlepšou a najprirodzenejšou stravou pre novorodencov a dojčatá. Látky obsiahnuté v materskom mlieku stimulujú rozvoj mozgu a jeho funkcií. Dojčenie je potrebné nielen pre ďalší vývoj dieťaťa, ale aj pre zdravie dojčiacej matky. Zdravá výživa dieťaťa v každom vekovom období je kľúčom k správnemu rastu a vývinu dieťaťa .Nedostatky vo výžive môžu viesť k narušeniu prirodzeného rastu a vývoja a môžu sa prejaviť v podobe anémie, malnutrície, obezity, v dospelosti- ateroskleróza, diabetes mellitus, hypertenzia, osteoporóza, a nádorové ochorenia (Muchová, Kubátová, et al. 2010). Nadmerná konzumácia potravy, vedie spolu s obmedzením pohybovej aktivity k výskytu obezity.

Bezpečnosť- prevencia úrazov

Úrazy a násilie počas detstva a dospievania nesú vysoké riziko dlhodobých fyzických a psychosociálnych následkov a významne zaťažujú zdravý vývin detí a dorastu. Úrazy sú jednou z najčastejších príčin úmrtí dojčiat ale aj starších detí. Súvisí to s nárastom životného tempa, s používaním čoraz zložitejších techník nielen v domácnosti a v neposlednom rade aj so zvyšovaním sa motorizácie. Výchovno- edukačná činnosť by mala byť zameraná najme na prehlbovanie znalosti a informácii o prevencii detských úrazov.

Záver

Vzhľadom na zväčša blízky vzťah s deťmi v komunite kde lekár a sestra pracujú, sa lekár stáva aj osobnosťou, ktorá prostredníctvom prednášok napríklad na základných školách, osobných stretnutiach ovplyvňuje zdravotné uvedomenie detí, ich smerovanie k zdravej výžive, zdravému životnému štýlu a prevencii civilizačných ochorení. Svedomitým plnením

svojich povinností a príjemným vystupovaním sestra prispieva ku správnemu osvojeniu si základov zdravého životného štýlu už u detí.

Literatúra:

1. BRICHCÍN, S. 2000. *Sexualita v dospívání*. Sborník I.odbor. semináře Rizikové chování dospívajících a jeho prevence. Praha: Free Teens Press, 2000, s. 73-78. ISBN 80-902898-0-0
2. GOODYER, P. 2001. *Drogy a teeneger*. Praha: Nakladatelství Slovanský dum, 2001, 162s., ISBN 80-86734-05-6
3. GRIVNA, M. et al. 2003. *Dětské úrazy a možnosti jejich prevence*. Praha: Centrum úrazové prevence 2. LFUK a FN Motol, 2003, 144s., ISBN 80-239-2063-4
4. HAVLÍNOVÁ, M. et al.2006. *Program podpory zdraví ve škole. Rukověď projektu Zdravá škola*. Praha: Portál, 2006, 280s., ISBN 80-7367-061-5
5. JESEŇÁK, M., URBANČÍKOVÁ, I. et al. 2013. *Očkovanie v špeciálnych situáciách*. I. vydanie. Praha: Maldá fronta, 2013, ISBN 978-80-204-2805-9
6. LISÁ, L. 2001. Obezita v dětském věku. In: VIGNEROVÁ, P., BLÁHA, P. *Sledování rustu českých dětí a dospívajících,* Phara: SZU, 2001, s. 82.86, ISBN 80-7071-173-6
7. MUCHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. et al. 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2010, 291s., ISBN 978-80-247-2713-8
8. MUCHOVÁ, J., HAMAROVÁ, J. 2002. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H§H, 2002, 197s., ISBN 80-86022-94-3
9. OLEÁR, V., .KRIŠTÚFKOVÁ, Z., KLEMENT C. et al., 2014. *Kapitoly z vakcinológie I.*PRO Banská Bystrica, 2014, ISBN 978-80-89057-52-8
10. ROVNÝ, I. 2003. *Koncepcia verejného zdravotníctva.* Prednáška na seminári Fakulty verejného zdravotníctva Slovenskej zdravotníckej univerzity: International Workshop Quality Improvement in Public Health Education. Bratislava, 2003
11. ROVNÝ, I. 2009. *Verejné zdravotníctvo*. Bratislava: Herba, 2009, 128s., ISBN 978-80-89171-60-6
12. SLÁDEK, J. 2005. *Úvahy o ochrane verejného zdravia a o verejnom zdravotníctve*. Michalovce: Excel Enterprise, 2005, 80s., ISBN 80-969142-5-1
13. Svetová zdravotnícka organizácia – Európska úradovňa. 2001, Zdravie 21, Zdravie pre všetkých v 21. Storočí. Bratislava: ŠZÚ SR, 2001, 155s., ISBN 80-7159-119-X

Kontakt:

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

E-mail: ivica.gulasova4@gmail.com

ADENOVÍRUSY AKO PRÍČINA EXANTÉMU U DETÍ (KAZUISTIKA)

Jana Priesolová[1], Monika Pochybová[1], Anna Lesňáková [1,2], Andrea Jacková[1]

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

Súhrn:

Autori uvádzajú kazuistiky dvoch maloletých pacientov hospitalizovaných s nálezom generalizovaného nesvrbivého exantému, s podozrením na infekčnú mononukleózu, ktorá serologickým vyšetrením nebola potvrdená. V rámci diferenciálnej diagnostiky bola odobratá serológia na adenovírusy, ktorá potvrdila dané ochorenie. Cieľom kazuistiky je poukázať na potrebu myslieť v rámci diferenciálnej diagnostiky exantémových ochorení na možnosť adenovírusovej infekcie, najmä ak ide o pacientov v detskom veku.

Kľúčové slová: Adenovírusy. Exantém. Prevencia. Serológia.

Summary:

Authors introduce cases of two pediatric patients hospitalised with generalized non itching rash. They was addmited for suspection of infectious mononucleosis, which wasn´t serological confirmed. During hospitalisation was serological confirmed adenovirus infection. The aim of this cases is to highlight the need to think about option of adenoviral infection if exanthema is present, especially in the case of a pediatric patients.

Key words: Adenoviruses. Exantema. Prevention. Serology.

Úvod:

Adenovírusy prvýkrát objavil Row v roku 1953 v chirurgicky odstránených adenoidných tkanivách. Adenovírusy patria medzi DNA vírusy strednej veľkosti. Existuje 51 antigénnych typov adenovírusov. Prenášajú sa kvapôčkovou cestou, fekálno-orálnou cestou a kontaminovanou vodou. Inkubačná doba je 3 až 14 dní.

Adenovírusy infikujú epitel dýchacích ciest, očí a čriev. Môžu pretrvávať v lymfatických tkanivách, ale dôsledky latentnej infekcie nie sú známe. Adenovírusy sa nachádzajú až v 50% chirurgicky odstránených mandliach. Sú schopné onkogénnej transformácie iba vtedy, ak dochádza k replikácii vírusovej DNA bez produkcie infekčných viriónov. Po infekcii sa tvoria vírusovo špecifické T antigény, proti ktorým vznikajú protilátky detekovateľné komplement-fixáciou alebo imunoflorescenciou.

Kazuistika:

V infektologickej klinike ÚVN SNP Ružomberok-FN boli hospitalizované dve maloleté deti s rovnakým klinickým nálezom. Prvý pacient bol 5 ročný chlapec L.M. prijatý pre generalizovaný živočervený papulózny až urtikárny exantém s ojedinelým výbledom s minimálnym pruritom na tvári, čele, lícach, trupe, horných a dolných končatinách s maximom na stehnách. Pacient bol bez bolesti hrdla, bez teploty, bez dysurických ťažkostí. Chlapec bol prijatý pre suspektnú infekčnú mononukleózu, avšak tá bola serologicky vylúčená. V rámci diferenciálnej diagnostiky bola odobratá serológia na adenovírusy, ktorá potvrdila dané ochorenie. Pacient preliečený symptomaticky prostredníctvom antihistaminík. Exantém následne vymizol po 7 dňoch hospitalizácie.

Obrázok 1 *Adenovírusmi spôsobený exantém na trupe*

Obrázok 2 *Adenovírusmi spôsobený exantém na stehnách*

Obrázok 3 *Adenovírusmi spôsobený exantém na ľavom stehne*

Druhou pacientkou bolo 3-ročné dievčatko V.M. s generalizovaným drobnoškvrnitým nesvrbivým exantémom. Pacientka bola afebrilná, pociťovala bolesti hrdla, s prítomným suchým kašľom,. Ambulantne bola preliečená Augmentínom. Serologicky bola taktiež vylúčená infekčná mononukleóza, avšak zachytená pozitivita adenovírusov zo séra. Pacientke nasadená symptomatická liečba antihistaminíkami a nízkych dávok kortikoidov, pri ktorej došlo k regresii exantému už po 5 dňoch.

Obrázok 4 *Exantém spôsobený adenovírusmi na trupe*

Obrázok 5 *Exantém na tvári spôsobený adenovírusmi*

Klinický obraz:

Každý typ adenovírusu môže spôsobiť iný klinický obraz. Adenovírusové infekcie patria medzi akútne horúčkovité ochorenia. Najčastejším klinickým prejavom je faryngitída a konjunktivitída. Pôvodcom je obvykle typ 3, u dospelých typy 8 a 19. Akútna vírusová faryngitída spôsobená adenovírusom sa neodlišuje klinickým prejavom od ostatných pôvodcov. Adenovírusová faryngitída je často sprevádzaná zápalom spojiviek. Typ 3,4 a 7 môžu spôsobiť atypické pneumónie. Typ 7 je významný najmä ako pôvodca infekcii dolných dýchacích ciest u batoliat. Tento istý typ spôsobuje vzácne encefalitídy a meningoencefalitídy, obvykle vznikne ako komplikácia respiračnej infekcie. Epidemická keratokonjuktivitída spôsobená typmi 18,19 a 37 vzniká náhle, je obvykle obojstranná a postihnutie rohovky s poruchami zraku môže trvať aj niekoľko mesiacov. V prípade objavenia sa horúčky sú prítomné aj systémové príznaky. Všetky typy adenovírusov môžu byť sprevádzané exantémom. Exantém býva scarlatiformného, morbiliformného a rubeoliformného charakteru. Ak je liekom prvej voľby pri danom ochorení antibiotická liečba Aminopenicilínom a následne sa objaví generalizovaný exantém ochorenie môže evokovať príznaky infekčnej mononukleózy.

Tabuľka 1 *Klinické adenovírusové syndrómy*

Ochorenie	**Adenovírus**
Faryngitída	*3,8,19*
Konjunktivitída	*3,8,19*
Pneumónia	*3,4,7*
Keratokonjunktivitída	*8,19,37*
Encefalitída,meningoencefalitída	*7*
Hemoragická cystitída	*11,21*
Exantémy	*všetky*
Hnačky	*40,41*

Diagnostika:

Pôvodcu ochorenia je možno dokázať serologicky vzostupom titrov komplent-fixačných alebo neutralizačných protilátok. Možný je aj priamy dôkaz izolácie vírusov na bunkových kultúrach z výterov z nosohltanu, stolice a moča. Vírusový antigén môže byť detekovateľný zo sekrétov z nosohltanu imunoflorescenciou. Pomocou PCR je dokázateľná DNA adenovírusu z rôznych vzoriek a pomocou elektrónovej mikroskopie môžu byť zachytené virióny v stolici.

Terapia:

Neexistuje špecifická liečba proti adenovírusom. Obvykle stačí symptomatická liečba. Cidofovir alebo Ribavirin sa používajú len pri diseminovanej adenovírusovej infekcii pri onkologických pacientoch.

Prevencia:

Živá perorálna vakcína proti typu 4 a 7 sa používa len v niektorých štátoch v prevencii hromadného výskytu respiračných nákaz u vojakov (USA).

Záver:.

V prípade exantémových ochorení je dôležité v rámci diferenciálnej diagnostiky myslieť aj na možnosť adenovírusovej infekcie. Prenos daného ochorenia je najmä prostredníctvom kvapôčkoveji infekcie, čo sa potrvdilo aj v našej kazuistike, kedže anamnesticky bol potvrdený kontakt detí v ordinácií detskej lekárky

Literatúra:

1. Adenoviridae [online]. [cit.28.9.2016]. Dostupné z: <https://sk.wikipedia.org/wiki/Adenoviridae>.
2. Adenovírusové infekcie [online]. [cit. 08.09.2016]. <http://omedicine.info/sk/adenovirus-infection.html>
3. Adenovírusové infekcie u detí. [online]. [cit.10.9.2016]. Dostupné z : <http://sk.emed.org.ua/modern-medic-na/pediatrie/11663-adenovrus-infekcie-u-det>.
4. BAKOSS P., Epidemiológia, Univerzita Komenského Bratisava, 2008, 520s., ISBN 978-80-223-2417-5
5. BÁLINT O a kol., Infektológia a antiinfekčná terapia, Osveta, 2007, 587s., ISBN 80-8063-222-7
6. BENEŠ J., Infekční lékařství, Galén 2009, 651s., ISBN 978-80-7262-644-1
7. SZILÁGYIOVÁ M., ŠIMEKOVÁ K., Infektológia pre prax, Herba, 2010, 292s., ISBN 978-80-89171-66-8
8. TRNOVEC T. DZÚRIK R., Štandardné diagnostické postupy, Osveta, 1998, 832s., ISBN 80-88824/84/2
9. The Big Picture Book of Viruses: Adenoviridae [online]. [cit. 28.9.2016]. Dostupné z: <http://www.virology.net/Big_Virology/BVDNAadeno.html >.

Kontakt:

MUDr. Jana Hánová Priesolová

E-mail: hanovaj@uvn.sk

DÝCHANIE PRI BRONCHIÁLNEJ ASTME

Zuzana Hudáková [1,3], Marina Srpoňová[1], Halina Romualda Zięba[2], Paweł Lizis[4]

[1] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
[2] Podhalańska Państwowa wyzsza szkola zawodwa w Nowym Targu
[3] Vysoká škola polytechnická Jihlava
[4] Holy Cross School in Kielce, Poland

Abstrakt

Pri prieduškovej astme dochádza k poruchám ventilácie pľúc, čo vedie okrem zmien funkcie dýchacích svalov aj k zmenám pohybového systému. Hrudník je v inspiračnom postavení a hrudná kosť sa dostáva do kraniálnejšej polohy, to spôsobuje zníženie efektivity práce dýchacích svalov. Pohyb hrudnej kosti pri inspíriu je len kraniálnym smerom, čo spôsobuje pohyb kľúčnych kostí a celých ramien smerom hore. Hrudník nezväčšuje svoj objem v transverzálnej rovine, nerozvíjajú sa medzirebrové priestory a bránica paradoxne vťahuje rebrá. Dochádza aj k oslabovaniu medzirebrových (interkostálnych) svalov, čo uberá na ich funkcii. Aj počas pokojového dýchania sa do dýchacieho cyklu zapájajú pomocné inspiračné svaly. Opakované ataky dýchavice veľmi citeľne zasahujú do fyzickej a psychickej oblasti pacienta. Je veľmi vhodné, aby pacient s astmou realizoval dychovú gymnastiku, ktorá pomáha vybudovať svaly hrudníka sa podieľajúce sa na dýchaní.

Kľúčové slová: Pacient. Astma bronchiale. Dýchanie.

Abstract

During bronchial asthma disorder of lung ventilation, which leads in addition to changes in the function of the respiratory muscles and to changes in the musculoskeletal system. Thorax in inspiratory position and sternum gets into cranial position, it causes a decrease in work efficiency of the respiratory muscles. The movement of the sternum in the inspire is just cranial direction, causing movement clavicles and complete arms upwards. Thorax swells in the transverse plane, do not develop the diaphragm and intercostal space paradoxically draws ribs. It is also the weakening of the intercostal muscles, which will take on their function. Repeated episodes of dyspnoe very significantly interfere with the physical and emotional areas of the patient. It is very appropriate that patients with asthma made breathing gymnastics, which helps build up the chest muscles involved in breathing.

Key words: Patient. Asthma. Breathing.

Úvod

Slader et al. (2006) realizovali štúdiu, ktorá porovnávala dve dýchacie techniky. Štúdia bola realizovaná v Pneumologickom výskumnom inštitúte v Sydney. Prvá skupina bola zameraná na zníženie dychového objemu a plytké, povrchové dýchanie nosom, druhá skupina realizovala klasickú dychovú gymnastiku(výdych cez ústa). Do štúdie bolo zaradených 57 astmatických pacientov. Počas nasledujúcich 30 týždňov pacienti cvičili dvakrát denne. Cieľom tejto štúdie bolo porovnať účinky oboch metodík na príznaky astmy, kvalitu života, užívanie úľavových liekov a inhalačných kortikosteroidov. Po 30 týždňoch došlo k dramatickému zníženiu používania úľavových liekov (86%) a u 50% astmatických pacientov sa znížila dávka inhalačných kortikosteroidov.

V štúdií Laurino et al. (2012) skúmaní astmatickí pacienti mali vysoké skóre pre panickú poruchu a agorafóbiu (chorobný strach z pobytu v otvorenom priestore, ktoré limitovali ich kvalitu života). Program reedukácie dýchania zlepšil klinickú kontrolu nad astmou, zredukoval panické príznaky a agorafóbiu, pacienti mali znížené skóre na Sheehan Anxiety Scale, a zlepšila sa ich kvalita života. Parametre spirometrie zostali nezmenené.

Uvedené štúdie jednoznačne potvrdzujú, že dýchavica je výrazne subjektívnym pocitom a dá sa výrazne ovplyvniť nemedikamentóznymi možnosťami, hlavne správnou rehabilitáciu dýchania – nácvikom správnych dychových techník a má svoje opodstatnenie v liečbe astmatického pacienta.

Dychová gymnastika je súbor cvičení zameraných na dýchacie svalstvo, typ a mechaniku dýchania, jeho rytmus i hĺbku. Posilňuje svalstvo hrudníka, bránicu a svalstvo brucha, ale neovplyvňuje organické zmeny pľúcneho parenchýmu ani bronchiálneho stromu. Pri cvičení sa dôraz kladie na synchronitu dýchanie, zvlášť u pacientov s bronchiálnou obštrukciou a časové rozvrhnutie ako vdychu, tak aj výdychu.

Cieľom dychovej gymnastiky je:

- zlepšiť mechaniku dýchania,
- posilniť a uvoľniť dýchacie svaly,
- zlepšiť utilizáciu plynov,
- uľahčiť dychovú prácu,
- zlepšiť pohyblivosť rebier a bránice,
- zabezpečiť svalovú relaxáciu,
- znížiť počet astmatických záchvatov a spotrebu liekov,
- znížiť psychické napätie a navodiť relaxáciu pacienta
- zlepšiť fyzický a duševný stav pacienta (Hudáková, 2010, Pleidelová, 2010).

Odporúčania pre pacienta:

- pred cvičením vyvetrať miestnosť,
- vysmrkať sa a odstrániť prípadné hlieny,
- pohodlne usadenie sa (zaujať vhodnú polohu),
- pohodlné oblečenie,
- pripraviť si pitie (pri samotnom cvičení môže dôjsť k vyschnutiu sliznice úst a následnému kašľu) (Smolíková, Máček, 2010).

Polohy tela a ich vplyv na dýchanie

Pohybovú os dýchania tvorí panva – chrbtica – hlava. Charakter dýchania a správne postavenie tela spolu veľmi úzko súvisia. Dýchanie ovplyvňuje tonus svalov na celom tele. Astmatickí pacienti sú vystavení nebezpečenstvu vzniku svalových dysbalancií (porucha pohybového systému, pri astme sa prejavuje obmedzením rozsahu pohybov hrudníka pri dýchaní). Hrudník je v inspiračnom postavení a dĺžka výdychu sa postupne skracuje (Dylevský, 2009).

Prejavy nesprávneho držania tela: predsunutá hlava alebo zväčšené prehnutie krčnej chrbtice, guľatý chrbát, predsunuté ramená, odstávajúce lopatky, vypuklé brucho, uvoľňuje sa a povoľuje sa napätie v sedacích svalov (Gomeiro, 2011).

Pri realizovaní dychovej gymnastiky sa poloha tela volí na základe špecifických požiadaviek jednotlivých techník dýchania, ale do úvahy sa musí brať aj tolerancia a komfort pacienta. Astmatický pacient môže realizovať dychovú gymnastiku v stoji, v sede, v ľahu, štvornožky (Osacká, 2013).

Stoj (vertikálna poloha) – je najvýhodnejšia poloha pre dychovú gymnastiku aj keď dýchanie je brzdené hmotnosťou ramien. V tejto polohe nie je obmedzený pohyb hrudníka do všetkých smerov. Pri meraní vitálne kapacity sa v tejto polohe dosahujú najvyššie hodnoty. Ďalej sa využíva **vzpriamený stoj s oporou chrbta a záhlavia**. Táto poloha je vhodná pri odhlieňovacích technikách alebo pre zvýšenie exspiračnej aktivity brušných svalov a na zníženie únavy inspiračných svalov.

Správne držanie tela v stoji: chrbtica sa drží vzpriamene, tzn. trup a hlava je v jednej priamke, lopatky pri sebe, plecia spustené pri tele a mierne dozadu, dolné končatiny rozkročené na šírku ramien.

Vzpriamený sed – poloha umožňuje voľné hrudníkové dýchanie. Pri úľavovej polohe v sede: sa realizuje najmä dolné hrudníkové dýchanie. Pri cvičení možno využívať i **horizontálny sed** - ľah na chrbte s podloženými dolnými končatinami (napr. na stoličke).

Správne držanie tela v sede: rovné postavenia panvy (panva je základňou a prenáša pohyby z dolných končatín do trupu. Výrazne tiež ovplyvňuje funkciu bránice). Vystretý chrbát, lakte horných končatín položené na kolenách (znižuje sa hmotnosť horných končatín pri cvičení, čo uľahčuje dýchaniu). Nohy sa opierajú o zem celými chodidlami, sú postavené v šírke ramien.

Ľah na chrbte – pacient leží na chrbte, telo leží rovno a uvoľnene. V tejto polohe je obmedzený pohyb hrudníka dozadu, čiastočne do strán (ventrodorzálne a kraniokaudálne). Hrudník je v inspiračnom postavení (brušné orgány vytláčajú bránicu nahor), čo sťažuje exspírium.
Ľah na chrbte. Správne držanie tela zabezpečí pacient pritlačením celého trupu k podložke. Horné končatiny má voľne položené pri tele, plecia pritlačí na podložku. Dolné končatiny sú pokrčené v kolenách a roznožené na šírku ramien, alebo vystreté a roznožené na šírku ramien.

Ľah na bruchu – sťažený a obmedzený je nádych, hrudník sa voľne pohybuje len dozadu a čiastočne do strán, vpredu je fixovaný.
Ľah na bruchu. Pacient pritlačí celý trup k podložke a podloží si čelo (tenký vankúš, ruka). Hlava v predĺžení trupu, telo je v pozdĺžnej osi (Osacká, 2013).

Ľah na boku – časť hrudníka, na ktorej pacient leží je fixovaná, druhá časť tela je pohyblivá. Bránica na strane opory je vyklenutá, jej pohyblivosť nie je obmedzená. Astmatický pacient leží na boku, dolné končatiny môže mať ohnuté alebo vystreté.
Ľah na boku. Hlava, ramená a bedrá majú byť v jednej línii s telom.

Ruky v bok – zvyšujú pohyblivosť v hornej časti hrudníka. **Horné končatiny na úrovni hlavy alebo vyššie** – zvyšuje sa pohyblivosť dolnej časti hrudníka (Smolíková, Máček, 2010).
Využívajú sa ja iné polohy. Napr. poloha: **kolená – lakte,** pri ktorej tlakom vnútornosti sa uľahčuje exspírium. Polohy tela, tzv. úľavové majú vplyv na zníženie pocitu nedostatku vzduchu.

Úľavové polohy
O úľavovej polohe hovoríme vtedy, keď uľahčuje dýchanie (jeho prehĺbením) a pomáha znižovať únavu a prináša celkovú relaxáciu fyzickú aj psychickú. V týchto polohách dýchacie svaly vyvíjajú čo najmenšiu možnú prácu.

Niektoré typy úľavových polôh:

- v stoji mierny predklon, ruky sú opreté o stehná,
- stoj chrbtom k stene, záhlavie opreté o stenu, horné končatiny voľne spustené pozdĺž tela,
- stoj chrbtom ku stene, hlava a trup v miernom predklone, horné končatiny opreté o stehná,
- sed na stoličke, čelom k operadlu, horné končatiny položené na operadle (Smolíková, Máček, 2010).

Hygiena dýchacích ciest

- Pred dychovou gymnastikou je dôležité, aby pacient mal voľné dýchacie cesty. V prípade
- zahlienenia môže použiť techniky, ktoré napomôžu odstrániť spútum z dýchacích ciest.
- Cieľom je dosiahnuť maximálne odstránenie spúta z dýchacích ciest a zabezpečiť čo najlepšiu
- priechodnosť dýchacieho systému. Pacient môže použiť jednu z uvedených techník.

Technika kontrolovaného kašľa

- Pacient si sadne a zľahka predkloní hlavu. Obe chodidlá nôh pevne pritisne k podlahe.
- Zhlboka sa nadýchne s použitím techniky bránicového dýchania. Potom na tri sekundy zadrží
- dych. Mierne pootvorí ústa a dvakrát zakašle. Prvé zakašľanie uvoľní hlieny a druhé
- zakašľanie posunie hlieny smerom hore. Ak sa výsledok nedostaví ihneď odporučí pacientovi
- chvíľu pokojne dýchať a opakovať postup raz alebo dvakrát.

Autogénna drenáž

Technika autogénnej drenáže je pacientom vedome riadené a kontrolované dýchanie. Táto technika umožňuje mobilizáciu a transport hlienu s následnou exspektoráciou, udržuje dobrú funkciu dýchacích svalov a mobilitu hrudníka. Spočíva v pomalom, rovnomernom inspíriu, nosom, s následnou 1 – 3 sekundovou pauzou na konci inspíria. Pokračuje v rovnako pomalom a plynulom exspíriu cez mierne pootvorené ústa, spravidla dlhšom ako inspírium. Potom nasleduje pauza 2 – 3 sekundy. Krátko trvajúce a niekoľkokrát do dňa opakované cvičenie zabezpečuje priebežné uvoľňovanie spúta z dýchacích ciest. Pacient autogénnu drenáž môže robiť v rôznych polohách: v sede, v ľahu, na chrbte alebo na boku (Hudáková, 2010; Smolíková, Máček, 2010).

Odhlieňovacie dýchanie

Účelom tohto dýchania je **uvoľnenie a transport hlienov.** Je odporučené pacientovi ľahnúť si na bok, spodnú hornú končatinu má dať pod hlavu ako vankúš a voľnú hornú končatinu si natiahne nad hlavu. Dolné končatiny pokrčí v kolenách. Maximálne sa uvoľní (nesmie cítiť žiadne svalové pnutia). Je to v podstate poloha spánku na boku. Na začiatku vdychuje pomaly a plynulo nosom až do pocitu plnosti a vydychuje taktiež pomaly a plynulo cez pootvorené ústa a hrdlo. Postupne po uvoľnení hlienov môže dýchanie zrýchliť až do prudších výdychov. Tým sa spustí transport hlienov von z pľúc. Pri snahe o maximálne vydýchnutie dochádza aj k spontánnemu kašľu a vykašliavaniu hlienov (Osacká, 2013).

Dýchanie proti odporu

Technika dýchanie proti odporu je založená na princípe exspíria proti zvýšenému odporu, pri ktorom dochádza k zvýšeniu tlaku v bronchoch. V dôsledku dýchania proti odporu dýchacie cesty sú viac rozšírené, čo uľahčuje posun spúta a jeho odstránenie aj z periférnych, často nedostatočne ventilovaných oblastí pľúc.

Statická dychová gymnastika

Statická dychová gymnastika je samotné dýchanie bez sprievodného pohybu ostatných častí tela, t.j. horných aj dolných končatín a trupu. Hovoríme o nej vtedy, keď pacient používa pri cvičení len dýchacie svaly hrudníka, brušne steny a bránicu. Pri nej nacvičujeme zmeny rytmu dýchania a zameriavame sa na frekvenciu a hĺbku dýchania.

Základnou požiadavkou statickej dychovej gymnastiky astmatických pacientov je, že nádych aj výdych sa vykonáva nosom. Nos je ideálny filter zachytávajúci mnohé nečistoty z ovzdušia, predhrieva vzduch a patrične ho zvlhčuje.

Pritom až 90% astmatických pacientov dýcha ústami. Pri dýchaní ústami alergizujúce častice ako aj polutanty vo väčšej miere prenikajú hlbšie a rýchlejšie do dýchacích ciest a vyvolávajú záchvat. Pacientovi neodporúčame dýchať ústami i z dôvodu vysušovaniu sliznicu úst, zvyšuje sa náchylnosť k nachladnutiu a možným exacerbáciam astmy. Cvičíme v rôznych polohách tela, najčastejšie v sede alebo v ľahu na chrbte.

Výhody hlbokého a pomalého dýchania:

- krv sa môže účinnejšie zbavovať oxidu uhličitého,
- vdychovaný vzduch má dostatočne dlhý čas na preniknutie do všetkých častí pľúc, na odovzdanie kyslíka krvi a na prijatie oxidu uhličitého z nej,
- dochádza tak k dostatočnej ventilácii pľúc.

Pomer času nádychu ku času výdychu by mal byť 1:2 (ak, napr. trvá nádych tri sekundy, výdych by mal trvať šesť sekúnd). Výdych je preto dlhší, aby mal vdychovaný vzduch dostatok

času na odovzdanie kyslíka a prijatie oxidu uhličitého, ako už bolo uvedené v predchádzajúcom bode. Hlboký výdych prináša prirodzený pocit uvoľnenia, čo sa využíva i pri relaxácii (Hanáček, 2010). Pri reedukácii dýchania prvoradou úlohou je naučiť pacienta používať základný dychový vzor. **Reedukácia správnych vzorov dýchania** je využitie modifikovaného dýchania s priamym liečebným významom.

Základný dychový vzor u zdravého jedinca.

Ide o tzv. techniku voľného dýchania. Je to kontrolované a vôľou ovplyvnené dýchanie a skladá sa z týchto fáz: nádych nosom so zatvorenými ústa mi, pauza na konci nádychu, výdych ústami a pauza na konci výdychu.

Základný dychový vzor u astmatického pacienta

Tento základný dychový vzor je možné využiť v každej polohe. Je to kontrolované a vôľou ovplyvnené dýchanie a skladá sa z týchto fáz: nádych nosom so zatvorenými ústa mi, 1 – 3 sekundová pauza na konci nádychu, výdych nosom a 2 – 4 sekundová pauza na konci výdychu. Jednotlivé komponenty dýchania sa odohrávajú v oblasti hrudníka, brucha a chrbta. Dýchací akt, pozostávajúci z inspíria a exspíria, je zabezpečený pohyblivosťou hrudníka. Hrudný kôš pomocou svalov pri dýchaní sa rozširuje a zužuje v troch smeroch: predozadne (ventrodorzálne), do strán (laterálne) a hore i dole (kraniokaudálne).

Do statickej dychovej gymnastiky radíme bránicové, vedome prehĺbené dýchanie, fonančné dychové cvičenie a nácvik plného dychu. Pri cvičení treba dbať, aby nedochádzalo k pomocným pohybom svalov pletenca hornej končatiny (pohyb ramena).

Bránicové dýchanie

Bránica (m. diaphragma) je najdôležitejší inspiračný sval. Jej kontrakciou sa rozširuje hrudník v troch smeroch a tak je schopná zabezpečiť všetky inspiračné funkcie. Bránicové (brušné) dýchanie podporuje výmenu dýchacích plynov v spodnej časti pľúc, znižuje námahu počas dýchania a pomáha regulovať dýchanie, ak je namáhavé. Bránicové dýchanie je veľmi efektívne, pretože využíva až 60% vitálnej kapacity aj v pokoji.

Vedome prehĺbené dýchanie

Vedome prehĺbené dýchanie je zamerané na rozvoj dýchania v určitej časti pľúc. Dýchanie sa robí proti tlaku priloženej dlane ruky sestry alebo samotného pacienta. Sila tlaku dlane priloženej ruky sa v priebehu nádychu mení. Na začiatku nádychu odpor rúk má byť vyšší a na konci minimálny. Opačne je tomu pri výdychu. Pri dýchaní kladie sa odpor proti hrudnej stene. Ďalej sa využíva činnosť medzirebrových svalov proti odporu priloženej ruky, čo pomáha pacientovi, aby zapojil svaly v mieste odporu a tým zväčšil rozpätie dýchacích

pohybov. Sestra pritom inštruuje pacienta, aby vedome smeroval nádych do požadovaného miesta. Mierny tlak pôsobí aktivačne, stredný tlak núti pacienta zvýšiť svalovú silu – pôsobí posilňujúco, veľký tlak obmedzí pohyby stláčanej oblasti, a tým vyvolá kompenzačné zvýšenie pohybov svalov v susednej oblasti. Neskôr naším cieľom je, aby astmatický pacient ovládal nádych do požadovaného (lokalizovaného) miesta aj bez kladenia odporu. Pre zlepšenie prevzdušnenia pľúcnych alveol je pacient poučený, aby vdych na niekoľko sekúnd zadržal a potom vzduch pokojne vydýchol (zlepšuje sa výmena kyslíka a oxidu uhličitého).

Fonančné dychové cvičenie

Dychové cvičenie so spoluhláskami spôsobuje uvoľnenie pľúcneho tkaniva. Po nádychu nosom pacient zadrží dych na 1 -3 sekundy. Potom vydýchne polootvorenými ústami vyslovujúc spoluhlásky „**F, V , S , Š**“. Najväčšiu vibráciu spôsobujú spoluhlásky „**S,Š**“. Fonančné dychové cvičenie spojené so samohláskami vyvolá napätie bránice „**UŠ, OŠ**“ alebo „**ŠO**“ a pôsobí na spodnú časť hrudníka.

Dychové cvičenie so samohláskami. Pri cvičení so samohláskami vibrujú rôzne oblasti hrudníka. „**E**“ spôsobuje vibráciu v okolí sterna, „**O**“ vibruje v dolnej oblasti hrudníka, čistí a posilňuje pľúca a zvyšuje príjem kyslíka. Odporúča sa pri všetkých chorobách pľúc. Samohláska „**U**“ znižuje napätie bránice, uvoľňuje spodnú čeľusť. „**A**“ uvoľňuje svalstvo spodnej čeľuste a prednej časti hrdla. Zároveň vyvoláva vibráciu celej oblasti brucha. Pri dychovom cvičení s „**I**“ vzniká stredné napätie bránice a svalstva čeľuste.

Dynamická dychová gymnastika

Dýchavica, ktorá je častým príznakom prieduškovej astmy, je vlastne výdychová neschopnosť spôsobená kŕčom dýchacích svalov. Zasiahnuté sú aj pomocné dýchacie svaly, ako sú svaly šije, hrudníka, svaly krčne a chrbtové. Takmer u všetkých astmatických pacientov sa vyskytuje svalové napätie, niektoré svaly dokonca reagujú skrátením (napr. veľký prsný sval, chrbtové svaly pozdĺž chrbtice, svalstvo šije a krku ....), u niektorých pacientov dochádza k oslabeniu brušných svalov. Preto je veľmi dôležité venovať sa precvičovaniu pohybového aparátu v spojení so správnym dýchaním. Ak sú dychové pohyby hrudníka a brušnej steny sprevádzané pohybom končatín, hovoríme o **dynamickej dychovej gymnastike**. Dynamická dychová gymnastika by mala nadväzovať na statickú. Cieľom dynamického dýchania je nacvičiť správny stereotyp dýchania spojený s pohybom. Z hľadiska reedukácie dýchania je veľmi dôležité tempo jednotlivých pohybov. Preto volíme jednoduché pohyby, aby sme neovplyvnili tlakové pomery v hrudnej dutine (Osacká, 2013).

Ak sa pacient cíti dobre postupne podľa cieľa cvičenia pridávame k výdychu najprv pohyby hlavy, ramena a ramenných pletencov, pohyby trupu, panvy a náročnejšie cviky dolných končatín. Nemožno zabudnúť na relaxáciu na začiatku a po skončení každého cviku.

Záver

Zlepšenie kvality života u spolupracujúceho pacienta možno dosiahnuť pravidelným, denným cvičením, uvedomelým zapájaním a využívaním bránice ako hlavného respiračného svalu a kontrolou dýchania uvedomelým zapájaním hlavných a pomocných respiračných svalov do procesu dýchania.

Literatúra:

1. DYLEVSKÝ, I. 2009. Speciální kineziologie. Praha: Grada Publishing, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-1648-0
2. GOMEIRO, L. T. Y. et al. 2011. Respiratory exercise program for elderly individuals with asthma. In *Clinics (Sao Paulo,)* 2011. Vol. 66, No.7p. 1165–1169.
3. HANÁČEK, J. 2010. Patofyziológia vonkajšieho dýchania. In [online].[cit. 2013-01-18]. Dostupné na internete: <www.jfmed.uniba.sk/.../05Patofyziologia_vonkajsieho_ dychania.ppt>.
4. HUDÁKOVÁ, Z. 2010. Edukácia pacienta o dychovej rehabilitácii pri respiračných ochoreniach. Zborník z XVI. Kongresu Slovenskej a českej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti. [CD-ROM]. 2010. Bratislava : SUZA, 17.-18.6.2010. 248 s. ISBN 978-8088866-77-0
5. LAURINO, R.A. et al. 2012. Respiratory rehabilitation: a physiotherapy approach to the control of asthma symptoms and anxiety In *Clinics (Sao Paulo)* 2012. Vol. 67, No.11, p. 1291–1297.
6. OSACKÁ, P. 2013. Dychová gymnastika astmatických pacientov. Špecializovaný seminár : „Múdrejší ako astma“ pre sestry v odboroch klinická alergológia, pneumoftizeológia a imunológia. Bratislava, 2013. PPT prezentácia.
7. PLEIDELOVÁ, J. 2010. Rehabilitácia pri respiračných ochoreniach. [online]. [cit. 2012-11-08]. Dostupné na internete: <www.snzobor.sk/.../Pleidelova_Rehabilitacia_pri_ respiracnych_ochor...>
8. SLADER, C. A. et al. 2006. Double blind randomised controlled trial of two different breathing techniques in the management of asthma. In: *Thorax*. August 2006. Vol. 61, No.8, p. 651–656.
9. SMOLÍKOVÁ, L. – MÁČEK, M. 2010. Respirační fyzioterapie a plicní rehabilitace. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelekářských zdravotnických oborů, 2010. 194 s. ISBN 978-80-7013-527-3

Kontakt:

Doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

STRES A MOŽNOSTI REHABILITÁCIE MYSLE

Zuzana Hudáková[1,2], Anna Butorová[1], Halina Romualda Zięba[3], Paweł Lizis[4]

[1] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
[2]Vysoká škola polytechnická v Jihlave
[3]Podhalanska Panstwowa Wysza Szkola Zawodowa w Nowym Targu
[4]Holy Cross School in Kielce, Poland

Abstrakt

Odkiaľ pochádzajú myšlienky a aký dopad môže mať znalosť toho zdroja na váš každodenný život? Odhalenie zdroja myšlienok má jasný a nesmierne pozitívny vplyv na naše osobné vzťahy, telesnú a duševnú zdatnosť, a dokonca aj na náš milostný život. Ide len o to vymknúť sa z väzieb energie/hmoty a vnímať to, čo leží za nimi. Všetky veci sú formou energie. Myšlienky sú mentálnou energiou, iskrami ducha, ktoré zapaľujú myseľ a všetko, čoho sa dotkneme. Každá vec, vrátane myšlienky, má dva druhy kvality – energiu a formu. Myšlienka je ako bublina, ktorá stúpa rozťahuje sa, až na povrchu nakoniec praskne. Je predchodcom činu. Keď si dokážeme uvedomiť myšlienku v okamžiku, keď sa blíži k svojmu zdroju, budeme mať prospech z menej pokriveného myslenia, čo v konečnom dôsledku ovplyvní naše zdravie.

Kľúčové slová: Myšlienka. Stres. Rehabilitácia. Kvalita. Kvantová fyzika. Kvantové unášanie.

Abstract

Where do the ideas and the impact may have knowledge of the source of your everyday life? Revealed a source of ideas is clear and extremely positive impact on our personal relationships, financial success, physical and mental fitness, and even our love life. It's just to get out of the bonds of energy / matter and perceive what lies behind them. All things are forms of energy. Thoughts are mental energy, spirit sparks that ignite the mind and everything it touches. Everything, including the idea has two kinds of qualities - energy and form. The idea is like a bubble that expands the rise, and the end surface of the crack. Is the forerunner of action. When we can recognize the idea at the time when it is approaching to its source, we will benefit from less's twisted thinking, which ultimately affects our health.

Key words: Idea. Stress. Rehabilitation. Quality. Quantum physics. Quantum entrainment.

Úvod

Telo a duša sú spolu tesné spojené. Keď myseľ prestane usilovne premýšľať, telo sa môže uvoľniť a lepšie si odpočinie. Duševný stres dokáže v našom tele vyvolať napätie a stuhnutosť. Stuhnutý krk a ramená, bolesti hlavy, problémy s trávením, zápcha a vysoký tlak, to všetko sú neduhy vyvolané chaotickým a rýchlym myslením, ktorý v konečnom dôsledku privádza do organizmu stres. Vlastná nespútanosť človeka existuje mimo čas a ťažkosti. Aby sme ju mohli pozorovať, musíme si ju uvedomovať. V okamžiku, keď sa myslenie vypne, tak si to uvedomíme. A to nazývame NIČ. A zistíme, že NIČ nie je prázdne. Nič je vyplnené čistým uvedomením. Skôr, ako sa narodilo naše „ja“ a dostalo obraz, ktorý vnímame ako seba, bolo tu univerzálne NIČ čistého uvedomenia (Kinslow, 2011).

Telo, myseľ a stres

Naše telo a myseľ boli vytvorené ešte pred vynálezom času a sú dnes vystavené pôsobeniu síl, ktoré naši predkovia nepoznali. Ego je jedným z dvoch spôsobov. Môže ostať v pokoji, cítiť sa úplné a rozvinuté. To zažívame, keď sa pozeráme na oblohu plnú hviezd a cítime sa byť synchronizovaní – ako že všetko na svete je v poriadku. Druhým vyjadrením ega je to, čo zažívame 99 % nášho času. Je to ego, ktoré má pocit prázdnoty a snaží sa tú prázdnotu zaplniť zhromažďovaním vecí a ľudí, ktoré ju dočasne zaplnia. Pocit prázdnoty nie je dobrá vec, ale v skutočnosti je. Pocit prázdnoty je tak dobrý, ako je dobre, že existuje fyzická bolesť, pretože ak by sme ju necítili, nezistili by sme, že sa v tele niečo pokazilo. Bolesť je prirodzeným varovným signálom, ktorý nás informuje o tom, že niečo nie je v poriadku. Rovnako tak aj pocit prázdnoty. Je to varovný signál, ktorý nás upozorňuje, že to, čo robíme, nerieši náš problém (Kinslow, 2015 a).

Moderný človek je až pozoruhodne vynaliezavý v nachádzaní ciest, ako tento vnútorný hlas potlačiť. Našou najväčšou zbraňou je technológia, ktorá sa prepožičiava k tomu, aby sa chovala ako pasca. Dokonalým príkladom je počítač, pri ktorom sedíme. Funkčný je, ale pokiaľ ste závislí na internete, je to jedna z najväčších hračiek, aké ľudstvo vymyslelo. Nakupovanie je ďalšou takou hračkou. Hľadáme rozptýlenie, aby sme odviedli našu pozornosť od oného pocitu prázdnoty, osamelosti a straty, nakupovanie, jedlo, adrenalínové športy, televízia... a zoznam pokračuje ďalej. Nikdy nezaplníme prázdnu priepasť, keď sa ju snažíme zasypať myšlienkami, vecami, emóciami. Je to ako zamaľovať červenú kontrolku na čierno, aby sme nevideli, že svieti a signalizuje nám prázdnu nádrž. Prázdnota, nuda, nepokoj a úzkosť – rovnako ako fyzická bolesť sú červenými kontrolkami.

Kvantová fyzika nám hovorí, že život má dve stránky: hmotné a energetické pole a ničotu, z ktorej všetko pochádza. Kvantová fyzika je prvým odborom, ktorý na to poukázal. Ukazuje sa, že ničota nie je prázdna. Všetky stvorené veci – hviezdny prach a antihmota, lienky a sladké sny – existujú v relatívnom svete formy a energie (Kinslow, 2016).

Keď spojíme predstavu Ničoho s prežitkom Ničoho, má to na nás pozoruhodný vplyv. Odstraňuje to utrpenie. Nič vyhladzuje skľúčenosť, utrpenia a bolesť. Vyrovnáva nesúlad každého druhu a posilňuje dušu a telo. Ale ako všetci vieme, čokoľvek môžeme získať, ale zároveň aj stratiť. Utrpenie ale nespôsobuje strata. Je to strach zo straty a túžba po návrate strateného. Veci ani ľudia nie sú problém. Je to silná náklonnosť mysle k nim, ktorá vytvára onú trýzeň. Myseľ sa upína k veciam, pretože nepozná hodnotu Ničoho. Keď nemáte nič, nemáte čo stratiť (Kinslow, 2011).

Pokoj a strach nemôžu existovať spoločne a naraz. Pokoj je pre strach neplodnou pôdou. Čo je pokoj? Aj keď je vaše telo aktívne, môže ostať v pokoji. Bežci na dlhé trate hovoria, že cítia vnútorný pokoj, aj keď ich telo ťažko fyzicky pracuje. Vtip je v tom, že skutočný pokoj sa odráža v pokojnej mysli.

Mohli by sme povedať, že menej duševnej práce a menej duševnej činnosti odráža väčší pokoj. Ak by to tak bolo, potom sa dá povedať, že nulová aktivita je absolútnym mierom. Aktivita je energia, žiadna aktivita znamená nulovú energiu. Žiadna energia je Nič. Z toho vyplýva, že Nič je absolútny pokoj (Kinslow, 2015 b).

Na druhej strane ego neustále hľadá niečo, čím by obohatilo svoju existenciu. Má pocit, že vyššie vzdelanie, lepšie zdravie alebo viac peňazí dokáže vytvoriť pokoj a zbaviť nás úzkosti. Problém je v tom, že pridávať veci znamená pridávať energiu, a pridávanie energie je, ako vieme, v rozpore s pokojom (Kinslow, 2011).

Premýšľajte o odpočítavaní veci z vášho života. Necítite sa trocha pokojnejšie, keď si pomyslíte, že nemusíte ísť napr. na dovolenku? Aj dobrá vec, ako je dovolenka, môže vyvolať stres. Je tu spôsob, ako viesť aktívny život a pritom mať stále pokojnú myseľ. Je to metóda ***kvantového unášania.*** Ak sa ju naučíte, budete bez námahy liečiť seba a riešiť onen viditeľný nesúlad každodenného života.

Kvantové unášanie

Kvantové unášanie vyjadríme odpočítavaním. Ponúka našej mysli stále menej a menej až nakoniec nezostane NIČ. Potom – to je tá najkrajšia vec – udržuje našu myseľ na najdelikatnejšej rovine stvorenia, kde prebýva naše vnútorné Ja, a zároveň mysli dovolí, aby vplávala späť do zhonu každodenného života. Je to kľúč k dosiahnutiu pokoja. Ako náhle sa naučíte túto metódu dvoch krokov, budete schopní zlepšiť svoje vzťahy rovnako ako emocionálne a telesné zdravie a duchovnú činnosť. Tým, že nebudete robiť Nič, uvediete do pohybu hojivé vlny zmeny, ktoré sa budú šíriť vašim životom (Kinslow, 2011).

Odhalenie zdroja myšlienok má jasný a nesmierne pozitívny vplyv na naše osobné vzťahy, finančné úspechy, telesnú a duševnú činnosť, a dokonca aj na náš milostný život. Myšlienky sú mentálnou energiou, iskrami ducha, ktoré zapaľujú myseľ a všetko, čoho sa dotknú. Myšlienka je ako bublina, ktorá stúpa zo dna, roztiahne sa, až nakoniec na povrchu

rybníka praskne. Hladina rybníka je ako vedomý stav mysle, keď si uvedomujeme myšlienku. Myšlienka je predchodcom činu. Slabá myšlienka vedie k slabému činu. Ak budeme pokračovať, zistíme, že pokiaľ si dokážeme uvedomiť myšlienku v okamžiku, kedy je najbližšie k zdroju, budeme mať prospech z menej pokriveného myslenia. To je podstata kvantového unášania.

Telo a duša sú spolu tesne spojené, a keď myseľ prestane tak usilovne premýšľať, telo sa môže uvoľniť a lepšie si odpočinie. Myšlienky a emócie prichádzajú a odchádzajú. Sú relatívne a momentálne. Keď sa vaše myšlienky zastavili, prestali ste existovať? Dostali ste sa do kómy? Boli ste stále tu, však? Budete prekvapení, keď zistíte, že existujete mimo čas a ťažkosti. Ako môžeme existovať mimo čas a ťažkosti? Medzi myšlienkami bolo Nič. Ale vy ste si stále uvedomovali. Pozorovali ste, keď sa vaše myšlienky stratili a potom boli nahradené medzerou. Kto tu medzeru pozoroval? Nič tam nebolo, ale vy ste si stále uvedomovali. Nebolo tam nič, len uvedomenie. Nie uvedomenie niečoho, ale ničoho. Pochopili ste? Pokiaľ by nebolo nič, len čisté uvedomenie, potom tým čistým uvedomením ste vy. Čím iným by ste mohli byť?

Zistili ste, že Nič nie je prázdne. Nič je vyplnené čistým uvedomením. Spomeňte si na dobu, keď ste boli deťmi. Vybavte si obdobie dospievania a dobu súčasného života. V každej etape života ste mali rozdielne túžby, ciele, záľuby. Vaše telo, myslenie a emócie sa tiež nemenili. Nič zostalo rovnaké. Čo ostalo od detstva až do dospelosti bez zmeny? Vaše uvedomenie. V každej etape vášho života sa telo a myseľ menili, ale vy, čisté uvedomenie stalo ticho ako nemý svedok.

Uvedomenie nie je žiaden objekt. To ste vy, vaša podstata. Vaša myseľ to nebude schopná celkom prijať, pretože si nedokáže predstaviť Nič. Musí tu byť nejaká forma, hranica, o ktorú sa bude môcť vaša myseľ oprieť- zažívať, zaznamenávať, analyzovať, syntetizovať a rozčleniť informácie. To ego rozhoduje, ako s tými informáciami naloží.

Záver

Ak ste niekoľko málo minút, ktoré ste venovali pozorovaniu medzery medzi vašimi myšlienkami, prinieslo pokoj a uvoľnenie, predstavte si, aké veľké dobrodružstva vás čakajú, keď čisté uvedomenie prenikne do vášho myslenia, stravovania, práce a lásky. Objavenie čistého uvedomenia na dne našej mysle a vibrácie smerom von prostredníctvom jednoduchých atómov, ktoré vytvárajú symfóniu sfér – to je prvý krok k nášmu zdravému a bohatému životu.

Literatúra:

1. KINSLOW, F. 2016. Když se vám nic nedaří, zkuste dělat nic aneb jak vás umění oprostit se od všeho dostane tam, kam chcete. Olomouc, Vydavateľstvo: ANAG, 2016. ISBN: 978-80-7554-014-0.

2. KINSLOW, F. 2015 a. Systém Franka Kinslowa: aneb Vaše cesta k zaručenému úspěchu, zdraví, lásce a šťastnému životu. Olomouc, Vydavateľstvo: ANAG, 2015. ISBN: 978-80-7263-945-8
3. KINSLOW, F. 2015 b. Tajomstvo okamžitého liečenia. Bratislava, Vydavateľstvo: Eugenika, 2015. ISBN: 978-80-8100-385-1.
4. KINSLOW, F. 2011. Tajomství kvantového života. Olomouc, Vydavateľstvo: ANAG, 2011. ISBN: 978-80-7263-697-6.

Kontakt:
Doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku
Katedra fyzioterapie
e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

VYUŽITÍ STANDARDIZOVANÝCH ŠKÁL PRO HODNOCENÍ VÝŽIVY U SENIORŮ V SOCIÁLNÍM ZAŘÍZENÍ

Use of Standardized Scales for Nutrition Evaluation in the Eldery in a Social Care Home

Ingrid Juhásová, Lenka Chmelíková

Katedra zdravotnických studií, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Jihlava, ČR

Abstrakt

Výživa senioru je důležitá pro jejich kvalitu života. Cílem práce je zmapovat nutriční stav seniorů prostřednictvím vybraných nutričních testů. Soubor tvoří 87 seniorů (průměrný věk: 86; min. 69; max. 96 let). Délka pobytu ve vybraném sociálním zařízení byla 1 rok až 7 let. Na získání údajů byly použity MNA (Mini Nutritional Assessment), MUST (Malnutrion universal screening tool) a BMI (Body mass index). Výsledky jsou vyhodnoceny v absolutní a relativní četnosti. Škálou MUST bylo zjištěno, že poruchu výživy má 13 % klientů. Škála MNA potvrdila poruchu výživy u 50 % klientů. BMI odhalil velké procento v kategorii obezity (30 %) a v kategorii normální stav výživy se dle BMI nacházelo 25 % senioru. Problematika výživy seniorů v sociálním zařízení nesmí být opomíjenou oblastí v péči o seniory, protože dobrý stav výživy je předpokladem zlepšení kvality života.

Klíčová slova: Senior. Výživa. Mini Nutritional Assessment. Malnutrion universal screening tool. Body Mass index.

Abstract

The elderly's nutrition is important for their quality of life. The aim of the study is to explore the nutritional status of the elderly through selected nutritional tests. The sample of respondents consisted of 87 elderly (average age 86, min. 69, max. 96 years of age), who have been residing in social care home from one year to seven years. In order to obtain data needed, the following tests were used: MNA (Mini Nutritional Assessment), MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) and BMI (Body Mass Index). The results were evaluated in absolute and relative frequency. The scale of MUST revealed that 13% of clients suffer from a certain sort of eating disorder. The scale of MNA confirmed nutritional disorders in 50% of clients. BMI test revealed a large percentage in the category of obesity (30%). According to BMI, 25% of the elderly fall into the category of normal nutritional status. Nutritional issues of the elderly in

social care homes should not be neglected area of the elderly care because a good nutritional status is a prerequisite for improving the quality of their life.

Key words: The elderly. Nutrition. Mini Nutritional Assessment. Malnutrion universal screening tool. Body Mass index.

Úvod

Výživa ve stáří má určité zvláštnosti a problémy, které jí do značné míry odlišují od předcházejících životních etap. Správná výživa má zásadní význam na udržení dobrého zdraví a podpory kvalitního života. Starnovská (2011) tvrdí, že senioři tvoří skupinu obyvatel, kteří nutriční stav je často nedostatečný. Samotný přesun z domácího prostředí do sociálního zařízení může u člověka vyvolat obavy, strach, nervozitu, deprese. Dle Grofové (2007) křehký geriatrický pacient vyžaduje skutečně specifický přístup v mnoha aspektech, jež mohou být ještě ztěžovány polymorbiditou a polypragmázií.

Potřeba energetického příjmu se postupně s věkem mění, převážně snižuje. Studie zaměřené na vztah výživy k věku podotýkají, že energetická potřeba organizmu od dospělosti ke stáří lineárně klesá. Příjem energie klesá od 2700kcal / den ve věku 30 let k 2100kcal / den ve věku 80 let. To má za následek snížení přínosu hodnotných bílkovin, vitamínů a některých stopových prvků. Energetická potřeba organizmu je individuální, zvyšuje se např. po dobu onemocnění (Kalvach et al., 2004).

Základním předpokladem poskytované kvalitní nutriční péče je standardizovaná nutriční péče, která má multidisciplinární charakter. Variabilita nutričního týmu je závislá na charakteru zařízení. Tento tým, složený ze zdravotnických pracovníků (lékaři, nutriční terapeuti, sestry, zdravotnický asistenti, fyzioterapeuti) zajišťují kontinuální nutriční péči klienta v rámci poskytování komplexní péče ve zdravotnických i sociálních zařízení. Dobře fungující nutriční tím je zárukou zabezpečení kvalitní a bezpečné péče.

Cíl

Cílem práce je zhodnotit stav výživy seniorů v sociálním zařízení dle vybraných standardizovaných hodnotících škál a zjistit kolik seniorů je v riziku podvýživy.

Průzkumní prostředí a vzorek průzkumu

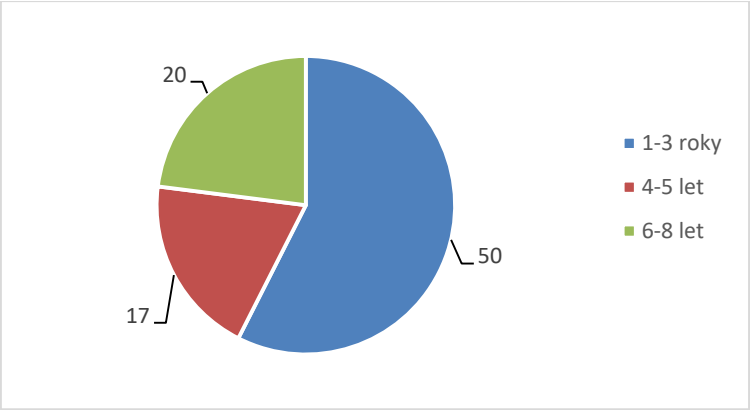
Průzkum byl prováděn v sociálním zařízení domov seniorů, který má kapacitu 87 lůžek. Vedení domova pro seniory bylo požádané o umožnění výzkumu. Všichni zúčastnění byli ujištěni, že výsledky budou sloužit pouze pro vědecké účely. Respondentům byla garantovaná anonymita, zároveň byli seznámeni s účelem šetření a vyjádřili souhlas s účastí, ale zároveň byli také obeznámení, že mohou kdykoli vystoupit ze šetření. Data byla zpracována

v programu Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Byli využité metody induktivní a opisní statistiky.

Výzkum byl prováděn metodou kvantitativního šetření, které se skládalo z jedné části, ta byla zaměřena na měření pomocí standardizovaných škál a na sbírání údajů pro porovnání. Měření pomocí BMI, MNA, MUST probíhalo v období červenec 2015 až listopad 2015. Kritériem pro zařazení do výzkumu byl souhlas s účastí a pobyt v domově minimálně 1 rok. U všech klientů v tomto období v pozorovaném zařízení byla zjištěna váha, výška, zda v poslední době nezhubli a zaměřili jsme si i na jejich chuť k jídlu.

Respondentů bylo 87, 30 (35 %) bylo mužského pohlaví a 57 (65 %) byly ženy. Průměrný věk seniorů byl 86 (min. 69, max. 96). Průměrný věk mužů je 84 let, u žen je průměrný věk 85 let.

Délka pobytu v zařízení byla zaznamenána na celé roky (graf. 1).



***Graf 1** Délka pobytu seniorů v zařízení*

Min. délka pobytu seniorů v sociálním zařízení byla 1 rok, max. délka pobytu byla 8 let. Nejvíce respondentů 50 (57,5 %) v zařízení je 1-3 roky (graf 1).

Metody

Pro průzkumné šetření byli vybráni mezinárodně uznávané nutriční testy.

MNA (Mini nutritional assessment) je komplexní a jednoduchý nástroj pro hodnocení celkového stavu výživy. Dotazník je klinicky prověřený a mezinárodně uznávaný, pomáhá odhalit riziko podvýživy, než se projeví hmotnostní úbytek či pokles hladiny bílkovin v krvi. Obsahuje 14 položek, které zahrnují skcreening a hodnotí celkový nutriční stav. Každá otázka je hodnocená určitým bodovým skórem (maximálně 14 bodů) (Kaiser et al. 2010). Každá otázka je vyhodnocena určitým počtem bodů. V závěru sečteme celkový počet bodů, které pacient získal, a vyhodnotíme. Maximální počet bodů je 14, rozmezí 14–12 bodů je stav

normální výživy, 11 – 8 bodů je riziko podvýživy a méně než 7 bodů je podvýživa (Pokorná, 2013).

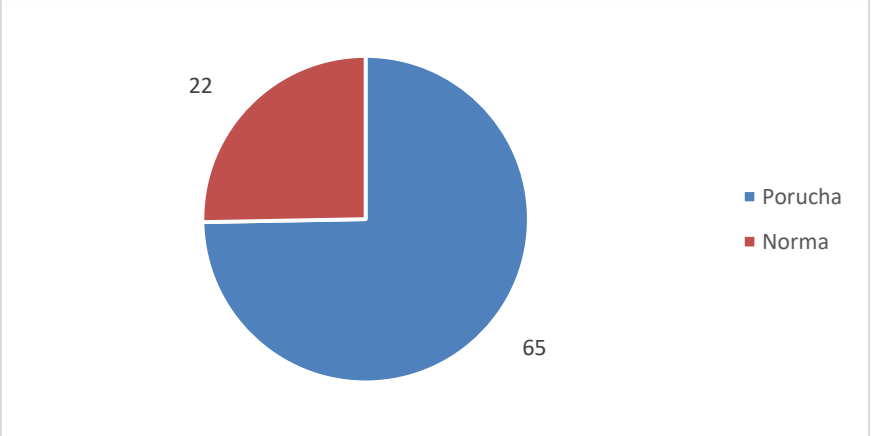
MUST, se skládá ze třech klinických parametrů, která jsou ohodnocena body 0, 1, 2. Prvním parametrem testu je BMI. Dalším parametrem je ztráta hmotnosti za posledních 3–6 měsíců. Posledním parametrem je účinek akutního onemocnění. Celkové skóre se navýší o 2 body, nedošlo-li nebo pravděpodobně nedojde k žádnému nutričnímu příjmu po dobu více než 5 dnů. Dosáhne-li pacient 0 bodů, jedná se o nízké riziko podvýživy (Elia, 2003).

BMI se počítá jako poměr hmotnosti ke druhé mocnině výšky v metrech. Podle BMI můžeme velmi snadno určit, je-li člověk v pásmu podvýživy, normy, nadváhy, obezity nebo těžké obezity. Problémy nám mohou činit buď lidé s velkou svalovou hmotou, nebo pacienti s otoky či přítomností většího množství tekutiny v tělních dutinách (ascites), kde pak není výpovědní hodnota BMI přesná. Tam by nás zajímalo složení těla, na jehož stanovení jsou některá pracoviště přístrojově vybavena, ale není to zcela běžné. U zdravých osob považujeme za podváhu BMI pod 18,5 kg/m², u osob nemocných musíme být obezřetní již při BMI pod 20 kg/m² (Grofová, 2007).

Výsledky

První otázka průzkumu, zjišťovala stav výživy seniorů dle standardizovaných hodnotících škál výživy.

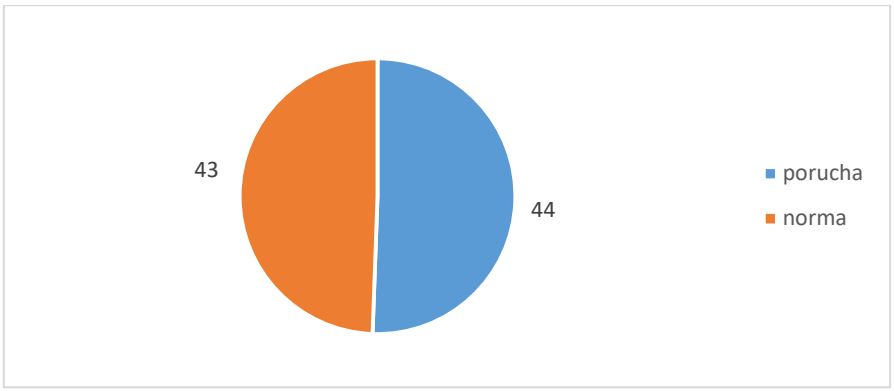
Graf 2 znázorňuje počet osob dle standardizované hodnotící škály výživy BMI.



***Graf 2** Stav výživy dle BMI*

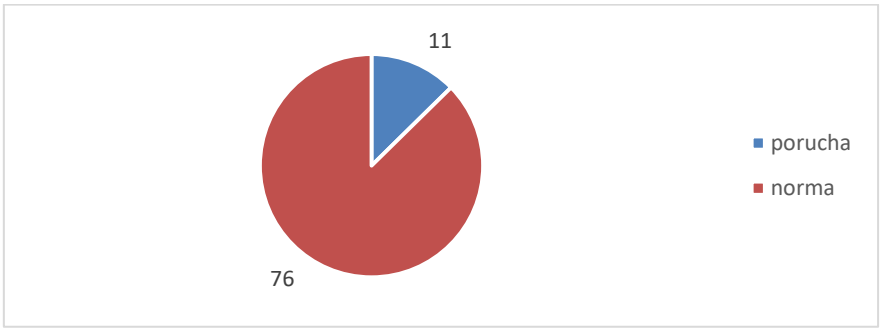
Z grafu 2 zjišťujeme, že celkem z 87 (100%) respondentů trpí poruchou výživy 65 (75%), stav výživy v normě byl zjištěn u 22 (25%) klientů.

Graf 3 znázorňuje počet osob dle standardizované hodnotící škály výživy MNA, vidíme, že celkem z 87 (100%) respondentů trpí poruchou výživy 44 (51%%), stav výživy v normě byl zjištěn u 43 (49%) klientů.



Graf 3 *Stav výživy dle MNA*

Výsledky zjištění dle standardizované hodnotící škály výživy MUST znázorňuje graf 4.

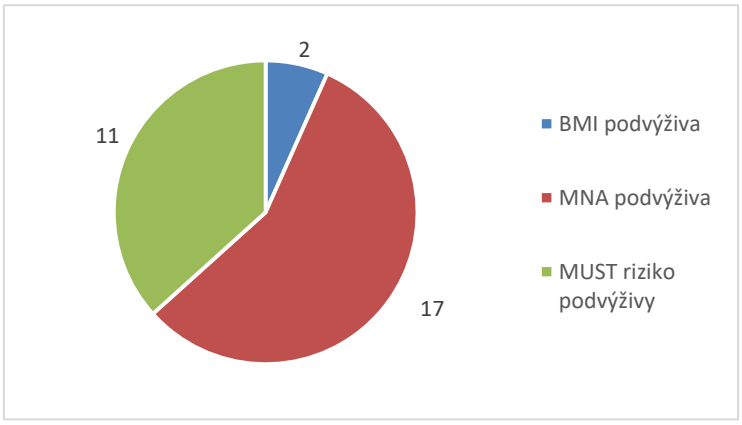


Graf 4 *Stav výživy dle MUST*

Z 87 (100%) respondentů trpí poruchou výživy 11 (13%), stav výživy v normě byl zjištěn u 76 (87%) klientů (graf 4).

Jestli jsou klienti v domově v domově seniorů podvyživeni nebo v riziku podvýživy byli zjišťování druhou průzkumní otázkou.

Graf 5 přibližuje výsledky stavu výživy klientů podvyživených a v riziku podvýživy.



Graf 5 *Podvýživa a riziko podvýživy*

Standardizovaná hodnotící škála výživy BMI odhalila z 30 (100%) klientů s podvýživou nebo v riziku podvýživy a 2 (7%) klienty podvyživené, dle MNA škály 17 (57%) podvyživených klientů, dle MUST jsme odhalili 11 (36%) klientů v riziku podvýživy (graf 5).
Která ze standardizovaných škál se jeví citlivější pro odhalení klientů v podvýživě zobrazuje tab. 1.

Tabulka 1 *Podvýživa dle pohlaví*

Podvýživa	**Muži**		**Ženy**		**Celkem**	
	N	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**
Dle BMI	1	3	1	2	2	5
Dle MNA	5	16	12	21	27	37

V tabulce 1 můžeme vidět, že škála MNA je daleko citlivější pro odhalení podvýživy než BMI. BMI nám odhalilo celkem 5% podvyživených (mužů i žen), oproti tomu standardizovaná hodnotící škála MNA odhalila 37% podvyživených z 87 respondentů.

Diskuze

Z celkového počtu 87 respondentů BMI odhalil poruchu výživy u 65 (75 %) klientů, škála MNA u 44 (51%) klientů a škála MUST u 11 (13 %) klientů. Nejčastější poruchou výživy u seniorů je malnutrice. Podle Kohouta (2010) trpí malnutricí 50 % seniorů. Ve studii Peréze et al. (2010) byl hodnocen nutriční stav u pacientů v seniorském věku. Riziko podvýživy bylo detekováno u 43,7 % klientů, 8,8 % bylo podvyživených a 47,5 % mělo normální stav výživy. Topinková (2005, s. 23) ve své publikaci uvádí, že výskyt malnutrice ve věku nad 65 let u seniorů v nemocnicích je ve 20 – 40 % a polovina těchto seniorů má těžkou formu malnutrice.

Z počtu 87 respondentů jsme odhalili podvýživu a riziko podvýživy u 30 (34,5 %) respondentů. Saeidlou et al. (2011) u 106 respondentů v institucionální péči uvádí poruchy výživy u 49,06 % ve stavu podvýživy a v riziku podvýživy 38,68 % respondentů. Suominen et al. (2009) u 1043 respondentů v institucionální péče uvádí 56,7 % klientů podvyživených a v riziku podvyživených 40,7 %. Celkově se podvýživa a riziko podvýživy vyskytuje ve velké míře, jak již vyplývá z uvedených průzkumů.

Pro odhalení klientů v kategorii podvýživy jsme použili BMI a MNA. Nejvíce klientů ve stavu podvýživy odhalila škála MNA, 17 respondentů (19,5%). Oproti škále BMI, která odhalila 22 respondenty (24,8%) v podvýživě. Salva a Pera (2001) uvádí podíl podvyživených seniorů v pobytových zařízeních až na 15–60 %. Christensson a Unossson (2002) ve švédské studii u 261 seniorů ve věku 65–104 let zjistili u 79 % v riziku podvýživy a podvýživu. Visvenatan et al. (2003) v australské studii uvádějí analýzu 250 seniorů v opatrovnické péče, kde studia

odhalila 5 % klientů s podvýživou, 38 % v ohrožení podvýživy. Výstup z italské studie Langiana et al. (2009, s. 17), která hodnotila nutriční stav pacientů na základě porovnání hodnot BMI a testu MNA, přináší zajímavé výsledky. Převaha podvýživy byla u BMI stanovena na 6,3 % a třetina měřených pacientů měla normální váhu. Na druhou stranu, výsledky testu MNA stejné studie prokázaly, že 13 % respondentů bylo podvyživených a 66 % bylo ohrožených podvýživou. Tyto výsledky Italské studie jsou opačné oproti našim výsledkům, naznačují, že hodnocení stavu výživy u starších pacientů by neměla být založena pouze na hodnotách BMI, a že test MNA se jeví jako vhodnější nástroj k posouzení stavu výživy.

Závěr

Aktuálnost problematiky výživy ve stáří je zřejmá nejen po celosvětovém nárůstů starších osob, ale i z nutnosti identifikace rizika podvýživy i jiných onemocnění souvisejících s výživou a zabránění tak jejich negativním dopadům na organismus. Podíl seniorů žijících v domovech seniorů v riziku malnutrice je velice významný.

U geriatrických pacientů se objevují poruchy výživy velmi často. Diagnostika malnutrice je kombinací nutriční anamnézy, laboratorních, antropometrických a funkčních vyšetření. V rámci kvalitní péče o seniory by mělo být samozřejmostí dbát na dostatečnou hydrataci a výživu. Dále doporučujeme provádět nutriční screening hned při příjmu klienta a vše pečlivě zaznamenat do dokumentace (vytvořit podmínky na pravidelné monitorování a zdokumentování nutričního stavu seniora). Určit konkrétní tím zodpovědný za hodnocení stavu výživy klientů v zařízení (sestavit odpovědný nutriční tým ze skupiny zaměstnanců v sociální oblasti péče o klienty).

Spolupracovat efektivně nutriční tým a zaměstnanci z ostatních úseků zdravotní a sociální péče.

Literatura

1. GROFOVÁ, Z. Dieta pro vyšší věk. Rady lékaře, průvodce dietou. Praha : Forsapi. 2011. ISBN 978-80-87250-11-2.
2. KALVACH, Z. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
3. LANGIANO, E. et. al. Nutritional status of elderly institutionalized subjects in a health district in Frosinone (Italy). *Ig Sanita Pubbl*. ISSN 0019-1639. 2009, vol. 65, no. 1, p. 17-28.
4. PERÉZ, D. et al. Nutritional status in elderly patients with a hip fracture. *Nutr. Hosp*. ISSN 2010, vol. 25, no. 4, p. 676-681.
5. SAEIDLOU, S. et al. 2011. Assessment of the nutritional status and affecting faktors of elderly people living at six nursing home in Urmia, Iran. *International Journal of*

Academic Research [online], 2011, vol. 3, no. 1.[cit. 2015-12-12]. Dostupný na internetu: http://www.ijar.lit.az/pdf/9/2011%281-28%29.pdf.

6. SALVA, A., PERA, G. Nutrition and ageing. Screening for malnutrition in dwelling elderly. In *Public Health Nutrition*, ISSN 1368-9800. 2001, ročník 6 A, no. 4, pp. 1375 – 1387.
7. TOPINKOVÁ, E. 2005. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. In *Česká geriatrická revue*. ISSN 1214–0732, ISSN pro on-line přístup 1801–8661 2005, roč. 1, č. 1, s. 6 - 11.
8. SUOMINEM, M. et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. In *EJCN* [online], 2005, vol. 59, pp. 578-583. [cit. 2011-12-12]. Dostupný na internetu: http://www.nature. com/ejcn/journal/v59/n4/full/1602111a.html.
9. STARNOVSKÁ, T. Nutriční péče. In *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen. ISSN 1214-8687. 2011, roč. 8, č. 3, s. 144-145.
10. VISVANATAN, R., MACINTOSH, C., CALLARY, M. et al. Thenutritional status of 250 older Australian recipients of domiciliary care services and its association with outcomes at 12 months. Journal American Geriatric Society. ISSN 1532-5415. 2003, no. 51, pp. 1007-1011.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Ingrid Juhásová, PhD.
Katedra zdravotnických studií
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Tolstého 16
586 01 Jihlava, ČR
E-mail: ingrid.juhasova@vspj.cz

WIEDZA KOBIET PO 40 ROKU ŻYCIA NA TEMAT PROFILAKTYKI OSTEOPOROZY

Knowledge of Women After the Age of 40 on the Prevention of Osteoporosis

Anna Kremska[1], Romana Wróbel[1], Bernadeta Kołodziej[1], Elżbieta Kraśnianin[1], Barbara Zych[1], Monika Cecuła[1], Justyna Żurawska[1], Sylwia Siek[2]

[1] Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego
[2] Studentka Położnictwa, Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego

Abstrakt

Wstęp: W niniejszej pracy przedstawiono wybrane kwestie choroby jaką jest osteoporoza oraz zaprezentowano stan wiedzy kobiet po 40 roku życia na temat profilaktyki osteoporozy. Kobiety
w wieku okołomenopauzalnym są najbardziej narażone na zachorowanie na osteoporozę. Analiza danych z przeprowadzonych ankiet pozwoliła na stwierdzenie, że wiedza kobiet po 40 roku życia na temat tej choroby jest niewystarczającą. Ze względu na wydłużenie się wieku ludzi, coraz więcej osób będzie chorowało na osteoporozę. Wiąże się to ze zwiększeniem nakładów finansowych na ich leczenie.

Cel pracy: Celem pracy było ukazanie tematu osteoporozy, oraz analiza i interpretacja wiedzy kobiet po 40 roku życia na temat profilaktyki osteoporozy.

Wyniki: Wśród ankietowanych 74% kobiet uważało, że regularna aktywność fizyczna zapobiega osteoporozie. Zdecydowana większość, bo 78% ankietowanych chciałaby uzyskać więcej informacji na temat osteoporozy. Zaledwie 16% ankietowanych brało udział w badaniach profilaktycznych w kierunku osteoporozy.

Wnioski: Pacjentki po 40 roku życia nie miały wystarczającej wiedzy na temat profilaktyki osteoporozy. Ankietowane kobiety były świadome, że regularna aktywność fizyczna zapobiega powstawaniu osteoporozy. Duża liczba kobiet nie wiedziała, że czynnikami ryzyka zachorowania na osteoporozę jest alkohol i nikotyna. W opinii badanych przyjmowanie preparatów wapnia i witaminy D zapobiega osteoporozie. Pacjentki po 40 roku życia nie miały wystarczającej wiedzy na temat profilaktyki osteoporozy. Kobiety nie brały udziału w badaniach profilaktycznych w kierunku osteoporozy.

Słowa kluczowe: Menopauza. Profilaktyka osteoporozy. Złamania.

Abstract

Introduction: This paper presents selected aspects of the disease that is osteoporosis and presents the state of women over the age of 40 on the prevention of osteoporosis. Women at the age of menopause they are most likely to develop osteoporosis. Analysis of data from the questionnaires allowed to conclude that the knowledge of women after the age of 40 about the disease is insufficient. Due to the extension of the age of the people, more and more people suffered from osteoporosis. This involves much more money for their treatment.

Aim: The aim of this study was to present the topic of osteoporosis, and the analysis and interpretation of knowledge of women over the age of 40 on the prevention of osteoporosis.

Results: Among the 74% of women surveyed thought that regular physical activity prevents osteoporosis. The vast majority, 78% of respondents would like to obtain more information on osteoporosis. Only 16% of respondents participated in the research of prevention of osteoporosis.

Conclusions: Patients 40 years of age did not have sufficient knowledge about the prevention of osteoporosis. The surveyed women were aware that regular physical activity prevents osteoporosis. A large number of women do not know that the risk factors for developing osteoporosis is alcohol and nicotine. In the opinion of respondents taking calcium supplements and vitamin D to prevent osteoporosis. Patients 40 years of age did not have sufficient knowledge about the prevention of osteoporosis. Women did not participate in the study prevention of osteoporosis.

Key words: Menopause. Prevention of osteoporosis. Fracture.

Wstęp

Osteoporoza już od tysiącleci była istotnym problemem zdrowotnym populacji, jednak dopiero od niedawna zaczęto uważać ją za chorobę, a nie jak wcześniej za wynik starzenia się organizmu. Przebiega podstępnie, powodując bezbolesne pogarszanie się stanu układu kostnego, polegające na postępującej destrukcji masy kostnej, zaś zauważalnym objawem choroby jest zazwyczaj złamanie osteoporotyczne, świadczące o dużym zaawansowaniu osteoporozy. Słowo „osteoporoza" wywodzi się z języka greckiego „osteon" – kość i języka łacińskiego „porus" – dziura, ubytek. Definicja według ekspertów National Osteoporosis Foundation i National Institutes of Health – NOF/ NIH (2001) „Osteoporoza jest to choroba szkieletu, charakteryzująca się upośledzoną wytrzymałością kości, co powoduje zwiększone ryzyko złamania". Definicja według WHO (1993): „Osteoporoza jest układową chorobą szkieletu, charakteryzującą się niską masą kości, zaburzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej prowadzącą do wzmożonej łamliwości kości i złamań". Wytrzymałość kości odzwierciedla przede wszystkim gęstość mineralną w połączeniu z jakością kości. Osteoporoza to choroba

metaboliczna, inaczej nazywana zrzeszotnieniem kości, która prowadzi do złamań samoistnych bądź po niewielkim urazie. Osteoporozę obserwuje się u jednej na 3 kobiety po 50 roku życia. Wskaźnik ten jest niższy u mężczyzn i wynosi 1 na 8 po 50 roku życia [1,2,3]. W Europie osteoporoza dotyczy 30% kobiet powyżej 50 r.ż. w krajach europejskich w Wielkiej Brytanii 2,1 mln kobiet i 601 tys. mężczyzn jest dotkniętych osteoporozą, w Hiszpanii 1,6 mln kobiet i 438 tys. mężczyzn, w Niemczech 3,3 mln kobiet i 920 tys. mężczyzn, we Francji 2,3 mln kobiet i 613 tys. Mężczyzn [3]. Według danych polskich, osteoporoza w populacji po 50 roku życia występuje u 2,8 mln osób, a kolejne 3 do 5 mln znajduje się w grupie podwyższonego ryzyka złamań, które wynika z odwapnienia kości [4]. Polsce w 2010 roku w populacji powyżej 50. roku życia było ponad 2 mln osób po przebytym złamaniu osteoporotycznym. Ponad 80% chorych z dokonanymi złamaniami po zaopatrzeniu chirurgicznym nie otrzymuje jakiegokolwiek leczenia farmakologicznego osteoporozy, większość nie korzysta też z rehabilitacji. Po złamaniu osteoporotycznym, na skutek powikłań ze strony układu krążeniowo-oddechowego, moczowego, nerwowego, zmian septycznych i odleżyn, aż 8-krotnie wzrasta umieralność po objawowych złamaniach kręgów, zaś 6-krotnie po złamaniu szyjki kości udowej. W 2000 roku liczbę złamań osteoporotycznych w Europie oszacowano na 3,79 mln (w tym 0,89 mln stanowią złamania bliższego końca kości udowej). Koszty społeczne z nimi związane ocenia się na około 31,7 miliardów euro. W związku ze zmianami demograficznymi przewiduje się, że będą one rosły i w 2050 roku wyniosą do 76,7 miliardów euro [5,6].

Czynniki ryzyka osteoporozy dzielą się na takie na które mamy wpływ i które można eliminować. Drugą grupą są czynniki, których nie można wyeliminować. Ważne jest aby znać czynniki ryzyka, ponieważ można wcześnie podjąć odpowiednie działania profilaktyczne, bądź kierować osoby obciążone na badania diagnostyczne. Czynnikami, które są niezależne od nas to: płeć, wiek, rasa, rejon zamieszkania, rodzina, budowa ciała [7]. Na osteoporozę chorują zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Jednakże kobiety są narażone na zachorowanie w większym stopniu. Kobiety mają lżejsze i słabsze kości. W związku z tym kości stają się łamliwe [1]. Jako czynnik ryzyka ma szczególne znaczenie, ponieważ z wiekiem zachorowanie na osteoporozę rośnie. Gęstość mineralna kości osiąga szczyt pomiędzy 30 a 35 rokiem życia. Następnie obserwuje się ubytek tkanki kostnej. Opóźnione dojrzewanie u dziewcząt i chłopców a także wczesna menopauza przed 45 rokiem życia u kobiet wiążą się ze zmniejszeniem masy kostnej [1]. Osteoporoza dotyczy głownie rasy białej. Czarnoskórzy ludzie, szczególnie mężczyźni rzadko chorują na osteoporozę [2]. Najbardziej narażeni na osteoporozę są mieszkańcy Europy Północnej, Skandynawowie. Jest to związane z małą ilością słońca. Ma to niekorzystny wpływ na wytwarzanie witaminy D, ponieważ jest ona uzyskiwana z promieni ultrafioletowych, następnie ludność Ameryki Północnej. Należy jednak wspomnieć, że ludność czarnoskóra, która mieszkaw Stanach Zjednoczonych przez kilka pokoleń, jest bardziej

narażona niż ludność czarnoskóra w Afryce. Jednakże to ludzie rasy białej chorują znacznie częściej. Kolejną grupą są Azjaci, następnie ludność znad Pacyfiku Południowego, dalej ludność z Europy Południowej i Afrykanie [2]. Czynniki genetyczne mają ogromne znaczenie. W przypadku, gdy na osteoporozę choruje jedno z rodziców, lub krewny pierwszego stopnia, ryzyko zachorowania następnego pokolenia jest wysokie. Najczęściej, jeśli matka choruje na osteoporozę, to bardzo prawdopodobne, że w przyszłości jej córka też będzie [2]. Ludzie drobnej budowy i średniego wzrostu z niską wartością wskaźnika masy ciała są bardziej narażeni na osteoporozę niż wysocy, dobrze zbudowani ludzie. Dzieje się tak, ponieważ ludzie o lekkiej budowie, mają mniejszą masę kostną [7]. Nietolerancja produktów mlecznych jest niekorzystna, a wiąże się to z małymi zasobami wapnia [8]. Niektóre czynniki, które mają znaczący wpływ na zachorowanie na osteoporozę można eliminować, ograniczyć lub wykluczyć, a są to: palenie papierosów, picie alkoholu, picie kawy, niska aktywność fizyczna, nieodpowiednia dieta, niedobór witamin i pierwiastków, leki, upadki, ponieważ szkodzą w każdej ilości. Dodatkowo alkohol wzmaga wydalanie wapnia z moczem, dzieje się tak ponieważ przemiana witaminy D w ustroju zostaje upośledzona [7]. Kofeina jest niewskazana w nadmiarze, ponieważ poprzez zwiększone wydalanie moczu dochodzi do nadmiernej utraty wapnia [2]. Aby zachować zdrowe i mocne kości należy przyjąć zdrową dietę bogatą w wapń. Nadmiar białka i sodu skutkuje utratą wapnia z moczem. Szkodliwe dla zdrowia są fast-foody oraz inna żywność z wysoką zawartością konserwantów. W ich składzie można znaleźć wysoką zawartość fosforanu i sodu. Ważne jest aby w diecie uwzględnić produkty mleczne, zawierające wapń, owoce, warzywa oraz produkty jak najmniej przetworzone [8,9]. Niedobory witamin takich jak witamina K, C, D oraz B wpływa niekorzystnie na kości. Witamina K znajduje się w zielonych warzywach, witaminę C można znaleźć w owocach (najwięcej jest jej w czarnej porzeczce) oraz warzywach, witamina D pozyskiwana jest z promieni słonecznych, natomiast witamina B przyswajana jest z mięs [2,8]. Niektóre leki zakłócają przyswajanie wapnia. Należą do nich: leki moczopędne, przeciwdrgawkowe, hormony tarczycy, kortykosteroidy. Dodatkowo leki przeciwzakrzepowe oraz przeciwgruźlicze. Przewlekłe ich stosowanie może prowadzić do osteoporozy [7]. Wśród starszych osób upadki są spowodowane przez czynniki wewnętrzne lub zewnętrzne. Przyczynami wewnętrznymi upadków są: zaburzenia równowagi, słabe mięśnie, obniżona aktywność, zaburzenia widzenia i pamięci oraz ograniczenie ruchomości w stawach. Do przyczyn zewnętrznych upadków należą: słabe oświetlenie, przeszkody na podłodze, śliskie nawierzchnie, wysokie krawężniki, zimowa pora roku [10,11].

Jest kilka rodzajów osteoporozy, niemniej jednak dwa z nich są szczególnie ważne i wymagają innego podejścia. Osteoporoza menopauzalna inaczej nazywana osteoporozą inwolucyjną typu I, jest chorobą, która ujawnia się dość wcześnie. Dotyczy szczególnie kobiet, jednakże mężczyźni też są na nią narażeni, aczkolwiek w mniejszym stopniu. Proporcja zachorowania wobec płci to 6:1, gdzie 6 to kobiety a 1- mężczyźni. Charakterystycznymi

cechami tego schorzenia to wiek od 51 do 70 lat. Przebieg jest szybki i bardzo poważny, ponieważ masa kostna gwałtownie spada. Dotyczy to głównie istoty gąbczastej. Dolegliwości bólowe są zazwyczaj mało nasilone. Ludzie tłumaczą sobie, że to z przepracowania i zmęczenia, jednakże w tym momencie może dochodzić do utraty zasobów wapnia z kości. Najczęściej ból jest zlokalizowany w odcinku piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa i zazwyczaj ustępuje po odpoczynku nocnym. Zatem typowe objawy osteoporozy pojawiają się w momencie złamania kręgów oraz kości długich. Osteoporoza kręgosłupa może objawia się łagodnymi lub ostrymi dolegliwościami. Łagodnymi objawami będą dyskomfort przy staniu i siadaniu. Ostry ból, który pojawia się podczas spoczynku, lub w trakcie wykonywania codziennych czynności objawia się w okolicy odcinka piersiowego lub lędźwiowo-piersiowego kręgosłupa. W tym przypadku ból ma charakter ograniczony oraz nasila się w wyniku uderzenia lub ucisku w wyrostek kolczysty kręgu w okolicy uszkodzenia. Ból nasilać się może także podczas wypróżniania, kichania oraz kaszlu [1,11,12,13]. Zachorowalność na tego typu osteoporozę jest spowodowana ustaniem endokrynnej funkcji jajnika, czyli niedoborem hormonów płciowych, a mianowicie estrogenu. Dochodzi do tego w związku z fizjologiczną menopauzą. Pierwszymi oznakami osteoporozy menopauzalnej to ostry ból ujawniający się w plecach. Może utrzymywać się nawet do sześciu miesięcy. Ilość masy kostnej w ciele osiąga szczyt w wieku około 30 lat. Od 35 roku życia następuje spadek materiału kostnego. Ubytek pomiędzy 45 a 55 rokiem życia wynosi 0,3% na rok. Resorpcja przeważa nad tworzeniem nowej tkanki kostnej. Spadek poziomu estrogenu, który towarzyszy menopauzy pobudza obrót metaboliczny kości, co oznacza, że niedobór pomiędzy narastaniem kości a utratą prowadzi do rocznej straty 2-3%. Ubytek masy kostnej i jej zwiększony deficyt utrzymuje się od 4 do 8 lat od ustania cykli miesięcznych. Po tym czasie utrata materiału kostnego wraca do stanu przed menopauzą i ma łagodniejsze wartości. [2,14,15].

Drugi typ to osteoporoza typu II (starcza) jest to choroba dotyczy osób powyżej 70 roku życia. Narażona na tę chorobę jest kość zbita (od 50% do 70%) oraz beleczkowa (od 30% do 50%). Przyczynami tego schorzenia są: podeszły wiek, a w konsekwencji związane z nim procesy starzenia, zmniejszone wchłanianie wapnia oraz niedobór witaminy D. Choroba zaczyna się stosunkowo wcześnie i niezauważalnie. Objawy nie ujawniają się od razu. Ubytek kości nie następuje tak szybko jak w osteoporozie menopauzalnej. Miejscami narażonymi na złamania są: staw biodrowy, kręgi, barki, miednica oraz górna część goleni. Do złamania kręgów dochodzi w odcinku piersiowym. Wysokość poszczególnych kości zmniejsza się do 25%. Widocznymi oznakami są utrata wzrostu oraz kifoza z „wdowim garbem”. Ważnymi skutkami podeszłego weku, które maja powiązanie z wystąpieniem osteoporozy są: nadczynność przytarczyc, ponieważ pobudza obrót metaboliczny kości, przyczyniając sie do utraty masy kostnej. Dodatkowo osoby starsze mniej czasu spędzają na słońcu w związkuz tym są narażone na niedobór witaminy D [2,14].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy kobiet po 40 roku życia na temat profilaktyki osteoporozy.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w 2015 roku wśród 50 kobiet znajdujących się na oddziale ginekologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Fryderyka Chopina. Były to kobiety po 40 roku życia, mieszkanki województwa podkarpackiego. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Respondentki przed przystąpieniem do badania wyraziły zgodę na uczestnictwo w badaniu. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety składający się z 28 pytań (zamkniętych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru). Pytania sformułowano tak, aby ocenić stan wiedzy kobiet po 40 roku życia na temat osteoporozy oraz czynniki ryzyka zachorowania na tą chorobę. Badane zostały poinstruowane, w jaki sposób wypełniać przygotowany kwestionariusz. Bazę danych wykonano przy pomocy programu Excel 2003 for Windows.

Wśród badanych pacjentek, największą grupę stanowiły kobiety w wieku 40-50 lat (52%), a (32%) to kobiety w wieku 50-60 lat. 14% ankietowanych stanowiły kobiety w przedziale wiekowym 60-70 lat oraz 2% kobiet w wieku 70 lat. Połowa ankietowanych pacjentek to kobiety o prawidłowym BMI. Kolejne 34% badanych to kobiety z nadwagą. Wśród badanych 3 kobiety miały otyłość I stopnia, a 4 pacjentki - otyłość II stopnia. Najliczniejszą grupę, bo 42% stanowiły kobiety zamieszkujące wieś, w małym mieście mieszkało 34% ankietowanych, a w dużym mieście 24% respondentek. Wykształcenie wyższe oraz średnie posiadało 34% ankietowanych. Kobiety mające tytuł licencjata to 10% badanych, wykształcenie zawodowe i podstawowe to 12% ankietowanych.

100% ankietowanych stwierdiło, że zna i rozumie definicję choroby, którą jest osteoporoza.

Połowa respondentek była zdania, że ich stan wiedzy na temat osteoporozy trudno określić 18% stwierdziło, że ich wiedza jest wystarczająca, a 32% że niedostateczna.

78% kobiet chciałaby pogłębić swoją wiedzę z zakresu osteoporozy. Najwięcej ankietowanych preferowałoby uzyskać więcej informacji na temat osteoporozy od lekarza, tak odpowiedziało 34% badanych. Na drugim miejcu znajduje się Internet 18%. Kolejne pozycje stanowiły broszury 12% kobiet, literatura medyczna i programy telewizyjne 8%, położna, pielęgniarka, prasa ogólnodostępna po 7% ankietowanych.

Wśród ankietowanych, 10% stanowiły kobiety, które aktualnie chorują na osteoporozę. Wśród 80% ankietowanych nikt rodzinie wcześniej nie chorował na osteoporozę.

Wśród ankietowanych 22% uważało, że alkohol jest czynnikiem ryzyka osteoporozy, 8% sądziło, że owszem alkohol ale tylko w dużych ilościach (Tab.I).

Tabela I. *Alkohol jako czynnik ryzyka osteoporozy*

Kryterium	Zestawienie ilościowe (N)	Zestawienie procentowe (%)
Tak	11	22
Tak, ale tylko w dużych ilościach	4	8
Nie	7	14
W małych ilościach nie szkodzi	8	16
Nie wiem	20	40
Suma	50	100

38% ankietowanych wiedziało, że palenie papierosów jest czynnikiem ryzyka osteoporozy. Natomiast bardzo ważny okazał się fakt, że aż połowa badanych (50%) nie znała odpowiedzi na to pytanie.

Wśród ankietowanych 74% kobiet uważało, że regularna aktywność fizyczna zapobiega osteoporozie. Jednakże 26% badanych twierdziło, że nie wie czy brak aktywności można połączyć z profilaktyką osteoporozy .

Wśród ankietowanych najbardziej preferowaną formę ruchu okazało się pływanie i gimnastyka, następnie spacery, bieganie i jazda na rowerze. Najmniej atrakcyjną formą aktywności w profilaktyce osteoporozy było czytanie książek, jazda samochodem i sporty ekstremalne (Tab. II).

Tabela II. *Formy ruchu preferowane w profilaktyce osteoporozy – odpowiedzi kobiet*

Odpowiedź	Zestawienie ilościowe (N)	Zestawienie procentowe (%)
Bieganie	26	12,04
Gimnastyka	35	16,20
Jazda konna	7	3,24
Pływanie	35	16,20
Spacery	33	15,28
Czytanie książek	1	0,46
Gry komputerowe	0	0
Oglądanie telewizji	0	0
Jazda samochodem	1	0,46
Jazda na rowerze	26	12,04
Gry zespołowe np. siatkówka	10	4,63

Odpowiedź	Zestawienie ilościowe (N)	Zestawienie procentowe (%)
Aerobic	20	9,26
Sporty ekstremalne	1	0,46
Jazda na nartach	9	4,17
Skakanie na skakance	12	5,56
Inne	0	0
Suma	216	100

Aż 72% badanych stwierdziło, że nie ma znaczenia fakt wczesne wystąpienie pierwszej miesiączki w etiologii osteoporozy. 14% kobiet odpowiedziało, że owszem wczesna miesiączka wpływa, natomiast późna nie, na rozwój osteoporozy.

Wśród ankietowanych 20% uważało, że nieregularne cykle miesiączkowe wpływają na rozwój osteoporozy. Aż 62% ankietowanych nie znało odpowiedzi na to pytanie.

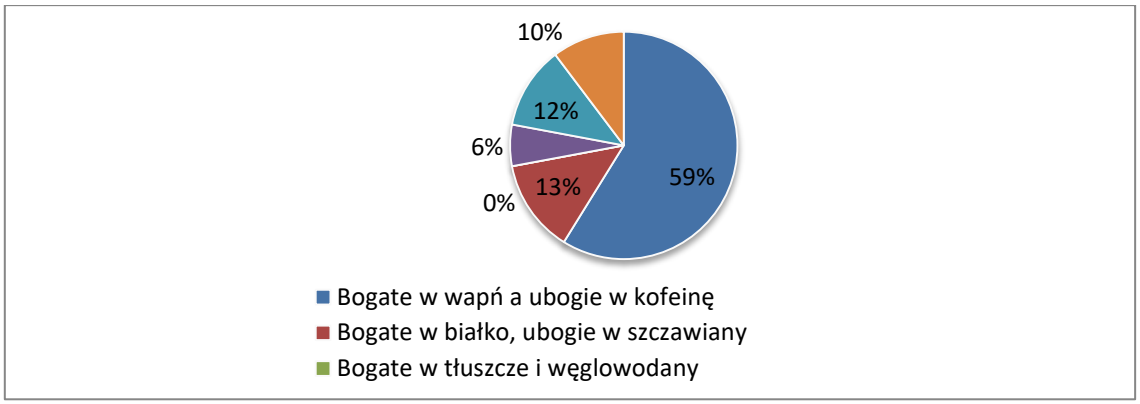
Złamania kości w wieku przedmenopauzalnym mają związek z zachorowaniem na osteoporozę, tak uważało 52% ankietowanych (Tab. III).

Tabela III. *Związek złamań kości w wieku przedmenopauzalnym vs. zachorowanie na osteoporozę*

Odpowiedź	Zestawienie ilościowe (N)	Zestawienie procentowe (%)
Tak	26	52
Nie	5	10
Nie wiem	19	38
Suma	50	100

66% ankietowanych nie widziała, że schorzenia jelit, bądź zabieg chirurgiczny na jelitach wpływają negatywnie na zachorowanie na osteoporozę.

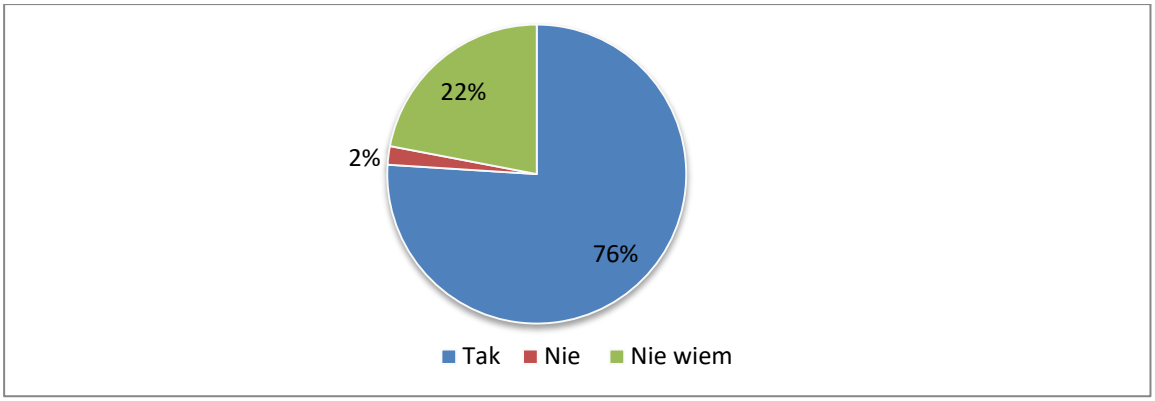
Produktami zapobiegającymi osteoporozie są produkty bogate w wapń i ubogie w kofeinę. Taką odpowiedź wybrało 59% badanych. 13% twierdziło, że są to produkty bogate w białko i ubogie w szczawiany, 12% ankietowanych uważało, że powinny to być produkty bogate w węglowodany i białko, a 6% adanych wskazało na witaminy i tłuszcze (Wykres 1).



Wykres 1. *Produkty spożywcze, które zapobiegają osteoporozie – odpowiedzi kobiet*

Spośród ankietowanych 28% stwierdziło, że stosowanie różnych diet np.: wysokobiałkowej, wysokofosforanowej, wegetarianizm, weganizm mogą wpływać na zachorowanie na osteoporozę. Natomiast 68% badanych nie wiedziało, że ww. diety mogą być istotnym czynnikiem w powstaniu osteoporozy.

76% ankietowanych twierdziło, że przyjmowanie preparatów wapnia i witaminy D zapobiega osteoporozie (Wykres 2).



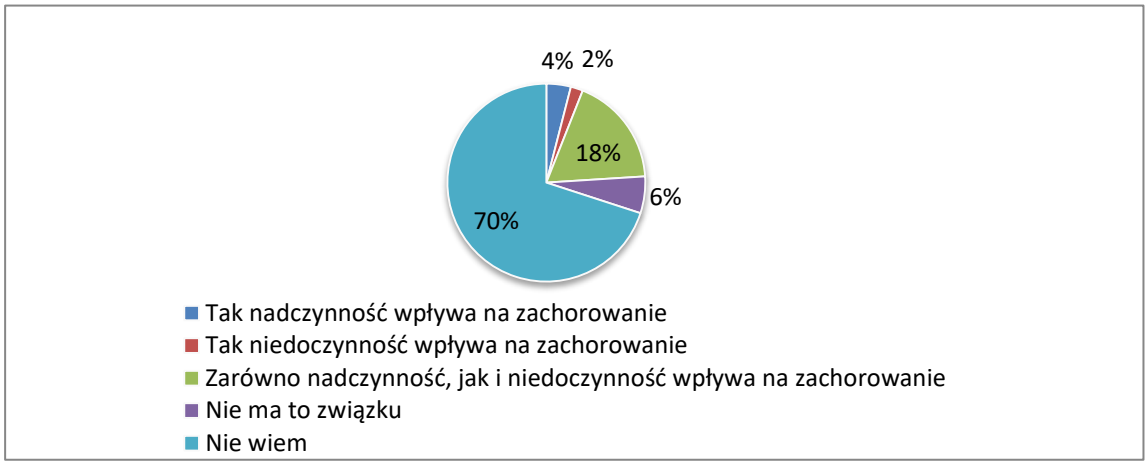
Wykres 2. *Preparaty wapnia i witaminy D vs. profilatyka osteoporozy- odpowiedzi badanych*

Hormonalna terapia zastępcza jest wskazana dla kobiet w leczeniu osteoporozy – tak odpowiedziało 42% respondentek (Tab. IV).

Tabela IV. *Hormonalna terapia zastępcza vs. osteoporoza – ocena kobiet*

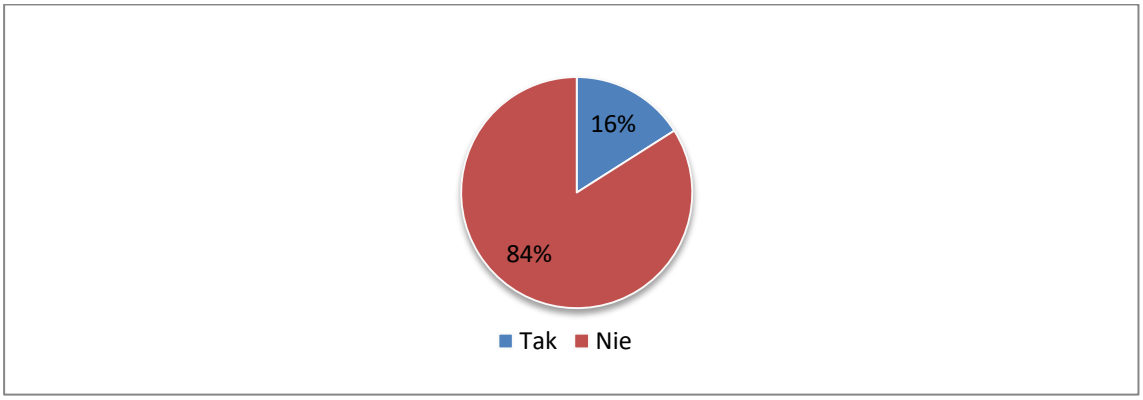
Odpowiedź	Zestawienie ilościowe (N)	Zestawienie procentowe (%)
Tak	21	42
Nie	11	22
Nie wiem	18	36
Suma	50	100

70% ankietowanych nie umiało połączyć wpływu chorób tarczycy z osteoporozą (Wykres 3).



Wykres 3. *Nadczynność lub niedoczynność tarczycy, a zachorowanie na osteoporozę- opinie badanych*

Wśród ankietowanych aż 84% kobiet nie brało udziału w badaniach profilaktycznych w kierunku osteoporozy (Wykres 4).



Wykres 4. *Udział w badaniach profilaktycznych w kierunku osteoporozy – odpowiedzi badanych*

Dyskusja

Proces demograficznego starzenia się wynika głównie ze wzrostu długości trwania życia ludzkiego, zmniejszenia się liczby urodzeń oraz innych czynników, jak na przykład migracje osób w wieku produkcyjnym. Proces ten zgodnie z prognozami będzie przebiegał z coraz większą intensywnością. Jedną z konsekwencji długowieczności jest wielochorobowość osób starszych. W związku z tym na szczególną uwagę zasługują schorzenia, których ryzyko wystąpienia wzrasta z wiekiem. Do grupy takich schorzeń należy osteoporoza [5].

Z badań własnych wynika, że wszystkie kobiety wiedzą, że osteoporoza to choroba kości. Jednakże tylko 18% twierdziło, że ich stan wiedzy na temat osteoporozy jest wystarczający. Na niewystarczający stan wiedzy wskazało 32% ankietowanych. Podbielska podsumowując swoje badania stwierdza, że ogólny poziom wiedzy u niespełna jednej piątej respondentek jest niedostateczny 19,7%, dostateczny u 34,9%, dobry u 29,8%, ocenę bardzo dobrą uzyskało zaledwie 15,6% badanych [16]. W badaniu własnym otrzymano, że 78% respondentek chciałaby uzyskać więcej informacji z zakresu osteoporozy. Najwięcej ankietowanych chciałoby uzyskać więcej informacji na temat osteoporozy od lekarza 34% z Internetu 18% i broszur 12%. Literaturę medyczną zaznaczyło 8%, podobnie jak programy telewizyjne. Od położnej, pielęgniarki oraz prasy ogólnodostępnej chciałoby zdobyć informacje 7% ankietowanych. Porównując wyniki Szczygielska – Majewska i Papis okazuje się, że 60% badanych posiadało niski poziom wiedzy na temat osteoporozy, a ponad 30% badanych prowadziło niewłaściwy styl życia predysponujący do narastania problemów związanych z osteoporozą. Najwięcej wiadomości o tej chorobi ankietowani uzyskiwali ze środków masowego przekazu (37%) oraz pracy (26%). Personel medyczny tylko w niewielkim stopniu przyczynił się do wzrostu świadomości na ten temat [4].

Następnie analizie poddano zachorowalność na osteoporozę w badanej grupie i okazało się, że 10% respondentek choruje na osteoporozę, 20% badanych potwierdziło, że w ich rodzinie ktoś chorował lub choruje na osteoporozę. Najczęściej wskazywano matkę, siostrę, kuzynkę lub ciocię. Nikt nie wskazał mężczyzny. Kobiety są bardziej narażone na ryzyko wystąpienia osteoporozy, a jest to związane z gospodarką hormonalną. Podczas menopauzy następuje niedobór estrogenów, co zwiększa ryzyko powstania osteoporozy [8]. Badane kobiety w 68% uznały, że predyspozycje genetyczne mają związek z zachorowaniem na osteoporozę. W związku z tym osoby, u których w rodzinie występowała osteoporoza, powinny wykluczyć czynniki ryzyka ze swojego stylu życia. A co więcej wprowadzać jak najwięcej zdrowych nawyków np. żywienowych. Badanie Szałek pokazuje że kobiety błędnie przypisują przyspieszającym rozwój choroby wzrostowi masy ciała po 50 roku życia [17]. Stwierdzono, że istnieje związek pomiędzy występowaniem określonych genów a rozwojem osteoporozy. Gęstość mineralna kości oraz podatność na złamania niskoenergetyczne jest zdeterminowana przez czynniki genetyczne. Janiszewska i wsp. podają, że dokonano identyfikacji 150 genów, które mogą być odpowiedzialne za stopień gęstości mineralnej tkanki kostnej lub ryzyko złamań kości. Także predyspozycje rodzinne (przede wszystkim złamanie bliższej części kości udowej u matki lub babki) stanowi czynnik prognozujący wystąpienie niskiej masy kostnej. Również w aspekcie ryzyka złamań nie bez znaczenia pozostaje fakt przebycia już wcześniej złamania o charakterze osteoporotycznym [3].

W następnym etapie badań uzyskano, że 22% ankietowanych uważało alkohol jako czynnik ryzyka powstawania osteoporozy, 8% sądziło, że owszem alkohol ale tylko w dużych

ilościach. Natomiast bardzo ważny okazał się fakt, że aż połowa badanych (50%) nie wiedziała czy palenie papierosów przyczynia się do rozwoju osteoporozy. Należy wiedzieć, że używki te działają niekorzystnie na rolę osteoklastów i osteoblastów. Istotne jest także, że szkodzą w każdej ilości [7]. Nadużywanie alkoholu (codzienne spożycie ponad 1-2 porcji alkoholu, np. drinków), powoduje niedobory pokarmowe, zwłaszcza wapnia, fosforu i witaminy D, hamuje to procesy wytwarzania tkanki kostnej oraz chrzęstnej poprzez powodowanie ujemnego bilansu wapniowego oraz redukowanie ilości komórek kościotwórczych. Nikotyna również działa destrukcyjnie na tkankę kostną, bowiem poprzez zwiększenie poziomu kortyzolu w surowicy krwi, prowadzi do redukcji masy kostnej. Jednocześnie wpływa na obniżenie stężenia estrogenów, co jak wiadomo zmniejsza ich niewątpliwie pozytywne działanie na tkankę kostną. Palenie papierosów hamuje czynność osteoblastów oraz zaburza procesy wchłaniania wapnia. Zauważono związek pomiędzy paleniem papierosów a wzrostem częstotliwości złamań osteoporotycznych. Kofeina, znajdująca się w kawie, coca-coli, herbacie i czekoladzie, również wywiera niekorzystny wpływ na metabolizm kostny. Dżygadło i wsp. powołują się na badania, z których wynika, że kobiety pijące 2 lub więcej filiżanek mocnej kawy dziennie, posiadały mineralną gęstość kości na niskim poziomie, jeśli równocześnie nie stosowały w diecie produktów mlecznych. Kofeina działa hamująco na proces różnicowania komórek kościotwórczych, syntezę macierzy organicznej, mineralizację kości oraz zaburza wchłanianie wapnia i zwiększa jego wydalanie z moczem [3].

Obecne badania pokazują, że u zdecydowanej większości ankietowanych istnieje świadomość, że regularna aktywność fizyczna zapobiega powstawaniu osteoporozy. Wśród ankietowanych 74% kobiet uważało, że regularna aktywność fizyczna zapobiega osteoporozie. Jednakże 26% badanych twierdziło, że nie wie czy brak aktywności można połączyć z profilaktyką osteoporozy. Natomiast badania Podbielskiej pokazują, że poziom wiedzy na temat celu stosowania ćwiczeń u osób ze stwierdzoną osteoporozą u 7% był niedostateczny, u 15% dostateczny i dobry, wiedzę bardzo dobrą miało aż 63% ankietowanych [16]. Jako preferowaną formę ruchu najwięcej kobiet wskazało pływanie, gimnastykę, spacery oraz jazdę na rowerze. Właśnie taka aktywność fizyczna jest zalecana. Ćwicząc w ten sposób obciąża się kościec ciężarem własnego ciała. Właśnie zadaniem ćwiczeń zapobiegających osteoporozie jest stymulowanie tworzenia kości poprzez jej obciążanie mechaniczne. Profilaktyka osteoporozy, poza odpowiednio zbilansowan dietą, powinna również opierać się na zasadach zdrowego stylu życia. Siedzący tryb życia, nieprawidłowe odżywianie, nadmierna podaż energii, używki wpływają na stan układu kostnego. Zbyt intensywny wysiłek fizyczny wpływa niekorzystnie na gęstość kości, dlatego należy zatem wykluczyć aktywność związaną z wysokim ryzykiem upadku czy powodujących stałe napięcie włókien mięśniowych tułowia, takich jak: aerobic, szybkie skłony w dół. Prawidłowo skomponowany trening pozwala zredukować ryzyko upadku nawet o 75%

w populacji kobiet i mężczyzn w wieku 75 lat i starszych. Nieprawidłowa masa ciała z kolei ogranicza mobilność organizmu, co może przyczynić się do szybszej utraty masy kostnej. Dlatego tak ważne jest utrzymywanie należnego ciężaru ciała, który nie będzie stanowił przeszkody w codziennej aktywności motorycznej [18,11,19,20].

Analiza danych w niniejszym badaniu wskazuje, że 66% ankietowanych nie była pewna, czy zabieg chirurgiczny lub schorzenia jelit wpływają na zachorowanie na osteoporozę. Literatura podaje, że jest to jeden z czynników wpływających na zachorowanie na osteoporozę, a to dlatego że zaburzone zostaje przyswajanie wapnia. Wapń jest przyswajany w jelitach, więc jeśli jelita będą niewydolne, to przyswajanie wapnia również nie będzie prawidłowe. Zbilansowana dieta jest niezmiernie istotna dla osiągnięcia szczytowej masy kostnej i jej utrzymania. Niestety, niektóre grupy kobiet są w tej mierze szczególnie narażone na deficyty. Dotyczy to kobiet po 65. roku życia, mających kłopoty z żuciem pokarmów (osoby bezzębne), ale także szerokiej grupy młodych kobiet będących często na dietach, zwłaszcza tzw. restrykcyjnych oraz pacjentek ze zredukowanym apetytem czy cierpiących z powodu chorób układu pokarmowego [21].

W następnym etapie badań uzyskano, że 50% respondentek uważa produkty bogate w wapń i ubogie w kofeinę jako grupę produktów chroniących przed osteoporozą. Jednakże jeśli chodzi o stosowanie diety np. wysokobiałkowej, wysokofosforanowej, wegetarianizm, weganizm, 68% badanych nie wiedziała, czy wpływają korzystnie czy niekorzystnie, jeśli chodzi o zachorowanie na osteoporozę. Dieta musi być zróżnicowana. Wyniki dostarczone z badania Szałek pokazują, że w opinii dwóch niezależnych grup kobiet uczestniczących w Programie ”Edukacja w zakresie osteoporozy” na terenie Polski leczenie osteoporozy wymaga długotrwałego, często wieloletniego stosowania leków (39,4% *vs.* 41,3%), suplementacji wapnia i witaminy D (36,0% *vs.*43,7%) oraz prowadzenia aktywnego (w miarę możliwości) trybu życia (22,6% *vs.* 24,1%) [17]. W badaniach ogolnopolskich niedobor wapnia w diecie stwierdzono u 73.5% badanych mężczyzn i 86.8% badanych kobiet powyżej 18. roku życia. Czynnikami zwiększającymi wchłanianie wapnia z przewodu pokarmowego są: sok żołądkowy, prawidłowa praca przewodu pokarmowego, odpowiedni stosunek wapnia do fosforu w diecie oraz obecność w niej laktozy, witaminy D, jak rownież niedobory wapnia w organizmie. Dobrym źrodłem tego makroelementu natomiast jest: mleko i przetwory mleczne, konserwy rybne zawierające kościec (sardynki, szproty), jaja. W przypadkach, gdy spożycie produktów mlecznych jest z jakiegokolwiek powodu niewskazane lub ograniczone, alternatywnym źródłem wapnia mogą być przetwory sojowe, serwatka, maślanka. Według polskich norm żywienia RDA, zalecane dzienne spożycie wapnia u dzieci i osób dorosłych wynosi 1300 mg. Dla dorosłych osób stosunek wapnia do fosforu powinien wynosić 1:1, dla dzieci w pierwszym roku życia 1,5:1, a dla dzieci w wieku poniemowlęcym 1,2:1 [18]

Zadowalający jest fakt, że 76% ankietowanych wiedziało, że wapń i witamina D zapobiegają osteoporozie. Wyniki niektórych doniesień naukowych wskazują, że suplementacja witaminy D zmniejsza ryzyko upadków oraz częstość wystąpienia złamań. Stwierdzono, że zapewnienie odpowiedniej do potrzeb ilości witaminy D w diecie i suplementów (ponad 12.5 µg/dzień) prowadzi do zmniejszenia ryzyka złamań kości u kobiet po menopauzie [11,9,22,23,24,25,26].

Zaledwie 16% ankietowanych brało udział w badaniach profilaktycznych w kierunku osteoporozy. Większa liczba szkoleń, spotkań, pogadanek na temat osteoporozy byłaby zdecydowanie wskazana. Międzynarodowe Towarzystwo Densytometrii Klinicznej (ISCD) zaleca, aby badania densytometryczne były wykonywane u pacjentek powyżej 65 r. ż. oraz u kobiet przed 65 r. ż., u których wystąpiły czynniki ryzyka. Inną metodą w diagnostyce osteoporozy jest badanie radiologiczne. Diagnozując osteoporozę, radiogram wykonuje się głównie w odcinku lędźwiowym i piersiowym kręgosłupa. Tą metodą bada się także szyjkę kości udowej, kości rąk i koniec bliższy kości promieniowej [27].

Wnioski

1. Pacjentki po 40 roku życia nie miały wystarczającej wiedzy na temat profilaktyki osteoporozy.
2. Ankietowane kobiety były świadome, że regularna aktywność fizyczna zapobiega powstawaniu osteoporozy.
3. Duża liczba kobiet nie wiedziała, że czynnikami ryzyka zachorowania na osteoporozę jest alkohol i nikotyna.
4. W opinii badanych przyjmowanie preparatów wapnia i witaminy D zapobiega osteoporozie.
5. Pacjentki po 40 roku życia nie miały wystarczającej wiedzy na temat profilaktyki osteoporozy.
6. Kobiety nie brały udziału w badaniach profilaktycznych w kierunku osteoporozy.

Piśmiennictwo

1. TWARDOSZ W. Wielka Encyklopedia Zdrowia. Wydawnictwo Horyzont, Wągrowiec 2005; 303-317.
2. GOMEZ J. Jak radzic sobie z osteoporozą i jej zapobiegać. W: Rossowski D, Kotynia-Kosmynka A. (red.). Wydawnictwo Feeria, Łódź 2007.
3. JANISZEWSKA M, KULIK T, DZIEDZIĆ M, ŻOŁNIERCZUK – KIELISZEK D, BARAŃSKA A.Osteoporoza jako problem społeczny- patogeneza, objawy, czynniki ryzyka osteoporozy postmenopauzlnej. Probl Hig Epidemiol 2015 ; 96 (1): 106-114

4. PODBIELSKA M., SOKOŁOWSKI K., SOKOŁOWSKA M. Ocena poziomu wiedzy na temat osteoporozy i stosowanej profilaktyki wśród kobiet po 50 roku życia. Zeszyty Naukowe WSSP; 2008, 17: 87-96.
5. ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA A. Ocena ryzyka złamań osteoporotycznych. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie Rzeszów 2013; 4: 515–524.
6. MARCINOWSKA-SUCHOWIERSKA E, GŁUSZKO P, BADURSKI J, CZERWIŃSKI E, KSIĘŻOPOLSKA-ORŁOWSKA K, LORENC R, MARCZYŃSKI W, BOLANOWSKI M, JABŁOŃSKI M, TŁUSTOCHOWICZ W. Leczenie farmakologiczne osteoporozy w Polsce – dostępność, przyczyny braku jego wdrażania Postępy Nauk Medycznych, t. XXVIII, nr 12: 2015.
7. COMPSTON J. Osteoporoza. Med. Po Dypl. 2009, 18 (7): 52-58.
8. HORWOOD J.: Dolegliwości medyczne, Jak radzić sobie z problemami menopauzy. W: Rossowski D, Kotynia-Kosmynka A. (red.). Wydawnictwo JK, Łódź 2007 :68-74.
9. KOPICZKO A.:Assessmnt of intake of calcium and vitamin D and sun exposure in the cpontext of osteoporosis risk in a stydy conduced on perimenopausal Women, Prz. Menopauzalny, 2014, 18 (2): 79-83.
10. KUMOREK A. Przyczyny upadków i urazów po upadkach u kobiet powyżej 50 roku życia żyjących samodzielnie w Krakowie. Przeg. Lek. 2014; 10:516-519.
11. RABIEJ M, DMOCH- GAJZIERSKA E. Profilaktyka osteoporozy. Poł. Na. i Pr. 2011; 4:12-15.
12. MILERT A. Postaw kości na nogi. Mag. Piel. i Poł. 2011; 6: 24-25.
13. SZCZYGIELSKA-MAJEWSKA M, PAPIS E. Styl życia a osteoporoza. Annales UniversitatismMariae Curie-Skłodowska. Lublin 2003; LVIII, XIII (246): 241-246.
14. OPALA T, RABIEGA-GMYREK D. Położnictwo i ginekologia, Repetytorium. W: Preis K. (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
15. OSIELENIEC J. Diagnoza: Osteoporoza. Mag Piel i Poł. 2011;6:22-23.
16. Podbielska M, Sokołowski K, Sokołowska M. Ocena poziomu wiedzy na temat osteoporozy i stosowanej profilaktyki wśród kobiet po 50 roku życia ZESZYTY NAUKOWE WSSP TOM 17 – 2013: 87-96.
17. SZAŁEK E. Edukacja pacjentek w okresie menopauzalnym i postmenopauzalnym w zakresie osteoporozy. Fa r m a c j a w s p ó ł c z e s n a 2013; 6: 51-56.
18. DŻYGADŁO B, ŁEPECKA- KLUSEK C. Zastosowanie niektórych substancji mających wpływ na obrót kostny Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu. 2012; (18)2: 125-130.
19. KOPICZKO A, WIERZBICKA E. Stan zmineralizowania tkanki kostnej kobiet uczęszczających na zajęcia fitness. Med. Rodz. 2014; 2:54-58.

20. SZCZEPANIAK R, BRZUSZKIEWICZ- KUŹMICKA G. SZCZEPKOWSKI M., POP T, ŚLIWIŃSKI Z. Ocena aktywności ruchowej i sprawności fizycznej kobiet po 65 roku życia, ze zdiagnozowaną osteoporozą. Doniesienia wstępne, Prz. Med. Uniw. Rzesz. Inst. Leków 2014; 1:62-73.
21. TKACZUK-WŁACH J, SOBSTYL M, JAKIEL G. Osteoporoza – zapobieganie i leczenie. Przegląd menopauzalny 2010; 4: 283.
22. LIPS P L, BOUILLON R, VAN SCHOOR N M i wsp. Reducing fracture risk with calcium and vitamin D. Clin Endocrinol (Oxf.) 2010; 73(3): 277-85.
23. GALLAGHER J C, ADARSH J S. Vitamin D Insufficiency, Deficiency, and Bone Health. J Clin Endocrinol Metab. 2010; 95(6): 2630-2633.
24. FESKANICH D, WILLETT W C, COLDITZ G A. Calcium, vitamin D, milk consumption, and hip fractures: a prospective study among postmenopausal women. Am J Clin Nutr. 2003; 77: 504-11.
25. PLUSKIEWICZ W. Kiedy i jak modyfikować lecznie farmakologiczne osteoporozy. Med. Po Dypl. 2012, 21(11):44-47.
26. NAMS : Nowe stanowisko NAMS skupione na osteoporozie u kobiet po menopauzie. Gin. Po Dypl. 2010, 12 (3): 56-57.
27. SROKOWSKA A, ZAWADZKA E, SIEDLACZEK M, SROKOWSKI G, LEWANDOWSKI A, KOWALIK T, RADZIMIŃSKA A, ZUKOW W. Ocena stanu wiedzy pacjentów na temat profilaktyki osteoporozy. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(12):503-520.

Kontakt:

Anna Kremska,

Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego,

ul. Pigonia 6 35-310 Rzeszów,

Tel: +48178721255,

E-mail: baranna09@tlen.pl

PROBLEM AGRESJI WŚRÓD MŁODZIEŻY

The Problem of Aggression Among Adolescents

Anna Lewandowska[1], Tomasz Lewandowski[2], Barbara Laskowska[1], Maria Wańcio[1]

[1] Institute of Health Protection The Bronislaw Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jaroslaw, Jaroslaw, Poland;
Head of the Department: dr inz Jarosław Noworól

[2] Institute of Technical Engineering, State School Of Higher Vocational Education in Jarosław Czarnieckiego, Jarosław Poland;
Head of the Department dr Justyna Stasieńko

Abstract

Introduction: More and more attention is paid to aggression and violence due to their scale and drastic character. The phenomenon of aggression and violence is nowadays one of the most disturbing problems. Today this problem concerns not only the adults world but more and more frequently also children and adolescents. Young people are more and more aggressive and become victims or witnesses of aggression and violence themselves. Nowadays, violence has become a tool to achieve a set goal.

The aim of the study: The aim of the study was to analyse the problem of aggression among girls and boys aged 13-16, as well as establish typical aggressive behaviours.

Materials and methods: The research involved 105 randomly chosen students of a junior high school of Podkarpackie voivodeship. The researched group consisted of girls (58%) and boys (42%) aged13-16. The research method applied in the study was a diagnostic survey conducted by use of an anonymous questionnaire method.

Results: Among students of junior high school the problem of aggression occurs quite frequently. The dominant forms of aggression among researched adolescents are: calling other students names, slandering, pushing others, tussling, beating others, kicking. Usually boys initiate conflicts while girls usually try to mitigate quarrels. The adolescents experience some forms of aggression already at home and school as well as peer environment are favourable to development of these forms.

Key words: Aggression. Adolescents.

Streszczenie

Wprowadzenie: Agresja i przemoc są zjawiskami, którym poświęca się coraz więcej uwagi. Dzieje się tak z powodu ich skali i drastyczności. Zjawisko agresji i przemocy jest obecnie jednym z najbardziej niepokojących problemów. Dziś pojawia się ono nie tylko w świecie ludzi dorosłych, lecz coraz częściej także wśród dzieci i młodzieży. Młodzi ludzie są coraz bardziej agresywni i sami coraz częściej stają się ofiarami lub świadkami agresji i przemocy. W dzisiejszych czasach przemoc staje się instrumentem osiągania zamierzonych celów.

Cel pracy: Celem pracy była analiza problemu agresji wśród dziewcząt i chłopców w klasach gimnazjalnych oraz poznanie jej przejawów.

Materiał i metody: Badaniem objęto 105 losowo wybranych uczniów gimnazjum na terenie województwa podkarpackiego. W badaniu wzięło udział 58% dziewcząt i 42% chłopców, między 13 a 16 rokiem życia. Metodą badawczą zastosowaną w pracy był sondaż diagnostyczny, zaś techniką badawczą była ankieta, mająca charakter anonimowy.

Wyniki: Zachowania agresywne występują zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców. Jednak u chłopców częściej dochodzi do agresji fizycznej (77%), a u dziewcząt przeważa agresja słowna (70%). Dziewczęta były ofiarami pobicia w 5% rzadko, 2% często, a 3% bardzo często. Natomiast chłopcy ofiarami pobicia byli w 23% bardzo często, często i rzadko, a w 31% chłopcy nigdy nie zostali pobici. Spora część badanej młodzieży uważa zjawisko agresji za normalne i nie zgłasza problemu. Badania wykazały występowanie agresji rodzinach badanej młodzieży (41% dziewcząt i 48% chłopców).

Wnioski: Wśród młodzieży gimnazjalnej występuje problem agresji dość często. Dominującymi formami agresji wśród badanej młodzieży są: przezywanie, szerzenie plotek, wyzywanie, popychanie , szarpanie, uderzanie, bicie, kopanie. Inicjatorami konfliktów są najczęściej chłopcy, natomiast dziewczęta częściej podejmują próby łagodzenia sporu. Młodzież z pewnymi formami agresji spotyka się już w domu rodzinnym, a teren szkoły i środowisko rówieśnicze sprzyja rozwojowi tych form.

Słowa kluczowe: Agresja. Młodzież.

Introduction

More and more attention is paid to aggression and violence due to their scale and drastic character. The phenomenon of aggression and violence is nowadays one of the most disturbing problems. Today this problem concerns not only the adult's world but more and more frequently also children and youth. Of course, this issue causes a lot of society's concern. Young people are more and more aggressive and become victims or witnesses of aggression and violence themselves. Nowadays, violence has become a tool to achieve a set goal. The aggressors do not perceive their behaviour as wrong and they blame others for it. Most

frequently only victims of aggression and people threatened by aggression are aware of the problem [1]. It is a complex task to comprehend and define “aggression” and that is why there are numerous terms explaining this phenomenon. Scientific literature provides various definitions of aggression. The term “aggression” stands for deliberate action that is intended to harm someone or something, to inflict pain, or to cause the loss of something. Such an action is usually violent and open. As far as contemporary science is concerned, the term “aggression” occurs in various disciplines, such as international law, penal law, biology, and especially neurology and physiology, pedagogy, psychology, ethics, sociology, and psychiatry [1]. As far as intentionality in aggressive actions is concerned, psychological literature mentions a few reasons for such behaviour, such as: desire for pleasure that is connected to rivalry, risk, thanks to which it is possible to lose touch with the everyday reality and experience something exciting; appropriation that, according to aggressor’s awareness, results from total neutralization of the victim; revenge and hatred directed at all the people or at some imaginary harm experienced in the past by the aggressor; desire for power and domination over another person, especially over a weak and terrified person [2]. There are various opinions on sources of aggression. According to some studies, aggression may result from inborn instinctive drive, while other sources refer to it as learned behaviour. Researchers of the phenomenon of aggression, Cofer and Appley, enumerate four concepts of aggression: instinctive, response to frustration, acquired drive, learned aggression [3]. Due to diverse criteria, there are various classifications of aggression. Most frequent classification enumerates physical and verbal aggression. The former one is defined as an attack on another person, during which an aggressor hurts and does harm to another person using certain parts of the body or tools. Verbal aggression consists in applying of verbal pressure that arouses fear and sense of wrong in a victim [3]. Okoń enumerates physical, verbal, and transferred aggression [4]. Streulau offers a similar classification, namely physical and verbal aggression, and adds the concept of self-aggression [4]. Tyszkowa classifies active aggression and suggests two types of it: motor and verbal. Motor aggression consists in hostile, physical behaviour directed at a person or an object (beating someone, damaging objects). Verbal aggression consists in verbal insults, calling names, quarrels. Ranschburg offers additional division of aggression into social aggression against society and pro-social aggression aimed at serving an individual belonging to the society. Pro-social aggression is aimed at care and healthy development of one’s personality. It may be illustrated by the example of punishment applied by tutors for young person’s own good. Bandura and Walters conclude that aggression may become a learned response to the state of tension. The authors of the above statement underline the purposeful character of aggressive behaviour that serves as a tool to achieve something desired or to get rid of something unpleasant [5]. The phenomenon of aggression causes more and more concern not only among parents or teachers but it is also a problem for the whole Polish society

terrified by cruel behaviour of adolescents. The reasons for such behaviour should be searched for not only at school, but above all in family environment, where everything begins.

Objective

The aim of the study was to analyse the problem of aggression among girls and boys aged 13-16, as well as establish typical aggressive behaviours.

Materials and methods

The research involved 105 randomly chosen students of a junior high school of Podkarpackie voivodeship. The researched group consisted of girls (58%) and boys (42%) aged13-16. The research involved 34 students from the first class of junior high school (32% of the researched), 26 from the second class (25%), and 45 from the third class (43%), the majority of the researched. The vast majority of the surveyed live in the rural area (98%), while only 2% live in a city. The research method applied in the study was a diagnostic survey conducted by use of an anonymous questionnaire method.

Results

According to research, 84% of the surveyed students are brought up in a complete family and live with both of the parents, 6% live only with their mother, 3% only with their father, 6% are brought up in a multigenerational family, while 1% live with their guardian (and not with a parent). According to the students' answers, the level of parents' education is diverse. The majority of mothers (31%) have vocational and secondary education (28%), while the majority of fathers (47%) have vocational education. Only 19% of mothers and 11% of fathers have higher education. There are also students (11%) who are not aware of their parents' level of education. As the research shows, about 60% of parents work in Poland, 6% of mothers and 22% of fathers work abroad, while 34% of mothers and 15% of fathers do not work at all. According to the research, financial situation of 42% of the families is good, 30% assess it as very good, while 23% as average. 5% of the families have a bad financial situation. As far as housing conditions are concerned, 52% of the families have very good conditions, 44% good, and only 4% average. The vast majority of girls (49%) are good students, 33% average, 15% very good, and only 3% are poor students. As far as boys are concerned, 48% are average students, 29% are good students, 14% very good, and 9% are poor students. When asked the question: "Have you ever witnessed any of your friends being beaten by another student from your school?" 72% of girls said that they rarely witnessed such situation, 23% frequently, and 5% very often. As regards boys, 20% witnessed such situation very often, 25% frequently, and 55% rarely. However, all the students have experienced such situation. 90% of girls have never been beaten, 5% rarely, 2% frequently, and 3% very often. As far as boys are concerned, 23% claim that they have been beaten very often, frequently or rarely, while 31% have never been

beaten. 18% of boys get into fights with peers very often and frequently, 41% rarely, while 23% never. When it comes to girls, 2% show aggressive behaviour towards peers very often, 8% rarely, and 90% never. The difference in behaviour between girls and boys is that the latter more frequently solve their problems with a “fist-fight”. Girls rarely witnessed verbal aggression directed at their peers (51%), 38% frequently, and 11% very often. When it comes to boys, they rarely witnessed such situations (46%), 34% frequently, and 20% very often. Girls use verbal aggression towards other students very often (13%), 23% frequently, 34% rarely, and 30% never. Boys use verbal aggression very often (9%), 13% frequently, 39% rarely or never. Wheedling money or other things out of students happens sporadically. The girls surveyed have never experienced wheedling money or other things out of other students (87%), 8% rarely, 3% frequently, and 2% very often. As far as boys are concerned, 2% experienced that frequently, 16% rarely, and 82% never. Thefts among girls happened very often (3%), or never (84%); as regards boys, never (82%) and rarely (16%). Girls experience most frequently the following aggressive behaviours: calling names (84%), slandering (79%), insults (61%), pushing, tussling (52%), embarrassing and humiliating (44%), hitting, beating, kicking (24%), wheedling money (10%). Boys enumerate the following aggressive behaviours: calling names (75%), insults (61%), pushing, tussling (57%), hitting, beating, kicking (43%), slandering and humiliating (36%), embarrassing (16%). According to the girls’ answers, the aggressor most frequently happens to be a male classmate (44%) and students from higher classes (26%); less frequently other people (20%) and least frequently female classmates (10%). According to boys, most frequently the aggressor happens to be: other people (43%), male classmates (36%), less frequently female classmates (10%) and students from higher classes (11%). As the research shows, girls come into conflicts with others once a month (36%), once a week (16%), once a day (5%). Boys come into conflicts with others a few times a month (32%), once a week (11%), once a day (7%). Both girls and boys provide the following reasons for their participation in conflicts: to defend someone weaker (47% of girls and 46% of boys), “a classmate does not agree with me” (47% of girls and 41% of boys), will to catch the attention of someone of the opposite sex (10% of girls and 7% of boys). According to the researched adolescents, the initiators of conflicts are most frequently boys (78% of girls and 68% of boys). 2% of girls and 5% f boys claim that they have not witnessed any conflict situation. The most frequent girls’ response to conflicts are: no response (21%), trying to mitigate the conflict (57%), joining the conflict (15%), informing an adult on the conflict (7%). When it comes to boys’ response to the conflict, 39% of them do not response to it, 29% try to mitigate the conflict, 25% joint it, and 7% inform an adult on the conflict. According to the analysis of the research, girls and boys response differently to experienced violence. Girls ignore provocations (57%), try to explain the situation (30%), defend themselves (28%), stay with others to feel safe (20%), run away or inform a teacher (13%). Boys, however, mainly try to

defend themselves (52%), ignore provocations or try to explain the situation (27%), some of them prefer to stay with others (20%) or inform a teacher on the conflict (15%). Both girls and boys inform their friends first. 20% of girls inform their parents or do not tell anyone about the situation, 13% inform the tutor or another teacher, 8% chooses the head teacher, 6% talk to their siblings, 5% to guidance counsellor, and 2% to school nurse or other people. As far as boys are concerned, 27% of them do not talk to anyone about the situation, 14% inform their parents, 9% choose their tutor or another teacher, 7% talk to their siblings or other people, 4% inform the head teacher, and 2% chooses the guidance counsellor. As the research shows, the adolescents feel safe at school (69%) and do not indicate a place where they would be afraid to stay. 11% of girls are afraid of staying outside the school, 10% in the school corridor, and 8% in cloakroom. Only 2% of girls feel unsafe in the bathrooms. Similarly, boys feel unsafe in cloakroom (9%) and outside the school (7%), and only 2% are afraid to stay in the school corridor, bathrooms, and in gymnasium. According to the research, aggressive behaviours among girls occur most frequently after school (60%), during the break (30%), and least frequently before the classes and during the classes (5%). The similar results are observed among boys: most frequently aggressive behaviours occur after school and during the break (both 46%), and least frequently during the classes (6%) and before the classes (2%). The majority of the researched boys claim that they rarely feel anger (61%), 32% feel anger frequently, and 7% feel anger very often. However, as many as 16% of girls feel anger very often, 34% frequently, and 50% rarely. When asked: “How do you cope with anger?”, 57% of girls listen to music, 31% ride a bike, and the big part of girls cry (23%). The remaining part (15%) watch TV, play computer games or scream and vent their anger on someone or something (13%). When it comes to boys, they most frequently ride a bike (50%) and listen to music (40%). The big part of them also watch TV or play computer games (27%). The remaining rest often kick, throw things (14%), vent their anger on others (14%), and scream (11%). Very small part of boys (4%) cry. The majority of both girls and boys do not see aggression in their families (59% of girls and 52% of boys), however, quite big part of students do (41% of girls and 48% of boys). Both girls (48%) and boys (52%) claim that most frequently the initiator of aggression at home are the siblings, then parents (28% of girls and 23% of boys), and themselves (20% of girls and 23% of boys). Mother is never the initiator of aggression at home, while father, according to 12% of girls and 5% of boys, happens to be. In girls’ opinion, most frequent aggressive behaviours at home are: calling names (72%), swearing (48%), insults (40%), tussling (36%), irritation and maltreatment (28%), beating, kicking, pushing (20%). In boys’ opinion: calling names (48%), tussling and insults (33%), swearing (28%), beating, pushing, kicking, and irritation (24% each).

Discussion

The problem of aggression among students occurs almost in every school and in every country but in varying degrees. Such behaviours are perceived as risky (problematic). According to the research, 5% of girls were beaten rarely, 2% frequently, and 3% very often. As regards boys, 23% claim they were beaten very often, frequently and rarely, and 31% of them have never been beaten. In Mazur J. and Małkowska A.'s research (2003), within a few recent months, in the representative group of students, 33% of boys and 27% of girls happened to be aggressor at least once, and 46% of boys and 28% of girls happened to be victims. 16% of students confessed to be both victim and aggressor. Nowadays, it is believed that problematic behaviours are not those single situations involving violence but those repeated at least 2-3 times a month. There are various opinions on changes in degree of violence among students. Some authors claim that the problem has existed for a long time, but was not disclosed. According to I. Pospiszyl, the brutality of aggressive behaviours of adolescents increases and such behaviours are no longer the domain of the dregs of society, but more and more frequently occur among adolescents from the respected families [6]. In Skoczylas P. and co-workers' research (2005), 86.67% of the researched confirmed the occurrence of aggression at school. The most frequent forms of it are: swearing (174 cases, 39.90%), laughing at others (112 cases, 25.70%), threats and beating (78 cases, 17.89%), quarrels (63 cases, 14.45%), and unjustified criticism (9 cases, 2.06%) [7]. Similar results were collected by Jędrych M. and co-workers (2010). In their research, the phenomenon of aggression was observed mainly as physical aggression in the form of kicking, tussling, beating, pinching, and pushing, as well as verbal aggression, e.g. humiliating, insults, laughing at others and talking about someone behind their back [8].

Aggressive behaviours occur every day in every sphere of our lives. The reality is filled with aggression, hostility, distrust and brutality. Civilisation creates mass culture without moral foundation, universal values, rights and principles. A human and their life is filled with technological inventions and computerisation. These all lead to the atmosphere of chaos, uncertainty, and threat. We observe weakening of social bond, dehumanisation of the environment we live in, and of interpersonal relations. The faster pace of life, increase of unemployment, and decreased social control lead to financial diversification of citizens as well as increase in pathological phenomena and difficulties in adapting to new situations. Lack of prospects for the future, confusion, loneliness, uncertainty cause stress, concern, and fear. The world of adults created an aggressive lifestyle and young generations become filled with it. According to researchers, an increase of aggression in the Polish society results from social, political, cultural, and economic transformations that lead to getting rid of all moral norms, non-respect of all rights and protection of values, standards and aims that are worth achieving. Loosening of social ties has led to decreased influence of the adults on adolescents. Less and

less rarely the adults are an example for young people in their search for their own identity, accepting values and setting their own goals in life. Parents' influence on their children decreases decidedly and the important and respected authorities are falling. According to E. Durkheim, such situation is favourable to pathological phenomena, the direct cause of which is loss of an individual and lack of support in stable social order and its institutions. The destabilisation in the sphere of norms mentioned above is also accompanied by some new elements. One of them is the process of forming a new atmosphere of social relations, new life philosophy based on expansion, competition, and success [3, 9]. The current situation infects everyone: families, schools, and other social and educational institutions, which leads to negligence of educational activities aimed at children and adolescents, as well as contributes to increase of aggression. According to the research, there is aggression at homes of the adolescents researched (41% of girls and 48% of boys). Both girls (48%) and boys (52%) claim that the siblings are the initiator of aggression at home. Then they mention parents (28% of girls and 23% of boys) and themselves (20% of girls and 23% of boys). The most frequent aggressive behaviours observed at home are: calling names (72% of girls and 48% of boys), swearing (48% of girls), insults (40% of girls and 33% of boys), tussling (36% of girls and 33 % of boys), irritation and maltreatment (28% of girls), beating, kicking, pushing (20% of girls, 24% of boys), swearing and beating (28%). It is difficult to indicate one cause of aggression. There are many causes of aggression and they all are related to each other.

According to J. Danilewska, the causes of aggressive behaviours are: inborn predispositions, activity of an individual and influence of the environment (upbringing). Researches of educationalists and psychologists such as A. Frączek, J. Wolińska, and B. Urban have proved that the personality of a young human, their behaviour in various situations and tendency to aggression depend to a large extent on family situation and experiences from the early childhood. These experiences have a particular influence on social and moral sphere, as well as educational sphere and school carrier. Less important are teaching, pedagogic, environmental, social and cultural factors, as well as peers. Among causes of aggression in children and adolescents particularly important are: family, family home, school, peers and media [10]. Parents' attitudes are a very important factor that influences the development of a child and their social adaptation. Proper parents' attitudes including acceptance, cooperation with a child, freedom of thinking, and respecting child's rights, stimulate child's regular mental and social development. Wrong attitudes cause disorders in development of a child and prove lack of social adaptation. Therefore, parent's avoiding attitude leads to loosening of emotional contact and, as a result, the child becomes distrustful, scared, emotionally unstable, easily comes into conflicts, may have an antagonistic attitude towards society and social institutions. A rejecting attitude is favourable to development of aggressive, confrontational, rebellious behaviour in a child and along with disobedience and arrested emotional development may

lead to anti-social behaviours [10]. According to H. Cudak's research, parent's avoiding and rejecting attitudes towards a child have an influence on development of aggression, determination, lack of self-control, quarrelsomeness, and tendency to negative behaviour, whereas overprotective attitude may result in dependence on parents, passiveness, compliance or confrontational behaviours, delayed emotional and social maturity of a child, pugnacity, difficulties in relations with peers and egoistic behaviour. What is more, a demanding attitude may cause development of irritability, timidity, uncertainty, passiveness and compliance, lack of aspirations, tendency to conflicts, quarrelsomeness, disobedience and determination. Both types of attitudes may contribute to development of hyperactivity expressed by various forms of aggressive behaviours. According to J. Wolińska's research, there is connection between parents' attitudes and aggression in children and adolescents. Emotional distance and control as well as lack of consequences in upbringing process correlate positively with various types of aggression. The strongest connections have been observed between mothers' negative attitude and sons' aggression, while the weakest in relation mother-daughter. Emotional closeness between mothers and fathers correlates negatively with various types of aggression in their daughters, whereas it causes sense of guilt in their sons [10,11,12]. According to H. Pietrzak, there are many causes of aggression in children, such as: lack of parents' acceptance, emotional rejection, standing back with a hostile attitude, strict supervision, strict control, excessive liberalism, less strict discipline, too much freedom [12,13]. As I. Pospieszyl claims, families in which violence is used are hermetically closed, based on social isolation. Within the last decade, and especially recently, there have appeared a new term of "migrating family" that due to work migration severely experiences separation and its consequences in various spheres of life. What is very common, children with all their whims indulged, suffer from sense of abandonment, dissatisfaction, are unhappy, scared, lonely, and miss their parent. Such children get irritated more frequently and the disorder of behaviour appears: they become more aggressive. Lack of parents in everyday life of a child, lack of contact and time spent together lead to very unpleasant emotional states, which may disrupt relations with peers and increase aggression in school environment [10]. School aggression is subject to more and more numerous and more extensive studies in social, educational, and applied psychology in the whole world. This phenomenon spreads widely at schools in many countries and is still increasing [11,12]. Violence is a very serious problem and, basically, there is no school free from this phenomenon. It occurs in every school, both in the cities and rural areas. More and more frequently we observe cases of maltreatment of children at school, mutual aggression between students and teachers. On the basis of empirical studies it was demonstrated that there are strong connections between students' aggressive behaviours and typical school factors, such as: poor school performance, weak sense of connectedness with school, truancy [10,13,14]. Aggressive patterns are taken by

a child also from peers, who are particularly important group for growing up adolescents. The role of a peer group depends on stage of life cycle of adolescents and increases with age. The influence of peer group is huge, even irreplaceable, and plays a very important role in the process of gradual freeing of a young human from family dependence as well as in transfer of appropriate norms, values and forms of behaviour outside the family home. Informal peer groups play a positive role in social development. However, there are situations when these group may become a bridge to problematic groups with different internal structures, hierarchy of values and principles that considerably stray from generally accepted social norms. If a young human becomes a member of such group, they try to ingratiate themselves with the group and by identifying with it, they accept negative behaviour patterns, such as: smoking, drinking alcohol, more and more frequently drugs, as well as aggressive courage tests and prove their readiness to aggressive and criminal behaviours. Groups activities are quite courageous due to solidarity and cooperation of its members. If a child had entered such negative social group and identifies themselves with its norms and values, both parents and teachers face a difficult task aimed at radical change of child's behaviour [13,14].

Victims and aggressors are a risk group for psycho-social health disorders. Awareness of the threat that the phenomenon of aggression may bring should lead to observations of a student, conversations with them, and if necessary, conversations with the tutor and guidance counsellor in order to take necessary actions to diagnose in detail the situation and to help the student [14].

Conclusions

1. Among adolescents aged 13-16 one may quite frequently observe the problem of aggression. Aggressive behaviours concern both girls and boys. However, boys seem to have tendency to physical aggression, while girls to verbal aggression.
2. The most frequent forms of aggression in the researched adolescents are: calling names, slandering, insults, pushing, tussling, hitting, beating, and kicking.
3. Boys are usually the initiators of conflicts, while girls more frequently try to mitigate the conflict.
4. The considerable part of the surveyed adolescents perceive aggression as something normal and do not report to anyone about the problem.
5. Places where violent actions occur most frequently are school cloakrooms and corridors during the breaks, as well as streets outside the school, especially after classes.
6. Adolescents face some forms of aggressions already at home, and both school and peer environment is favourable to development of these forms.

References

1. OKOŃ W. Glossary of Education. Warszawa: PWN, 2012. ISBN 978-83-89501-78-3.
2. BOŻEK L. Aggression. Psychological aspects. Educator. 2003, nr 3, s. 5-6.
3. MAZUR J., MAŁKOWSKA A. Perpetrators and victims of domestic violence? Among students in Poland. Developmental Medicine. 2003, nr 1(2), s. 121-134.
4. SKOCZYLAS P., BINCZYCKA-ANHOLCER M. Aggression among children and adolescents from rural areas. Medical News. 2005, nr 74(2), s. 263–265.
5. JĘDRYCH M. et al. The phenomenon of violence among young people of school age. General Medical. 2010, nr 16(XLV), s. 416-426.
6. IZDEBSKI Z. Threats of adolescence. Zielona Góra: UZ, 2008. ISBN: 978-83-7481-188-0
7. REJZNER A. Violence and aggression in school - trying to solve the problem. Warszawa: WSP TWP, 2008.
8. DANILEWSKA J. Aggression in children-school agreement. Warszawa: WSiP, 2002. ISBN 8302083526.
9. PIETRZAK H. Aggression, conflict, society. Tyczyn, 2000.
10. BEARMAN R., WHELDALL K., KEMP C.. Differential teacher attention to boys and girls in the classroom. Educational Review. 2006, nr 58, s. 339-366.
11. ESTEVEZ E., HERRERO J., MARTINEZ B., MUSITU G. Aggressive and non-aggressive rejected studente: Ananalysis of their differences. Psychology in the Schools. 2006, nr 43, s. 387-400.
12. ESTEVEZ E, MUSITU G, HERRERO J. The influence of violent behavior and victimization at school on psychological distress: The role of parents and teachers. Journal of Adolescence. 2005, nr 40, s. 183-195.
13. HERRERO J, ESTEVEZ E, MUSITU G. The relationships of adolescent school-related deviant behaviour and victimization with psychological distress: Testing a general model of the mediational role of parents and teachers across groups of gender and age. Journal of Adolescence. 2006, nr 29(5), s. 671-690.
14. NIHART T, LERSCH KM, SELLERS CS, MIECZKOWSKI T. Kids, cops, parents and teachers: Exploring juvenile attitudes toward authority figures. Western Criminology Review. 2005, nr 6, s. 79-88.

Kontakt:

Anna Lewandowska

ul. Czarnieckiego 16, 37-500 Jarosław

Phone 698757926

Email: am.lewandowska@poczta.fm

HOW TO CALCULATE THE SAMPLE SIZE FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Paweł Lizis[1], Wojciech Kobza[2]

[1] Department of Education and Health Protection, Holy Cross College, Kielce, Poland
[2] Physiotherapy Cabinet, Żywiec, Poland

Summary

The calculation of the sample size is one of the first and most important steps in designing a study. Although techniques for sample size calculations are described in many statistical textbooks, performing these calculations can be complicated. Therefore, the aim of this paper is to present practical examples of estimating sample size in randomized controlled trials (RCTs). Because sample size calculations are sensitive to errors and because of the high costs related to performing an RCTs, we recommend to perform the calculations with caution or to ask a professional for statistical advice during the designing phase of the study. A good solution is to consider for these values, the options shown in this paper.

Key words: Randomized controlled trial. Statistics. Sample size

Introduction

One of the important issues faced by a researcher during the design phase of the study is sample size calculation in order to meet the objective of the research. Sampling is an essential tool for scientific investigation, not only in randomized controlled trials (RCTs) but in marketing, agriculture, economics, biological sciences etc. The connection between sample size requirements in medical investigations (e.g. RCTs) and inference being drawn from results of such investigations do not seem to be generally appreciated. It is very important and mandatory that sample sizes are determined based on the study design and the objectives of the study. Failure to calculate size of sample with reference to particular study design may lead to incorrect results and conclusions [1, 2, 3, 4].

The fulfillment of the statistical requirements is now a condition to ensure the reliability of the results obtained in the scientific community. If not, without significance is also the possibility to publish the results of such a study in leading scientific journals. So is their knowledge and proper consideration when planning research in the interest of the researcher. The aim of the paper is to present practical examples of estimating sample size in RCTs.

A general procedure applied in the estimation of the sample size

Calculating the sample size for a RCTs requires basic components:

1. **The type I error (alpha).** Clinical studies are usually performed in a sample from a population rather than in the whole study population. In research we are testing hypotheses to determine whether (results in) particular samples differ from each other. On the one hand, the null hypothesis (H_0) hypothesizes that the groups of subjects (samples) that are being compared are not different, that is as they come from the same source population. The alternative hypothesis (H_1), on the other hand, hypothesizes that these groups are different and that therefore they seem to be drawn from different source of the population. In the process of hypothesis–testing the two fundamental errors can occur. These errors are called type I and type II errors. The type I error (alpha) measures the probability that given the H_0 means that the samples come from the same source of the population, the differences found are likely to happen. In other words, the alpha represents the chance of a falsely rejecting H_0 and picking up a false-positive effect. The alpha is the most commonly fixed at 0.05, which means that the researcher desires a < 5% chance of drawing a false-positive conclusion [5, 6].
2. **Power of test.** Instead of a false-positive conclusion investigators can also draw a false-negative conclusion. In such cases they conclude that there is no difference between two groups or treatments when in reality there is, or in other words, they falsely accept the H0 that the compared samples come from the same source of the population. This is called a type II error (beta). Conventionally, the beta is set at a level of 0.20, meaning that the researcher desires a < 20% chance of a false-negative conclusion. For the calculation of the sample size one needs to know the power of a study. The power reflects the ability to pick up an effect that is presented in a population using a test based on a sample from that population (true positive). The power is the complement of beta: 1 minus beta (1- beta). So, in case of the beta of 0.20, the power would be 0.80 or 80%, representing the probability of avoiding a false-negative conclusion, or the chance of correctly rejecting a null hypothesis [7, 8, 9].
3. **Calculating the sample size.** It is recommended to use the results reported by other researchers, who conducted research on similar studies. If the results of which studies are not available, it is recommended to carry out pilot studies on small population groups , the best ones come from the same source of the population. Formulas for sample size calculation differ depending on the type of study design and the studies outcomes. These calculations are particularly of interest in the design of randomized controlled trials (RCTs). Below we will now demonstrate how to calculate sample size using the simplest formulas for an RCTs comparing two groups of equal size. The formula is presented in Table 1.

Table 1. *Simplest formula for a continuous outcome and equal sample sizes in both groups, assuming: alpha = 0.05 and power = 0.80 (beta = 0.20) [10]*

n = the sample size in each of the groups
μ_1 = population mean in treatment Group 1
μ_2 = population mean in treatment Group 2
$\mu_1 - \mu_2$ = the difference the investigator wishes to detect
σ^2 = population variance (SD)
a = conventional multiplier for alpha = 0.05
b = conventional multiplier for power = 0.80
Formula is: $n = \frac{2\,[(a+b)^2\,\sigma^2]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$

When the significance level alpha is chosen at 0.05, like in these examples, one should enter the value 1.96 for *a* in the formula. Similarly, when beta is chosen at 0.20, the value 0.842 should be filled in for *b* in the formula. These multipliers for conventional values of alpha and beta can be found in Table 2.

Table 2. *Multipliers for conventional values of alpha and beta*

Alpha	**Multiplier**
0.05	1.96
0.01	2.58
Beta	**Multiplier**
0.20	0.842
0.10	1.28
0.05	1.64
0.01	2.33

For example, suppose the investigators consider a difference of pain severity on VAS of 2 cm between the experimental group treated by Extracorporeal Shock Wave Therapy (ESWT) and the control group treated by Ultrasound (US) ($\mu_1 - \mu_2$) as clinically relevant and specified such an effect to be detected with 80% power (0.80) and a significance level alpha of 0.05. Past 5 weeks experience with similar experiments, with similar measuring methods and similar subjects, suggests that the data will be approximately normally distributed with an SD of 3 cm. Now we have all of the specifications needed for determining sample size using the approach as summarized in Table 1. Entering the values in the formula yields: $2 \times [(1.96 + 0.842)^2 \times 3^2] / 2^2 = 35.3$, this means that a sample size of 35 subjects per group is needed to answer the research question.

Also a good solution is to use the STATISTICA version 12 (Module Power Analysis test) [11], as presented in Table 3 and Figure 1.

Table 3. *The required sample size for a continuous outcome and equal sample sizes in both groups*

	N sample size Two means, independent sample t test H0: Mi1 = Mi2
	Value
Population mean in treatment Mi1	7,0000
Population mean in treatment Mi2	5,0000
The standard deviation in the population (Sigma)	3,0000
The effect of standardized (Es)	0,6667
Probability of type I error rate (Alfa)	0,0500
The critical value for t	1,9935
Power target	0,8000
The power for the required sample size N	0,8076
The required sample size per group	37,0000

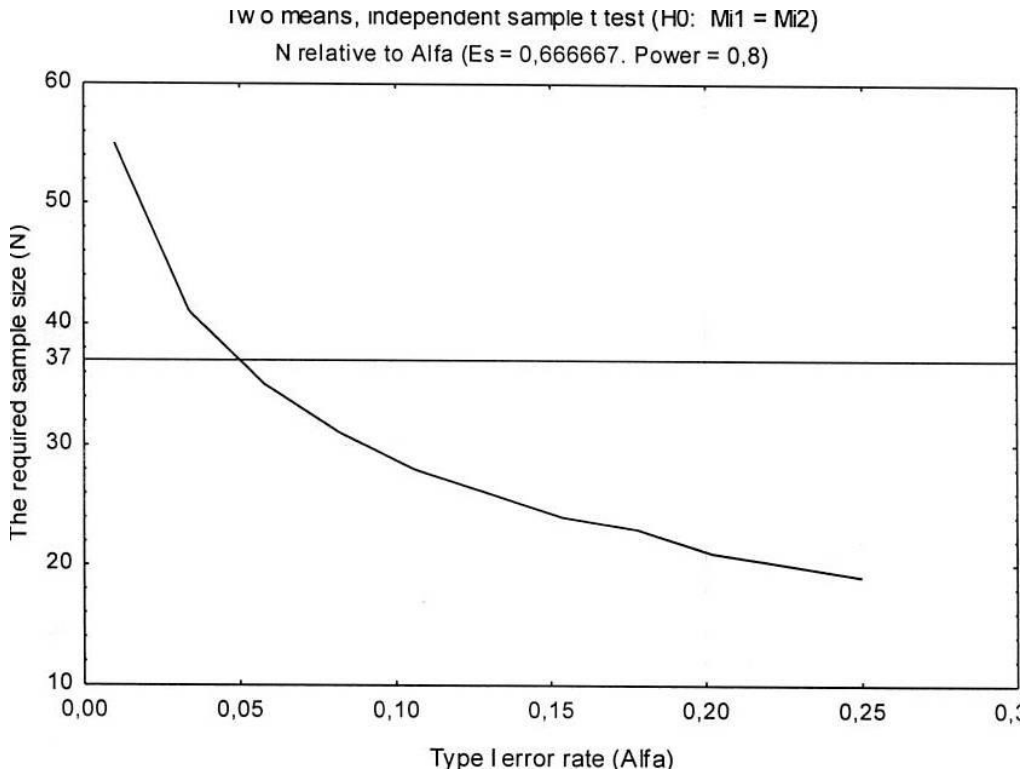


Figure 1. *The required sample size relative to Type I error (Alfa)*

When also it is not possible to perform pilot studies, the researcher must simply accept the A-priori one or more variants of the size of the effect, which is expected. A good solution is to use the Cohen's suggestions [12], which proposes the adoption of the three variants of effect size: $d \geq 0.20$ and < 0.50 (small effect), $d \geq 0.50$ and < 0.80 (medium effect) and $d \geq 0.80$ (large effect).

A-priori sample size is determined (two-tailed hypothesis), given the anticipated Cohen's *d* effect size of 0.2, the probability level of 0.05, and the desired statistical test power level of 0.80. Then we needed minimum 394 participants in each group. Giving the anticipated Cohen's *d* effect size of 0.5, the probability level of 0.05, and the desired statistical test power level of 0.80 means that we needed minimum 64 participants in each group. Giving the anticipated Cohen's *d* effect size of 0.8, the probability level of 0.05, and the desired statistical test power level of 0.80 means that we needed minimum 26 participants in each group [13].

Recapitulation and Conclusion

Methods for sample size calculations are described in several general statistics textbooks [14, 15, 16]. In addition, there are different software programs that can assist in sample size calculations. Examples of validated and user-friendly programs that can be applied to calculate the sample size for several types of data and study designs are

STATISTICA, PASS, SPSS, MEDCALC. For those programs a paid license is required. There are also numbers of websites that allow free sample size calculations.

In conclusion, the calculation of the sample size is one of the first and most important steps in designing a study. Although techniques for sample size calculations are described in many statistical textbooks performing these calculations can be complicated. Because sample size calculations are sensitive to errors and because of the high costs related to performing an RCTs, we recommend to perform the calculations with caution or to ask a professional for statistical advice during the designing phases of the study. Statistical factors determining the reliability of the test results, while determining the sample size, are: statistical significance level, statistical power and effect size. In estimating the sample size the researcher must provide or set up the appropriate values for these parameters. A good solution is to consider for these values the options shown in this paper.

Acknowledgment

Special thanks to Olga Halama for really professional translation of the paper.

References

1. CAI J, ZENG D. Sample size/power calculation for case-cohort studies. Biometrics. 2004, 60(4),1015-1024.
2. CHARAN J, BISWAS T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? Indian Journal of Psychological Medicine. 2013, 35(2), 121-126.
3. CHARAN J, SAXENA D, YADAY P, KANTHARIA N.D. Negative studies published in medical journals of India do not give sufficient information regarding power/sample size calculation and confidence interval. J Postgrad Med. 2011, 57(2),176-177.
4. DAHIRU T, ALIYU A, KENE T.S. Statistics in Medical Research: Misuse of Sampling and Sample Size Determination. Annals of African Medicine. 2016, 5(3),158-161.
5. ALTMAN D.G. Statistics and ethics in medical research: III How large a sample? British Medical Journal. 1980, 281(6251, 1336-1338.
6. CHARLES P, GIRAUDEAU B, DECHARTRES A, BARON G, RAVAUD P. Reporting of sample size calculation in randomised controlled trials: review. BMJ. 2009, 338, b1732.
7. HAYES R.J, BENNETT S. Simple sample size calculation for cluster-randomized trials. International Journal of Epidemiology. 1999, 28(2), 319-326.
8. BRASHER P.M, BRANT R.F. Sample size calculations in randomized trials: common pitfalls. Canadian Journal of Anesthesia. 2007, 54(2), 103-106
9. NOORDZI M, TRIPEPI G, DEKKER F.W, ZOCCALI C, TANCK M.W, JAGER K.J. Sample size calculations: basic principles and common pitfalls. Nephrology Dialysis Transplantation. 2010,25(5),1388-1393.

10. FLOREY C.D. Sample size for beginners. BMJ. 1993, 306(6886), 1181-1184.
11. STATSOFT, INC. 2013. STATISTICA (data analysis software system), version 12. www.statsoft.com.
12. COHEN J. A power primer. Psychological Bulletin. 1992, 112(1), 155-159.
13. http://www.danielsoper.com/statcalc/
14. ALTMAN D.G. Practical Statistics for Medical Research. Chapman & Hall, 1991, London, UK.
15. BLAND M. An Introduction to Medical Statistics. University Press, 2000, 3rd edn., Oxford, UK.
16. LEMESHOW S, LEVY P.S. Sampling of Populations: Methods and Applications. John Wiley & Sons Inc., 1999, 3rd edn., New York, US.

Contact:

Paweł Lizis
Department of Education and Health Protection
Holy Cross College Kielce, Poland
Email: pawel_lizis@poczta.onet.pl

WIĘZI SPOŁECZNE W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU OSÓB STARSZYCH

Social Ties in the Daily Functioning of Older People

Bożena Majchrowicz

Uniwersytet Rzeszowski

Streszczenie

Starość to specyficzny okres życia człowieka, przebiegający w zróżnicowany sposób, utożsamiany jest ze spadkiem wydolności organizmu, pogarszającym się stanem zdrowia, zmianą roli społecznej, redukcją więzi. Człowiek starszy po wycofaniu się z życia zawodowego może spotkać się z utratą autorytetu w rodzinie i środowisku czy dyskryminacją. Ma on nadmiar czasu wolnego, który okazuje się bardzo trudny do zagospodarowania a w konsekwencji może przyczynić się do ograniczenia aktywności, jak również do izolacji społecznej.

Artykuł porusza problem osamotnienia osób starszych spowodowanego zanikiem więzi społecznych. W pierwszej części przedstawiam wpływ sprawności funkcjonalnej seniorów na aktywny udział w życiu społeczeństwa. Część druga ukazuje rodzaje i zasady podtrzymywania więzi społecznych oraz zadania samych osób starszych w tym zakresie. Całość kończy podsumowanie.

Słowa kluczowe: Starość. Sprawność funkcjonalna. Więzi społeczne.

Abstract

Old age is a specific period of human life running in different ways. It is associated with a decrease in stamina, deteriorating health, the role of social changes and reduction of social ties. The old person may encounter with loss of authority in the family and the closest environment after retiring from professional life. Such person has an excess of free time, which turns out to be very difficult for the management, and consequently can contribute to the reduction of activity as well as social isolation. The article focuses on the problem of isolation of older people due to loss of social ties. In the first part I present the impact of functional capacity of seniors on active participation in the society. The second part shows the types and principles of maintaining social ties and tasks of older people themselves in this regard. The article is finished with the summary.

Key words: Old age. Functional efficiency. Social ties.

Wstęp

Na wszystkich etapach historycznych przemian, rodzina zawsze stanowiła podstawę społeczeństwa i jego najważniejszą instytucję. Poprzez związki, pokrewieństwa, więzi emocjonalne, ekonomiczne i kulturowe rodzina gwarantowała swoim członkom poczucie wspólnotowej tożsamości oraz bezpieczeństwa społecznego. Podstawowym elementem ludzkiego istnienia jest działanie. Wszystko co robimy, jest skierowane na nas samych bądź na innych ludzi. Ukierunkowanie naszych czynów na inne osoby jest podstawą do powstawania interakcji. Stanowi ona proces, poprzez który dana jednostka działa na inną osobę, ewentualnie odpowiada na jej przedsięwzięcia. Interakcje społeczne charakteryzują się niezmierną elastycznością. Zmieniają się w zależności od obiektywnych warunków oraz jej obiektywnej interpretacji. Przyczyną zróżnicowania społecznych interakcji jest także subiektywne odczytanie znaczenia zachowania drugiego człowieka. Inaczej np. na tak samo obiektywnie rzecz biorąc, wyglądający uśmiech osoby, którą lubimy, uważamy za bliską a inaczej osoby uważanej przez nas za naszego wroga. U pierwszej jesteśmy skłonni doszukać się gestu przyjaźni, u drugiej zaś gestu wyśmiewania się, kpiny. Trzeba też przy omawianiu tej kwestii dodać, że sposób, w jaki staramy się wywołać u drugiej osoby określoną reakcję, a także skłonność do takiej samej a nie innej interpretacji nadanego w naszą stronę bodźca oraz rodzaj zachowania się w odpowiedzi na ten sygnał, są uwarunkowane przez naszą kulturę.

Interakcje społeczne są podstawowym elementem współtworzącym więź społeczną, która wyznacza wszelkie formy życia społecznego. Więzią społeczną wg. J.Szczepańskiego nazywamy „zorganizowany system stosunków, instytucji i ośrodków kontroli społecznej, skupiający jednostki, podgrupy i inne elementy składowe w funkcjonalną całość zdolną do utrzymania się i rozwoju". Więź społeczna może przybierać różne formy charakteryzujące się swoistą dla siebie trwałością i siłą złączenia więzi w całość. Owa siła i trwałość zależy od ilości i jakości komponentów składających się na dany rodzaj więzi.[1]

Sprawność funkcjonalna osób starszych.

Starość jest ostatnim etapem życia człowieka. W literaturze przedmiotu istnieją liczne definicje starości i starzenia się. Najczęściej definiowana jako etap życia, w którym procesy psychiczne, objawiające się rezygnacją i poczuciem braku szans, oraz społeczne, polegające na odrzuceniu zgodnie z rytuałem kulturowym, oddziałują synergicznie z procesami biologicznymi, prowadząc do naruszenia homeostazy, a tym samym do ograniczenia możliwości przeciwdziałania wymienionym procesom, bez możliwości substytucji i bez obiektywnych szans na powrót do stanu poprzedniego.[2] Sam proces starzenia się jest najczęściej uformowany przez społeczeństwo i może być rozpatrywany w obrębie określonych struktur społecznych. Na proces starzenia się będzie miał wpływ poziom dochodów,

wykształcenie, miejsce zamieszkania lub typ rodziny. Starzenie się można także traktować jako proces społeczny, uwarunkowany zmianami biologicznymi i fizjologicznymi, zachodzącymi w organizmie człowieka, bowiem granice starości są zdeterminowane nie wyłącznie przez biologiczne zmiany, lecz przez społeczeństwo.[3]

Pojęcie sprawności ma szeroki zakres. Obejmuje osoby o sprawności wysokiej, ponad przeciętną (np. uprawiające sport), o sprawności przeciętnej i małej, pozwalającej jednak utrzymać samodzielność. Pełna sprawność daje człowiekowi duże możliwości, jej upośledzenie stopniowo zaczyna ograniczać szeroko pojętą przestrzeń życiową, początkowo może niezauważalnie, pokrywając się z niejako naturalnym ograniczeniem funkcjonowania związanym z zakończeniem procesu wychowania dzieci i ustaniem pracy zawodowej. Dalszy spadek sprawności sukcesywnie zawęża zarówno fizyczne, jak i psychiczne i socjalne możliwości, niejednokrotnie ograniczając życiową sferę do najbardziej podstawowych czynności zabezpieczających przetrwanie lub do sytuacji, w których z powodu bariery sprawnościowej człowiek żyje dzięki pomocy innych. Zdolność do samoobsługi i zabezpieczenia własnych potrzeb umożliwiających samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym określane jest mianem sprawności funkcjonalnej. Utrzymanie samodzielności wymaga zachowania sprawności intelektualnej i fizycznej, przynajmniej w zakresie pozwalającym na swobodne poruszanie się. W celu obiektywnej oceny możliwości radzenia sobie w codziennym życiu wykorzystywane są skale oceny stanu czynnościowego. Najczęściej stosowane są: skala Katza (Activities of Daily Living –ADL) lub skala Barthel, oceniające zdolność zaspokajania najbardziej podstawowych potrzeb życiowych, takich jak zdolność samodzielnego przyjmowania posiłków, przemieszczania się, mycia, ubierania, korzystania z toalety i funkcji zwieraczy, oraz skala Lawtona (Instrumental Activities of Daily Living –IADL) oceniająca złożone czynności codzienne, do których zaliczono umiejętność korzystania z telefonu, zdolność do korzystania ze środków transportu, robienia zakupów, przyrządzania posiłków, wykonywania prac związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego oraz możliwość samodzielnego przyjmowania leków i zarządzania finansami, co wymaga również sprawności intelektualnej. Pogorszenie zdolności funkcjonowania może być następstwem zaburzenia jednej sfery sprawności albo kilku komponentów jednocześnie np. niepełnosprawność fizyczna może być następstwem uszkodzeń narządu ruchu lub przewlekłych chorób narządów wewnętrznych, w bardzo znacznym stopniu ograniczających wydolność organizmu, niepełnosprawność sensoryczną powodują zaburzenia słuchu, wzroku i mowy, a niepełnosprawność psychiczną choroby psychiczne, zaburzenia osobowości i zachowania, upośledzenia umysłowe z niesprawnością intelektualną. Proces starzenia się w naturalny sposób wpływa na ograniczenie sprawności, nawet w sytuacji zachowania samodzielności, dlatego też w badaniach oceniających sprawność osób starszych zaawansowany wiek jest jednym z najbardziej stałych czynników różniących osoby sprawne

od badanych z upośledzoną sprawnością fizyczną i intelektualną, a wraz z wiekiem badanych wzrasta odsetek osób z niesprawnością w zakresie IADL i ADL.[3]

Manifestacją postępujących z wiekiem fizjologicznych zmian inwolucyjnych w życiu codziennym jest spowolnienie, pogorszenie zdolności ruchowych, trudności przy wchodzeniu po schodach i wstawaniu z krzesła, zaburzenia równowagi i upadki w czasie chodzenia oraz wykonywania prostych czynności, poczucie osłabienia i zmniejszenie wytrzymałości utrudniające kontynuowanie dłużej trwającej aktywności fizycznej. Dalszą konsekwencją może być utrata samodzielności i uzależnienie od pomocy innych osób. Utrzymanie własnej niezależności, szczególnie w zakresie prostych czynności życia codziennego, tak długo, jak to jest możliwe, jest również najczęściej zgłaszaną potrzebą chorych. Diagnostyka podstawowych problemów w zakresie sprawności funkcjonalnej umożliwia zdefiniowanie zarówno krótkotrwałych, jak i długotrwałych celów leczenia i rehabilitacji, pokrywających się najczęściej z oczekiwaniami samych pacjentów. W obliczu choroby i niepełnosprawności cele często okazują się stosunkowo proste. Wśród najczęściej zgłaszanych przez pacjentów w tym okresie potrzeb są zdolności do samodzielnego, wygodnego siedzenia, czy samodzielnego spożywania posiłków. Do oceny sprawności funkcjonalnej pacjenta bierze się pod uwagę jego umiejętności radzenia sobie z podstawowymi czynnościami życia codziennego, między innymi z możliwością poruszania się, dbaniem o higienę osobistą, korzystaniem z toalety, dbaniem o wypróżnienia, radzeniem sobie z samodzielnym ubieraniem się, spożywaniem posiłków i innymi czynnościami. Równie ważne są pytania o wykonywanie bardziej złożonych czynności codziennych, jak dbanie o dom, przygotowywanie posiłków, robienie zakupów, przyjmowanie leków, korzystanie z telefonów, czy kontrola wydatków. Problemy z ich wykonywaniem znacznie ograniczają niezależność pacjenta. Wieloaspektowa ocena stanu fizycznego i psychospołecznego pozwala zapewnić odpowiednio ukierunkowaną jakość opieki.[4]

Współcześni seniorzy stanowię bardzo zróżnicowaną populację pod względem cech społeczno-demograficznych i kulturowych, a także warunków materialnych i kondycji zdrowotnej. Nie sposób porównać osoby w wieku 75 lat z osobą o dwadzieścia lat starszą. Jednakże, charakteryzując tę grupę społeczną oraz proces starzenia się społeczeństwa, można wskazać na specyficzne „wymiary starości": demograficzny, ekonomiczny, rodzinny, społeczny psychologiczny i zdrowotny. Wyraźnie ukazują one wzrastające zapotrzebowanie na różnorodne formy wspierania osób starszych, ale także i ich rodzin. Zapotrzebowanie na relacje społeczne, które bez dwóch zdań oddziaływają wspierająco na osobę starszą, może być rozpatrywane w sposób obiektywny lub subiektywny, podobnie jak znaczenie wpływu kontaktów z innymi ludźmi na stan zdrowia seniorów. W badaniach jakości życia ludzi starszych jednoznacznie stwierdzono, że „więzi społeczne, sieć relacji, wsparcie społeczne warunkują nie tylko niższe ryzyko zgonu, ale także lepszą samoocenę stanu zdrowia, lepszy stan funkcjonalny i psychiczne samopoczucie." [5]

Wpływ relacji rodzinnych na więzi społeczne osób starszych.

W wyniku przemian społeczno-demograficznych ostatnich dziesięcioleci zmienił się obowiązujący model rodziny. Istotą tych przemian jest przejście od rodziny wielopokoleniowej – obejmującej co najmniej trójpokoleniową grupę krewniaczą, w której wszyscy członkowie wspólnie uczestniczą w wypełnianiu jej podstawowych funkcji – do rodziny nuklearnej, obecnie najczęściej spotykanej w postaci dwupokoleniowej grupy krewniaczej, gdzie trzon rodziny stanowi para małżeńska i jej biologiczne bądź adoptowane dzieci.[6] Dobre funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie z pewnością sprzyja dobremu samopoczuciu psychicznemu. Uzasadniona jest hipoteza, że silne więzi i samoidentyfikacja z różnymi środowiskami społecznymi oraz dobre kontakty z najbliższymi sobie ludźmi zwiększają zadowolenie z życia i poprawiają samopoczucie. W procesie starzenia się ważnym elementem są więzi rodzinne. Rodzina była i jest jedną z głównych wartości Polaków.[7] Zmianie podlegają również oczekiwania stawiane przed ludźmi starszymi, zmienia się ich pozycja społeczna i role, jakie pełnią. Ważnym czynnikiem wpływającym na jakość życia osób starszych są ich relacje z otoczeniem. Zmiany modelu rodziny i jej funkcji mają znaczenie dla procesu pozytywnego i aktywnego starzenia się. Rodzina charakteryzuje się mocnym poczuciem przynależności jednostki do grupy i identyfikacją jednostki z grupą. Wizja rozwoju społeczeństwa nakierowanego na takie wartości, jak pluralizm, indywidualizm jednostki, zapewniający jej emancypację i samorealizację, zakłada przynajmniej częściowe odejście od życia wspólnotowego (małżeństwa, rodziny), nakładającego liczne ograniczenia autonomii jednostki i przejście czy też dążenie do stworzenia społeczeństwa nowoczesnego, promującego nowe style życia.[8] W sytuacji osłabienia relacji z najbliższymi może pojawić się uczucie osamotnienia. Samotność może być odbierana jako pozytywny stan w kilku przypadkach. Po pierwsze, w przypadku osób aktywnych, które się samorealizują, po drugie, jeśli ten stan jest krótkotrwały lub o ile jest to stan zamierzony w celu realizacji wyższych aspiracji. Bardzo boleśnie doświadczają samotności osoby bierne i bez wytyczonych celów w życiu. Aktywność ma ogromne znaczenie w każdym wieku, jest to zdolność do intensywnego działania, energia stwarzająca szansę na kontaktowanie i porozumiewanie się z innymi ludźmi. To właśnie ta zdolność jest szczególnie ważna dla jakości życia osób starszych.[9]

Pozycję osoby starej w rodzinie można określić na podstawie charakteru więzi w tej rodzinie i wysokości zasobów posiadanych w porównaniu z innymi jej członkami. Czynniki te decydują, w jakim stopniu starość w rodzinie zbliża się do modelowych pozycji skrajnych: władzy, zależności, samotności i niezależności. Kontekst historyczny może świadczyć o „rozluźnianiu" więzi rodzinnych i przekształcaniu ich w relacje. We wspólnocie rodzinnej istnieje współdziałanie, współzależność i współbycie, w rodzinie opartej na relacjach zachodzi głównie zapośredniczona wymiana symboliczna. Powiązania rodzinne prawdopodobnie

w większej mierze są kształtowane przez osoby mające większe zasoby, tak więc rozluźnienie powiązań w rodzinie może nastąpić z nadejściem starości rodziców. [10]

Więź społeczna - ogół stosunków, relacji i zależności wiążących jednostkę z grupą społeczna, zbiorowością, ośrodkami kontroli społecznej lub inna jednostką:

- opiera się na świadomości przynależności do grupy (łączy jednostki w grupy), wspólnocie wartości i interesów, przedkładaniu interesów grupy nad swoje własne, identyfikacji działań i przekonań z działaniami i przekonaniami grupy, co jest efektem podzielania podstawowych konformizmów grupowych;
- Jan Szczepański uzasadnia rolę więzi społecznej dla funkcjonowania grup społecznych. Aby grupa mogła istnieć musi mieć więź zapewniającą zbiorową spójność;

Typologia więzi społecznej:

1. Więź naturalna- występuje w grupach społecznych, których pochodzenie i pokrewieństwo tworzą podstawy społecznego powiązania ludzi i ich wzajemnej przynależności; odgrywają one również role w kształtowaniu więzi grupowej w społeczeństwach plemiennych i w grupach etnicznych.
2. Więź zrzeszeniowa- powstaje na zasadzie dobrowolnych związków kreowanych przez ludzi, którzy przystępując do danego zrzeszenia, uzależniają się wzajemnie od siebie i zobowiązują do odpowiednich działań, np. związki, organizacje społeczne, związki zawodowe
3. Więź stanowiona- jest przeciwieństwem więzi zrzeszeniowej i występuje w takich zbiorowościach, w których podziały członków i systemy styczności i stosunki zostają narzucone z zewnątrz lub ustalone przez szersze grupy społeczne, np. państwo (przykłady: więzienie, domy poprawcze).

Nie istnieje jedna, satysfakcjonująca wszystkich socjologów, definicja więzi społecznej, tak jak nie istnieje jedna definicja społeczeństwa.[11] Panuje zgoda, że więź społeczna jest to „coś", co łączy jednostki w grupy, jednak sposób określenia owego elementu spajającego zależy od przyjętej przez definiującego orientacji. Podstawowe różnice w poglądach na naturę więzi społecznej przebiegają między socjologami orientacji woluntarystycznej i strukturalistycznej [12] czyli między autorami uznającymi prymat wolnej woli jednostek nad uwarunkowaniami społecznymi i zwolennikami determinizmu społecznego. Więzi społeczne to emocjonalnie nacechowane powiązania, które przekształcają motywacje człowieka i wymuszają na nim działania. Proces uspołecznienia polega na „emocjonalnym związywaniu jednostki (więziami społecznymi) z szerszą zbiorowością, wytwarzaniu uczuć społecznych oraz poczucia zbiorowego My. To właśnie od siły owego emocjonalnego związania zależy stopień zharmonizowania jej działań z działaniami innych ludzi, zgodność jej życiowych wyborów z podstawowymi cechami organizacji społeczności, jak również stopień

podporządkowania jej interesów szeroko rozumianemu dobru wspólnemu zbiorowości" Emocjonalne związanie jednostki opiera się na poczuciu winy i zobowiązania. Więzi społeczne wytwarzają podstawową formę uspołecznienia — wspólnotę. Wspólnota powstaje na bazie współobecności, współdziałania i współuzależnienia (komplementarność działań jednostek podporządkowanych nadrzędnemu zadaniu, wynikająca z wzajemnego „docierania się") odrębnych i różnych jednostek. Wspólnota wyraża się w poczuciu jedności — każdy członek wspólnoty czuje się związany z czymś, co istnieje ponad nim i co nie mogłoby przetrwać, gdyby nie stała współobecność i współdziałanie innych członków — oraz w poczuciu odrębności od świata zewnętrznego. Komplementarność działań wytwarza przyzwyczajenie i tradycję, towarzyszy jej wspólnota upodobań i wspólnota wiedzy oparta na pamięci wspólnego życia. [13]

Role pełnione przez osoby starsze wiążą się z trzema zasadniczymi obszarami: zawodowym, rodzinnym i społecznym. W każdym z nich w stosunku do osoby starszej formułuje się zbiór oczekiwań i praw, jakie przysługują jej ze względu na zajmowaną pozycję społeczną. Każda rola społeczna jest określona poprzez pewne normy postępowania, zakazy lub nakazy, wynikające z uwarunkowań zewnętrznych bądź wewnętrznych. Często pojęcie to jest stosowane zamiennie z pojęciem funkcji społecznej. Pełnienie określonej roli społecznej przez jednostkę często sprawia, iż jednostka zaczyna się z ową rolą utożsamiać. Każda jednostka w społeczeństwie odgrywa kilka ról społecznych. Dzieje się tak dlatego, gdyż jednostka należy do więcej niż jednej zbiorowości, oprócz życia zawodowego, posiada życie rodzinne, uczuciowe, moralne. Role społeczne, jakie pełnią osoby starsze, ulegają zmianie. Dotychczasowe role społeczne opiekuna, głowy rodziny, pracownika ustępują miejsca tzw. rolom peryferyjnym, często następuje wycofanie się z życia społecznego i przyjęcie nowej roli, roli „osoby starej". Zmiana w realizacji roli zawodowej wynika z przejścia na emeryturę i wycofania się z podstawowej roli pracownika i przyjęcia nowej roli „emeryta".[14] Ponieważ rzadko zdarza się, aby osoby starsze odczuwały potrzebę odizolowania się i samotności, kolejnym ważnym zadaniem w procesie wspierania rozwoju i dobrostanu osób starszych jest zapewnienie im możliwości zaspokojenia potrzeby kontaktu emocjonalnego/społecznego. Ważną rolę w zaspokojeniu tej potrzeby może odegrać uczestnictwo np. w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, klubach seniora, kołach zainteresowań. Trzeba tu dodać, że instytucje te mogą służyć zarazem zaspokojeniu innych potrzeb, np. poznawczych, rozwijania zainteresowań, a czasem także potrzeby sensu życia. [12]

W Polsce ludzie starzy stanowią grupę, w której – mimo gwarancji stałych dochodów z tytułu uzyskiwanych świadczeń społecznych – ryzyko marginalizacji występuje znacznie częściej niż w pozostałych grupach społeczeństwa. Z racji różnorodnych ograniczeń osoby starsze postrzegane są również, zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym w kategoriach niskiego statusu społecznego. Na ryzyko ich wykluczenia wpływa

ogrom różnorodnych czynników natury ekonomicznej, społecznej i kulturowej, ale najistotniejsze mieszczą się w obrębie struktur podstawowych, tworzących przestrzeń życiową i stanowiących przedmiot zainteresowań polityki społecznej. Wraz z upływem lat pogarszający się poziom zdrowia i sprawności osób starych oraz malejąca w związku z tym ich samodzielność oraz zanik więzi rodzinnych powoduje, że nasila się potrzeba korzystania z pomocy lub wręcz opieki ze strony osób trzecich. [15]

Podsumowanie

Starość jest okresem, na który należy spojrzeć jak na kolejny etap w życiu, należy również zrozumieć, że jest to okres zmian możliwości i modyfikacji pełnionych ról także w rodzinie. Nie musi to jednak oznaczać wyrzucenia poza nawias życia rodzinnego, jak zauważa Maria Braun-Gałkowska zmiana możliwości z typu zewnętrznego na możliwości typu wewnętrznego, takich jak doświadczenie, umiejętność zachowania dystansu, rozwaga, cierpliwość, przynoszą nowe możliwości, których wykorzystanie zależy od indywidualnych możliwości każdego człowieka. Jak zauważa autorka, „jeśli wcześniej nie znajdzie się niczego interesującego, nikogo, kogo się lubi, ani żadnego zajęcia, które można kontynuować, starość będzie pusta.[16]

Samotność jest różnie definiowana, najczęściej jako obiektywny lub subiektywny stan, wynikający z nieprawidłowych kontaktów interpersonalnych. Wyróżniamy samotność społeczną, emocjonalną i aksjonormatywną. Samotność społeczna to sytuacja, w której trudno nawiązać właściwe relacje z innymi ludźmi, czego skutkiem może być izolacja i zanik więzi społecznych. Jest to fizyczny brak innych ludzi w otoczeniu. Samotność emocjonalna traktowana jest jako stan deprywacji potrzeby bliskości (poczucie, że jest się samemu pomimo obecności innych ludzi w otoczeniu), zaś aksjonormatywna – to zagubienie egzystencjalne jednostki (niemożność poradzenia sobie w świecie norm i wartości).[17] Ważne staje się wychowanie w odniesieniu do osób starszych, które według Olgi Czerniawskiej jest pomocą w rozwoju człowieka, „jest stwarzaniem sytuacji, które pozwalają lepiej i pożyteczniej przeżyć życie, jest działaniem wspomagającym proces stawania się sobą w poszczególnych fazach życia, w tym starości". Dalej czytamy: „Życie jest swoistym wędrowaniem ku spotkaniu z innymi, ku wartościom, wytworom kultury, którą inaczej postrzegamy i odczytujemy dzięki wiedzy. Dzięki wiedzy widzimy świat na nowo, odkrywamy go". [18] Konieczne jest też wychowanie do starości, o czym pisał już Aleksander Kamiński, który uważał, że jest to „czynnik adaptacji ludzi starych do nowoczesnego społeczeństwa, czyli przystosowanie do nowości cywilizacyjnych, technicznych i technologicznych, coraz szerszej sfery czasu wolnego, a także mody, sposobów komunikacji czy nowych obyczajów i zwyczajów (...)" [19]

Coraz większym wyzwaniem dla polityki społecznej będzie jak najbardziej efektywne wykorzystanie kapitału ludzkiego i społecznego osób starszych, a dla seniorów spędzenie

w satysfakcjonujący sposób ostatnich lat życia, przy zmniejszającym się udziale własnej rodziny, jak i coraz słabiej zdefiniowanej kategorii „staroci". Osoby starsze niezależnie od swojej woli zostaną zmuszone do ciągłego, samodzielnego definiowania swojej tożsamości i budowania pozycji społecznej bez odwoływania się do tradycyjnych ról społecznych. [20] Zjawisko starzenia się ludności, zwłaszcza w państwach wysoko uprzemysłowionych, prowadzi do kształtowania się społeczeństwa, w którym będzie coraz więcej ludzi w wieku przedemerytalnym i starszych, dłuższe będą również okresy wczesnej, średniej i późnej starości. W tej sytuacji konieczne staje zwrócenie uwagi na współpracę wewnątrzpokoleniową (obejmującą osoby starsze) oraz międzypokoleniową (w rodzinie). Osoby starsze potrzebują wsparcia od osób młodszych, ale pokolenia młodsze potrzebują osób starszych, by korzystać z ich umiejętności i doświadczeń.

Bibliografia

1. SZCZEPAŃSKI J.: Elementarne pojęcia socjologii Wydawnictwo: Wydawnictwo Naukowe PWN 1972, s. 30-49 ISBN: 83-85018-24-7.
2. SZATUR–JAWORSKA B., BŁĘDOWSKI P., DZIĘGIELEWSKA M.: Podstawy gerontologii społecznej, Warszawa 2006, s. 23. ISBN: 8389964716
3. BŁĘDOWSKI P.: Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starszych, Warszawa 2002, s. 62. ISBN 83-918380-1-3
4. SKALSKA A.: Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, vol. 1/2011, pp. 50-59, ISSN 1731-7398
5. ADAMEK J., POP T., BEJSTER A., PIKOR L.: Stopień ograniczenia sprawności funkcjonalnej osób przyjmowanych do hospicjum. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie, Rzeszów 2012, 4, 455–464 ISSN 2082-369X
6. BOGUSZ R., CHARZYŃSKA-GULAM., SZKUAT M., KOCKA K., SZADOWSKA-SZLACHETKA Z.: Sprawność funkcjonalna osób powyżej 70. Roku życia na wsi a zapotrzebowanie na opiekę. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2013, Tom 19, Nr 4, 517–522, ISSN: 2083-4543.
7. OLECHNICKI K., ZAŁĘCKI P.: Słownik socjologiczny, Graffiti BC, Toruń 1997, s. 178–179. ISBN: 83-900784-1-4
8. BOGUSZEWSKI R.: Wartości i normy, Komunikat z badań CBOS BS/111/2013, Warszawa 2013, s. 6.
9. KACZMARCZYK M., TRAFIAŁEK E.: Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie, „Gerontologia Polska" 2007, t. 15, nr 4, s. 116–117. ISSN: 1425-4956

10. BŁĘDOWSKI P., Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych, (w): Synak B. (red.): Polska starość, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002,.
11. KURZMAN Ch.: Sociology, Voluntaristic vs. Structuralist (w): Darity W. A. (red.) International Encyclopedia of the Social Sciences, Macmillan Detroit. 2008, ISBN • 978-0-02-865965-7
12. MARODY M., GIZA-POLESZCZUK A.: Przemiany więzi społecznych. Zarys teorii zmiany społecznej, Scholar, Warszawa 2004. ISBN: 83-7383-106-1
13. SZAROTA Z., Społeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństw. (w): Kijak R. J., Szarota Z.:, Starość. Między diagnozą a działaniem, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013, s. 19–22. ISBN 978-83-61638-66-7
14. STANKOWSKA M.: Nowe trendy w pełnieniu roli babci. (w): Kotlarska-Michalska A. (red.): Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie, Roczniki Socjologii Rodziny, XXIII, Poznań 2013. ISBN 978-83-232-2694-9
15. TOMASZEWSKA K. KŁOS A. MAJCHROWICZ B.: Czy wiek i niesamodzielność może być w XXI wieku przyczyną wykluczenia społecznego? Zeszyt naukowy nr 3/2015 Międzynarodowe Centrum Dialogu między kulturowego i międzyreligijnego Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego Warszawa, s. 102-116, ISBN 978-3-940879-7-5
16. BRAUN – GAŁKOWSKA M.: Nie wszystkie kwiaty zakwitają razem, Wydawca Towarzystwo Wolnej Wszechnicy Polskiej, Lublin 2015, s. 10–11. ISBN 978-83-943847-0-8
17. WASILEWSKA-OSTROWSKA K.: Samotność osób starszych w kontekście zmian demograficznych. Kultura i Edukacja 2013, nr 4 (97) ISSN 1230-266X
18. CZERNIAWSKA O.: Edukacyjne aspekty jakości życia (w): Czerniawska O.(red.): Style życia w starości, Łódź 1998, s. 12. ISBN: 83-87814-05-9
19. ZYCH A.A.: Przekraczając smugę cienia: szkice z gerontologii i tanatologii, Katowice 2009, s. 17, ISBN 83-202-0027-X
20. BECK U., BECK-GERNSHEIM E.: Individualization. Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences, London: Sage 2002. ISBN: 9780761961123.

CONTACT:

dr nauk o zdr. Bożena Majchrowicz PhD
NZOZ „WSPARCIE”
Ul. Poniatowskiego 53/3
37-500 Jarosław
Tel. +48 668 820 008
E-email: bozenam4@op.pl

WIEDZA I POSTAWY RODZICÓW WOBEC SZCZEPIEŃ WYKONYWANYCH W PIERWSZYM MIESIĄCU ŻYCIA DZIECKA

Monika Cecuła, Anna Kremska, Justyna Żurawska, Anna Pieniążek, Bernadeta Kołodziej, Romana Wróbel, Elżbieta Kraśnianin, Barbara Zych, Justyna Ciebiera

Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski, Polska

Streszczenie

Wstęp. Szczepienia noworodków to jeden ze sposobów zapewnienia dziecku zdrowego i długiego życia. Jest to jednak metoda, która w ostatnim czasie wzbudza wiele obaw i niepokoju rodziców o bezpieczeństwo ich dziecka. Powodują to działania ruchów antyszczepionkowych, rozpowszechnianych w Internecie.

Cel pracy. Celem pracy było zbadanie postaw rodziców wobec szczepień wykonywanych w I miesiącu życia dziecka oraz określeniu, na jakim poziomie znajduje się ich wiedza w tym temacie. Równie ważnym praktycznym aspektem badań było sprawdzenie, jaki wpływ mają ruchy antyszczepionkowe na decyzje podejmowane przez rodziców.

Materiał i metoda. Badania zostały przeprowadzone w pierwszym kwartale 2013 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie oraz w Wojewódzkim Szpitalu Nr 2 Im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, na oddziałach położniczo-noworodkowych. Do przeprowadzenia badań, posłużył autorski kwestionariusz ankiety, którego wyniki zostały zgromadzone w 150 ankietach, a następnie poddane opracowaniu ilościowemu i jakościowemu.

Wyniki i wnioski. Badania wykazały przeciętny poziom wiedzy rodziców w zakresie podstawowych definicji związanych ze szczepieniem noworodka, wymagający uzupełnienia, natomiast postawy w większości przypadków okazały się zadawalające. Rodzice pomimo deklarowanych obaw wyrażali 100% zgodę na szczepienie swojego dziecka. Sukces ten przypisać można personelowi medycznemu, który wielokrotnie pomógł rodzicom podjąć decyzję w zakresie wykonania szczepienia u swojego dziecka.

Słowa kluczowe: Szczepienia ochronne. I miesiąc życia dziecka. Rodzice. Wiedza.

Abstract

Introduction: Vaccination of newborns is one way to ensure the child a healthy and long life. However, this is a method that has recently raised a lot of concern and anxiety of parents about the safety of their child. This action causes antivacctional movement, distributed on the Internet.

Aim of the study: The aim of the study was to examine parents' attitudes towards vaccination performed in the first month of life the child and determine what level is their knowledge on the subject. Equally important practical aspect of the study was to examine the impact of antivacctional movements decisions made by their parents.

Material and methods: The study was conducted in the first quarter of 2013, the Provincial Specialist Hospital. Frederic Chopin in Rzeszów and in the Provincial Hospital No. 2 Im. St. Jadwiga in Rzeszow, wards obstetric-neonatal. To carry out the study, helped author's questionnaire, the results of which were collected in 150 questionnaires, and then subjected to the development of quantitative and qualitative.

Results and conclusions: Studies have shown the average level of parental knowledge on the basic definitions related to the vaccination of newborn requiring supplement, while the attitude in most cases proved to be satisfactory. Parents declared despite concerns expressed 100% consent to vaccination of their child. This success can be attributed to medical personnel who repeatedly helped parents take decision in the implementation of vaccination for your child.

Key words: Vaccinations, and a month the child's life. Parents' knowledge.

Wstęp

Narodziny dziecka to bardzo ważna chwila w życiu wszystkich rodziców. Chcą oni za wszelką cenę uchronić swoje dziecko przed chorobami, niepotrzebnym bólem, zapewnić mu zdrowie i szczęśliwe życie. Jednym ze sposobów na zdrowe i długie życie każdego człowieka jest wykonywanie szczepień ochronnych.

Szczepionka to preparat służący do sztucznego uodpornienia czynnego, zawierający określone antygeny, które po wprowadzeniu do organizmu uodparniają go na zakażenie jednym lub kilkoma drobnoustrojami chorobotwórczymi. W skład szczepionki wchodzą również inne składniki, które powinny być brane pod uwagę przy kwalifikacji do szczepień (możliwość uczulenia na składniki szczepionki) [12].

W Polsce istnieją dwa rodzaje szczepień: obowiązkowe i zalecane. Te pierwsze są bezpłatne dla osób ubezpieczonych i dotyczą dzieci i młodzieży oraz osób, które na daną chorobę w sposób szczególny są narażone (np. szczepienie przeciwko WZW typu B u pracowników ochrony zdrowia) [2].

Ochronne działanie szczepionki przeciwko gruźlicy: BCG w 1 dobie życia chroni noworodka przed poważnymi następstwami zachorowania na postać rozsianą gruźlicy, czy zapalenie opon mózgowych. Ochronne działanie po jednorazowej dawce szczepionki BCG utrzymuje się co najmniej 15 do 20 lat, natomiast podanie dawek przypominających nie zwiększa skuteczności szczepienia [2, 17].

Ochronne działanie szczepionki przeciwko WZW typu B, wprowadzone do powszechnych szczepień ochronnych noworodków i niemowląt okazało się bardzo skuteczne. Szczepienie to chroni przed poważnymi konsekwencjami zakażenia, przed marskością i rakiem wątroby. Dzieci zaszczepione 3 dawkami szczepionki są chronione przez wiele lat, a skuteczność tych szczepień określa się na 85 - 100%. U osób z prawidłową odpornością nie są potrzebne szczepienia przypominające [2, 14].

wiek		gruźlica	WZW typu B*	błonica	tężec	krztusiec	Hib**	Poliomyelitis***	odra	świnka	różyczka
1 rok życia	1 doba życia										
	2 miesiąc życia										
	3 - 4 miesiąc życia										
	5 - 6 miesiąc życia										
	7 miesiąc życia										
2 rok życia	13 - 14 miesiąc życia										
	16 - 18 miesiąc życia										
6 rok życia											
10 rok życia											
14 rok życia											
19 rok życia											

Tabela 1. *Kalendarz szczepień [10]*

Wprowadzenie szczepień przeciwko WZW typu B do Podstawowych Szczepień Ochronnych oraz sukcesywne poszerzanie grup objętych szczepieniem zalecanym i obowiązkowym, doprowadziło w Polsce na przestrzeni kilkunastu lat do ponad 10 – krotnego spadku zapadalności na WZW B. Aktualnie zapadalność na WZW B (około 4/100 000) porównuje się z zapadalnością w krajach Europy Zachodniej [12]. Poprawę epidemiologiczną zachorowalności na WZW typu B uzyskano, stosując masowe szczepienia wśród noworodków, czasowo obowiązkowe i bezpłatne szczepienia u osób przed planowanymi zabiegami chirurgicznymi, które nadal są zalecane, ale nie refundowane [14].

W chwili obecnej popularne są ruchy antyszczepionkowe. Liczba stron i portali internetowych rośnie w zastraszającym tempie. Młodzi, wykształceni ludzie pragną żyć w zgodzie z naturą, a czytając krążące w Internecie informacje o szkodliwości szczepień ochronnych, powikłaniach poszczepiennych, wpływie rtęci na powstawanie autyzmu i chorób autoimmunizacyjnych, jedynie utwierdzają się w przekonaniu, że szczepienie jest niebezpieczne [3,8,11].

Informacje na temat tiomersalu nie są prawdziwe. Tiomersal, etylen rtęci - konserwant, zawarty w wybranych szczepionkach - hamuje rozwój bakterii i innych patogenów, mogących zanieczyszczać szczepionki jedno- i wieloskładnikowe [3].

Hipoteza o autoimmunizacyjnym wpływie szczepień ma nieudokumentowane podstawy teoretyczne. Wręcz przeciwnie – wykazano, że szczepienia chronią przed

zakażeniami i zaostrzeniami choroby np. w przypadku grypy u osób ze stwardnieniem rozsianym. Jedna z hipotez zakłada, że zbyt wiele szczepionek nadmiernie obciąża układ odporności. Nowoczesne szczepionki zawierają pojedyncze białka i/lub polisacharydy. Dlatego też, podanie wielu szczepionek jednocześnie, zawierających nawet po kilkanaście antygenów, nie przeciąża układu odpornościowego noworodka i jest nieporównywalnie mniejsze niż podczas chorób zakaźnych, gdy organizm narażony jest na oddziaływanie setek tysięcy białek o właściwościach antygenowych [3,5,16].

Współcześnie środki masowego przekazu prześcigają się w dostarczaniu informacji, niejednokrotnie rozbieżnych, a wyczytane lub zasłyszane informacje opowiadane przez innych rodziców, budzą niepokój i wiele pytań. Kontrowersje i wielokrotnie rozbieżne informacje na temat szczepień ochronnych, wpłynęły na głębszą analizę tego tematu.

Cel pracy

Głównym celem prowadzonych badań było uzyskanie wiedzy na grupie reprezentowanej przez rodziców wobec szczepień wykonywanych w pierwszym miesiącu życia ich dzieci. Prowadzone badania ukazały poziom wiedzy na temat szczepień przeciwko WZW typu B i przeciwko BCG, wskazań, przeciwwskazań do wykonywania szczepień, metod łagodzenia bólu podczas szczepienia oraz występowania odczynów poszczepiennych. Równie istotnym, praktycznym aspektem prowadzonych badań było sprawdzenie postawy rodziców wobec aktualnie głoszonych haseł ruchów antyszczepionkowych oraz poznanie najczęstszych obaw rodziców związanych ze szczepieniem swoich dzieci i wpływie ich na podejmowane decyzje.

Materiał i metoda

Zastosowana w badaniu metoda obejmuje całość postępowania badacza, zmierzająca do rozwiązania danego problemu naukowego, zaś narzędziem badawczym, którym posłużono się, jest sondaż diagnostyczny, opierający się na technice ankiety. Autorski kwestionariusz ankiety, skonstruowany o dostępną literaturę przedmiotu, skierowany do rodziców dzieci poddanych szczepieniu w pierwszym miesiącu życia, został podzielony na trzy części.

Pierwsza obejmuje instruktaż wprowadzający respondenta w problematykę badania, temat, cel, zapewniając o anonimowym charakterze prowadzonych badań oraz instrukcji sposobu jego wypełniania.

Druga część składa się z pytań właściwych, dotyczących problemu badawczego. Biorąc pod uwagę formę pytań, w ankiecie znajduje się 16 pytań zamkniętych (zawierających zestaw możliwych odpowiedzi), 2 półotwartych i 2 otwartych - pozostawiając respondentom swobodę wypowiedzi. Ankietowani w pytaniach oznaczonych symbolem ,,*” mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.

Trzecia część ankiety to metryczka, zawierająca zestaw pytań o ważne dla badań cechy demograficzno – społeczne takie jak: płeć, wiek, liczba posiadanych dzieci, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz warunki bytowe.

Badania przeprowadzono na przełomie stycznia i lutego 2013 roku na oddziale położniczo - noworodkowym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie oraz Wojewódzkim Szpitalu Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie.

Podczas przeprowadzania badań, ankieter był obecny i na bieżąco wyjaśniał wątpliwości. Ostatecznie do badania zakwalifikowano 150 kompletnie uzupełnionych kwestionariuszy ankiety, które poddano analizie ilościowej i jakościowej.

Wyniki

Ankiety zostały przeprowadzone wśród rodziców, jednak dostępność uzyskania informacji od kobiet na oddziale była o wiele łatwiejsza niż mężczyzn, stąd też tak duża różnica w liczbie respondentów płci męskiej i żeńskiej. Najliczniejszą badaną grupę stanowiły kobiety (88%), podczas gdy mężczyźni stanowili zaledwie 12% ankietowanych.

Analizując wiek respondentów, zauważa się przewagę osób w wieku 26-35 lat (56%). Zdecydowanie mniej liczebne grupy stanowili badani w wieku 20-25 lat - po 17%. Poniżej 20 r.ż. znalazło się 4% badanych, z kolei powyżej 40 roku życia - 6%.

Z przeprowadzonej analizy liczby posiadanego potomstwa wynika, że najliczniejszą grupę ankietowanych (44%) stanowią pary posiadające 1 dziecko. Drugą co do liczebności grupę (28%) stanowią małżeństwa posiadające 2 dzieci. W grupie 12% badanych, rodzice spodziewają się pierwszego dziecka, natomiast 16% posiada 3 lub więcej dzieci.

Mieszkańcy terenów wiejskich stanowili większość badanych (62%) w porównaniu z respondentami zamieszkującymi tereny miejskie (38%).

Jak wynika z danych, 39% ankietowanych posiada wykształcenie wyższe. Wykształceniem średnim legitymowało się 29% badanych, podczas gdy wykształcenie zawodowe (17%) oraz studia licencjackie (14%) posiadała zbliżona grupa respondentów. Tylko 1% ankietowanych zadeklarował posiadanie innego wykształcenia-szkoła pomaturalna.

Zdecydowana większość badanej grupy (61%) określiła swoje warunki bytowe jako dobre. Znacznie mniejszy odsetek ankietowanych określił swoje warunki bytowe jako bardzo dobre (20%) i przeciętne (19%). Żaden z respondentów nie uznał swojej sytuacji materialnej za złą. Powyższe dane prezentuje Tabela 2.

Zmienne socjodemograficzne		%	n
Grupa badana	Kobiety	88	132
	Mężczyźni	12	18
Wiek	Poniżej 20 r.ż.	4	6
	20-25 lat	17	25
	26-35 lat	56	84
	36-40 lat	17	25
	Powyżej 40 r.ż.	6	10
Liczba posiadanego potomstwa	Spodziewamy się pierwszego dziecka	12	18
	1 dziecko	44	66
	2 dzieci	28	42
	3 dzieci lub więcej	16	24
Miejsce zamieszkania	Duże miasto (>30000 mieszkańców)	17	25
	Małe miasto (10000-30000 mieszkańców)	9	14
	Miasteczko (<10000 mieszkańców)	12	18
	Wieś	62	93
Wykształcenie	Zawodowe	17	25
	Średnie	29	44
	Studia licencjackie	14	21
	Studia magisterskie	39	59
	Inne	1	1
Warunki bytowe	Bardzo dobre	20	30
	Dobre	61	92
	Średnie	19	28
	Trudne	0	0

Tabela 2. *Charakterystyka badanej populacji*

Dokonując analizy ankiety i pytania dotyczącego wiedzy rodziców na temat szczepień wykonywanych u ich dzieci w I miesiącu życia wysoki odsetek ankietowanych prawidłowo wskazało dobrą odpowiedź zaznaczając szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (70,7%) oraz przeciwko gruźlicy (70,7%). Pozostałe odpowiedzi były błędne i dotyczyły one szczepienia przeciwko odrze (24%), śwince(14,7%) i różyczce (18,6%), a nawet grypie (1,3%) (Tabela 3).

RODZAJ SZCZEPIENIA	**LICZBA ODPOWIEDZI**	
	n	**%**
Przeciwko WZW typu B	106	70,7
Przeciwko gruźlicy	106	70,7
Przeciwko odrze	36	24
Przeciwko śwince	22	14,7
Przeciwko różyczce	28	18,6
Przeciwko grypie	2	1,3
OGÓŁEM	**300**	**200 %**

*liczba odpowiedzi nie sumuje się do 100%, gdyż istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Tabela 3. *Szczepienia wykonywane w I miesiącu życia dziecka wg ankietowanych*

ZAGROŻENIA WYNIKAJĄCE ZE SZCZEPIEŃ	**LICZBA ODPOWIEDZI**	
	n	**%**
Brak naturalnej odporności dziecka	30	20
Odczyny poszczepienne	82	54,7
Autyzm	20	13,3
Ból i stres dziecka	72	48
Zawartość niebezpiecznych składników w szczepionce	54	36
Żadne	10	6,7
Inne	0	0
OGÓŁEM	268	178,7 %

*liczba odpowiedzi nie sumuje się do 100%, gdyż istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Tabela 4. *Opinia ankietowanych w kwestii zagrożeń wynikających ze szczepień*

Dane zawarte w tabeli, pozawalają stwierdzić, iż największą obawą dla rodziców związaną ze szczepieniem swojego dziecka są odczyny poszczepienne (54,7%) oraz ból i stres dziecka (48%). Jak wynika z analizy, duży odsetek ankietowanych rodziców obawia się zawartości niebezpiecznych składników w szczepionkach (36%). W mniejszym stopniu rodzice obawiają się braku naturalnej odporności dziecka (20%) i autyzmu (13,3%). Z kolei 4% ankietowanych uważa, że szczepienia ochronne nie niosą za sobą żadnych zagrożeń (Tabela 4).

PRZECIWWSKAZANIA DO SZCZEPIEŃ	**LICZBA ODPOWIEDZI**	
	n	**%**
Nadwrażliwość na którykolwiek ze składników szczepionki	104	69,3
Katar dziecka	70	46,7
Niedożywienie	36	24
Ostra choroba przebiegająca z ciężką gorączką (>38,5 º C)	114	76
Płacz i rozdrażnienie dziecka	18	12
Niewystarczające kwalifikacje personelu szczepiącego	42	28
Noworodek urodzony przedwcześnie (<37 tyg.)	20	13,3
OGÓŁEM	404	269,3%

*liczba odpowiedzi nie sumuje się do 100%, gdyż istniała możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi

Tabela 5. *Ocena wiedzy respondentów na temat przeciwwskazań do szczepienia*

Analizując dane z tabeli, większość ankietowanych poprawnie odpowiedziała na pytanie związane z przeciwwskazaniem do szczepień noworodków. Wymieniali oni kolejno nadwrażliwość na którykolwiek ze składników szczepionki (69,3%), ostrą chorobę przebiegająca z ciężką gorączką (76%). Niewystarczające kwalifikacje personelu (28%) również są przeciwwskazaniem. Katar dziecka (46,7%), niedożywienie (24%), noworodek urodzony przedwcześnie (13,3%), płacz i rozdrażnienie dziecka (12%) nie stanowią przeciwwskazania do szczepienia noworodka, jednak w grupie rodziców pojawiły się te odpowiedzi (Tabela 5).

ZNAJOMOŚĆ METOD ŁAGODZENIA BÓLU	LICZBA ODPOWIEDZI	
	n	%
Nie znam żadnych metod łagodzenia bólu	102	68
Znam metody farmakologiczne	36	24
Znam metody niefarmakologiczne	22	14,7
OGÓŁEM	160	106,7 %

*liczba odpowiedzi nie sumuje się do 150, gdyż istniała możliwość wielokrotnego wyboru

Tabela 6. *Znajomość metod łagodzenia bólu podczas szczepienia w opinii respondentów*

Jak wynika z danych przytoczonych w tabeli, znacznej części respondentów nie jest znana żadna z metod łagodzenia bólu (68%). Wśród metod farmakologicznych najczęściej w grupie respondentów wskazywano na maść EMLA (10%), Paracetamol (6%), Nurofen (5%) i Altacet (4%). Wśród metod niefarmakologicznych rodzice wymieniali kołysanie (8%), przytulanie (3%) oraz ręce matki (3,7%). Nikt z ankietowanych nie wymienił glukozy, która jest dobrym rozwiązaniem zmniejszającym odczucia bólu podczas szczepienia [7]. Odczuwany podczas szczepienia przez dziecko ból jest krótkotrwały, więc zastosowanie Nurofenu czy Paracetamolu nie sprawdzi się w tej sytuacji. Wśród metod niefarmakologicznych, żadne z rodziców nie wymieniło karmienia piersią, które stanowi naturalny i niezastąpiony ,,lek przeciwbólowy" (Tabela 6).

Rycina 1. *Przydatność szczepień w opinii rodziców*

Powyższe dane wskazują, że znaczna większość ankietowanych rodziców uważa, iż lepiej zapobiegać niż leczyć. Choroby nie występują tak często jak dawniej, właśnie dlatego, że rozpowszechniono szczepienia. W związku z tym aż 88% respondentów uważa, że szczepienia są potrzebne. Jedynie 5% jest przeciwnego zdania i zgadza się z przytoczonym hasłem, a 7% nie ma zdania na ten temat (Rycina 1).

Rycina 2. *Zawartość szkodliwych substancji w szczepionce w opinii rodziców*

W ostatnim czasie dużo mówiło się o obecności tiomersalu i dużej ilości rtęci w szczepionkach. Prawie co 6 (23%) ankietowany, uważa, że faktycznie sytuacja taka ma miejsce, podczas gdy 36 % respondentów nie zgadza się z tym stwierdzeniem. Liczną grupę (41%) stanowią rodzice nie mający zdania na ten temat (Rycina 2).

		n	**%**
Zainteresowanie tematyką szczepień ochronnych w opinii ankietowanych	Tak, interesowałam/em się tematyką szczepień jeszcze w czasie ciąży	48	32
	Nie posiadałam żadnych informacji na temat szczepień do czasu wykonania ich u mojego dziecka	102	68
Postawy rodziców wobec zabiegu szczepienia	Bez zastanowienia zgodziłam/em się na szczepienie	106	71
	Miałam/em pewne obawy, ale zostały one rozwiane przez personel medyczny i dziecko zostało zaszczepione	44	29
	Absolutnie nie wyraziłam/em zgody na szczepienie	0	0

Tabela 7. *Zainteresowanie tematyką szczepień ochronnych oraz postawy rodziców wobec zabiegu szczepienia*

Z przytoczonych danych wynika, że rodzice niechętnie korzystają z literatury, Internetu, czasopism medycznych, w celu pogłębienia swojej wiedzy na temat szczepień ochronnych. Grupa 32% ankietowanych, którzy interesowali się tą tematyką w czasie ciąży, deklarowała, iż głównym źródłem ich poszukiwań był Internet i książki. Pozostałe 68% badanych, liczyło na informację przekazaną przez lekarza lub położną, dopiero przed samym faktem szczepienia dziecka (Tabela 7).

Jak wynika z danych w tabeli, zdecydowana grupa (71%) respondentów bez zastanowienia wyraziło zgodę na szczepienie swojego dziecka. Podczas gdy 29% rodziców mając pewne obawy, po rozmowie z personelem medycznym również wyraziło zgodę na szczepienie. Wśród ankietowanych rodziców nie zdarzył się ani jeden przypadek, w którym nie wyrażono by zgody na szczepienie (Tabela 7).

Dyskusja

W Polsce co roku aktualizowany jest kalendarz szczepień, zawierający wykaz szczepionek obowiązkowych i zalecanych dla dzieci i młodzieży w poszczególnych grupach wiekowych. Aktualne dane na temat szczepień, ogólnodostępne w Internecie budzą w rodzicach niepokój, gdyż informacje w nich zawarte są rozbieżne. Jest to spowodowane ruchem antyszczepionkowym, który ma na celu wzbudzić obawy o zdrowie, a nawet życie dziecka, informacjami o zawartości niebezpiecznych składników w szczepionkach, oraz ich wpływie na powstawanie autyzmu. Każdy rodzic chce jak najlepiej dla swojego dziecka, dlatego też zastanawia się nad szczepieniem, rozważa zalety i wady [3,8,18].

Badania własne miały na celu poznanie stanowiska rodziców, ich wiedzy i postaw wobec szczepień wykonywanych w I miesiącu życia dziecka. Ogólnie badania te pokazały przeciętną wiedzę rodziców w tym zakresie.

Rodzice powinni sami dążyć do uzyskania jak największej ilości informacji o szczepieniach ochronnych dla swojego dziecka, jednakże z badań własnych wynika, że zainteresowanie tematyką szczepień ochronnych w czasie ciąży jest niewielkie. Zainteresowanie takie wykazało jedynie 32% ankietowanych, pozostałe 68% nie posiadało żadnych informacji, aż do momentu wykonywania szczepienia u ich dziecka.

Badania przeprowadzone przez Trojanowską A. i wsp. [15], wskazują, iż prawie ¾ respondentek (74,6%) uważa, że wiedzę o szczepieniach ochronnych u dzieci kobieta powinna uzyskać jeszcze przed porodem. Widać tutaj ogromną rolę pielęgniarki i położnej, które wymieniali respondenci jako główne źródło informacji na temat szczepień.

Ankietowane w większości (78,5%) przyznają, że ich wiedza na temat szczepień jest niewystarczająca. Badania własne wykazały, że nieprawidłowe odczyny poszczepienne znane są ponad połowie ankietowanych (124%) natomiast w badaniach Trojanowskiej A. i wsp. [15],

aż 90% badanych zna objawy odczynów poszczepiennych. W obu przypadkach wiedzą wykazały się osoby z wyższym wykształceniem, oraz posiadające więcej niż jedno dziecko.

W przypadku wiedzy na temat szczepień, jakie wykonywane są w I miesiącu życia dziecka, badania własne wykazały wysoki poziom wiedzy rodziców, gdyż 70,7% ankietowanych zaznaczyło odpowiedź, iż jest to szczepienie przeciwko WZW typu B oraz gruźlicy.

W badaniach Trojanowskiej A. i wsp. [15] otrzymali nieco niższy wynik, w którym prawie połowa ankietowanych (41,5%) wiedziała jakie szczepienia wykonywane są w I dobie życia dziecka. Istotnie w obu przypadkach wiedzą wykazały się kobiety młodsze, będące w kolejnej ciąży.

Z kolei znajomość przeciwwskazań do szczepień jest przeciętna. Badania własne wykazały, iż wiedzę taką posiada 57,8% ankietowanych, podczas gdy w badaniach Trojanowskiej A. i wsp. [15], wiedzę tę deklarowało 55,4%. Zbliżone wyniki obu badań ukazują, jak bardzo wiedza rodziców wymaga uzupełnienia.

Przed personelem medycznym stoi ogromne wyzwanie nagłaśniania tematu szczepień, wyjaśniania wskazań i przeciwwskazań, aby rodzice szczepiąc swoje dzieci, nie czuli żadnych obaw o jego bezpieczeństwo.

Celem prowadzonych badań było również poznanie postaw rodziców dotyczących szczepień ochronnych. Wyniki badań własnych wskazują na pozytywną opinię rodziców, choć pewna część respondentów sceptycznie podchodziła do tego tematu. Większość (91%) ankietowanych widzi potrzebę wykonywania szczepień. Potwierdzają to wyniki badań Rogalskiej J. i wsp. [13], wskazując na prawie identyczny odsetek ankietowanych (90%) mających podobne zdanie.

W związku z powyższym niezaprzeczalnym jest, że pomimo nagłaśnianych przez ruchy antyszczepionkowe informacji, rodzice nie zapomnieli, że eliminacja wielu groźnych chorób nastąpiła właśnie dzięki szczepieniom ochronnym. Zaskakującym faktem w badaniach własnych jest to, iż pomimo deklarowanych obaw, ostatecznie 100% ankietowanych zgodziło się na szczepienie swojego dziecka.

Również w badaniach Rogalskiej J. i wsp. [13], zdecydowana większość (98%) respondentów wyraziła zgodę na szczepienie. I tutaj znów widzimy, jak ogromną rolę pełni personel medyczny, który wyjaśnia rodzicom istotę szczepień i eliminuje ewentualne obawy, doprowadzając ostatecznie do zaszczepienia dziecka.

Niedostateczna wiedza na temat szczepień, chorób, przeciwko którym one chronią, może być powodem negatywnego stosunku rodziców do szczepień. Rodzice, którzy sami przekonali się o wadze szczepień na swoim przykładzie, są doskonałym świadectwem dla innych rodziców. Skuteczność i waga szczepień poparta jest tysiącami badań naukowych, jednak postawy rodziców są zróżnicowane, zatem rolą personelu medycznego jest wskazanie rodzicom zalet szczepień, ich znaczenia dla przyszłości dziecka, jednak ostateczna decyzja należy do rodziców i to oni mają wybór, którego muszą dokonać.

Wnioski

1. Ogólna wiedza rodziców na temat szczepień ochronnych jest wysoka. Jednak w zakresie znajomości definicji, oraz znaczenia pojęć wykazano braki (88%). Również w zakresie nieprawidłowego odczynu poszczepiennego, rodzice wskazali właściwe objawy tj. owrzodzenie i/lub ropień podskórny (73,3%), oraz zapalenie ucha środkowego (50,7%).
2. Wiedza rodziców w zakresie szczepień ochronnych wykonywanych wśród noworodków w I miesiącu życia jest niska. Szczepienie przeciwko WZW typu B zaznaczyło 70,7% respondentów, tyle samo (70,7%) zaznaczyło odpowiedź, iż jest to szczepienie przeciwko gruźlicy. Pomimo obaw rodziców co do zagrożeń wynikających ze szczepień ochronnych związanych z występowaniem odczynów poszczepiennych (54,7%), zawartości niebezpiecznych składników w szczepionce (36%) oraz autyzmu (13,3%), rodzice akceptują szczepienia oraz poddają im swoje dzieci w celu zapobiegania chorobom zakaźnym
3. Postawy rodziców wobec szczepień charakteryzuje różnorodność. Tylko 32% rodziców interesowało się zagadnieniem szczepień ochronnych, podczas gdy pozostałe 68% liczyło na informacje ze strony personelu medycznego, po urodzeniu dziecka.
4. Postawy rodziców ujawniają niejednokrotnie niepewność i brak zaufania do artykułów i publikacji, co najprawdopodobniej jest związane z informacjami ogólnodostępnymi w Internecie publikowanymi przez ruchy antyszczepionkowe.
5. Zapotrzebowanie rodziców na edukację w zakresie szczepień zapobiegających chorobom zakaźnym w 1 miesiącu życia dziecka jest duża, a propagowanie jej konieczne.

Piśmiennictwo

1. BAŁANDA A. Opieka nad noworodkiem. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009, str. 13-29, 85-87.
2. BERNATOWSKA E., GRZESIOWSKI P. Sczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane od A do Z. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
3. BERNATOWSKA E., PAC M. Fakty o mitach - czy szczepionki są bezpieczne? Standardy Medyczne. Pediatria, 2011 T. 8 str.711-718.
4. BORKOWSKI W.M. Opieka pielęgniarska nad noworodkiem. Medycyna Praktyczna. Wydanie II. Kraków 2007, str. 315-319.
5. CZAJKA H, DOMARADZKA E, TARCZOŃ I. Co na temat szczepień ochronnych wiedzą rodzice i pracownicy ochrony zdrowia? Przegląd Lekarski 2009/ 66/ 1-2, str. 27-32.
6. CZAPLIŃSKA B. Niepożądane odczyny poszczepienne po BCG w woj. Kujawsko-Pomorskim w latach 2006-2010. Hygeia Public Health 2011, 46(3) str. 362-365.

7. DUBIEL B. Pojenie roztworem sacharozy zmniejsza ból podczas szczepienia. Medycyna Praktyczna, Pediatria 2008, 05.
8. GERBER J., OFFIT P. Szczepienia a autyzm; historia zmieniających się hipotez. Medycyna Praktyczna,Pediatria 2010/02 str 456-461.
9. GRZESIOWSKI P. Badania kliniczne nowych leków i szczepionek u dzieci. Standardy Medyczne,Pediatria 2010, T. 7 str. 371-377.
10. LISOWSKA M., WILIŃSKA M. Szczepienia ochronne - przeszłość i teraźniejszość . Zeszyty naukowe nr 44, wyd Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2010, s 22-35.
11. LUMSDEN H., HOLMES D. Noworodek i jego rodzina. Praktyka położnicza, redakcja naukowa wyd. polskiego Grażyna Iwanowicz-Palus, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012 str. 40-43.
12. MROŻEK – BUDZYN D. Wakcynologia praktyczna, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum α-medica press wydanie II, wrzesień 2009, str. 13-31, 117-131.
13. ROGALSKA J. , AUGUSTYNOWICZ E., GZYL A. , STEFANOFF P. Postawy rodziców wobec szczepień ochronnych w Polsce, Przegląd Epidemiologiczny 2010; 64; str 91-97
14. STĘPIEŃ M. , CZARKOWSKI M. Wirusowe zapalenie wątroby typu B w Polsce w 2009 roku, Przegląd Epidemiologiczny 2011;65: str. 259-264
15. TROJANOWSKA A., EMERYK A., WILCZEK M. Wiedza kobiet w okresie ciąży na temat szczepień ochronnych u dzieci, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2012, str. 186-188
16. WYSOCKI J. Postępy w dziedzinie szczepień ochronnych w 2011 roku, Medycyna Praktyczna 2012/01
17. ZIOŁKOWSKI J., BIELECKA T., KOMOROWSKA-PIOTROWSKA A. Gruźlica dziecięca-rekomendacje, Standardy Medyczne/ Pediatria 2011 T.8 str 536-544
18. http://www.infor.pl/dzienniki-urzedowe/ministra-zdrowia,rok,2012,nr,41/poz,78,komunikat-glownego-inspektora-sanitarnego-w-sprawie-programu-szczepien.html data wejścia 27.12.2012
19. http://www.prometeusze.pl/szczepienia_hbv.php data wejścia 07.01.2013

Kontakt:
Monika Cecuła
E-mail: monimonic@wp.pl

RIZIKO PÁDU SENIOROV V DOMÁCOM PROSTREDÍ

The Risk of Falling Seniors at Home

Mária Novysedláková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá prevenciou pádu seniorov v domácom prostredí. V zásade príčiny pádov vyplývajú z vonkajšieho prostredia a endogénne faktory, vyplývajúce zo zmien súvisiacich s vekom a k nim pridružených chorôb.

V príspevku uvádzame výsledky prieskumu zameraného na príčiny pádov, ich dôsledky a preventívne opatrenia seniorov žijúcich v domácom prostredí. Rozhovorom a pozorovaním prieskumnej vzorky 60 respondentov sme zistili, že seniori majú deficit sebaopatery pri niektorých denných aktivitách, obmedzenú pohybovú aktivitu. Najpočetnejšiu skupinu dôsledkov pádu tvorili ľahké zranenia. Úroveň preventívnych opatrení na zníženie rizika pádu v domácnostiach respondentov bola nízka.

Kľúčové slová: Senior. Riziko pádu. Domácnosť seniora. Rizikové faktory.

Abstract

The paper deals with the prevention of the fall of the elderly at home. In principle, the causes of falls resulting from the external environment and endogenous factors, resulting from changes associated with aging and their associated diseases.

We present the results of the survey focused on the causes of falls, their consequences and preventive measures seniors living at home in this paper. Interviews and observations of the survey sample of 60 respondents, we found that seniors have a deficit of self-care for some daily activities, limited physical activity. The largest group consisted of the crash slightly injured. The level of preventive measures to reduce the risk of falling household respondents was low.

Key words: Senior. The risk of falling. Senior home. Risk factors.

Úvod

Starnutie možno charakterizovať ako obdobie, keď u ľudí nastávajú postupné zmeny na úrovni molekulárnej až orgánovej, v dôsledku čoho sa zmenšuje schopnosť adaptácie. Adaptačné mechanizmy sa menia aj kvalitatívne, ubúda rezerva duševných aj fyzických síl. Pády vo vyššom veku úzko súvisia s chorobou. Často sa objavujú ako dôsledok chorobných zmien, ale naopak pády sami môžu viesť k chorobným zmenám a komplikáciám. Incidencia pádov a výskyt komplikácií v ich dôsledku stúpa úmerne s vekom. V SR v priebehu jedného roka minimálne raz spadne 25 % ľudí vo veku 65 − 74 r. a až 50 % ľudí po 75. roku (Krajčík, 2008). Na porovnanie v USA – jeden z troch seniorov nad 65 rokov spadne v priebehu roka aspoň raz (Fall Prevention Toolkit, 2013).

Príčiny sú často multifaktorové a počet komplikácií v skupine osôb nad 65 rokov závisí od viacerých faktorov. V zásade možno príčiny pádov rozlišovať, ktoré vyplývajú z vonkajšieho prostredia a endogénne faktory, vyplývajúce zo zmien súvisiacich s vekom a k nim pridružených chorôb. Ktorýkoľvek endogénny faktor sa môže uplatniť v nevhodnom prostredí formou pádu (Smoleňová, 1996, s. 7-8). NANDA, 2008; Marečková, 2006, uvádzajú **rizikové faktory u dospelých:** vek nad 65 rokov (≥ 75), pády v anamnéze, pacient žije sám, protéza dolných končatín, používanie pomôcok (barly, palica, chodítko), používanie vozíka nesprávne používanie pomocných zariadení / nesprávna obuv. **Kognitívne rizikové faktory** - oslabený mentálny stav: t.j. zmätenosť, delírium (napr. pri infekcii, z toxických / metab. príčin, kardiopulmonálnych zmien, zmien CNS, dehydratácie / straty krvi, porúch spánku), demencia, porucha reálneho hodnotenia situácie. **Telesné rizikové faktory:** zhoršená fyzická mobilita, oslabená sila dolných končatín, problémy s chôdzou, problémy s rovnováhou, slabosť, mdloba pri otočení, natiahnutí krku (+ VAS), inkontinencia (najmä urgentná), časté močenie, zlyhanie autonómneho systému, ortostatická hypotenzia, problémy so sluchom, problémy so zrakom. **Environmentálne rizikové faktory:** akékoľvek prekážky v prostredí, neusporiadané prostredie, neznáme prostredie, málo osvetlená miestnosť, chýbajúce protišmykové pomôcky v kúpeľni / sprche, neupevnené malé koberce, vplyv počasia (mokro, ľad). (NANDA, 2008; Marečková, 2006).

Doba hospitalizácie seniorov po pádoch je takmer dvojnásobná oproti seniorom hospitalizovaným z iných dôvodov. V porovnaní s ostatnými seniormi sú tí, ktorí spadli menej aktívni v sociálnej oblasti, dochádza u nich rýchlejšie k znižovaniu fyzickej aktivity a intenzity každodennej činnosti. U týchto seniorov je tiež zvýšené riziko následnej inštitucionalizácie (Vyhnánek, 2007, s.29). Významné sú aj psychologické dôsledky pádov – pre strach z opakovaného pádu chorý obmedzuje aktivitu, čo môže viesť až k imobilite (Németh et al., 2009, s.53).

Cieľ prieskumu

Posúdiť prevenciu rizika pádov u seniorov žijúcich v domácom prostredí.
Zistiť najčastejšie dôsledky a komplikácie u seniorov postihnutých pádom.

Metóda a metodika prieskumu

Prieskum bol z časového hľadiska náročný, vzhľadom na vek klientov a zmeny v organizme v súvislosti so starnutím. Informácie sme získavali na základe individuálneho štrukturovaného rozhovoru a pozorovania klienta. Pri získavaní potrebných údajov sme v domácom prostredí seniora zhodnotili vonkajšie faktory, ktoré môžu byť príčinou pádu. Zamerali sme sa na usporiadanie nábytku, stav bytového zariadenia, stav podlahy, osvetlenie, dostupnosť telefónu, používanie kompenzačných pomôcok, obuv a odev seniora.

Na zhodnotenie vnútorných rizikových faktorov bolo potrebné zistiť celkovú funkčnú mieru seniora, mobilitu, a jeho sebestačnosť. Rozhovor sme viedli prostredníctvom sestier ADOS. Seniori a rodinní príslušníci seniorov boli oboznámení s cieľom a zámerom zberu informácií. Rozhovor bol štrukturovaný, záznamy o z rozhovoru anonymné. Účasť seniorov bola dobrovoľná.

Prieskumný súbor

Vzorku respondentov sme získali zámerným výberom. Tvoria ju respondenti, žijúci v domácom prostredí, vo veku od 60 a viac rokov, u ktorých došlo k pádu/pádom. Celkový počet respondentov bol 60, z toho 19 mužov a 41 žien Najvyšší počet respondentov bol v súbore vo veku od 60 – 74 rokov (26), vo veku 75 – 89 rokov (25) a vo veku 90 a viac 9 respondentov.

Výsledky prieskumu

Tabuľka 1 *Sebestačnosť seniora*

	počet	počet v %
úplne sebestačný, nezávislý	18	30
potrebuje pomoc pri niektorých denných aktivitách	28	46,67
potrebuje pomoc takmer pri všetkých denných aktivitách	8	13,33
úplne nesebestačný pri vykonávaní bežných denných aktivít	6	10
Spolu:	60	100

Plne sebestačných respondentov z celkového počtu bolo 18 respondentov. Respondenti, ktorí potrebujú pomoc pri niektorých denných aktivitách bolo 28 respondentov.

Tabuľka 2 *Zabezpečenie starostlivosti*

	počet	počet v %
Sám	35	58,33
zabezpečuje ju rodinný príslušník	19	31,67
má zabezpečenú opatrovateľskú službu	6	10
Spolu:	60	100

Zabezpečiť si sebaopateru dokázalo 35 respondentov.

Tabuľka 3 *Pohybová aktivita*

	počet	počet v %
plne mobilný	22	36,67
mobilný s pomocou alebo s podpornou pomôckou	36	60
mobilný pomocou invalidného vozíka	2	3,33
Spolu:	60	100

Plne mobilných respondentov z celkového počtu bolo 22 respondentov, pomocou kompenzačnej pomôcky alebo s pomocou iných osôb sa pohybovalo 36 respondentov.

Tabuľka 4 *Používanie kompenzačných pomôcok*

	počet	počet v %
barla	2	3,33
palica	28	46,67
chodítko	4	6,67
invalidný vozík	2	3,33
žiadna oporná pomôcka	24	40
Spolu:	60	100

Tabuľka 5 *Frekvencia pádov seniorov*

	počet	počet v %
0-5 pádov/rok	48	80
6-10 pádov/rok	10	16,67
viac ako 11 pádov/rok	2	3,33
spolu	60	100

Najviac respondentov (48) uviedlo, že u nich dochádza k pádom 0 – 5x/1 rok

Tabuľka 6 *Situácie vedúce k pádu*

	počet	počet v %
pád z postele	4	6,56
pád pri manipulácií klienta rodinným príslušníkom	1	1,64
pád z kresla, sedacej súpravy, stoličky	1	1,64
pád pri chôdzi klienta na alebo zo sociálneho zariadenia	8	9,84
pád pri chôdzi s nestabilnou oporou	3	4,92
pád pri vykonávaní osobnej hygieny	5	8,2
pád pri obliekaní	5	8,2
pád po náhlej zmene polohy tela	8	9,84
pád zo schodov	3	4,92
pád na vychádzke, nákupe	7	11,48
pád pri vykonávaní záujmovej činnosti (práca v záhrade)	3	4,92
pád pri vykonávaní domácich prác	10	9,84
pri športovej aktivite	2	3,28
spolu	60	100

Najviac respondentov (10) uvádzalo, že k pádu došlo pri vykonávaní domácich prác (upratovanie, pranie, varenie, prenášanie vecí, prášenie koberčekov, vynášanie odpadkov). Druhú najčastejšiu príčinu pádov (8) uvádzajú ako pád po náhlej zmene polohy tela a k rovnakému počtu pádov došlo pri chôdzi na alebo zo sociálneho zariadenia, pričom väčšinou išlo o pád z dôvodu pošmyknutia alebo zakopnutie o prekážku na podlahe. Pády na vychádzke alebo cestou na nákup uvádza 7 respondentov.

Tabuľka 7 *Dôsledky pádu*

	počet	počet v %
žiadne zranenie	12	20
ľahké zranenie	30	50
zranenie hlavy - hospitalizácia	7	11,67
fraktúry	11	18,33
spolu	60	100

Najpočetnejšiu skupinu dôsledkov pádu tvorili ľahké zranenia (30), 12 respondentov uviedlo, že sa pri páde nezranilo. Fraktúry spôsobené pádom uviedlo 11 respondentov, najčastejšie išlo o fraktúry predlaktia. Zranenie hlavy, ktoré si vyžiadalo hospitalizáciu, uviedlo 7 respondentov.

Diskusia

Pády a zranenia spôsobené pádmi sú závažným problémom seniorov v domácom prostredí a tiež v inštitucionálnej starostlivosti. Realizovali sme prieskum pomocou štrukturovaného rozhovoru a metódou pozorovania v domácnosti seniora prostredníctvom sestier ADOS. Prieskumnú vzorku tvorilo 60 respondentov. Na základe pozorovania a rozhovoru sme u každého respondenta zhodnotili úroveň sebestačnosti a pohybovú aktivitu. V prieskumnej vzorke 60 respondentov prevládali seniori, ktorí potrebujú pomoc pri niektorých denných aktivitách (46,67 %), pomoc takmer pri všetkých denných aktivitách potrebuje 8 respondentov (13,33 %) a 6 respondentov (10 %) potrebuje úplnú pomoc pri všetkých denných aktivitách. Sebestačných z celkového počtu 60 bolo 18 respondentov (30 %).

Pohybová aktivita prieskumnej vzorky respondentov bola celkovo na nízkej úrovni. Pravidelnej pohybovej aktivite sa venovalo 21 respondentov (35 %), alebo mali zabezpečenú niektorú z foriem rehabilitácie. Z celkového počtu 60 respondentov sa nevenovalo žiadnej pohybovej aktivite a nemalo zabezpečené rehabilitácie 39 respondentov.

Pravidelná pohybová aktivita zvyšuje duševnú výkonnosť a odolnosť, zvyšuje pocit sebaistoty a dôvery vo vlastné sily. Pravidelné cvičenie znižuje riziko pádu. Z tohto hľadiska je efektívnou profylaxiou pre seniorov (Komačeková, 2006, s. 67). Poruchy chôdze obmedzujú starého človeka nie len čo sa týka sebestačnosti, ale aj sociálne, kedy mu v podstate znemožnia akýkoľvek spoločenský kontakt. Náhle nečakané pády, môžu byť príčinou komplikácií, ktoré starému človeku nielenže sťažia, ale aj skrátia život (Kaňovský, 2003, s.28). Posúdenie rizika pádu, zahrňuje identifikáciu rizikových seniorov – s cieľom redukcie/eliminácie rizika pádu. Posúdenie viacerých rizikových faktorov – napr. Hodnotenie rizika pádu; Index dynamiky chôdze podľa Tinnetiovej; Get Up and Go test; the Timed Up & Go Test; Morse Fall Scale – MFS (stupnica pádov Morse); Fall Risk Assessment. Pri posúdení rizika pádu preferuje sa priame pozorovanie pacienta vrátane jeho vyšetrenia.

V prieskumnej vzorke 60 respondentov prevládali endogénne príčiny pádov 42 (70 %), exogénne príčiny pádov uviedlo 18 respondentov (30 %). Ako najčastejšiu príčinu pádov respondenti uviedli závrat 11 (18, 33 %), poškodenie pohybového aparátu 8 (13,33 %), neurologické a cerebrovaskulárne ochorenia 7 (11,67 %). Poškodenie zmyslového aparátu uviedli 4 respondenti (6,67 %) a rovnaký počet respondentov uviedlo pád následkom psychického ochorenia. Ostatní respondenti uviedli ako najpravdepodobnejšiu príčinu pádu nežiaduce účinky liekov 2 (3,33 %). Najviac respondentov (9,84 %) uvádzalo, že k pádu došlo pri vykonávaní domácich prác (upratovanie, pranie, varenie, prenášanie vecí, prášenie koberčekov, vynášanie odpadkov).

Druhú najčastejšiu príčinu pádov (11,48 %) uvádzajú ako pád po náhlej zmene polohy tela a k rovnakému počtu pádov došlo pri chôdzi na alebo zo sociálneho zariadenia, pričom väčšinou išlo o pád z dôvodu pošmyknutia alebo zakopnutie o prekážku na podlahe.

Z celkového počtu 60 respondentov používalo pri chôdzi kompenzačné pomôcky 36 respondentov (19,05 %). Niektorí odborníci sa zhodujú na názore, že pomôcky k pohybu môžu dokonca prispievať k vyššej incidencii úrazov alebo úmrtia tým, že obmedzujú voľnosť pohybu a spôsobujú svalovú atrofiu a znižovanie motorických funkcií (Vyhnánek, 2007, s.29; Krajčík, 2008). Najpočetnejšiu skupinu dôsledkov pádu tvorili ľahké zranenia (30), 12 respondentov uviedlo, že sa pri páde nezranilo. Fraktúry spôsobené pádom uviedlo 11 respondentov, najčastejšie išlo o fraktúry predlaktia. Zranenie hlavy, ktoré si vyžiadalo hospitalizáciu, uviedlo 7 respondentov.

Zabezpečenie schodiska pevným zábradlím uviedlo 32 respondentov (16, 93 %). Pravidelné lekárske prehliadky absolvovalo 29 respondentov (15,34 %). Pri zhodnotení používanej obuvi malo 20 respondentov bezpečnú obuv 10,58 %). Ľahkú dostupnosť telefónu malo k dispozícii len 19 respondentov (10,05 %). Pravidelné vyšetrenie zmyslových orgánov uviedlo 15 respondentov (7,94 %). Úpravu interiéru na zaistenie bezpečnosti prostredia uviedlo 9 respondentov (4,76 %). Odstránenie prahov a koberčekov uviedlo 7 respondentov (3,70 %) a používanie protišmykových podložiek vo vani uviedlo 5 respondentov (2,65 %). Náhradu vane sprchovacím kútom uviedli 4 respondenti (2,12 %) a rovnaký počet respondentov uviedlo úpravu životosprávy.

U respondentov žijúcich v domácom prostredí sme zistili nedostatky v oblasti životosprávy, ktoré často vyplývali z nedostatočnej informovanosti seniorov o možných preventívnych opatreniach zamedzujúcich vznik pádov. Seniori sa adekvátne k svojmu veku a požiadavkám nestravujú a nedodržiavajú pitný režim. Najhoršia situácia bola u respondentov, ktorí žili v domácnosti sami, bez dohľadu a pomoci príbuzných. Odstránenie rizikových predmetov a úprava interiéru z hľadiska bezpečnosti bola v ich domácnostiach minimálna alebo žiadna.

Primárna prevencia je intervencia znižujúca riziko vzniku pádu. Zahŕňa napr. edukáciu klienta, zhodnotenie bezpečnosti prostredia, pravidelnú fyzickú aktivitu, udržanie rozsahu kĺbovej a svalovej pohyblivosti a zdravú životosprávu. Prevencia pádov má byť komplexná a spočíva v odstraňovaní príčin a faktorov, ktoré vedú k pádom. Cieľom prevencie je čo najviac znížiť riziko pádu, ale súčasne neobmedziť príliš mobilitu a sebestačnosť pacienta (Németh et al., 2009, s.54). Súčasné výskumy overujúce intervencie na prevenciu pádov seniorov sa zameriavajú na jednotlivé (napr. Bouwen et al., 2008; Burleigh et al., 2007) alebo na viacnásobné intervencie (napr. Ang et al., 2011; Stenvall et al., 2007). Kým jednotlivé intervencie zahrnujú napr. nácvik rovnováhy, cvičenie, podávanie vitamínu D, používanie chráničov bedier a pod., viacnásobné intervencie sú kombináciou niekoľkých jednotlivých intervencií usporiadaných do komplexného programu prevencie pádov seniorov. Multifaktoriálne intervencie vychádzajú z predpokladu, že pády majú multifaktoriálnu etiológiu, a preto aj preventívne opatrenia musia byť zamerané na viaceré faktory. Program prevencie

pádov by mal byť zložený z multifaktoriálnych intervencií zahŕňajúcich všeobecné a špecificky zamerané intervencie a edukáciu. Do programu prevencie pádov by mali byť začlenení všetci členovia multidisciplinárneho tímu.

Záver

Pády seniorov sú vážnym problémom, nielenže môžu zanechať trvalé zdravotné následky, ale strach z opakovaného pádu môže viesť k neochote pohybovať sa, čo vedie u starého človeka k fatálnym následkom na zdraví. Rozhodli sme sa zistiť úroveň preventívnych opatrení, príčiny a dôsledky pádov aj u seniorov žijúcich v domácom prostredí. Z výsledku prieskumu vyplýva, že prevencia pádov u seniorov žijúcich v prirodzenom prostredí je na nižšej úrovni.

Navrhujeme rozšíriť pôsobnosť komunitného ošetrovateľstva pri edukácii v oblasti prevencie rizika pádu a realizovať skríning rizika pádu sestrami ADOS. Pomáhať seniorom pri vybavovaní príspevkov na kompenzačné pomôcky, úpravu bytu, rodinného domu, prepravu, opatrovateľskú službu, asistentskú službu, dovoz stravy a iných príspevkov vyplývajúcich zo zákona č. 447/2008 O peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia.

Použitá literatúra

1. ANG, E. – MORDIFFI, S.Z. – WONG, H.B. 2011. Evaluating the use of a targeted multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital: a randomized controlled trial. In *Journal of Advanced Nursing*, 2011, vol. 67, no. 9, pp. 1984-1992.
2. BOUWEN, A. – DE LEPELEIRE, J. – BUNTINX, F. 2008. Rate of accidental falls in institutionalised older people with and without cognitive impairment halved as a result of a staff-oriented intervention. In *Age and Ageing*, 2011, vol. 37, no. 3, pp. 306-310.
3. BURLEIGH, E. – MCCOLL, J. – POTTER, J. 2007. Does vitamin D stop inpatients falling? A randomised controlled trial. In *Age and Ageing*, 2007, vol. 36, no. 5, pp. 507-513.
4. Fall Prevention Toolkit. 2013. [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupné na: http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/fallstoolkit/index.html
5. HALAJOVÁ, K. 2011. Manažment prevencie rizika pádu u geriatrických pacientov. Diplomová práca. Ružomberok, 2011, 77s.
6. KALVACH, Z. a kol. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient.*1. vyd. Praha: 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
7. KAŇOVSKÝ, P. 2003. Poruchy chůze a pády ve stáří. In *Neurológia pre prax*. ISSN 1335-9592, 2003, roč. 4, č.1, s. 24.

8. KOMAČEKOVÁ, D. 2010. Vliv sestry na proces starnutí. In *Sestra, Tématický sešit 285.* ISSN 1210-0404, 2010, roč. 20, č. 6, s. 67.
9. KRAJČÍK, Š. 2008. Pády v starobe II. In Geriatria. ISSN 1335-1850, č. 3, s. 131-132.
10. MAREČKOVÁ, J. 2006. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA domenách. 1. vydanie. Praha : Grada Publishing. 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
11. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Clasification 2009-2011. Ed. T.H.Herdman. 1 th ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2008. 464 s. ISBN 978-1-4051-8718-3.
12. NÉMETH, F. a kol. 2009. *Geriatria a geriatrické ošetrovateľstvo.* Martin: Osveta, 2009.194 s. ISBN 978-80-8063-314-1.
13. SMOLEŇOVÁ, L. 1996. Pády v starobe. *In Príloha zdravotníckych novín.* ISSN 1335-4477, 1996, roč. 1, č.16, s. 7-8.
14. STENVALL, M. et al. 2007. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture. In *Osteoporos International*, 2007, vol. 18, no. 2, pp. 167-175.
15. VYHNÁNEK, R. 2008. *Prevence pádů ve zdravotnickem zařízení.* 1 vyd. Praha: Tlačiarne Havíčkův Brod, 2008. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

Kontakt:

Mária Novysedláková, PhDr., PhD.
Fakulta zdravotníctva FZ KU Ružomberok
Katedra ošetrovateľstva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail: maria.novysedlakova@ku.sk
tel.:+421 918722175

SAMODZIELNOŚĆ ZAWODOWA PIELĘGNIAREK W TEORII I PRAKTYCE

Independence Professional Nurses in Theory and Practice

Irena Puszkarz

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Streszczenie

Pielęgniarstwo należy do zawodów, gdzie istnieje szereg sytuacji zawodowych, wymagających podejmowania samodzielnych decyzji. Uregulowania prawne dają tę możliwość polskim pielęgniarkom. Rola współczesnej pielęgniarki polega na postępowaniu oczekiwanym przez pacjenta. Niewystarczająca samodzielność oraz obawa przed odpowiedzialnością skutkuje brakiem zaufania u pacjentów.

Cel: Celem pracy było zbadanie czy prawne uregulowania dotyczące samodzielności znajdują zastosowanie w praktyce pielęgniarek.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę losowo wybraną grupę 223 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na terenie województwa podkarpackiego. Zastosowano metodę sondażu, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz. Wyniki uzyskano na podstawie analizy statystycznej uzyskanych danych.

Wyniki: Jedynie 22,4% badanych twierdzi, że wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego cenią pielęgniarską samodzielność, 66,8% uważa, że cenią ją tylko niektórzy, 7,6% uważa, że przełożeni źle postrzegają ich samodzielność a według 3,1 % przełożeni jej nie tolerują. W sytuacji błędnej decyzji lekarza tylko 17% pielęgniarek zwróciło mu uwagę, 15,7% opowiedziało o incydencie koleżankom. Przełożonym zgłosiło problem 10,3% zaś 2,7% udało, że problemu nie ma. Prawie połowa ankietowanych (50,7%) uważa, że stosunek lekarzy do pielęgniarek jest właściwy ale obowiązuje hierarchia. Według 25,6% badanej grupy relacja lekarz - pielęgniarka „pozostawia wiele do życzenia". Wzajemne zaufanie i partnerstwo dostrzega 18,4%, w opinii 5,4% lekarze źle traktują personel pielęgniarski. Aktualnie wykonywana praca spełnia oczekiwania badanych pielęgniarek (76,6%) ale 23,4% jest odmiennego zdania.

Wnioski: W opinii pielęgniarek uregulowania prawne dające samodzielność zawodową nie zawsze są realizowane w praktyce. Wpływ na atmosferę w miejscu pracy ma głównie kierownicza kadra pielęgniarska. Przyczyną jest brak akceptacji ze strony przełożonych oraz innych członków zespołu terapeutycznego. Ograniczenia są przyczyną złych relacji w zespole terapeutycznym.

Słowa kluczowe: Pielęgniarstwo. Samodzielność zawodowa. Zespół terapeutyczny.

Summary

Nursing is one of the professions where there is a range of professional situations that require making independent decisions. The regulations provide that opportunity Polish nurses. The role of modern nursing is based on the behavior expected by the patient. Insufficient independence and fear of liability results in a lack of confidence in patients.

Aim: The aim of the study was to examine whether the legal regulation of independence are applied in practice nurses.

Metody: The study involved a group of randomly selected group of 223 nurses working in Podkarpacie. The method of survey research tool was the original questionnaire. Results are based on statistical analysis of the data obtained.

Results: Only 22.4% of respondents said that all members of the therapeutic team appreciate nursing independence, 66.8% believe that they value it only some 7.6% believe that superiors badly perceive their self-reliance and by 3.1% superiors did not They tolerate. In the case of a wrong decision doctor only 17% of nurses caught his attention, 15.7% were in favor of an incident colleagues. Superior reported problem of 10.3% and 2.7% did, that there is no problem. Almost half of the respondents (50.7%) believe that the ratio of doctors to nurses is correct but effective hierarchy. According to 25.6% of the study group relationship doctor - nurse "leaves much to be desired." Mutual trust and partnership sees 18.4%, in the opinion of 5.4% doctors mistreat nurses. Currently, work performed meets the expectations of the nurses surveyed (76.6%), but 23.4% think to the contrary.

Conclusions: In the opinion of nurses legislation providing independent professional they are not always implemented in practice. The impact on the atmosphere in the workplace is largely managerial staff nurse. The reason is the lack of acceptance on the part of superiors and other members of the therapeutic team. Limitations are the cause of bad relationships in the therapeutic team.

Key words: Nursing. Professional autonomy. The therapeutic team.

Wstęp

Współczesne pielęgniarstwo ewaluowało od filantropijnej opieki nad chorymi do samodzielnego, profesjonalnego wykonywania zawodu. Podstawą samodzielności zawodowej pielęgniarek są uregulowania prawne, organizacyjne, wiedza, doświadczenie, autorytet oraz preferowany system wartości. Zmiana wizerunku pielęgniarki wynika m.in. z przekształceń w systemie ochrony zdrowia, rozszerzenia kompetencji i samodzielności, a także z potrzeby umacniania własnej pozycji zawodowej. W Polsce stale rośnie zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne na wysokim poziomie, od pielęgniarek wymaga się wysokich kwalifikacji, kompetencji oraz elastyczności w działaniu. Praca pielęgniarki

nabiera szczególnego znaczenia w zespole pielęgniarskim i w szerszym zespole terapeutycznym. Jej nowa rola i samodzielność może budzić wiele kontrowersji w środowisku pracy. Jednak stopień, w jakim pielęgniarka wywiązuje się z powierzonych jej zadań decyduje o jakości świadczonych przez nią usług a także determinuje jej pozycję zawodową wśród innych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem. Profesjonalna rola współczesnej pielęgniarki wymaga od niej w procesie leczenia postępowania oczekiwanego przez pacjenta splatającego się jednocześnie z kierunkiem działania lekarskiego. Niewystarczająca samodzielność pielęgniarki, rodząca wątpliwości przed podjęciem decyzji oraz obawa przed odpowiedzialnością sprawia, że zarówno lekarze jak i chorzy nie czują korzyści ze współpracy, a taka sytuacja przyczynia się do braku zaufania [1]. Pielęgniarka jest równoprawnym partnerem w zespole sprawującym kompleksową opiekę nad pacjentem. Relacje między członkami zespołu decydują o jakości i efektywności opieki poprzez przekaz informacji, klimat zawodowy w otoczeniu [2]. We współczesnym pielęgniarstwie umiejętność komunikowania się ma ogromne znaczenie, decyduje o sukcesie terapeutycznym, o indywidualnym rozwoju pielęgniarki oraz o społecznym wizerunku całej grupy zawodowej. Komunikowanie zawodowe kształtuje postawy, emocje, wrażenia, wpływa też na poglądy i hierarchię wartości. Jeśli przebiega normalnie, daje satysfakcję, ale gdy pojawiają się problemy, może poważnie zachwiać poczuciem kompetencji zawodowych [3]. Negatywne relacje między lekarzem a pielęgniarką są utrudnieniem sprawnego współdziałania w zespole terapeutycznym. Brak wzajemnej aprobaty oraz zrozumienia wynika często z różnic w możliwościach działania, wykształceniu, zarobkach, statusie społecznym a nawet różnicach płci. Przyzwalanie pielęgniarek na lekceważące traktowanie oraz nieprzychylna postawa lekarzy wpływa niekorzystnie na pracę zespołową. Nadal dość często w środowisku lekarskim funkcjonuje stereotyp pielęgniarki całkowicie podporządkowanej lekarzom.

Cel: Celem pracy było zbadanie czy prawne uregulowania dotyczące samodzielności znajdują zastosowanie w praktyce pielęgniarek.

Materiał i metody: Badaniem objęto grupę losowo wybranych pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na terenie województwa podkarpackiego w otwartych i zamkniętych placówkach lecznictwa. Jako metodę zastosowano sondaż diagnostyczny, narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnego autorstwa złożony z pytań oraz metryczki. Wyniki badań uzyskano na podstawie analizy statystycznej uzyskanych danych. Zawarte w ankiecie pytania ogólne dotyczyły płci, stażu pracy, wykształcenia, miejsca pracy oraz zajmowanego stanowiska. W badaniu uczestniczyło 223 osoby, które samodzielnie uzupełniały przygotowany kwestionariusz ankiety.

Wyniki:

Przeprowadzone badania miały odpowiedzieć na pytanie czy pielęgniarki mają możliwość decydowania lub współdecydowania o procesie leczenia pacjenta oraz w jaki

sposób postrzegana jest samodzielność pielęgniarek w miejscu pracy. Jedynie 22,4% badanych twierdzi, że wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego cenią pielęgniarską samodzielność, 66,8% uważa, że cenią ją tylko niektórzy, 7,6% uważa, że przełożeni źle postrzegają ich samodzielność a według 3,1 % przełożeni jej nie tolerują. Zaobserwowano, że pielęgniarki zatrudnione w oddziałach wymagających podejmowania szybkich decyzji (OIOM, SOR, Blok operacyjny) istnieje współpraca w zespole (63,3%). W grupie pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zachowawczych częściej niż w pozostałych wskazywano na brak współpracy (21,4%). Stwierdzono również, że pielęgniarska kadra kierownicza ma większy dostęp do współudziału w leczeniu (41,9%). Na okazjonalne spotkania (33,9%) i ich brak (31,8%) częściej wskazywały osoby zatrudnione na odcinku. Stanowisko koreluje również z otrzymywaniem pełnych informacji o stanie zdrowia pacjenta od lekarza leczącego. Informacje takie otrzymują w 100% pielęgniarki oddziałowe, natomiast w grupie pielęgniarek odcinkowych, aż 34,9% nie uzyskuje ich wcale. Przywilejem tym obdarzeni są także pracownicy z większym stażem pracy > 11lat (74,6%). W grupie osób ze stażem 0-10 lat, aż 43,1% nie otrzymuje pełnych informacji o pacjencie. Analiza zebranego materiału wykazała, że największy wpływ na sposób traktowania pielęgniarek ma staż pracy (37,7%) oraz wykształcenie (35%). Osoby zatrudnione w lecznictwie otwartym najczęściej wskazywały na „wykształcenie” (57,1%) podczas gdy osoby zatrudnione w lecznictwie zamkniętym wykazywały „staż pracy” (38,3%). Połowa badanych pielęgniarek w sposób niepewny („raczej tak”) wyraża opinię, że są partnerami w swoim miejscu pracy. Poczucie partnerstwa częściej ma pielęgniarska kadra kierownicza (51,6%). Fakt ten oznaczać może, że regulacje prawne nie zawsze idą w parze z działaniami praktycznymi. W sytuacji błędnej decyzji lekarza tylko 17% pielęgniarek zwróciło mu uwagę, 15,7% opowiedziało o incydencie koleżankom, przełożonym zgłosiło problem 10,3% zaś 2,7% udało, że problemu nie było. Prawie połowa ankietowanych (50,7%) uważa, że stosunek lekarzy do pielęgniarek jest właściwy ale obowiązuje hierarchia. Według 25,6% badanej grupy relacja lekarz - pielęgniarka „pozostawia wiele do życzenia”. Aktualnie wykonywana praca spełnia oczekiwania badanych pielęgniarek (76,6%) ale 23,4% jest odmiennego zdania.

Wnioski:

W opinii pielęgniarek uregulowania prawne dające samodzielność zawodową nie zawsze są realizowane w praktyce. Wpływ na atmosferę w miejscu pracy ma głównie kierownicza kadra pielęgniarska. Przyczyną jest brak akceptacji ze strony przełożonych oraz innych członków zespołu terapeutycznego. Ograniczenia są przyczyną złych relacji w zespole terapeutycznym.

Dyskusja:

Współczesny wizerunek pielęgniarki odbiega od modelu, kreowanego przez lata. Zawód pielęgniarki wymaga dziś coraz większej wiedzy fachowej a co za tym idzie do

podwyższania kwalifikacji zawodowych. Zmiany jakie dokonują się w pielęgniarstwie są po części wynikiem zmian polityczno-gospodarczych, ale są też rezultatem chęci podejmowania przeobrażeń samego środowiska pielęgniarskiego zmierzającego do większej „profesjonalizacji" zawodu. Od dzisiejszej pielęgniarki oczekuje się kompetentnego podejmowania decyzji w zakresie pielęgnowania oraz odpowiedzialności za zorganizowanie opieki na najwyższym poziomie [4]. Współczesne pielęgniarstwo stoi przed potężnymi wyzwaniami związanymi z postępem, rozwojem nauki i techniki, co wymusza na pielęgniarkach nieustanne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji po to by umiejętnie wpływać na „tworzenie przyjaznego dla człowieka środowiska, opracowywać i wdrażać programy kształcenia zachowań potęgujących zdrowie, uczestniczyć w nauczaniu umiejętności życia w zgodzie zarówno z własnym wewnętrznym środowiskiem, jak też otaczającym nas oraz wykorzystywania wewnętrznych sił człowieka i właściwości natury" [5]. Nową generację pielęgniarek powinien cechować inny sposób myślenia, odmienne od dotychczasowego podejście do pracy zawodowej oraz bardziej rozległe kompetencje. Już F. Nightingale wyrażała dezaprobatę dla funkcjonującej opinii społecznej: "Nikt, nawet lekarz nigdy nie da innej definicji jaka powinna być pielęgniarka niż poświęcona i posłuszna! Ta definicja pasuje tak samo do służącego. Pasowałaby nawet do konia". Tradycyjnie to tylko lekarze byli postrzegani jako ci, którzy posiadają wiedzę medyczną i znajomość wszelkich najnowszych odkryć. Nie dzielili sie tą wiedzą z pielęgniarkami. Jeżeli chodzi o edukację medyczną, pogląd społeczeństwa był taki, ze lekarze "są wykształceni, a pielęgniarki wytrenowane". Wiele się zmieniło od tego czasu, dużo większy nacisk kładzie się na edukację pielęgniarek. Różnica ta została zmniejszona przez zwiększenie ilości uniwersyteckich studiów dla pielęgniarek [6]. Zdaniem K. Zahradniczek, pielęgniarka nie powinna obsługiwać i wyręczać lekarza, ale z nim współpracować. Tam, gdzie jej praca zazębia się z pracą lekarza, podlega ona lekarzowi. Ale jest duży zakres samodzielnej pracy, gdzie główną ambicją pielęgniarki powinno być doskonalenie metod pracy, ich pogłębianie i poszerzanie. We wzajemnych odniesieniach między lekarzem a pielęgniarką obowiązywać powinna obustronna lojalność. Ze strony pielęgniarki lojalność ta polega na wypełnianiu zleceń lekarskich z całą sumiennością [7]. Współczesne pielęgniarstwo często boryka się z problemami, które utrudniają stworzenie profesjonalnego wizerunku tego zawodu w porównaniu z lekarzem. Polska pielęgniarka bowiem widziana jest jako osoba sprawująca tylko cząstkową opiekę nad pacjentem a profesjonalizm oceniany jest na podstawie umiejętności technicznych, dobra jest ta pielęgniarka „która dobrze się wkłuwa" [8]. W dzisiejszym pielęgniarstwie, które musi nadążyć za zmieniającym się światem, zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi, społeczeństwa coraz silniej nabiera znaczenia zdolność właściwego komunikowania się i poszerzania umiejętności. Zwiększają się bowiem problemy zdrowotne, powracają zapomniane choroby pojawiają się nowe, wzrasta liczba chorób wynikających

z niewłaściwego stylu życia, uzależnienia, choroby psychiczne, starzeje się społeczeństwo i coraz więcej osób potrzebuje profesjonalnej opieki. W związku z rozwojem nauk i nowych technologii rodzą się też dylematy etyczne, postęp wywiera wpływ na politykę zdrowotną państw. W wyniku zmian społecznych i ekonomicznych ujawniają się różnice między bogatymi i biednymi, rośnie bezrobocie i bezdomność. Nakazem chwili jest dokonanie rozważań nad przyczynami sytuacji zdrowotnej społeczeństw i możliwości wpływania na tę sytuację, przewidywanie i planowanie zmian, realizowanie zadań w zakresie profilaktyki, prewencji, promocji zdrowia, oraz opieki nad ludźmi starymi, inwalidami czy umierającymi. W wyniku tych wszystkich przemian pielęgniarstwo staje się rzemiosłem coraz trudniejszym, co prowadzi do spadku zainteresowania nim wśród ludzi młodych. Jednocześnie wzrasta zapotrzebowanie na kwalifikowane kadry pielęgniarskie odpowiednio przygotowane do pielęgnowania, zarządzania i współuczestnictwa w tworzeniu prawa i kreowania polityki zdrowotnej [9]. Nowoczesny model opieki pielęgniarskiej zakłada potrzebę rozszerzenia odpowiedzialności i autonomii zawodowej pielęgniarki rozumianej jako prawo do samodzielnego podejmowania decyzji i ponoszenia odpowiedzialności za swoje działania [10]. Wg Januszewicza i wsp. możliwy jest proces powstawania nowej profesji, opisywanej w piśmiennictwie anglosaskim jako pielęgniarka – lekarz (nurdoc), który jest przykładem prób rozszerzania tradycyjnej roli pielęgniarki do nowej roli, która mogłaby zmniejszyć obciążenie pracą samych lekarzy. Zdaniem zwolenników tej profesji, nurdoc może posiadać pełną autonomię, odpowiedzialność, autorytet i możliwa jest ocena efektów ekonomicznych jego pracy. Podkreślają przy tym, że konieczne jest wspólne kształcenie nurdoc i lekarzy na poziomie uniwersyteckim. Studenci medycyny przejawiają aprobujący stosunek do wspólnego studiowania wiedzy medycznej, mimo iż wciąż funkcjonują utarte niekorzystne stereotypy o obu profesjach [11]. Oczekiwania społeczne wobec pielęgniarek są bardzo wysokie i wymagają takiego ukształtowania sylwetki osobowej przyszłej pielęgniarki, która pozwoli na pełną realizację zadań zawodowych i tym samym sprosta tym oczekiwaniom. Zgodnie z obowiązkiem stałego aktualizowania wiedzy oraz z pełną świadomością, że ustawiczne podnoszenie kwalifikacji jest koniecznością, uczestniczą one w dynamicznym rozwoju pielęgniarstwa [12]. Zachodzące współcześnie zmiany w systemie opieki zdrowotnej wymuszają także wdrożenie zmian w sposobie prowadzenia i organizacji praktyki pielęgniarskiej. Tradycyjny model ma charakter statyczny, ze ściśle zdefiniowanymi funkcjami zawodowymi, do których przypisane zostały konkretne czynności. Modelem właściwszym jest wariant bardziej dynamiczny, płynny i elastyczny, skupiony na pacjencie, jego potrzebach i oczekiwaniach, dopasowujący się do osiągalnych potrzeb i okoliczności. W modelu tym pielęgniarstwo powinno się charakteryzować kompetencją, skutecznością działania oraz mądrym współistnieniem teorii i praktyki. Większe znaczenie powinno

przypisywać się intensywnemu dokształcaniu w zakresie praktyki zawodowej, samokształceniu z własnej inicjatywy, a nie z obowiązku narzucanego z zewnątrz [13].

A. Ksykiewicz-Dorota wśród problemów utrudniających wykonywanie usług medycznych przez pielęgniarki, wymienia obronę interesów przez grupę zawodową lekarzy przyzwyczajonych do hierarchicznego sposobu sprawowania opieki. Jej zdaniem grupa zawodowa lekarzy przyzwyczajona do decydowania o pracy innych członków zespołu broni swoich interesów ograniczając samodzielność pielęgniarek [14]. Brak konstruktywnej i szczerej dyskusji pomiędzy reprezentantami tych dwóch profesji medycznych jest złożony zdaniem. Lekarze nie są zadowoleni z usamodzielnienia się zawodu pielęgniarskiego, są oni przyzwyczajeni do bezwzględnego posłuszeństwa ze strony pielęgniarek, drażni ich fakt coraz mniejszego wpływu na realizację niektórych czynności. Wyrażają również niezadowolenie gdy pielęgniarki nie boją się mówić o błędnie podjętych decyzjach lekarza [15]. W opinii J. Salvage, wzajemne różnice między lekarzami a pielęgniarkami występują z powodu wykształcenia, zarobków, możliwości działania, statusu, a także na tle różnicy płci. Autor podkreśla, że wzajemne napięcia są maskowane przy łóżku chorego, jednakże sensowna dyskusja między lekarzami a pielęgniarkami odbywa się niezmiernie rzadko [16]. Również w badaniu I. Rżewskiej ankietowani lekarze wśród najważniejszych oczekiwań wobec personelu pielęgniarskiego wymienili zdyscyplinowane wykonywanie poleceń a później wiedzę na temat chorych, którymi się opiekują [17]. Mimo to w opinii Rybki i Mrozowskiego – 90% ankietowanych lekarzy uznało wykwalifikowaną zawodowo pielęgniarkę jako kompetentnego współpracownika a jedynie 10% potraktowało ją jako „wykonawcę zleceń". We współpracy zespołowej lekarze cenią u pielęgniarek: odpowiedzialność, kompetencje zawodowe i uczciwość [18]. Badając wpływ zachowań lekarzy na zadowolenie pielęgniarek A. H. Rosenstein stwierdza, że negatywny wpływ obniżający poziom opieki nad pacjentem, hamujący pracę zespołową, wydajność, dokładność, bezpieczeństwo i efekty opieki u pielęgniarek oraz innych pracowników mają destrukcyjne zachowania lekarzy [19]. Wg Krogstad U. i wsp. dla lekarzy dobra współpraca oznacza, że ich decyzje terapeutyczne są skutecznie wdrożone i że są na bieżąco informowani o ich wynikach. Dla pielęgniarek współpraca to nie tylko komunikowanie medycznych uwag lub podawanie leków, chcą być docenione za swój wkład w proces leczenia [20]. Podobną opinię wyraża Kosicka i wsp., twierdząc, iż nowoczesny model opieki pielęgniarskiej zakłada potrzebę rozszerzenia odpowiedzialności i autonomii zawodowej pielęgniarki jej prawa do samodzielnego podejmowania decyzji i ponoszenia odpowiedzialności za swoje działania [10]. Zdaniem Houldin A.D. badającej współdziałanie lekarzy z pielęgniarkami w zakresie badań naukowych w onkologii stwierdza, że współpraca ta uległa istotnej zmianie. Tradycyjne hierarchiczne relacje stopniowo ewaluowały w kierunku modelu współpracy. Dawniej lekarze mieli wiodącą rolę w wielu wspólnych inicjatywach badawczych. Współczesny model współpracy badawczej

między lekarzami i pielęgniarkami jest częściej partnerski, gdyż wychodzą z założenia, że ich wspólna siła opiera się na wiedzy i doświadczeniu, a nie na roli lub funkcji [21]. W polemikach w Unii Europejskiej podkreśla się, że skutecznym rozwiązaniem w opiece podstawowej w ramach nowocześnie pojmowanej praktyki grupowej jest pełna „integracja" pielęgniarek i lekarzy. Zdaniem Januszewicza i wsp. w Polsce istnieje potrzeba wprowadzenia kierunkowych szkoleń specjalistycznych dla pielęgniarek mających na celu zwiększenie korzyści dla pacjenta a także podniesienie konkurencyjności polskich pielęgniarek na europejskim rynku pracy [22]. W opinii badanych studentów pielęgniarstwa najistotniejszym motywem wyboru kierunku studiów dla większości była interesująca i atrakcyjna praca w przyszłości [23]. Czy rzeczywistość z jaką przyjdzie im się zmierzyć spełni te oczekiwania?

Piśmiennictwo

1. BABSKA K., NOWICKI M., TKACZYK M. Samodzielność pielęgniarek w zespole terapeutycznym na przykładzie stacji dializ województwa łódzkiego. Pol. Merk. Lek. 2009; 24 (154): 306.
2. SKORUPSKA A., MACHOWICZ A. Wybrane aspekty postaw pracowników ochrony zdrowia wobec pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 17(1): 54.
3. MAKARA STUDZIŃSKA M. Komunikacja z pacjentem. Czelej Lublin 2012.
4. CIECHANIEWICZ W. Pielęgniarka (w) Ciechaniewicz W. (red) Pielęgniarstwo ćwiczenia. PZWL Warszawa 2002: 110-135.
5. KWIATKOWSKA A., KRAJEWSKA-KUŁAK E. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Czelej Lublin 2003.
6. FAGIN L., GARELICK A. The doctor–nurse relationship. Advances in Psychiatric Treatment 2004; 10: 277–286.
7. WALEWSKA E., RADZIK T. Krakowska Szkoła Pielęgniarek i jej działalność [w:] Zahradniczek K. (red.). Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie. Wyd. Ad vocem, Kraków 2011.
8. GRYCHTOŁ S., LESZCZYŃSKA K. Stereotypy a pozycja zawodowa. Magazyn pielęgniarki
   i położnej 2012; 10: 4.
9. WOLSKA-LIPIEC K., Komunikowanie jako integralna część pielęgniarstwa [w:] Komunikowanie interpersonalne. Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.). Czelej i Sp. Lublin 2003.
10. KOSICKA B., A. KSYKIEWICZ DOROTA. Pielęgniarskie modele podejmowania decyzji. Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 299-303.

11. JANUSZEWICZ P., ZARZYCKA D., BINKOWSKA-BURY M., MARĆ M., ZALEWSKA K. Pielęgniarki i lekarze - życie codzienne i prognozy na przyszłość. Przegląd Lek. 2009; 56 (7): 470.
12. ABRAMOWSKA D., MACIEJEWSKA D., MARKOWSKA B., OCHOCKA E. Organizacje i stowarzyszenia pielęgniarskie, Edukacja i nauka naszą wspólną przyszłością. Referaty Seminariów Naukowych Kwidzyn 2010.
13. KĘDRA E. Praktyka pielęgniarska oparta na faktach - wymóg czy konieczność?. Problemy Pielęgniarstwa 2011; 29(3): 391-395.
14. KSYKIEWICZ-DOROTA A. Zakres samodzielności decyzyjnej w podsystemie pielęgniarki. Pielęgniarstwo Polskie 2005; 1: 63-67.
15. KAPAŁA W.: Lekarze i pielęgniarki – w stronę aktywnego współdziałania. Nowoczesne Pielęgniarstwo i Położnictwo 2007;1(1). Portal Pielęgniarek i Położnych – www.pielęgniarki info.pl (15.09.2016).
16. SALVAGE J. Lekarze-pielęgniarki każdy sobie. BMJ 2000; 11: 6-7.
17. RŻEWSKA I. Współczesna pielęgniarka. Modele, opinie. CRZZ Warszawa 1977.
18. RYBKA M., MROZOWSKI M. Rola i zadania pielęgniarki ratunkowej w opinii lekarzy. Pielęgniarstwo XXI wieku 2005; 1(9): 49-55.
19. ROSENSTEIN A.H. Nurse-Physician Relationships. Impact on Nurse Satisfaction and Retention. American Journal of Nursing 2002; 102(6): 26-34.
20. KROGSTAD U., HOFOSS D., HJORTDAHL P. Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. Intern. Journal for Quality Health Care 2004; 16(6):491-497.
21. HOULDIN A.D., NAYLOR M.D., HALLER D.G. Physician – nurse collaboration research in the 21st century. Journal of Clinical Oncology 2004; 22(5):774-776
22. JANUSZEWICZ P., ZARZYCKA D., BINKOWSKA-BURY M. i wsp. Pielęgniarki i lekarze - życie codzienne i prognozy na przyszłość. Przegląd Lekarski 2009; 56(7): 469-470.
23. BINKOWSKA-BURY, MARĆ M, BORATYN-DUBIEL L. Poczucie koherencji a motywy wyboru zawodu pielęgniarki i położnej. Przegląd Medycz. Uniwersytetu Rzesz. 2006; 4(1): 34-40.

Kontakt:
Puszkarz Irena
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Poland
E-mail: irenapuszkarz@wp.pl

LABORATÓRNA DIAGNOSTIKA CHRONICKEJ LYMFOCYTOVEJ LEUKÉMIE

Laboratory Diagnosis of Chronic Lymphocytic Leukemia

Ivan Ondrášik[1], Katarína Ondrášiková[2]

[1] Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN,
Ústav klinickej hematológie a transfuziológie
[2] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
, Katedra laboratórnych vyšetrovacích metód

Abstrakt

V našom príspevku teoretického charakteru reflektujeme definíciu, epidemiológiu, symptomatológiu, terapiu a prognózu chronickej lymfocytovej leukémie a analyzujeme možnosti jej diagnostiky, pričom akcentujeme najmä morfologickú diagnostiku. Pokúsime sa priblížiť aj diagnostiku prietokovou cytometriou, molekulovou genetikou a biochemickými metódami.

Kľúčové slová: Chronická lymfocytová leukémia. Diagnostika. Morfológia. Cytometria. Cytogenetika.

Abstract

In our theoretical characters article we reflect the definition, epidemiology, symptomatology, therapy and prognosis of chronic lymphocytic leukemia and we analyze the possibilities of its diagnostics, and particularly accentuate morphological diagnosis. We will try to explain the diagnostic of the way the flow cytometry, molecular genetics and biochemical methods.

Key words: Chronic lymphocytic leukemia. Diagnostic. Morphology. Cytometry. Cytogenetic.

1.Definícia chronickej lymfocytovej leukémie (CLL)

CLL je klonálne ochorenie, ktoré vzniká z tzv. memory B buniek postgerminálnych centier. Prejavom CLL je prítomnosť >50x10^9/l monoklonových B lymfocytov v periférnej krvi s charakteristickým inmunofenotypom: CD5+, CD19+, CD20 (slabo+), CD23+, chýbanie CD79b a FMC7 spolu s redukovanou hladinou monotypového povrchového Ig. U chorých s nálezom monoklonových B lymfocytov >10^9/l a prítomnou lymfadenopatiou, splenomegáliou

a hepatomegáliou alebo cytopéniou zapríčinenou infiltráciou kostnej drene (KD) ide o lymfóm z malých lymfocytov (SLL). Ak u chorých tieto znaky chýbajú, ide o monoklonovú B lymfocytózu. (Penka et al., 2011, s. 342)

2.Epidemiológia

CLL je najčastejčou leukémiou v západnom svete, kde tvorí 30 % všetkých diagnostikovaných leukémií. V severských krajinách je to dokonca 35-40% všetkých leukémií a naopak vo východnej Ázii jej podiel klesá na 3-5 %. Priemerný vek pacienta v čase stanovenia diagnózy CLL je 72 rokov. (Sakalová et. al, 1995, s.55)

3.Symptomatológia

Diagnóza CLL je až u 75 % pacientov stanovená náhodne v asymptomatickom období, jediným jej príznakom je lymfocytóza v periférnej krvi. Ďalšie príznaky ochorenia sú zhodné so všeobecnou symptomatológiou malígnych lymfómov. Ako B-symptómy označujeme celkové klinické príznaky, ktoré sa typicky objavujú u pacientov s malígnymi lymfoproliferáciami. Zaraďujeme sem neinfekčné teploty nad 38^0C, zvýšené nočné potenie vyžadujúce výmenu bielizne a váhový úbytok viac ako 10 % za posledných 6 mesiacov. Už v skorých štádiách CLL sú detekovateľné zväčšené uzliny, neskôr hepatosplenomegália. V pokročilejších štádiách býva prítomná anémia a trombocytopénia. Na zhodnotenie pokročilosti ochorenia využívame vyhodnotenie štádiií podľa Raia alebo Bineta. Klinická klasifikácia podľa Raia zahŕňa štádium 0 (nízke riziko) s lymfocytózou v krvi a kostnej dreni, štádium I (stredné riziko) s lymfocytózou a zväčšením uzlín, štádium II (stredné riziko) s lymfocytózou a/alebo zväčšením pečene, štádium III (vysoké riziko) s lymfocytózou a anémiou a štádium IV (vysoké riziko) s lymfocytózou a trombocytopéniou. Ochorenie možno pokladať za aktívne, ak je splnené aspoň jedno kritérium: B- symptómy, progresívny dreňový útlm, kortikoid-rezistentná autoimunitná anémia alebo trombocytopénia, veľká alebo narastajúca splenomegália, masívna alebo narastajúca lymfadenomegália, narastajúca lymfocytóza o viac ako 50 % za dva mesiace, čas zdvojenia počtu periférnych lymfocytov za menej ako 6 mesiacov. (Panovská, Doubek, 2013, s. 117)

4.Diagnostika CLL

Diagnóza CLL je založená na vyšetrení krvného obrazu s diferenciálnym rozpočtom, mikroskopickom zhodnotení náteru periférnej krvi, prietokovej cytometrii periférnej krvi a molekulovo-genetických metódach. Malígny klon je možné jednoznačne identifikovať v periférnej krvi, preto na určenie diagnózy CLL nie je nutné vyšetrenie kostnej drene alebo lymfatickej uzliny. Vyšetrenie kostnej drene sa robí obyčajne na objasnenie anémie alebo trombocytopénie, teda na rozlíšenie infiltrácie kostnej drene, autoimunitnej príčiny anémie

a trombocytopénie alebo útlmu kostnej drene po liečbe. Aspirát aj biopsiu kostnej drene sa odporúča realizovať pred liečbou, pri hodnoterní jej efektu a pri perzistujúcich cytopéniách. Extirpácia a histologické vyšetrenie lymfatických uzlín je indikované vtedy, keď diagnóza CLL nie je jednoznačná (netypický imunofenotyp) alebo pri podozrení na transformáciu do inej lymfoproliferácie (Richterov syndróm). Klasické morfologické vyšetrenie periférnej krvi sa považuje za prvú líniu pri rozpoznávaní správnej diagnózy. Cytologická diagnóza CLL sa často opiera o zistenie homogénnej populácie malých lymfocytov, na ktorých sa dokazuje charakteristický fenotyp. (Tóthová, 2008,s.520)

5.Morfologická diagnostika CLL

Pri typickej CLL predstavujú lymfocyty morfologicky homogénnu monotónnu populáciu uniformných malých zrelých lymfocytov veľkosti o niečo menšej ako normálny malý lymfocyt, maximálne však dosahujú dvojnásobok veľkosti erytrocytu guľatého alebo mierne oválneho traru s ľahko excentricky uloženým jadrom s hutným kondenzovaným chromatínom. Nukleoly nie sú vo svetelnom mikroskope zreteľné. Cytoplazma tvorí len úzky lem, ktorý je mierne asymetrický, slabo bazofilný, väčšinou agranulárny a len zriedka obsahuje inklúzie alebo vakuoly. Tieto nádorové lymfocyty sú veľmi fragilné. V nátere preto nachádzame veľké množstvo jadrových tieňov a rozpadajúcich sa buniek, ktoré sú v prípade CLL označované ako Gumprechtove tiene. Ide o artefakt vzniknutý mechanickým poškodením pri robení náteru. Nález Gumprechtových tieňov nie je síce pre CLL patognomický, ale tento termín sa používa výhradne v súvislosti s CLL. Ak sú v nátere prítomné prolymfocyty, nemal by ich podiel presahovať 10%. Ak dosiahne počet prolymcocytov 55%, hovoríme o B-prolymfocytovej leukémii (B-PLL), ktorá má agresívnejšie správanie. Retikulocytóza, polychromázia a ďalšie prejavy hemolýzy svedčia o autoimunitnej hemolytickej anémii, ktorá je pri CLL relatívne častá. Rovnako je možná i autoimunitná trombocytopénia a trombocytopénia spôsobená hypersplenizmom

Atypická CLL nazývaná aj “zmiešanobunková CLL” (mixed cell type of CLL) má dva varianty. Prvý – CLL/PL (chronic lymphocytic leucaemia/ prolymphocytic leucaemia) má typický dimorfný obsah leukemickej populácie – male lymfocyty a prolymfocyty, ktorých podiel z lymfoidných buniek periférnej krvni je viac ako 10%, ale menej ako 55 %. Druhý variant má leukemické lymfocyty veľmi polymorfné (pleomorfný typ) – rôzne veľké lymfocyty s rôzne objemnou cytoplazmou bez typickej mozaikovej kondenzácie chromatínu s nepravidelným jadrom. Zastúpenie prolymfocytov je pri tomto variante nižšie ako pri predchádzajúcom. Prolymfocyty pri oboch variantoch sú morfologicky ľahko odlíšiteľné od typickej B-PLL – väčšia variabilita veľkosti objemu buniek aj cytoplazmy, nukleolus môže byť menej nápadný . Môže byť prítomné aj malé percento väčších lymfoidných buniek s objemnou bazofilnejšou

cytoplazmou, ba dokonca aj ojedinelé imunoblasty – blastové elementy s veľkými nukleolmi a silne bazofilnou cytoplazmou. Atypické CLL majú sklon k agresívnejšiemu priebehu.

Aspirát kostnej drene býva hypercelulárny s infiltráciou malých lymfocytov rovnakých ako v periférnej krvi. Ich zastúpenie je obyčajne viac ako 35% nukleárnych buniek (alebo viac ako 55% v prípade hyperplázie erytropoézy). V prípade autoimunitnej deštrukcie erytrocytov alebo trombocytov býva hyperplázia erytropoézy, resp. megakayopoézy (aj v prípade hypersplenizmu).

B-CLL sa môže časom transformovať na agresívnejšie formy ochorenia. Možná je tzv. prolymfocytoidná transformácia do obrazu B-PLL, keď prolymfocyty v periférnej krvi tvoria viac ako 55% lymfoidných buniek. Ďalšia forma transformácie CLL je tranformácia do difúzneho veľkobunkového lymfómu (DLBCL), predtým nazývaná Richterov syndróm.(Sakalová et al, 2010,s.158)

6.Diagnostika CLL pomocou prietokovej cytometrie

Pokrok v imunologickej fenotypizácii, molekulovej biológii a cytogenetike, ktorý umožnil presnejšiu klasifikáciu malígneho klonu, má prognostický význam v čase diagnózy a priamy vplyv na stratifikáciu liečby. Imunofenotypovýcm vyšetrením dokážeme odpovedať na otázky, či je nádor leukocytového pôvodu, či je leukocytová proliferácia malígna, o aký typ leukémie či lymfómu ide, či sú prítomné znaky, ktoré pomôžu vybrať terapiu alebo určiť prognózu a aký efekt má liečba (monitorovanie priebehu terapie a detekcia reziduálnej minimálnej choroby). Prietoková cytometria je moderná diagnostická metóda, ktorá dopĺňa štandardné morfologické vyšetrenia o údaje, ktoré sa týkajú informácie o bunkových líniách, o stupni diferenciácie a o klonovom pôvode buniek. Pomocou prietokovej cytometrie možno vyšetrovať akékoľvek imunofluorescenčne označené bunkové suspenzie. Analyzuje prítomnosť a množstvo molekúl na bunkách po inkubácii bunkových suspenzií s fluorescenčne označenou monoklonovou protilátkou. Bunky po získaní fluorescenčného signálu možno detekovať fluorescenčným cytometrom. Súčasné prístroje umožňujú detekovať na každej bunke viac molekúl súčasne. Diagnóza CLL nie je jednoznačná, pokiaľ nie je dokázaný charakteristický fenotyp. Na diagnostiku sa preto musí použiť dostatočný panel monoklonových protilátok, aby sa odlíšila CLL od iných B-lymfoproliferatívnych ochorení. Výber by mal obsahovať znaky pan-B-buniek CD 19, CD 20, CD 22, CD 24, CD 79b a povrchový imunoglobulín slg, ďalej znaky pre diferenciálnu diagnostiku s ostatnými B-bunkovými chronickými lymfoproliferatívnymi ochoreniami: CD 5, CD 23, CD 10, FMC-7, CD 11c, CD 103, HLA-Dr, CD 25. V roku 1994 bol navrhnutý bodovací systém na základe hodnotenia piatich parametrov: CD 5, CD 23, FMC 7, intenzita povrchového imunoglobulínu (slg) alebo kappa – lambda ľahkých reťazcov na povrchu buniek a CD22 / CD 79b. B-CLL skóre sa pohybuje v rozmedzí 5 (typické prípady B-CLL) a 3 (menej typické prípady B-CLL). Výsledky 0 – 2 vylučujú diagnózu B-CLL. V roku 2014

bol navrhnutý väčší panel monoklonových protilátok v snahe zlepšiť identifikáciu prekrývajúcich sa prípadov (CD 43, CD 81, CD 38, CD 200, CD 21). Použitie moderných cytometrov umožňuje súčasné hodnotenie osem až dvanásť znakov danej bunkovej populácie. Diagnostika B-CLL je zvyčajne jednoduchá, pretože populácia B-buniek vykazuje charakteristický imunofenotyp. Do diagnostického panelu sú dnes zahrnuté aj znaky CD 20 a CD 52 s ohľadom na používanie monoklonových protilátok anti-CD 20 v liečebných režimoch pre CLL.

Problémy vznikajú v prípade necharakteristického imunofenotypu (vrátane pacientov, ktorí majú skóre 3 alebo 4), najmä ak chýba expresia znakov CD 5 alebo CD 23. Pri morfologicky atypických formách B-CLL sa zisťuje pozitivita CD 20 a CD 22. Dôkaz transformácie B-CLL prietokovou cytometriou býva ťažký. Pri prolymfocytovej transformácii si leukemické bunky ponechávajú základný imunofenotyp a mení sa intenzita expresie niektorých znakov. Zväčšuje sa veľkosť buniek, čím narastá parameter FSC. Richterov syndróm prietokovou cytometriou možno dokázať v prípade postihnutia kostnej drene – potom popri malobunkovej populácii s typickým B-CLL fenotypom možno zachytiť veľkobunkovú frakciu, ktorá si ponecháva fenotyp CLL. Diagnosticky spoľahlivejšie je potom histologické vyšetrenie suspektnej uzliny. (Váleková et al, 2014, s. 168)

7.Molekulovo genetická a cytogenetická diagnostika

V uplynulých rokoch bolo definovaných viacero špecifických chromozómových aberácií, génových mutácií a ďalších markerov, ktoré v niektorých prípadoch významne ovplyvňujú prognózu pacienta a ďalší terapeutický postup. Vyšetrovanie niektorých z nich je bežnou súčasťou hematologickej praxe.

Cytogenetické vyšetrenie CLL vyhľadáva klonové aberácie v patologických B-lymfocytoch. Využitie fluorescenčnej in situ hybridizácie (FISH), komparatívnej genómovej hybridizácie (CGH) a kultivačných metód umožňuje detekovať cytogenetické abnormality až u 90% pacientov. Na základe FISH je definovaných päť základných prognostických skupín: delécia 13q14 je najčastejšou chromozómovou aberáciou (40-60% pacientov s CLL) a spája sa so stabilným klinickým priebehom, trizómia 12 je najčastejšou numerickou aberáciou (u 10-25% pacientov) a jej prognostický význam je nejasný, 11q22q23 sa detekuje u 10-20% pacientov a spája sa s agresívnym priebehom najmä u mladých ľudí, delécia 17p13 je najmenej častá, ale prognosticky najzávažnejšia aberácia (10-15% pacientov) spojená s rezistenciou na terapiu bežnými cytostatikami, a napokon normálny fenotyp s absenciou chromozómovej aberácie. Asi u polovice pacientov s CLL je prítomná somatická mutácia génu pre variabilnú časť IgVH (dokázalo sa, že nemutovaný gén sa častejšie spája s nepriaznivými chromozómovými abnormalitami, agresívnejším priebehom ochorenia a horšou prognózou). (Panovská, Doubek, 2013,s. 118)

8.Sérové markery

V sérach CLL pacientov sa objavuje niekoľko markerov, ktorých zvýšená hladina sa spája s agresívnym priebehom ochorenia a horšou prognózou. Zvýšená hladina beta(2)mikroglobulínu je obvykle asociovaná s pokročilým ochorením a lymfadenopatiou, takisto zvýšená hladina laktátdehydrogenázy. Medzi najvýznamnejšie sérové markery možno zaradiť tymidínkinázu, ktorá sa podieľa na syntéze DNA a jej zvýšená hladina signalizuje progredujúce ochorenie. (Sakalová et al, 2010, s. 199)

9.Terapia

Zásadným prístupom v terapii je starostlivé sledovanie priebehu ochorenia. Diagnóza sama osebe nemusí byť indikáciou k podávaniu liečby. Pacienti v počiatočnom štádiu bez klinických príznakov a s priaznivými prognostickými faktormi majú pravdepodobnosť dĺžky života podobnú ako ich zdraví vrstovníci i pri zdržanlivom terapeutickom postupe. U mladších pacientov s aktívnou chorobou je možnosť voľby individuálnych liečebných stratégií s použitím agresívnejšej terapie. Použitie purínových analógov (fludarabín, kladribín) a alkylačných látok je zlatým štandardom a dáva u prvolíniovo liečených pacientov priaznivú odpoveď. Nádejnou liečbou je terapia monoklonovými protilátkami (rituximab, alemtuzumab). Niektoré klinické štúdiu uvádzajú kombinovanú liečbu (chemoimunoterapiu). Autológnu transplantáciu kostnej drene možno použiť u pacientov, u ktorých sa dosiahla úspešná liečebná odpoveď po predchádzajúcej liečbe. Alogénna transplantácia krvotvorných buniek (od príbuzného darcu) ešte stále zostáva jedinou metódou vedúcou k potenciálnemu vyliečeniu. Značná časť chorých dosahuje po vyššie uvedenej liečbe nielen hematologickú, ale aj cytogenetickú odpoveď, ale napriek tomu nastáva relaps ochorenia. V súvislosti s CLL sa testujú nové preparáty: cyklíndependentné inhibítory kináz, inhibítory proteínkináz, imunomodulačné látky, nové monoklonové protilátky. (Tóthová, 2008, s.523)

10.Prognóza ochorenia

Základným kritériom prognpostického hodnotenia je štádium choroby. Priemerné prežívanie pacientov, u ktorých bolo ochorenie diagnostikované v počiatočnom štádiu, je 8-10 rokov. Prognóza závisí od veľkosti nádorovej masy, rýchlosti progresie, vnímavosti voči chemoterapii, dynamického faktora zvyšovania počtu lymfocytov, počtu lymfocytov v periférnej krvi a cytogenetických zmien.

Záver

CLL je štandardne nevyliečiteľné ochorenie s recidivujúcim a veľmi heterogénnym priebehom. Možnosti medicínskeho ovplyvnenia ochorenia sú rôzne, treba však povedať že liečba včasných štádií CLL neprináša všetkým pacientom prospech v podobe dlhšieho

prežívania. Testujú sa nové kombinácie už používaných liekov aj nové lieky. Možno očakávať, že čoskoro budú k dispozícii nové terapeutické možnosti, ktoré pomôžu dosiahnuť dva významné ciele u chorých s CLL: zlepšenie kvality života a predĺženie prežívania. K tomu prispieva morfologická diagnostika, rozvoj prietokovej cytometrie a molekulárno – genetické metódy diagnostiky CLL.

Zoznam bibliografických odkazov

1. VÁLEKOVÁ, Ľ. et al., 2014. Laboratórna diagnostika CLL: cytológia, prietoková cytometria. In: *Onkológia,* roč.9, č. 3, s. 166 – 172. ISSN 1339-42115.
2. PANOVSKÁ, A., DOUBEK, M., 2013. Chronická lymfocytární leukemie – diagnostika a léčba. In: *Onkologie,* roč.7, č. 3, s. 117 – 120. ISSN 1802-4475.
3. PENKA, M. et al., 2011. *Hematologie a transfuzní lékařství I.* Praha, Grada, 2011, 421 s. ISBN 978-80-247-3459-0.
4. SAKALOVÁ, A. et al.,1995. *Hematológia a transfuziológia*. Martin, Osveta, 1995, 527 s. ISBN 80-217-0444-6.
5. SAKALOVÁ, A. et al.,2010. *Klinická hematológia.* Martin, Osveta, 2010, 295 s. ISBN 978-80-8063-324-0.
6. TÓTHOVÁ, E., 2008. Chronická lymfocytová leukémia. In: *Via practica*, 12/2008, s. 520 – 523. ISSN 1339-4790.

Kontakt:

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

KURZ PÉČE O RODIČE PO PERINATÁLNÍ ZTRÁTĚ A JEHO EVALUACE

Kateřina Ratislavová[1], Zuzana Hrušková[2]

[1]ZČU FZS Plzeň, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
[2] Psychosomatická klinika, Praha

Abstrakt

Kvalita péče zdravotníků má značný vliv na reakci a proces truchlení rodičů po perinatální ztrátě. V České republice byly realizovány kurzy péče o rodiče po perinatální ztrátě, které jsou koncipovány jako teoreticko-praktické. Teoretická část výuky probíhala formou e-learningu a praktická část výuky probíhala formou diskuse, nácviku, hraním rolí a besedou. Celkem se kurzů péče o rodiče po perinatální ztrátě účastnilo 112 účastníků, úspěšně absolvovalo kurz 85 z nich. Rozdíl v průměrných hodnotách bodů evaluačního dotazníku před a po absolvování vzdělávacího kurzu pro pomáhající profese ukazuje na efektivitu tohoto vzdělávacího programu. Kurzy naplnily očekávání u 90,1 % účastníků. I přes to, že kurz byl účastníky označen jako středně až velmi náročný, většina účastníků vyjádřila spokojenost a přínosnost kurzu ve volných odpovědích.

Kurz péče o rodiče po perinatální ztrátě pomáhá pečujícím orientovat se hlouběji v této problematice, poskytuje možnost zdokonalit komunikační a psychosociální dovednosti a tím také zkvalitnit péči o truchlící rodiče v praxi.

Klíčová slova: Truchlící rodiče. Perinatální ztráta. Vzdělávání. e-learning, Evaluace.

Abstract

The quality of care provided by healthcare professionals has significant impact on the reaction and the grieving process of parents after perinatal loss. Training courses on care after perinatal loss were organised in the Czech republic and were outlined as both theoretical and practical. The theoretical part of the courses was delivered using e-learning and the practical part took form of live discussions, role-playing, rehearsals and panels. In total, the courses on care for parents after perinatal loss had 112 participants, out of which 85 passed the courses successfully. The difference in average point values from evaluation questionnaires conducted before and after the courses for supporting professions suggests that the training courses were efficient. The courses fulfilled expectations in 90,1% of the participants. Even though the difficulty of the courses was rated as medium or high by the participants, the majority of them expressed their satisfaction and recognised the contribution of the courses in open questions of the questionnaire.

The courses on care for parents after perinatal loss help healthcare professionals to better navigate the issue, provide an opportunity to improve communication and psycho-social skills and subsequently to increase the quality of care for grieving parents in practice.

Key words: Bereaved parents. Perinatal loss. Education. e-learning. Evaluation.

Úvod

Pro většinu žen, které zažily perinatální ztrátu, má kvalita péče zdravotníků značný vliv na jejich reakci a proces truchlení (Engler, Lasker, 2000; Rowa-Dewar, 2002; Ratislavová, 2016). Práce s truchlícími rodiči je pro profesionály v oblasti perinatální péče velkou výzvou a vyžaduje vysokou úroveň znalostí a dovedností. Podpora a vzdělávání jsou nezbytné pro pomoc zdravotníkům v péči o truchlící rodiče. Pozitivní postoj porodních asistentek/sester k péči o rodiče po perinatální ztrátě je asociován s předchozím vzděláním v oblasti péče o truchlící rodiče, podporou v týmu a nemocniční politikou, která podporuje zdravotníky, kteří poskytují péči o truchlící rodiče (Chan a kol. 2005, Chan, Arthtur, 2009). V České republice byl první kurz, který poskytuje ucelené vzdělání v oblasti péče o truchlící rodiče, realizován v roce 2015.

Kurz péče o rodiče po perinatální ztrátě

Kurz péče o rodiče po perinatální ztrátě vznikl na základě zkušenosti autorek s péčí o truchlící rodiče po ztrátě miminka, spoluprací se spolkem Dlouhá cesta, který rodiče prožívající ztrátu dítěte sdružuje v projektu Prázdná kolébka, a za podpory nadačního fondu Avast, který tvorbu kurzu finančně podpořil.

Cílem kurzu je poskytnout dostatek informací především o psychosociální péči o rodiče po perinatální ztrátě a posílit komunikační dovednosti pečujících. Péče o truchlící rodiče po ztrátě miminka je součástí perinatální paliativní péče, která se v České republice teprve formuje a rozvíjí.

Perinatální paliativní péče zahrnuje plánování a poskytování podpůrné péče v průběhu života nebo na konci života dítěti (plodu, novorozenci) a jeho rodině:

- při zjištění život limitující vady nebo nemoci u plodu/dítěte,
- při narození dítěte na hranici viability, kdy není intenzivní péče považována za vhodnou,
- při úmrtí/umírání dítěte během těhotenství nebo po porodu.

Perinatální paliativní péče je holistická péče zaměřená na prevenci a tišení bolesti i dalších fyzických, psychosociálních a spirituálních problémů. V České republice zatím není žádné speciální místo, kde by mohly rodit ženy, jejichž miminko umírá nebo se rodí mrtvé.

Ženy rodí buď v perinatologických centrech, nebo v běžných porodnicích. Nejde tedy o místo, ale spíše o způsob péče, která zahrnuje novorozence, rodiče a někdy celou rodinu. Hlavní součástí perinatální paliativní péče je komunikace, láskyplná péče o novorozence, management bolesti a příznaků, péče o truchlící rodiče, psycho-socio-spirituální podpora rodiny.

Kurz péče o rodiče po perinatální ztrátě je koncipován jako teoreticko – praktický. Teoretická část je rozdělena do deseti lekcí, které jsou účastníkům přístupné v prostředí Moodle. Teoretická výuka probíhá tedy formou e-learningu, která je výhodná pro účastníky především možností využívat flexibilně čas a prostor ke studiu. Mezi základní témata, která jsou v kurzu probírána, patří: perinatální ztráta a proces truchlení, sdělení špatné zprávy a komunikace s rodiči, péče o rodičku během porodu mrtvého miminka, rituály rozloučení s miminkem, podpora rodičů během umírání jejich nedonošeného nebo postiženého miminka, podpora rodičů během pobytu v nemocničním zařízení, spolupráce v týmu, vliv perinatální ztráty na rodinu, komplikovaný proces truchlení, odborná a laická pomoc rodičům po propuštění domů. Pro každou lekci je vyhrazen jeden týden studia. Účastníci kurzu jsou vedeni při studiu tutory k diskusím a plnění praktických úkolů. Během kurzu jsou organizována dvě celodenní setkání, při kterých jsou nacvičovány především komunikační dovednosti, probíhá beseda s rodiči, kteří prožili perinatální ztrátu, a jsou rozvíjeny psychohygienické dovednosti pečujících. Praktická část výuky probíhá formou diskuse, nácviku, hraním rolí a besedou. V závěru studia absolvují účastníci odborný test. Při splnění všech podmínek získají všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotně sociální pracovníci nebo zdravotničtí záchranáři kreditní body v celoživotním vzdělávání.
První pilotní kurz úspěšně proběhl na jaře 2015 a následovala realizace dalších tří kurzů.

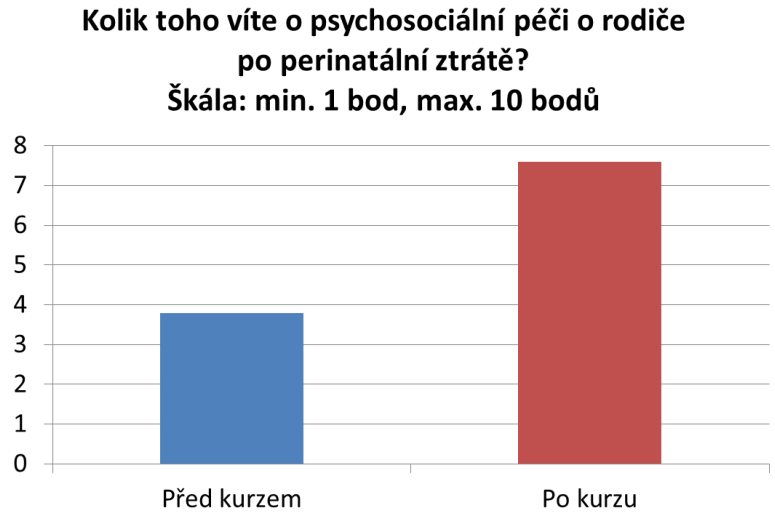
Evaluace kurzů péče o rodiče po perinatální ztrátě

Každý kurz je evaluován pomocí vstupních a závěrečných dotazníků, ve kterých účastníci hodnotí například své znalosti o tématu, jistotu při poskytování péče truchlícím rodičům, znalosti a schopnost využívat psychohygienické prostředky v péči o sebe, ale také hodnotí naplnění očekávání, která měli, nebo náročnost kurzu. Dotazníky obsahují deset otázek. Většinu otázek (7-9) hodnotí účastníci na škálách a na některé otázky (1-3) odpovídají volně.

Celkem se kurzů péče o rodiče po perinatální ztrátě účastnilo 112 účastníků (6 mužů a 106 žen), úspěšně absolvovalo kurz 85 z nich (5 mužů a 80 žen). Průměrný věk účastníků kurzu byl 37,6 let. Kurz je určen především pro zdravotnické pracovníky. Mezi účastníky kurzů bylo 35 porodních asistentek, 22 neonatologických sester, 2 lékaři/ky z oboru gynekologie, 7 lékařů/ek z oboru neonatologie a 7 vyučujících na zdravotnických fakultách. Kurz nedokončilo 11 z nich. Ostatních 39 účastníků se zajímalo o kurz většinou také z profesních

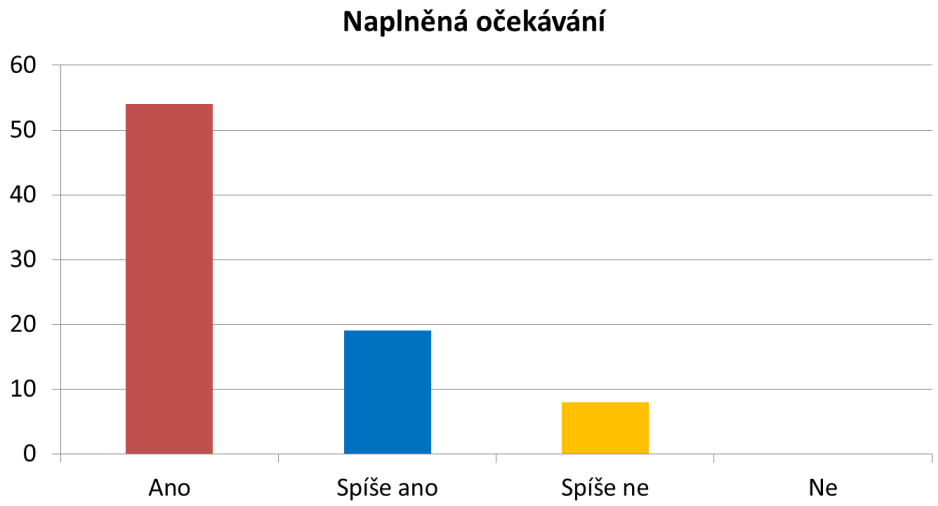
důvodů (duly, psychologové, poradci pro pozůstalé, laické poradkyně apod.). Kurz nedokončilo 16 z nich.

Vstupní dotazník vyplnilo celkem 103 účastníků a závěrečný dotazník 81 z nich. První otázka v dotazníku byla: Kolik toho víte o psychosociální péči o rodiče po perinatální ztrátě? Účastníci měli označit na škále své znalosti o tématu (minimum znalostí 1 bod a maximum znalostí 10 bodů). Průměrné hodnoty bodů škály před a po absolvování kurzu jsou uvedeny v grafu č.1.



Graf 1 *Vyhodnocení otázky: Kolik toho víte o psychosociální péči o rodiče po perinatální ztrátě?* Průměrný počet bodů na škále před a po absolvování kurzu (1 bod= minimum, 10 bodů= maximum vědomostí).

Ve vstupním dotazníku mohli účastnici volně odpovídat na otázku: Co od kurzu očekáváte? Mezi časté odpovědi patřily: praktické poznatky využitelné v praxi, prohloubení znalostí, jak komunikovat s rodiči, jak jim pomoci, jak pomoci sobě to zvládnout, jak se chovat apod. V závěrečném dotazníku měli účastníci na škále (ano, spíše ano, spíše ne, ne) označit, nakolik byla jejich očekávání od kurzu splněna. Odpověď Ano nebo Spíše ano označilo 90,1 % účastníků. Počet odpovědí účastníků je znázorněn v grafu č.2.



Graf 2 *Vyhodnocení počtu odpovědí na otázku: Naplnila se Vaše očekávání od kurzu?*

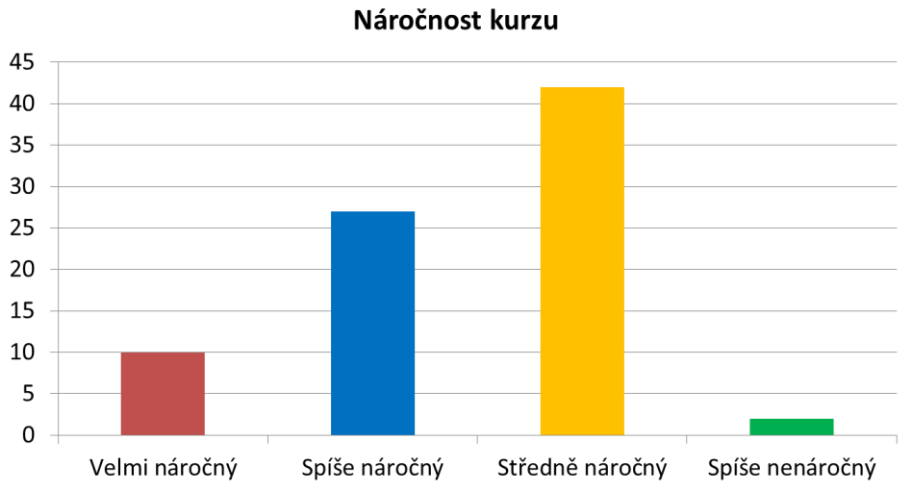
V závěru evaluačního dotazníku se mohli účastníci po absolvování kurzu vyjádřit volně ke kurzu a lektorkám. Tuto možnost využilo 69% absolventů kurzu. Často se objevovaly sdělení: velmi přínosný kurz, spokojenost, poděkování, zajímavý, poučný, inspirativní kurz, náročné téma, otevřelo mi to obzory v nových oblastech, přání více osobních setkání, problémy s úkoly v prostředí Moodle.

„Bylo to velmi přínosné a zároveň velmi citově náročné, ale je potřeba se vzdělávat i v této oblasti a já moc děkuji za vše, co jsem se dozvěděla.“

„Kurz byl pro mě časově i psychicky velmi náročný. Jsem, ale ráda, že jsem se ho zúčastnila. Je mi přínosem nejen v práci, ale i v osobní životě.“

„Děkuji za možnost účastnit se. Je škoda, že tyto informace nedostanou všechny porodní asistentky a zúčastněné pečující osoby. Ideálně by měl proběhnout v každé nemocnici.“

Vzhledem k tomu, že jde o psychosociálně náročné téma, kurz trval více než dva měsíce a účastníci museli vypracovat řadu úkolů v e-learningové části a hlavně se účastnit osobních setkání, zařadili jsme do závěrečného dotazníku také otázku na náročnost kurzu**.** Za velmi nebo spíše náročný považovalo kurz 45,7 % účastníků, za středně náročný 51,8 % a za spíše nenáročný jej považovalo jen 2,5 % absolventů kurzu, jako nenáročný jej neoznačil nikdo. Počet jednotlivých odpovědí je uveden v grafu č.3.



Graf 3 *Vyhodnocení počtu odpovědí na otázku: Jak byl kurz náročný?*

Diskuse

Kurzu péče o rodiče po perinatální ztrátě se během roku 2015 a v první polovině roku 2016 účastnilo celkem 112 účastníků. Zájem o kurz svědčí o tom, že jde o problematiku, ve které si je řada pomáhajících nejistá a ráda by rozšířila svoje znalosti a dovednosti v péči o truchlící rodiče. Největší zájem projevují zdravotníci, kterých se přihlásilo do kurzů celkem 73.

Rozdíl v průměrných hodnotách bodů evaluačního dotazníku před a po absolvování vzdělávacího kurzu pro pomáhající profese ukazuje na efektivitu tohoto vzdělávacího programu. Pro výuku bylo využito na jedné straně on-line asynchronního typu e-learningového vzdělávání a na druhé straně osobní setkání, kde byly využity prvky psychosociálního výcviku pro rozvoj komunikačních dovedností a použití psychoterapeutických technik v péči o rodiče po perinatální ztrátě. Byly tedy kombinovány velmi účinné metody výuky. E-learning využíval moderních informačních a komunikačních technologií, účastníci měli „v čase a prostoru svobodný a neomezený přístup ke vzdělávání“ (Kopecký, 2006). Kurz vznikl a reagoval flexibilně na požadavky a potřeby účastníků kurzu, kteří však nebyli jen pasivními konzumenty informací, ale byli interaktivním systémem nuceni vyhledávat příslušné informace, vyjadřovat a formovat své názory. Diskuse a aktivizační metody ve výuce podporují utváření názorů, postojů a dovedností v péči o truchlící rodiče (Mitchell, 2005). Mezi nevýhody e-learningu je například řazen pocit izolovanosti a neosobnosti (Barešová, 2012), který jsme se snažili odstranit nejprve tím, že tutoři i frekventanti kurzu vyplnili svůj profil a vložili svoji fotografii. Největší vliv však mělo osobní setkání, které se uskutečnilo vždy po 4. lekci a na závěr kurzu a ve kterém byly využity prvky psycho-sociálního skupinového výcviku. Výhodou této metody je rozvoj schopnosti k reflektovanému prožívání, získání sociálních dovedností a obohacení vlastní zkušeností setkáním s novými lidmi (Komárková a kol., 2001). Základem výcviku je osobní prožitková zkušenost propojená s relevantními teoretickými poznatky. Tím, že se v kurzu setkávali jedinci z různých pomáhajících profesí, docházelo k pochopení důležitosti

vlastní role, ale i uznání rolí ostatních odborníků v péči o rodiče při perinatální ztrátě, což koresponduje s poznatky McIlwaine a kol. (2007). V diskusích a při osobních setkáních probíhala mezi účastníky také vzájemná podpora a sdílení společných obtížných témat, což mohlo mít vliv na pocit sounáležitosti a podpory skupinou. Věříme, že všechny tyto faktory měly vliv na spokojenost účastníků kurzu s jeho obsahem, který vyjádřilo 90,1 % z nich tím, že byla naplněna jejich očekávání od kurzu. I přes to, že kurz byl účastníky označen jako středně až velmi náročný, většina účastníků vyjádřila spokojenost a přínosnost kurzu ve volných odpovědích.

Závěr

Zdravotníci popisují často poskytování podpory a péče truchlícím rodičům jako náročné a složité (Gensch, Midland, 2000; Saflund a kol., 2004). Kurz péče o rodiče po perinatální ztrátě pomáhá pečujícím orientovat se hlouběji v této problematice, poskytuje možnost zdokonalit komunikační a psychosociální dovednosti a tím také zkvalitnit péči o truchlící rodiče v praxi. Kurz byl evaluací vyhodnocen jako efektivní.

Děkujeme nadačnímu fondu AVAST za finanční podporu vzniku kurzu péče o rodiče po perinatální ztrátě v programu „Spolu až do konce“.

Použitá literatura:

1. BAREŠOVÁ, A. E-learning ve vzdělávání dospělých. Praha : VOX, 2012. 200 s.
2. ENGLER, A.J., LASKER, J.N. Predictors of maternal grief in the year after a newborn death. Illness, Crisis and Loss 2000; 8: 227-243.
3. GENSCH, B.K., MIDLAND, D. When a baby dies: standard of care. Illnes, Crisis and Loss 2000; 8: 286-295.
4. CHAN, M.F., ARTHUR, D.G. Nurses’ attitudes towards perinatal bereavement care. Journal of Advanced Nursing 2009; 65(12): 2532–2541.
5. CHAN, M.F., WU, L.H. DAY, M.C. et al. Attitudes of Nurses Toward Perinatal Bereavement: Findings From a Study in Hong Kong. Journal of Perinatal and Neonatal Nursing 2005; 19(3): 240–252.
6. KOMÁRKOVÁ, R., SLAMĚNÍK, I., VÝROST, J. a kol. Aplikovaná sociální psychologie III. Sociálněpsychologický výcvik. Praha: Grada, 2001. 224 s.
7. KOPECKÝ, K. E-learning (nejen) pro pedagogy. Olomouc: HANEX, 2006, 125 s.
8. MC ILWAINE, L., SCARLETT, V., VENTERS, A. et al. The different levels of learning about dying and death: an evaluation of a personal, professional and interprofessional learning journey. Medical Teacher 2007; 29: 151 - 159.

9. MITCHELL, M. Preparing student midwives to care for breaved parents. Nurse Education in Practice 2005; 5: 78 - 83.
10. RATISLAVOVÁ, K., BERAN, J., LORENZOVÁ, E. Decision-making of Czech mothers about contact with their baby after perinatal loss. Kontakt 2016; 1: 32-37.
11. ROWA-DEWAR, N. Do interventions make a difference to bereaved parents? A systematic review of controlled studies. International Journal of Palliative Nursing 2002; 8: 452-457.
12. SAFLUND, K., SJOGREN, B., WREDLING, R. The role of cargivers after a stillbirth: views and experiences of parents. Birth 2004; 31: 132-137.

Kontakt:
Kateřina Ratislavová
ZČU FZS Plzeň, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
E-mail: ratislav@kos.zcu.cz

HODNOTENIE POSTÚRY U DETÍ V PREDŠKOLSKOM VEKU

Evaluation Posture for Preschoolers

Marina Srpoňová[1], Róbert Rusnák[1,2], Zuzana Hrčková[2], Zuzana Hudáková[1], Peter Kutiš[1]

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

Abstrakt

Úvod: Moderný životný štýl ktorý charakterizuje nedostatok pohybu a sedavý spôsob života, a ktorý čoraz častejšie sledujeme aj u detí, spôsobuje závažne poruchy postúry. Poruchy postúry môžeme sledovať u každej vekovej kategórii a dnes nie sú ojedinelé ani u predškolákov. Tieto poruchy môžu v dospelosti spôsobovať deformity chrbtice, vertebrogénne algické syndrómy či poruchy pohybových stereotypov. Preto je nesmierne dôležité sledovať a vyhodnocovať ich výskyt v predškolskom období, kedy sa postúra ešte len vyvíja a formuje a v prípade zistenia nedostatkov zavádzať relevantné preventívne opatrenia. Za týmto účelom sme vykonali vyhodnocovanie postúry u predškolákov.

Vlastný prieskum: V rámci projektu Zdravý chrbátik, sme v Ružomberku a v Martine vyšetrili 111 predškolákov, vo veku 5 – 7 rokov. Ich postúru sme hodnotili aspexiou a to spredu, zboku a zozadu. Cieľom vyšetrenia bolo zistiť držanie jednotlivých častí tela (stav chrbtice, hlavy, ramien, lopatiek, panvy a klenby nôh) a následne vyhodnotiť celkovú postúru. Zozbierané dáta sme vyhodnotili v programe MS EXCEL a uvádzame v tabuľkách.

Výsledok: 48,65% nemá poruchy postúry, 36,94% má mierne poruchy postúry a 14,41% má závažné poruchy postúry.

Záver: Menej ako polovica predškolákov má fyziologickú postúru a preto je nevyhnutné zavádzať preventívne opatrenia a programy do škôlok, aby sa situácia nezhoršovala.

Kľúčové slová: Posturálne poruchy. Predškoláci. Prevencia.

Abstract

Introduction: In present life condition children have very poor movement in general. The lifestyle of modern population defined by lack of motion and sedentary way of life significantly contributes postural disorders, which are serious problem in present time. We can fallow postural disorders in each age, even in preschoolers. Postural disorders can cause serious back bone deformities, vertebral pain and movement problems. That's why is important to

follow and evaluate postural state in preschool age, when human body grows and forms physiologic posture.

Aim: We examinated 111 preschoolers, ages 5 – 7, who attended preschool on territory of Ružomberok and Martin. Postural state is done by method of aspexy in three views: frontal, lateral and back. The point of investigation was postural state study, apropos state of some body parts (state of the backbone curvature, forwarded head, and shoulder anteversion, protruding shoulder blades, pelvis deformation and flat feet). Data collection was conducted using aspexy and results were processed using MS Excel.

Results: The 48.65% preschoolers have physiologic posture, 36.94% preschoolers have initial postural disorders and 14.41% preschoolers have serious postural disorders.

Conclusions: The results of study show that less than 50% of preschoolers have physiologic posture and it requires undertake the relevant activities to prevent increases postural disorders in preschoolers.

Key words: Postural disorder. Preschoolers. Prevention.

Úvod

Postúra je definovaná ako držanie (poloha) ľudského tela a jednotlivých telesných segmentov v prostredí zemskej príťažlivosti (Gúth a kol., 2004, s. 80). Správne držanie tela alebo fyziologická postúra predstavuje základný predpoklad pre ekonomickú svalovú činnosť a správnu realizáciu pohybov. Je odrazom vyváženej funkcie statických a dynamických svalov (Kolář a kol., 2009). Pri správnom držaní tela zakrivenia chrbtice nepresahujú fyziologické hodnoty, hrudník je pravidelne vyvinutý, na dolných končatinách nepozorujeme deformity v zmysle oblúkovitého zakrivenia a chodidlá majú sformovanú pozdĺžnu a priečnu klenbu (Protić – Gava, 2015). Hlava je pri správnom držaní tela v predĺžení osi tela, brada zviera s krkom pravý uhol. Ramená sú spustené dozadu a dolu, lopatky symetrické a celou plochou priliehajú k hrudníku. Taile sú symetrické, horné končatiny uložené voľne vedľa trupu a panva je vo frontálnej rovine symetrická a v sagitálnej má primeraný sklon tzv. neutrálne postavenie (Kolář a kol., 2009). Takéto držanie tela, pri ktorom majú jednotlivé segmenty vyvážené vzájomné usporiadanie, zabezpečuje nielen správnu funkciu pohybového systému, ale aj optimálnu funkciu vnútorných orgánov uložených v dutine hrudnej a brušnej (Protić – Gava, 2015). Na správnu postúru však vplývajú endogénne a exogénne faktory, ktoré narúšajú jej správny vývin a spôsobujú rôzne poruchy postúry a chybné držanie tela. Nakoľko endogénne a exogénne faktory pôsobia na ľudský organizmus od narodenia, aj chybné držanie tela môžeme spozorovať v každom veku.

Ako majú sformovanú postúru predškoláci v súčasnosti, sme hodnotili v tejto štúdii.

Metódy

Analýza postúry u detí v predškolskom veku bola realizovaná v rámci projektu Zdravý chrbátik v rokoch 2015 - 2016. Cieľom bolo zistiť, či a v akej miere sa vyskytujú poruchy postúry u detí v predškolskom veku a ktoré segmenty sú porušené najčastejšie. Vyšetrili sme 111 predškolákov vo veku 5 a 6 rokov v mestách Ružomberok a Martin. Na hodnotenie postúry sme využili kritériá podľa Napoleona Wolonského (Milošević, Obradović, 2008). Číslom 0 sme hodnotili držanie tela, kde sme nezaznamenali žiadne odchýlky od normy (správne držanie), číslom 1 sme hodnotili mierne odchýlky od normy (zlé držanie), číslom 2 sme hodnotili výrazné odchýlky od normy (veľmi zlé držanie).

Pri analýze postúry sme hodnotili postavenie jednotlivých segmentov tela, a to: postavenie hlavy, ramien, lopatiek, tvar hrudníka, zakrivenia chrbtice, postavenie panvy a klenbu nohy. Pri vyšetrení boli respondenti bosí a v spodnom prádle. Vyšetrovaní boli vo vzdialenosti 1 m. Na základe získaných výsledkov sme respondentov zaraďovali do troch skupín podľa závažnosti porušenia postúry ako celku. Skupinu A tvorili predškoláci bez poruchy postúry. Skupinu B tvorili predškoláci s miernou poruchou postúry, kým v skupine C sa nachádzali predškoláci s výraznou poruchou postúry. Výsledky boli spracované v programe MS EXCEL a vyjadrené sú v tabuľkách.

Tabuľka 1 *Hodnotenie držania hlavy*

Držanie hlavy		
Hodnota	Počet žiakov	%
0	73	65,77
1	38	34,23
2	0	0

V tabuľke 1 uvádzame hodnotenie držania hlavy. Z celkového počtu 111 predškolákov malo73 (65,77 %) hlavu v základnom postavení. To znamená, že olovnica spustená zo špičky nosa u týchto predškolákov padala na hornú časť sterna a brada s krčnou chrbticou zvierala 90° uhol. 38 predškolákov (34,23 %) malo miernu odchýlku v postavení hlavy. U nich bolo vyhodnotené mierne predsunuté držanie hlavy, pri ktorom tá istá kolmica spustená zo špičky nosa padala na dolnú polovicu sterna. U žiadneho predškoláka sme nezaznamenali výrazný predsun hlavy, kedy by sledovaná kolmica padala pred samotné sternum.

Tabuľka 2 *Hodnotenie držania ramien*

Držanie ramien		
Hodnota	Počet žiakov	%
0	23	20,72
1	88	79,28
2	0	0

V tabuľke 2 uvádzame výsledky, ktoré sme namerali pri hodnotení postavenia ramien. Hodnotili sme projekciu vrcholu akromionu vzhľadom ku zadnej, strednej a prednej línii krku (prominentia laryngea). Fyziologické postavenie ramien, pri ktorom sa projekcia vrcholu akromionu premieta na zadnú líniu krku, bola zaznamenaná u 23 žiakov (20,72 %). Mierna anteverzia ramien, kedy sa vrch akromiónu premieta k strednej línii krku, bola zaznamenaná u najvyššieho počtu predškolákov. Išlo o 88 predškolákov s miernou anteverziou ramien, čo predstavuje 79,28 %. Výraznú anteverziu ramien, projekciu vrcholu akromionu pred prominentia laryngea, sme nezaznamenali.

Tabuľa 3 *Hodnotenie postavenia lopatiek*

Postavenie lopatiek		
Hodnota	Počet žiakov	%
0	22	19,82
1	89	80,18
2	0	0

Z tabuľky 3 môžeme vidieť, aké bolo postavenie lopatiek u sledovaných predškolákov. Ako vidíme z tabuľky, 22 predškolákov (19,82 %) malo fyziologické postavenie, pri ktorom lopatky celou plochou priliehali k hrudníku a ich okraje neodstávali. 89 sledovaných predškolákov (80,18 %) malo mierne odstávajúce lopatky. Pri takomto odstávaní lopatiek vyšetrujúci vmestí jeden prst medzi vnútorný okraj lopatiek a hrudník. Tento stav nazývame scapula alatae. Pri výraznom odstávaní lopatiek sa až dva prsty vyšetrujúceho vmestia medzi vnútorný okraj lopatiek a hrudník a takéto postavenie lopatiek sme u sledovaných detí nezaznamenali.

Tabuľka 4 *Hodnotenie tvaru hrudníka*

Tvar hrudníka		
Hodnota	Počet žiakov	%
0	97	87,39
1	13	11,71
2	1	0,9

V tabuľke 4 uvádzame tvar hrudníka u predškolákov. Fyziologický tvar hrudníka sme zaznamenali u 97 predškolákov (87,39 %). Miernu deformitu hrudníka v zmysle výdychového postavenia sme zaznamenali u 13 predškolákov, čo predstavovalo 11,71 %. Závažnú deformitu hrudníka, kde sme odsledovali vpáčené sternum mal 1 predškolák (0,9 %).

Tabuľka 5 *Postavenie panvy v sagitálnej rovine*

Postavenie panvy		
Hodnota	Počet žiakov	%
0	57	51,35
1	54	48,65
2	0	0

V tabuľke 5 uvádzame výsledky vyšetrenia panvy v sagitálnej rovine. 57 predškolákov (51,35 %) malo panvu v sagitálnej rovine v základnom postavení. To znamená, že uhol medzi spojnicou processu transverzus L4 a symfízou voči horizontále mal 60°. 54 predškolákov (48,65 %) malo miernu anteverziu panvy, kedy sa sledovaný uhol zvýšil na 70°. Keď anteverzia panvy bola spojená so zvýšenou lordózou driekovej chrbtice, hodnotili sme to ako závažnú deformitu. U sledovaných žiakov sme ju nezaznamenali. Taktiež sme u sledovaných predškolákov nezaznamenali retroverziu panvy.

Tabuľka 6 *Zakrivenie krčnej chrbtice*

Zakrivenie krčnej chrbtice		
Hodnota	Počet žiakov	%
0	84	75,68
1	26	23,42
2	1	0,9

Tabuľka 6 znázorňuje stav zakrivenia krčnej chrbtice u predškolákov. Sledovali sme poruchy zakrivenia vo frontálnej a v sagitálnej rovine. V sagitálnej rovine malo 84 predškolákov (75,68 %) fyziologické zakrivenie. 26 predškolákov (23,42 %) malo mierne zvýšené zakrivenie prvého stupňa. Kým 1 predškolák (0,9 %) mal vyhodnotenú výraznú hyperlordózu krčnej chrbtice. Vo frontálnej rovine sme zakrivenia nezaznamenali.

Tabuľka 7 *Zakrivenie hrudnej chrbtice*

Zakrivenie hrudnej chrbtice		
Hodnota	Počet žiakov	%
0	69	62,16
1	32	28,83
2	10	9,01

Tabuľka 7 znázorňuje stav zakrivenia hrudnej chrbtice. Sledovali sme poruchy vo frontálnej a v sagitálnej rovine. V sagitálnej rovine malo 69 predškolákov (62,16 %) namerané fyziologické zakrivenie. 32 predškolákov (28,83 %) malo mierne zvýšené zakrivenie hrudnej

chrbtice prvého stupňa, kým 10 predškolákov (9,01 %) malo výraznú hyperkyfózu hrudnej chrbtice. U predškolákov sme zaznamenali aj začínajúce poruchy vo frontálnej rovine (skoliotocké držanie). Toto bolo zaznamenané u 9 predškolákov.

Tabuľka 8 *Zakrivenie driekovej chrbtice*

Zakrivenie driekovej chrbtice		
Hodnota	Počet žiakov	%
0	51	45,95
1	52	46,85
2	8	7,2

Tabuľka 8 znázorňuje stav zakrivenia driekovej chrbtice. Sledovali sme poruchy zakrivenia vo frontálnej a v sagitálnej rovine. V sagitálnej rovine malo 51 predškolákov (45,95 %) namerané fyziologické zakrivenie. 52 predškolákov (46,85 %) malo mierne zvýšené zakrivenie driekovej chrbtice prvého stupňa. 8 predškolákov (7,2 %) malo výraznú hyperlordózu driekovej chrbtice. Pri vyšetrovaní driekovej chrbtice sme zaznamenali aj začínajúce poruchy vo frontálnej rovine (skoliotocké držanie) v Th – L prechode. Táto porucha bola zaznamenaná u 8 predškolákov.

Tabuľka 9 *Klenba nohy*

Klenba		
Hodnota	Počet žiakov	%
0	35	31,53
1	76	68,47
2	0	0

Ako poslednú sme u predškolákov hodnotili klenbu nohy. 35 predškolákov (31,53 %) malo dobre sformovanú klenbu, pri ktorej sa 1/3 chodidla dotýkala podlahy. 76 predškolákov (68,47 %) malo mierne padnutú klenbu, pri ktorej sa 2/3 chodidla dotýkalo podlahy. Výrazné plochonožie, kde sa takmer celé chodidlo dotklo podlahy sme nezaznamenali.

Celkové vyhodnotenie postúry

Na celkové vyhodnotenie postúry a zaradenie predškolákov do jednotlivých kategórií sme vytvorili vlastné kritériá, ktoré sa ale opierali o poznatky metodiky Wolonského (Beganović et all., 2012) a metodiky podľa Kleina a Thomasa modifikovanej Mayerom (Hrčka, 2008). Tieto metodiky neobsahovali niektoré prvky, ktoré sme sledovali (napr. vyhodnotenie postavenia panvy, alebo samostatné hodnotenie jednotlivých úsekov chrbtice), preto sme ich modifikovali a vytvorili si vlastné kritéria na zaraďovanie predškolákov do troch skupín (A, B,

C) podľa závažnosti porušenia postúry. Do kategórie A sme zaradili predškolákov, ktorí pri sčítaní bodov za jednotlivé segmenty získali 0 až 6 bodov. Pri hodnotení segmentov mohli mať číslom 2 ohodnotené len postavenie ramien a lopatiek. Ostatné segmenty museli mať hodnotené bodmi 0 alebo 1. Kategória B bola vytvorená pri získaných 7 až 11 bodoch. Aj v tejto kategórii len ramená a lopatky mohli byť hodnotené číslom 2, kým ostatné segmenty museli byť hodnotené číslami 0 alebo 1. Kategória C bola vytvorená pri počte bodov 12 a viac alebo aj v tom prípade, ak súčet bodov za jednotlivé segmenty bol menší ako 12, ale dieťaťu bola pridelená minimálne jedna 2ka z hociktorého sledovaného segmentu (mimo ramien a lopatiek).

Tabuľka 10 *Celkové vyhodnotenie postúry*

Kategória	Počet	%
A	54	48,65
B	41	36,94
C	16	14,41

Tabuľka 10 znázorňuje vyhodnotenie postúry ako celku. Z celkového počtu 111 predškolákov bolo v kategórii A (bez poruchy) zaradených 54 predškolákov, čo predstavuje 48,65 %. Kategóriu B tvorili predškoláci, ktorých postúra bola hodnotená ako mierne porušená. V tejto kategórii sme zaznamenali 41 predškolákov (36,94 %). Kategóriu C tvorili predškoláci so závažnou poruchou postúry. Týchto bolo 16, teda 14,41 %.

Diskusia

Posturálne poruchy a vôbec problematika držania tela sú aktuálnou témou viacerých odborníkov z rôznych oblastí zdravotníctva, pedagogiky a športu. Z výsledkov odborníkov, ktorí sa tejto problematike venujú, ale i z našich skúseností a štúdie môžeme skonštatovať, že poruchy postúry sú aktuálnym a závažným problémom súčasnej doby a že sa s nimi stretávame u čoraz mladších generácií. Sabo (2006) realizoval hodnotenie postúry predškolákov na území Vojvodiny (656 chlapcov a 603 dievčat) a uvádza, že väčšina detí vo veku 3,5 - 7 rokov má mierne odstupy držania tela od normy vo väčšine sledovaných segmentov. Popisuje ich ako funkčné zmeny postúry. Jeho výskum potvrdzuje aj to, že menšia časť sledovaných predškolákov má aj závažné zmeny postúry – štrukturálne poruchy postúry, ktorých liečba patrí do rúk odborníkov. Milošević, Obradović (2008) sledovali 8 segmentov postúry u 379 predškolákov a v 5 segmentoch zaznamenali odchýlky od normy. Tieto sa týkali najmä postavenia hlavy (65,96 % mierne poruchy a 2,11 % závažné), postavenia ramien (67,55 % mierna porucha a 1,85% závažné), postavenia lopatiek (61,21 % mierna porucha a 9,23 % závažné), klenutia brušnej steny (56, 73 % mierna porucha a 9,23 % závažné) a v tvare klenby (58,31 % mierne padnutá a 10,03 % závažná porucha). Romanov et all. (2014)

hodnotili predškolákov vo veku 6 - 7 rokov na území Nového Sadu. Hodnotili poruchy postúry v oblasti chrbtice počítačovou technikou SpineScan. Na základe výsledkov apelujú na znepokojujúcu situáciu v oblasti chrbtice u predškolákov, nakoľko sa u 70 % potvrdili poruchy zakrivenia chrbtice. Poruchy zakrivenia boli zaznamenané ako vo frontálnej, tak aj v sagitálnej rovine. Podobné výsledky pri hodnotení postúry u detí v predškolskom veku sme zaznamenali aj my. Menej ako polovica sledovaných predškolákov (48,65 %) mala dobré držanie tela a bola zaradená do skupiny A – bez poruchy. Aj napriek tomu, že títo predškoláci boli zaradení do skupiny A, takmer u každého z nich sme zaznamenali elementárne poruchy v držaní niektorých častí tela. Prevažne išlo o odchýlky v držaní ramien, lopatiek, klenby. Len u jedného predškoláka sme všetky segmenty postúry ohodnotili ako fyziologické. Zvyšná časť predškolákov (51,35%) mala viditeľné poruchy postúry. Z tejto skupiny 36,94 % mali miernu poruchu postúry a boli zaradení do skupiny B, kým 14,41 % predškolákov malo výrazné poruchy a zaradili sme ich do skupiny C. V skupine B sledovaní predškoláci mali len funkčné poruchy postúry, ktoré sa cieleným zdravotným cvičením dajú odstrániť. U predškolákov v skupine C sa však začínali vyvíjať štrukturálne poruchy, najmä deformity chrbtice, a preto sme rodičom týchto predškolákov odporučili vyšetrenie a sledovanie lekárom špecialistom.

Záver

Súčasný životný štýl s nedostatkom pohybu a s prevahou sedu v práci, v školách alebo v rámci voľného času má negatívny vplyv na postúru a jej vývin v detstve. Poukazujú na to výsledky našej štúdie, ale i výskumy iných autorov venujúcich sa tejto problematike. Detský organizmus, kedy sa postúra ešte len formuje, je vystavený negatívnym exogénnym vplyvom okolia, kde sa zaraďuje dlhodobé jednostranné zaťaženie, nakoľko deti väčšinu dňa trávia v sede či v ľahu a zároveň majú nedostatok pestrej pohybovej činnosti – čoraz menej sa hrajú, či športujú (Romanov at all.., 2014). Účinnosť týchto faktorov, ktoré denne pôsobia na detský organizmus, môžeme ale úspešne obmedziť a podporiť tak správny vývin detského organizmu. Jeden zo spôsobov ako to dosiahnuť je zaradiť preventívne programy so zdravotným cvičením do materských škôl. Tieto programy, okrem každodenného cvičenia zdravotných cvikov, by mali obsahovať aj rôznorodé a pestré pohybové aktivity a nácvik správneho sedu, stoja či chôdze napr. pri raňajkách, výučbe, či hre. Takto by sa u detí počas bežného dňa v škôlke podporoval zdravý vývin postúry, ktorý by tvoril pevný základ a poistku zdravia v dospelosti.

Literatúra:

1. BEGANOVIĆ, E. et all. 2012. Držanje tijela kod učenika šestih razreda. IN: *Sport Mont.* [online]. 2012. No. 34,35,36/X. 53-61 p. ISSN: 1451-785. Dostupné na: https://www.google.sk/search?q=Beganovi%C4%87+Sport+Mon&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=21fxV6WgLoTb8AfPg4H4Ag#q=Crnogorska+sportska+akademija+34%2C35%2C36+ISSN
2. GÚTH, A. a kol. 2004. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov.* Bratislava : Lečreh, 2006. 400 s. ISBN 80-88932-16-5.
3. HRČKA, J. 2008. *Držanie tela a jeho ovplyvnenie*. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, 2008. 80 s. ISBN 978-80-8105-064-0.
4. KOLÁŘ, P. a kol. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi.* Praha : Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
5. MILOŠEVIĆ, Z., OBRADOVIĆ, B. 2008. Posturalni status dece Novosadskih predškolskih ustanova uzrsta 7 godina. In: *Glasnik Antropološkog društva Srbije*. [online]. 2008. Vol. 43, 301-309 p. ISSN: 1820-7936. [cit. 201-09-23]. Dostupné na: https://www.google.sk/search?q=Posturalni+status+dece+Novosadskih+pred%C5%A1kolskih+ustanova+uzrasta+7+godina&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=dFHxV52eE4_b8AfHhIGIAw
6. ROMANOV, R. et all.., 2014. Posturalni status dece predškolskog uzrasta na teritorii Novog Sada. In: *TIMAS Acta* [online]. 2014, Vol. 8, No 1, 129 – 135 p. ISSN 2406-1344. [cit. 2016-09-23]. Dostupné na: http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/1452-9467/2014/1452-94671402129R.pdf
7. SABO, E. 2006. Posturalni status dece predškolskog uzrasta na teritorii AP Vojvodine. In: *Fizička kultura* [online]. 2006. Vol. 60, No. 2, 157 – 164 p. eISSN 2217-947x [cit.2016-08-29]. Dostupné na: http://scindeks-clanci.ceon.rs/data/pdf/0350-3828/2006/0350-38280602157S.pdf
8. PROTIĆ – GAVA, B. 2015. Dobro držanje tela u detinjstvu - sigurnost za budućnost kvalitetnijeg života. In: *5th International Conference on Sports Science and Helath: Zbornik radova*. Banja Luka: Panevropski univerzitet „APEIRON“, 2015. ISBN: 978-99955-91-86-1. 9,18p.

Kontaktná adresa:

Mgr. Marina Srpoňová

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

E-mail: marina.srponova@gmail.com

PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ VERZUS SYNDRÓM VYHORENIA U SESTIER

Jana Cimbalová[1], Viera Simočková[2], Mária Zamboriová[3]

[1] UN L. Pasteura Košice, Trieda SNP 1, Klinika hematológie a onkohematológie
[2] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
[3] Univerzita P. J. Šafárika, Košice, Lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Cieľom práce bolo zistiť vplyv paliatívnej starostlivosti na vznik syndrómu vyhorenia u sestier. Výsledkom analýzy tejto problematiky je zistenie, že u sestier pracujúcich v paliatívnej starostlivosti sa objavuje vysoký stupeň syndrómu vyhorenia, či už v dimenzii emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie ako aj v osobnom uspokojení.

Kľúčové slová: Paliatívna starostlivosť. Psychická záťaž. Syndróm vyhorenia. Sestra.

Abstract

The goal was to measure the impact of palliative care on burnout syndrome among nurses. The result of the analysis of this issue is the finding that among nurses working in palliative care appears high degree of burnout syndrome, in the dimension of emotional exhaustion, depersonalization and in personal satisfaction.

Key words: Palliative care. Psychological stress, Burnout syndrome. Nurse.

Úvod

Poslaním sestier, hlavne v paliatívnej starostlivosti, je pomáhať jednotlivcom, rodinám i skupinám uspokojovať aktuálne potreby a dosahovať maximálne telesné, psychické a sociálne možnosti v súlade s prostredím, v ktorom žijú. Ošetrovateľské povolanie vytvára na sestry psychický tlak, ktorý prispieva k vzniku syndrómov charakteristických pre pomáhajúce profesie. Vystupňovanie nastáva pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti, ktorá končí smrťou pacienta. U sestier sa môže dostaviť pocit viny, že neurobili všetko, čo mali. Podľa Pacovského (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995) „umierajúci pacient je ošetrovateľsky najnáročnejším pacientom“. Sestry by preto mali vedieť včas rozpoznávať príznaky syndrómu vyhorenia, čím by si chránili svoje telesné i duševné zdravie.

K syndrómu vyhorenia vedie najčastejšie frustrácia tzv. existenciálnych potrieb. Ide o psychické potreby označované tiež ako bytostné, ktoré pramenia zo základných podmienok

ľudskej existencie. Bytostné, existenciálne potreby majú všetci ľudia bez rozdielu. Ich uspokojovanie je pre zachovanie duševného zdravia práve tak nutné, ako je uspokojovanie materiálnych potrieb pre zachovanie života. Podľa Ericha Fromma (1997), nemeckého psychoanalytika, patria medzi existenciálne potreby napr. potreba zakorenenosti, potreba oddanosti, potreba transcendencie, potreba výkonnosti, potreba vášne a zanietenosti. Existenciálne potreby majú interaktívnu povahu. Môžu byť napĺňané, len ak vstupujú ľudia do plnohodnotného vzťahu. Premieňajú človeka a menia ho na dôstojnú, slobodnú, milovanú a milujúcu bytosť. Dávajú životu zmysel.

Psychika človeka je zapojená pri každej pracovnej činnosti. Zamboriová a Simočková (2016) uvádzajú, že zdravotnícki pracovníci podieľajúci sa na ošetrovaní ťažko chorých, sú často konfrontovaní s umieraním a smrťou. Počas práce s ťažko chorými ľuďmi zažívajú stres, frustráciu, smútok, sú ohrození deformáciou osobnosti v zmysle zníženia alebo straty citlivosti pre bolesť a smrť pacientov a sú vystavení komplexu rizikových faktorov podmieňujúcich vznik psychickej záťaže. To môže viesť k nedostatočnému uspokojovaniu existenciálnych potrieb a následne k výskytu syndrómu vyhorenia.

Metodika

Cieľom našej práce bolo zistiť, aké je riziko vzniku syndrómu vyhorenia u sestier pracujúcich v paliatívnej starostlivosti.

Náš súbor predstavovalo 68 respondentov – sestry pracujúce v zariadeniach poskytujúcich paliatívnu starostlivosť na území Slovenskej republiky, tak v štátnych, ako aj v súkromných či cirkevných zariadeniach. Išlo o tieto zariadenia: Spišská katolícka charita, Mobilný hospic Charitas Námestovo, Mobilný hospic Stará Ľubovňa, Hospic Matky Terezy Bardejov, Hospic – Dom pokoja a zmieru u Bernadetky Nitra, Plamienok n. o. Bratislava Petržalka, Hospic Ľubietová, Banská Bystrica a Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša v Košiciach n. o. Zber údajov prebiehal koncom roka 2015.

Zber údajov sme realizovali pomocou dvoch štandardizovaných dotazníkov. Prvým dotazníkom bola Škála životnej zmysluplnosti podľa Halamu (2002) pozostáva z 18 výrokov, pri ktorých má opýtaný označiť jednu z možností na Likertovej škále 1 – 5, pričom 1 – vôbec nesúhlasím, 2 – nesúhlasím, 3- neviem sa rozhodnúť, 4 – súhlasím a 5 – úplne súhlasím. Škála vychádza z trojkomponentového modelu zmyslu života. Mapuje 3 dimenzie životnej zmysluplnosti: kognitívnu, motivačnú a afektívnu dimenziu, pričom každú tvorí 6 položiek. V škále je 6 výrokov formulovaných negatívne, pri ktorých bolo potrebné vykonať reverziu. Kognitívnu dimenziu tvoria položky týkajúce sa celkového životného nasmerovania, pochopenia života či životného poslania. Motivačnú dimenziu tvoria položky týkajúce sa plánov, cieľov, ako aj sily a vytrvalosti angažovania sa v nich. Afektívna dimenzia je tvorená

položkami zisťujúcimi životnú spokojnosť, naplnenosť, optimizmus, ako aj v negatívnu rovinu znechutenia, či pocity jednotvárnosti.

Dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) hodnotí emocionálne vyčerpanie – depersonalizáciu. Dotazník slúži na sledovanie syndrómu vyhorenia u exponovaných profesií, v našom prípade u sestier v paliatívnej starostlivosti. Má tri faktory, subškály. Dve sú ladené negatívne – emocionálne vyčerpanie (ďalej len EE) a depersonalizácia (ďalej len DP). Jedna subškála je ladená pozitívne – osobné uspokojenie z práce (ďalej len PA). MBI obsahuje 22 položiek, výrokov, kedy respondent hodnotí silu pocitov na škále od 0 do 7, pričom 0 znamená vôbec a 7 – veľmi silno. Vyššie bodové skóre vo faktoroch EE a DP korešponduje s vysokým syndróm vyhorenia, naopak u PA korešpondujú s vyhorením nízke hodnoty. Ide o zníženie pocitu vlastnej pôsobnosti a úspešnosti v práci, čím sa chceme zamerať na vplyvy súvisiace so syndróm vyhorenia u sestier.

Výsledky

Pri štatistickom spracovaní výsledkov sme použili základné deskriptívne štatistické metódy, priemerné hodnoty a smerodajné odchýlky, mediány, minimálne a maximálne hodnoty. Takisto sme určovali percentuálne zastúpenie výsledkov.

Z celkového počtu opýtaných bolo 64 žien, čo predstavuje 94 % a štyria muži, čo predstavuje 6 % opýtaných. Výskumu sa zúčastnili sestry vo veku od 22 do 60 rokov, priemerný vek bol 41,4 (SD ± 9,34). Dĺžka praxe sestier bola od 1 roka po 40 rokov. Priemerná dĺžka praxe sestier bola 7,94 (SD ± 7 rokov).

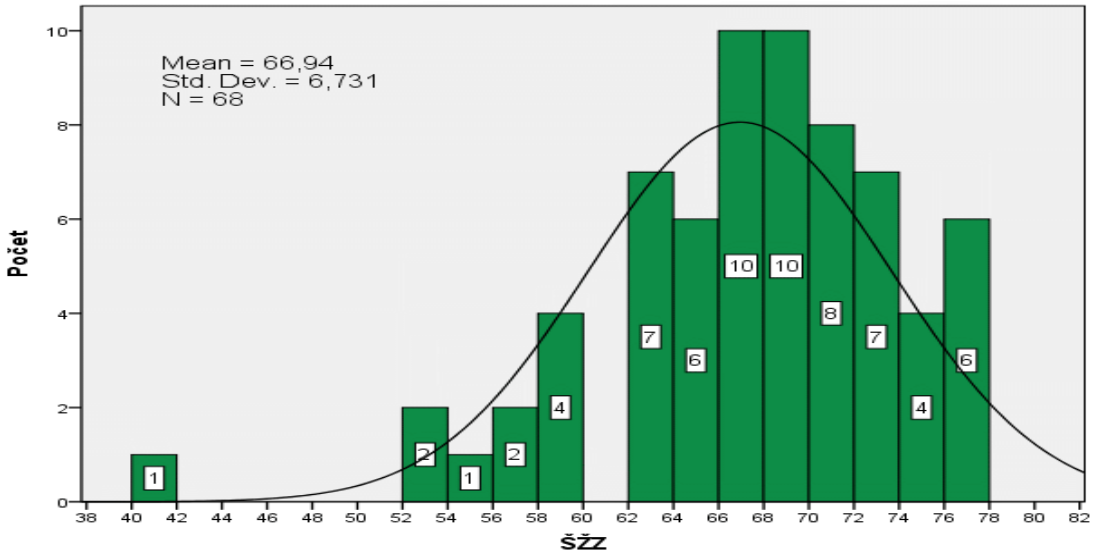
Dosiahnuté vzdelanie u sestier uviedlo 47 % že má ukončenú strednú zdravotnícku školu, 35 % uviedlo ukončenú diplomovanú všeobecnú sestru alebo I. stupeň vysokoškolského štúdia. Úplné vysokoškolské vzdelanie v odbore ošetrovateľstvo uviedlo 18 % sestier.

Pri otázke vierovyznania uviedlo 6 % sestier, že je bez vyznania, najčastejšie (82 %) sestry uvádzali rímskokatolícke vierovyznanie.

Škála životnej zmysluplnosti sa hodnotí podľa jednotlivých dimenzii, kde najdôležitejšia je hlavne motivačná dimenzia. Celková hodnota škály je však smerodajná, pretože jednotlivé dimenzie sú na sebe závislé, ale nie sú zhodné. Čím je bodová hodnota vyššia, tým je život zmysluplnejší. Celkové skóre škály nadobudlo hodnoty od 18 do 90, pričom priemerné celkové skóre bolo 73,93, medián predstavuje hodnotu 68, modus 66 a smerodajná odchýlka SD ± 6,73. Pre jednotlivé dimenzie škály nadobudlo celkové skóre 26,16 (kognitívna dimenzia), 24,34 (motivačná dimenzia) a 25,93 (afektívna dimenzia), pričom celkové skóre škál nadobudlo hodnoty od 6 – 30. Z týchto údajov vyplýva, že životná zmysluplnosť v monitorovanom súbore sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť je vysoká, čo znázorňuje tab. 1 ako aj graf 1.

Tabuľka 1 *Životná zmysluplnosť u sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť*

Dimenzia	Celkové skóre škál	Priemerné celkové skóre
Kognitívna	26,16	73,93
Motivačná	24,34	
Afektívna	25,93	



Graf 1 *Životná zmysluplnosť u sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť*

Emocionálne vyčerpanie

Priemerné skóre v tejto subškále dosiahlo hodnotu 22, medián dosiahol 20, pričom min hodnota bola 5 a max hodnota 41. Stupeň EE hodnotíme ako nízky v rozmedzí 0 – 16, mierny ako 17 – 26 a vysoký 27 a viac = vyhorenie. V našom prípade dosiahli sestry poskytujúce paliatívnu starostlivosť mierny stupeň syndrómu vyhorenia.

Depersonalizácia

Priemerné skóre v tejto subškále dosiahlo hodnotu 14, medián dosiahol 14, pričom min hodnota bola 6 a max hodnota 24. Stupeň DP hodnotíme ako nízky v rozmedzí 0 – 6, mierny ako 7 – 12 a vysoký 13 a viac = vyhorenie. V našom prípade dosiahli sestry poskytujúce paliatívnu starostlivosť vysoký stupeň syndrómu vyhorenia.

Osobné uspokojenie

Priemerné skóre v tejto subškále dosiahlo hodnotu 27, medián dosiahol 27, pričom min hodnota bola 7 a max hodnota 42. Stupeň PA hodnotíme ako nízky v rozmedzí 0 – 31, mierny ako 32 – 38 a vysoký 39 a viac = vyhorenie. V našom prípade dosiahli sestry poskytujúce paliatívnu starostlivosť nízky stupeň syndrómu vyhorenia.

Tabuľka 2 *Súhrnné hodnotenie syndrómu vyhorenia v jednotlivých subškálach*

MBI subškály	$\bar{x}$ skóre	Med (x)	Priemerná normatívna hodnota*	Min	Max	Stupeň vyhorenia
EE	22	20	19	5	41	mierny
DP	14	14	6,6	6	24	vysoký
PA	27	27	36,8	7	42	nízky

Na základe zistených údajov vidieť (tab. 2), že sestry v EE (emocionálnom vyčerpaní) dosiahli mierny stupeň vyhorenia, v subškále DP (depersonizácia) ide o vysoký stupeň vyhorenia. V subškále PA (osobné uspokojenie) sestry dosiahli nízky stupeň vyhorenia.

Diskusia

V škále životnej zmysluplnosti dosiahli sestry priemerné celkové skóre 73,93, pričom rozmedzie škály nadobúda hodnoty od 18 do 90. Motivačná dimenzia v porovnaní s ostatnými dimenziami nedosiahla také vysoké skóre, môže to byť spôsobené napr. preťažením a únavou z ostatných povinností po práci. Zo zistených údajov vyplýva, že životná zmysluplnosť v monitorovanom súbore sestier poskytujúcich paliatívnu starostlivosť je vysoká. Podobne Křivohlavý a Pečenková (2004) uvádzajú, že v boji proti syndrómu vyhorenia je potrebné mať jasný, zmysluplný cieľ v živote.

Podľa Mažgútovej (2012) sa zmysel práce hľadá ťažšie pracovníkom s väčším podielom na paliatívnej starostlivosti, ktorá je zároveň sústavne konfrontovaná s aktuálnym stupňom zmyslu života a nádeje pacientov. Tento predpoklad sa jej štatisticky nepotvrdil, ale sledovaná vzorka 71 zdravotníkov mala najnižší celkový zmysel života, ako aj najnižšie hodnoty v kognitívnej a afektívnej dimenzii, ako porovnávané súbory.

Sprevádzanie pacientov a ich blízkych v najťažšom období ich života a účasť na zmierňovaní ich utrpenia môžu byť pre zdravotníka i nesmierne obohacujúcou skúsenosťou, na druhej strane neustále vystavenie utrpeniu a strate môže mať negatívny dopad na psychiku ošetrujúcich, čo môže viesť k riziku vzniku syndrómu vyhorenia (Zamboriová, Simočková, 2016).

Čmelová (2013) uvádza, že sestry pracujúce v zariadeniach poskytujúcich paliatívnu starostlivosť vidia často vo svojej práci veľký zmysel, filantropiu a humanizmus. Preto sa mnohé vyjadrujú pozitívne o svojom živote, práci ako poslaní, ale aj o tom, kam ich život v konečnom dôsledku smeruje. Byť stotožnený so smrteľnosťou, znamená žiť naplno. Sestry chápu život ako náročný, ale je pre nich zaujímavý, nepociťujú apatiu a znechutenie.

Záver

Podľa Simočkovej (2009) dnešný spôsob života má za následok u mnohých ľudí stratu schopnosti relaxovať. Prevencia syndrómu vyhorenia spočíva v individuálnych možnostiach človeka, medzi ktoré môžeme zaradiť dodržiavanie zásad mentálnej hygieny, snahu o vyrovnanie pomeru stresorov a salutorov, nájdenie zmysluplnosti života, zvýšenie sebadôvery. Z vonkajších možností sú dôležité dobré medziľudské vzťahy, sociálna opora, pozitívne pracovné podmienky, kladné hodnotenie druhých ľudí. K načerpaniu fyzických a psychických síl je dôležitý tiež telesný pohyb, dostatok spánku a optimistické myslenie.

Odhaduje sa, že do roku 2020 zomrie až 40 % ľudí vo veku do 65 rokov, ktorí využijú domovy ako formu paliatívnej starostlivosti (Thompson, 2012). Z tohto dôvodu rýchlo progredujúci demografický vývoj predstavuje značnú výzvu pre domovy špecializované sa na paliatívnu starostlivosť pre zabezpečenie optimálnych podmienok vysokej kvality v starostlivosti o život v posledných dňoch. Preto je potrebné pristupovať k starostlivosti o chorých v paliatívnej starostlivosti veľmi zodpovedne, aby umierajúci nebol na poslednej ceste ponechaný sám na seba a aby netrpel. Každý si zaslúži úctu, rešpekt, jemné pohladenie a aktívnu účasť sestry. Nezabúdajme však, že i sestry sú holistické bytosti a bez uspokojovania svojich potrieb nebudú schopné uspokojovať potreby tých, ktorí sú na ne odkázaní.

Literatúra:

1. ČMELOVÁ, Jana, 2013. Holistický prístup a sprevádzanie onkohematologického pacienta. In *Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie Perspektíva hospicov na Slovensku*. [CD-ROM]. Svidník : Tlačiareň svidnícka s.r.o., s. 72. ISBN 978-80-8132-096-5.
2. FROMM, Erich, 1997. *Anatomie lidské destruktivity*. Praha : Nakladatelství Lidové noviny. 528 s. ISBN 80-7106-232-4.
3. HALAMA, Peter, 2002. Vývin a konštrukcia škály životnej zmyslupnosti. In *Československá psychologie*. ISSN 0009-062X, 2002, roč. XLVI, č. 3, s. 265-276.
4. KŘIVOHLAVÝ, Jaro., KACZMARCZYK, Stanislav. 1995. Poslední úsek cesty. Praha : Návrat domů, 1995. 96 s. ISBN 80-85495-43-0.
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha : Grada. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
6. MAŽGÚTOVÁ, Alena et al. 2012. Psychická záťaž zdravotníkov v paliatívnej starostlivosti. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online]. [cit. 2016-03-13].
7. Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/c7b5e9fdb59fa121d4342d9c86e720a6.pdf>.

8. SIMOČKOVÁ, Viera, 2009. Syndróm vyhorenia. In Žiaková, K. et al. *Ošetrovateľský slovník*. Martin : Vydavateľstvo Osveta. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.
9. THOMPSON, Sarah et al. 2012. Quality of Care and Quality of Dying in Nursing Homes: Two Measurement Models. In *Journal of Palliative Medicine*. New Rochelle. ISSN 1557-7740, 2012, vol. 15, n. 6, p. 690-695.
10. ZAMBORYOVÁ, Mária, SIMOČKOVÁ, Viera, 2016. Psychická záťaž zdravotníckych profesionálov pracujúcich v hospicoch. In *Ošetrovateľstvo tradície a perspektívy*. Piešťanský deň ošetrovateľstva. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-151-1, s. 325-336.

Kontakt

PhDr. Mgr. Jana Cimbalová, PhD.
UN L. Pasteura
Klinika hematológie a onkohematológie
Trieda SNP 1
040 01 Košice
E-mail: janacmelova@gmail.com

TUBERKULÓZA AKO JEDNA Z ŤAŽISKOVÝCH PROBLEMATÍK SLOVENSKÉHO PREDSEDNÍCTVA RADY EÚ

Tuberculosis as One of the Focal Issue of Slovak Presidency of EU

Ivan Solovič[1,2,3], Jana Švecová[1,3], Roman Rams[4]

[1] NUTPCHaHCH Vyšné Hágy
[2] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
[3] NCZI Bratislava
[4] Ústav verejného zdravotníctva, Jesséniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave

Abstrakt:

Tuberkulóza je stará ako ľudstvo samo. Prvé správy o tuberkulóze pochádzajú z čias, keď ľudia začali vytvárať väčšie sociálne celky. Nálezy kostier z mladšej doby kamennej potvrdzujú existenciu kostnej formy tuberkulózy. Už Avicenna konštatoval, že choroba je prenosná a na jej rozvoj vplýva externé prostredie.

Tuberkulóza je liečiteľné ochorenie ale, ak sa na chorobu nemyslí a pacienti prídu neskoro s ťažkými postihnutiami pľúc alebo iných orgánov, môžu aj zomrieť. Choroba patrí podobne ako chrípka medzi kvapôčkové nákazy. Je liečiteľná, aj keď narastá počet tzv. multirezistentných foriem, ktoré sú veľmi problematické. Súčasné povedomie ľudí o tuberkulóze je veľmi nízke preto o nej treba stále hovoriť medzi odbornou aj laickou verejnosťou, pretože môže zasiahnuť kohokoľvek a kedykoľvek.

Kľúčové slová: Tuberkulóza. Situácia vo svete. Situácia na Slovensku. Stratégie boja s tuberkulózou.

Abstract:

Tuberculosis is as old as mankind itself. The first reports of tuberculosis comes from the time when people began to create more social units. The findings of skeletons from the Neolithic confirm the existence of forms of bone tuberculosis. Already Avicenna noted that the disease is contagious and affects the development of the external environment.

Tuberculosis is a treatable disease, but if we do not think about the disease so it is hardly to notice it, the patients are coming late with severely affected lungs or other organs, they may also die. The disease is similar to the flu droplet infection. It is treatable, although a growing number of so-called multi-resistant forms, which are very troublesome. The current

people's awareness of tuberculosis is very low, therefore, it must be constantly on call between professional and public because it can affect anyone and at any time.

Key words: Tuberculosis. Situation the world. Situation in Slovakia. Strategy of the fight against tuberculosis.

Nemecký lekár Robert Koch objavil v roku 1882 pod mikroskopom bacily tuberkulózy, ale suchotiny, ako sa jej tiež hovorilo sprevádzajú ľudstvo oddávna...

Možno povedať, že je stará ako ľudstvo, veď prvé správy o tuberkulóze pochádzajú z čias, keď ľudia začali vytvárať väčšie sociálne celky. Už nálezy kostier z mladšej doby kamennej potvrdzujú existenciu kostnej formy tuberkulózy. Hippokrates podrobne opísal príznaky pľúcnej tuberkulózy, Avicenna konštatoval, že choroba je prenosná a na jej rozvoj vplýva okolie. Tuberkulóza je infekčné ochorenie a infekcia je najčastejšie spúšťaná inhaláciou infikovanej kvapôčky veľkosti 1-5 μm, ktorá obsahuje Mycobacterium tuberculosis, ktoré sú expektorované pacientmi s aktívnou pľúcnou tuberkulózou, typicky, keď pacient kašle. Hlavným cieľovým orgánom sú pľúca, ale mykobaktérie môžu vyvolať chorobný proces aj v mimopľúcnych štruktúrach.

Najčastejším prameňom nákazy je chorý človek, menej často zvieratá alebo kadavery. Mykobaktériami je infikovaná približne jedna tretina svetovej populácie. Najčastejšou vstupnou bránou je dýchací trakt, o čom svedčí aj vysoký podiel pľúcnej tbc, ktorá tvorí až 80-90 % všetkých foriem tbc. Mykobaktérie sa šíria vzdušnou cestou a do organizmu vstupujú dýchacími cestami inhaláciou drobných kvapôčok, ktoré vznikajú pri kašli, kýchaní alebo spievaní a pretrvávajú v ovzduší niekoľko hodín. Zriedkavejší je digestívny prenos alebo prenos kontaktom.

V krajinách s vysokou incidenciou tuberkulózy sa aktívny prenos najčastejšie deje v domácnosti a na preplnených miestach, kde sa zhromažďuje veľký počet ľudí. Riziko vzniku infekcie je závislé na niekoľkých faktoroch: infekčnosť zdroja, tesnosť kontaktu, množstvo inhalovaných baktérii, stave imunitného systému hostiteľa. [1, 2]

Molekulárne epidemiologické štúdie ukázali značné odlišnosti v šírení infekcie a manifestácii ochorenia v krajinách s nízkou incidenciou a v krajinách s vysokou incidenciou tuberkulózy. V niekoľkých afrických a ázijských krajinách je veľká väčšina mykobakteriálnej infekcie spôsobená M. tuberculosis, incidencia je najvyššia u mladých dospelých, u ktorých je spôsobená recentnými epizódami infekcie a reinfekcie. [3, 4] Na druhej strane v protiklade s týmto, v krajinách s nízkou incidenciou tuberkulózy, je aktívna infekcia najčastejšie u starších dospelých, seniorov alebo u imigrantov prichádzajúcich z krajín s vysokou incidenciou. V krajinách s vysokou incidenciou viac ako 85% prípadov aktívnej tuberkulózy je

pľúcna forma, v krajinách s nízkou incidenciou je viac mimopľúcnej tuberkulózy, obzvlášť u pacientov s koinfekciou HIV a imigrantov pochádzajúcich z endemických krajín. [5]

Aktuálna situácia vo svete

V roku 2014 bolo vo svete takmer 9,6 miliónov prípadov tuberkulózy - 1 milión detí, 3.2 miliónov žien a 5.4 miliónov mužov. Tuberkulóza (TBC) si vyžiadala približne 1,5 milióna úmrtí v tomto roku – išlo o 140.000 detí, 480.000 žien a 980.000 mužov. Napriek dramatickému poklesu v celkovom výskyte tuberkulózy v posledných 100 rokoch v Európe, je TBC ochorením historického záujmu a európsky región definovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO) zaznamenal priemerne 2,7 % ročný nárast prípadov v rokoch 2004 -2009. Od roku 2010 sa tento trend zastavil.

V krajinách Európskej únie, Islandu a Nórska bolo v roku 2014 hlásených 58 008 prípadov tuberkulózy. Z celkového počtu 480 000 pacientov infikovaných multirezistentnými kmeňmi tuberkulóznych mykobaktérii vo svete až 73 000 bolo identifikovaných v rámci Európskeho regiónu. Celková miera notifikácie predstavovala 12,8 /100 000, čo však odráža veľké rozdiely v rámci regiónu. Od 2,5/100 000 na Islande po 79,7/100 000 v Rumunsku. Navyše, značné rozdiely sa vyskytujú aj v rámci jednotlivých krajín. Vyššiu incidenciu hlásia veľké mestá ako je Londýn (Veľká Británia), v ktorom bolo 38% prípadov z celkového počtu TBC prípadov vo Veľkej Británii. Až 26,8% prípadov v Európskom regióne bolo hlásených u osôb cudzieho pôvodu, teda nenarodených v krajine, kde bola tuberkulóza zistená a liečená. [6,7]

Základné fakty o tuberkulóze vo svete

I. V roku 2014 ochorelo 9,6 miliónov ľudí na tuberkulózu. Tuberkulóza je však liečiteľné ochorenie.

II. 1.5 milióna ľudí zomrelo na TBC. TBC je jedným z najzávažnejších zabijakov, v súčasnosti až 95 % úmrtí sa vyskytuje v rozvojových krajinách a TBC patrí medzi prvých päť príčin úmrtí u žien vo veku do 44 rokov.

III. Viac ako 140 000 detí zomrelo v roku 2014 na TBC. Tuberkulóza u detí býva často prehliadaná, na toto ochorenie sa nemyslí. Vo svete je však 10 miliónov detí, ktorým rodičia zomreli na tuberkulózu.

IV. TBC je hlavným zabijakom HIV infikovaných osôb. Až ¼ úmrtí HIV infikovaných osôb je zapríčinená tuberkulózou.

V. Oproti roku 1990 je pokles vo výskyte úmrtí na tuberkulózu o 45% celosvetovo. Napríklad, Brazília a Čína zaznamenávajú stabilný pokles za posledných 20 rokov. Dokonca v Číne je tento pokles o 80 %.

VI. Až 80% hlásených prípadov v roku 2014 bolo v 22 krajinách sveta. TBC sa vyskytuje celosvetovo, ale 60 % výskytu je v oblasti juhovýchodnej Ázie a v oblasti západného Pacifiku. Najvyšší výskyt je v oblasti strednej Afriky. Žiadna krajina nedokázala eliminovať toto ochorenie v súčasnosti.

VII. Multirezistentná tuberkulóza (MDR-TB) neodpovedá na liečbu a je veľmi ťažko liečiteľná. MDR-TB sa vyskytuje na každom kontinente a v každej krajine, závisí to od stupňa kontroly a adekvátnej liečby v danom regióne, krajine. [7]

Vízia novej stratégie WHO po roku 2015:

Svet bez tuberkulózy. Cieľom je eliminácia úmrtí na tuberkulózu a eliminácia tuberkulózy ako verejno-zdravotníckeho problému.

Ciele pre rok 2025:

1. Zníženie úmrtí na tuberkulózu o 50 % v porovnaní s rokom 2015
2. Zníženie prevalencie tuberkulózy o 50 % v porovnaní s rokom 2015
3. Umožnenie prístupu k novej liečbe pre cieľovú skupinu pacientov s MDR – TB [8]

Aktuálna situácia v tuberkulóze na Slovensku

V dnešnej dobe je situácia na Slovensku stabilizovaná. V roku 2014 bolo do Národného registra TBC nahlásených 336 prípadov tuberkulózy, čo je 6,2/100000 obyvateľov a v roku 2015 to bolo 317 prípadov, čo je 5,85/100000 obyvateľov.

V roku 2015 išlo o pľúcne formy v 264 prípadoch, mimopľúcne formy v 53 prípadoch, bakteriologicky overených bolo 163 prípadov (51,45 %), celkovo overených 203 prípadov (64,04 %). V 11 prípadoch išlo o cudzincov. V 286 prípadoch o novozistené prípady a v 31 prípadoch išlo o recidívy ochorenia. V detskej populácii do 14 rokov sa tuberkulóza vyskytla v 67 prípadoch. Oproti roku 2014 zaznamenávame nárast o 21 prípadov. V roku 2015 zomrelo 5 pacientov na tuberkulózu.

Z 317 prípadov bolo pre ťažkosti zistených 221 prípadov, pri kontrole evidovaných 4 prípady, v rámci vyšetrenia kontaktov 54 prípadov a pri preventívnej prehliadke 10 prípadov . V roku 2015 nebol zahlásený ani jeden prípad koinfekcie TBC a HIV infekcie.

Podľa geografického rozloženia v Slovenskej republike najhoršími oblasťami s najvyšším výskytom tohto ochorenia je oblasť východného Slovenska (Košický kraj – 11,44/100tis obyv. a Prešovský kraj 10,98/100tis obyv.). Najnižší výskyt zaznamenávame v Nitrianskom kraji – 1,90/100tis.obyvateľov.

Rómovia celkovo tvoria až 37,22 % (118) z celkového počtu prípadov.

V roku 2015 sme mali na Slovensku celkovo 7 pacientov infikovaných multirezistentnými kmeňmi tuberkulóznych mykobaktérií. Analýza výsledkov liečby za rok 2014 nám dokumentuje, že liečba, ktorú dostávajú naši pacienti je plne indikovaná a správna,

nakoľko máme až 86 % úspešnosť liečby u novozistených mikroskopicky pozitívnych prípadov [9].

Ciele ktoré chceme dosiahnuť od 1.7.2016 v rámci predsedníctva Slovenska v Rade EÚ

1. Venovať sa aj problematike TBC a poukázať na naše silné stránky – práca s rizikovými skupinami.
2. Pre SR je potrebné zachovať doterajší systém kontroly a liečby TBC nakoľko slúžime pre ECDC a WHO ako modelová krajina v strednej Európe, ktorá má vhodný systém monitoringu a dispenzarizácie.
3. Health experts call for improved TB care for refugees – problematika, ktorá bola diskutovaná v odborných spoločnostiach a v súčasnosti je pripravené stanovisko pre poslancov Európskeho parlamentu – v rámci slovenského predsedníctva je predpoklad, že tento dokument môže vyvolať diskusiu na úrovni ministrov zdravotníctva, keďže problematika bola na odbornej úrovni prediskutovaná a schválená počas 7. konferencie Európskeho regiónu Medzinárodnej únie boja proti tuberkulóze a pľúcnym chorobám v dňoch 22.-24.6.2016 v Bratislave.

Na web stránkach ECDC je Slovensko dávané ako modelová krajina:
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Tuberculosis/Pages/Interventions-examples.aspx
http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Tuberculosis/world-tb-day/Pages/World-TB-Day-2016.aspx
http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tb-interventions-vulnerable-populations-policy-briefing.pdf
http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/TB-guidance-interventions-vulnerable-groups.pdf

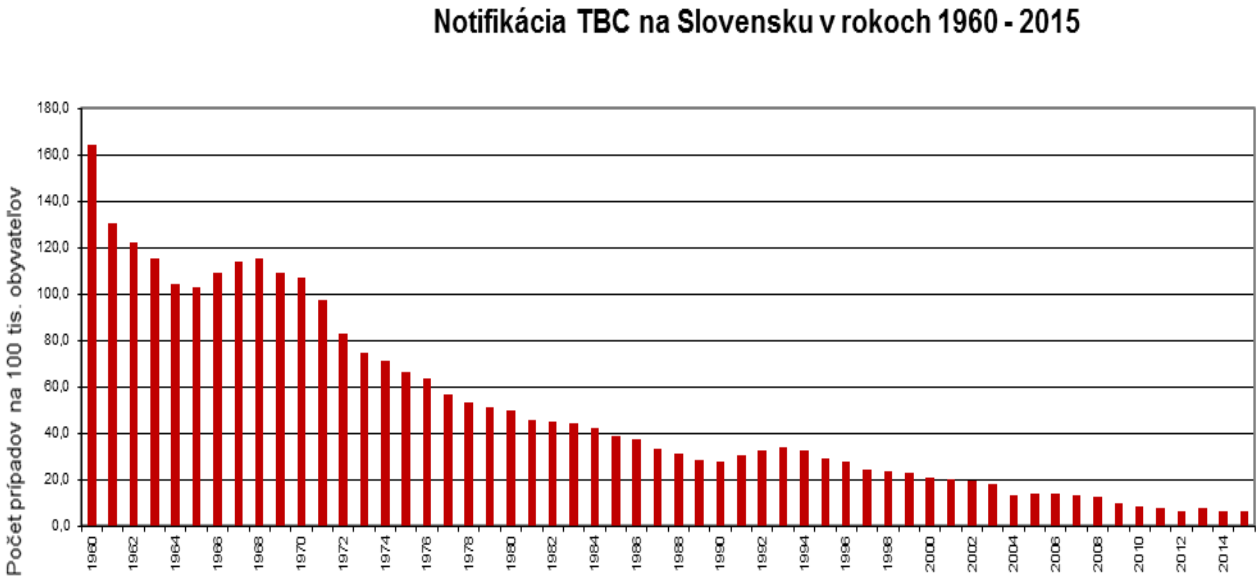
Použitá literatúra

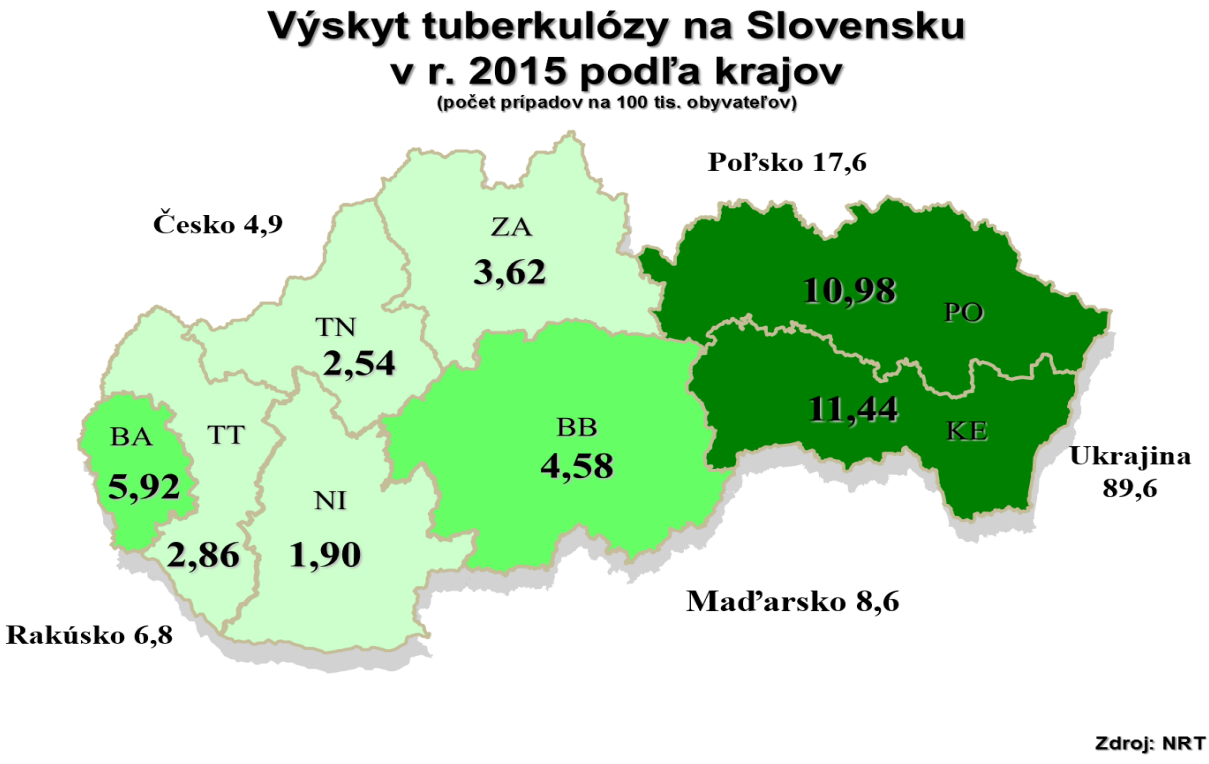
1. FRIEDEN TR, STERLING TR, MUNSIFF SS, WATT CJ, DYE C: Tuberculosis. Lancet 2003, 362:887-899.
2. BELLAMY R: Genetic susceptibility to tuberculosis. Clin Chest Med 2005,26:233-246
3. DYE C: Global epidemiology of tuberculosis. Lancet 2006, 367:938-940.
4. MATHEMA B, KUREPINA N, FALLOWS D, KREISWORTH BN: Lessons from molecular epidemiology and comparative genomics. Semin Resp Crit Care Med 2008, 29:467-480.
5. GOLDEN MP, VIKRAM HR: Extrapulmonary tuberculosis: an overview. Am Fam Phys 2005, 72:1761-1768.

6. http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf
7. http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/en/
8. http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/
9. www.hagy.sk/nrt

Kontakt:

Doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.
konzultant WHO pre TBC
primár I. oddelenia pneumoftizeológie
Národný ústav tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie
05984 Vyšné Hágy
phone:+421 52 4414284
mobil:+421 903 720501
fax:+421 52 4497715
E-mail: solovic@hagy.sk


Notifikácia TBC na Slovensku v rokoch 1960 - 2015
Počet prípadov na 100 tis. obyvateľov
180,0
160,0
140,0
120,0
100,0
80,0
60,0
40,0
20,0
0,0
1960
1962
1964
1966
1968
1970
1972
1974
1976
1978
1980
1982
1984
1986
1988
1990
1992
1994
1996
1998
2000
2002
2004
2006
2008
2010
2012
2014


Výskyt tuberkulózy na Slovensku
v r. 2015 podľa krajov
(počet prípadov na 100 tis. obyvateľov)
Poľsko 17,6
Česko 4,9
ZA
3,62
10,98
PO
TN
2,54
11,44
KE
BA
5,92
TT
BB
4,58
NI
1,90
2,86
Ukrajina
89,6
Maďarsko 8,6
Rakúsko 6,8

Zdroj: NRT

Výskyt TBC u detí v rokoch 2006 - 2015

Rok	Spolu TBC	Deti všetky	Na 100 tis. detí	Rómske deti	% z detskej TBC
2006	732	23	2,6	13	56,5
2007	708	16	1,9	9	56,3
2008	652	14	1,7	13	92,9
2009	513	11	1,3	9	81,8
2010	443	11	1,3	10	90,9
2011	399	17	2,5	14	82,4
2012	345	19	2,3	19	100,0
2013	401	38	4,6	33	86,8
2014	336	46	5,5	39	84,8
2015	**317**	**67**	**8,1**	**53**	**79,1**

WIEDZA STUDENTÓW FIZJOTERAPII NA TEMAT ROLI ŻYWIENIA W WYBRANYCH CHOROBACH CYWILIZACYJNYCH

Knowledge of Physiotherapy Students on the Role of Nutrition in Selected Lifestyle Diseases

Anna Stodolak[1], Magdalena Hajduk[2], Alicja Widerska -Kurzawa[1], Monika Markiewicz[1]

[1] Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pediatrii, Zakład Propedeutyki Pediatrii i Chorób Rzadkich

[2] fizjoterapeutka, dietetyk, absolwentka Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

Streszczenie

Sposób żywienia jest uważany za jeden z głównych czynników warunkujących zdrowie. Niewłaściwe wybory żywieniowe są przyczyną wielu chorób uznawanych za cywilizacyjne. Przykładem chorób, na których rozwój w dużej mierze ma wpływ dieta, jest cukrzyca, miażdżyca oraz nadciśnienie.

Celem pracy była ocena wiedzy studentów fizjoterapii na temat roli żywienia w wybranych chorobach cywilizacyjnych występujących często u pacjentów poddawanych procesowi rehabilitacji. Badaną grupę stanowiło 70 studentów Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu w wieku 21-25 lat. Badania przeprowadzono metoda ankietową, narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety.

Analiza wyników wykazała, że studenci częściowo znają zalecenie żywieniowe w omawianych chorobach cywilizacyjnych. Najmniejszą wiedzę posiadali w temacie żywienia w miażdżycy, natomiast najlepiej znali zalecenia żywieniowe w nadciśnieniu. Wiedza studentów III roku była na podobnym poziomie jak studentów z drugiego roku studiów magisterskich. Istotnie większy poziom wiedzy wykazali jedynie w temacie znajomości zaleceń w cukrzycy. Zarówno studenci III roku, jak i ich starsi koledzy widzą potrzebę zwiększenia własnej wiedzy w temacie żywienia i deklarują konieczność zwiększenia liczby zajęć z zakresu dietetyki na kierunku fizjoterapii. Zwiększenie edukacji w zakresie prewencji i postępowania dietetycznego w cukrzycy, miażdżycy oraz nadciśnieniu stanowi wyzwanie dla współczesnych środowisk medycznych.

Słowa kluczowe: Choroby cywilizacyjne. Choroby zależne od diety. Studenci. Fizjoterapia. Żywienie.

Abstract

The mode of nutrition is commonly regarded as one of the principal factors that influence health. Improper dietary choices cause a number of so-called lifestyle diseases. Diabetes, atherosclerosis and hypertension can be taken as examples of disorders in the pathogenesis of which diet plays a crucial part.

The objective of the paper was to assess the knowledge of physiotherapy students on the role of nutrition in selected lifestyle diseases that occur often in rehabilitated patients. The study group consisted of 70 Wrocław University of Medicine students at age 21-25. A diagnostic survey method was used and the research tool was an authorial questionnaire.

Analysis of results showed that students partially know the dietary recommendations in selected lifestyle diseases. They possessed the least knowledge on nutrition in atherosclerosis, while their degree of competence was highest at hypertension. Knowledge of the third-year bachelor-degree students was fairly comparable to the ones of second-year master-degree students, apart from nutrition in diabetes where the latter group was more competent. Both groups feel ready to improve their knowledge on nutrition and declare necessity of increasing education hours concerning dietetics on physiotherapy studies. More education regarding prevention and dietary approach in diabetes, atherosclerosis and hypertension constitutes a major challenge to contemporary health care professionals.

Key words: Lifestyle diseases. Diet-related diseases. Students. Physiotherapy. Nutrition.

Wprowadzenie

Niewłaściwe żywienie jest przyczyną wielu chorób. U podstaw ich rozwoju leżą zarówno niedobory, jak i nadmiary wybranych składników odżywczych. Otyłość, cukrzyca, nadciśnienie i choroby sercowo - naczyniowe należą do najważniejszych chorób żywieniowo-zależnych. Obok niemodyfikowalnych czynników ryzyka rozwoju chorób, takich jak uwarunkowania genetyczne, wyróżnia się czynniki związane głównie ze stylem życia. Czynniki te podlegają modyfikacjom i w znacznym stopniu determinują stan zdrowia jednostki. Do głównych czynników modyfikowalnych należy postępowanie dietetyczne [1].

Powiedzenie "Jesteśmy tym co jemy" nie jest pustym frazesem - dokonywane wybory żywieniowe mają ogromny wpływ na stan zdrowia. Liczne badania potwierdzają związek sposobu żywienia ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób uznanych za cywilizacyjne, takich jak: miażdżyca, cukrzyca czy nadciśnienie [1,2]. Obecnie obserwuje się niepokojący wzrost występowania tych chorób. Schorzenia te bardzo często występują u pacjentów poddawanych rehabilitacji.

Edukacja w zakresie prewencji chorób cywilizacyjnych powinna być realizowana na wszystkich szczeblach środowiska medycznego. Fizjoterapeuta, spędzając długie godziny na

ćwiczeniach z pacjentem, ma doskonałą możliwość zapoznania się z jego problemami klinicznymi. Celem współpracy powinna być trwała zmiana zachowań zdrowotnych - po wyjściu z gabinetu pacjent w dużej mierze ma wpływ na trwałość rehabilitacji. Systematyczne ćwiczenia oraz dbanie o ergonomię pracy to elementy, które powinny stać się codziennym nawykiem.

Równie ważną składową leczenia jest edukacja żywieniowa, która powinna opierać się na zwiększeniu świadomości dotyczącej wpływu diety na stan zdrowia. W przypadku chorób dieto-zależnych, takich jak: cukrzyca, miażdżyca czy nadciśnienie, trwała zmiana nawyków żywieniowych powinna być podstawą leczenia. Wybory żywieniowe, jakich dokonują pacjenci, w znacznym stopniu wpływają na stan ich zdrowia. Trwała zmiana nawyków żywieniowych jest tym, co pacjent we własnym zakresie jest w stanie zrobić dla samego siebie. Tylko aktywne działanie pacjenta może przynieść oczekiwane rezultaty terapii.

Celem niniejszej pracy było zbadanie poziomu wiedzy studentów fizjoterapii na temat żywienia w cukrzycy, miażdżycy oraz w nadciśnieniu oraz porównanie poziomu wiedzy studentów III i V roku fizjoterapii odnośnie zalecanej diety w powyższych chorobach..

Materiał i metody

Badaniu została poddana grupa 70 (n=70) studentów fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Trzydzieści pięć osób było studentami 3 roku studiów licencjackich, zaś tyle samo osób - 2 roku studiów magisterskich. Średni wiek ankietowanych wynosił 23 lata. Badana próba została dobrana w sposób celowy, nielosowy.

W niniejszej pracy za technikę gromadzenia informacji wybrano ankietę, natomiast jako narzędzie - autorski kwestionariusz, w którym zawarto 50 pytań. Dwanaście z nich dotyczyło ogólnej charakterystyki grupy, w tym samooceny własnej wiedzy na temat żywienia oraz samooceny własnego sposobu żywienia. Zadano również 4 pytania odnośnie opinii na temat roli żywienia w procesie rehabilitacji. Pozostałe pytania miały za zadanie ocenę poziomu wiedzy na temat żywienia w cukrzycy, miażdżycy oraz w nadciśnieniu. Wyniki przedstawiono w postaci tabel.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy została przedstawiona w Tabeli 1. Należy nadmienić, że w przypadku praca w charakterze fizjoterapeuty uwzględniono zarówno pracę w instytucji ochrony zdrowia, jak i wizyty u własnych pacjentów.

Tabela 1. *Podstawowe informacje na temat respondentów.*

	Studenci 3 rok, I°		Studenci 2 rok, II°	
Płeć	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
	63%	37%	83%	17%
Praca jako fizjoterapeuta	Tak	Nie	Tak	Nie
	20%	80%	40%	60%

Dalsze uzyskane informacje dotyczyły deklarowanego stanu wiedzy na temat zdrowego żywienia. Obrazuje to Tabela 2.

Tabela 2. *Wiedza studentów na temat zasad zdrowego żywienia.*

Stan wiedzy na temat	Studenci 3 rok, I°			Studenci 2 rok, II°		
	Bardzo dobry	Dobry	Zły	Bardzo dobry	Dobry	Zły
Zdrowego żywienia	23%	68%	9%	14%	74%	12%
Zaleceń dietetycznych w cukrzycy, miażdżycy i nadciśnieniu	9%	63%	28%	14%	63%	23%

Zgłaszana znajomość zasad zdrowego żywienia była na porównywalnym poziomie w obu grupach. Najwięcej osób wskazało na dobry poziom wiedzy. Na uwagę zasługuje zmniejszenie odsetka deklaracji bardzo dobrej znajomości dobrego żywienia w przypadku studentów z dłuższym stażem, lecz wynikało to prawdopodobnie z ich większej świadomości swoich braków i niedociągnięć.

Kolejne wyniki brały pod uwagę wiedzę studentów na temat wybranych chorób cywilizacyjnych, czyli cukrzycy, miażdżycy i nadciśnienia tętniczego. Tabela 3 ukazuje poziom wiedzy respondentów na temat cukrzycy.

Tabela 3. *Znajomość podstawowych faktów na temat cukrzycy oraz zasad żywienia w tej chorobie.*

	Studenci 3 rok, I°		Studenci 2 rok, II°	
Rozmowa z pacjentem na temat redukcji masy ciała	Tak*	Nie	Tak	Nie
	43%	57%	51%	49%
Odsyłanie pacjenta do dietetyka	23%	77%	26%	74%
Znajomość różnic pomiędzy cukrzycą typu I i II	80%	20%	94%	6%

	Studenci 3 rok, I°		Studenci 2 rok, II°	
Prawidłowa definicja cukrzycy typu II	71%	29%	83%	17%
Kryteria rozpoznawania cukrzycy	54%	46%	43%	57%
Indeks glikemiczny - definicja	43%	57%	71%	29%
Prawidłowe wskazanie produktów o wysokim GI	31%	69%	54%	46%
Dawka insuliny a ćwiczenia	43%	57%	49%	51%

GI - indeks glikemiczny

*Tak - oznacza zaznaczenie prawidłowej opcji odpowiedzi lub odpowiedź twierdzącą

Stwierdzono, że poziom wiedzy u studentów z dłuższym stażem był ogólnie wyższy, nie brakowało jednak pewnych zaskakujących informacji. Dla przykładu, kryteria rozpoznawania cukrzycy zostały częściej podane prawidłowo przez studentów studiów licencjackich. W dalszej kolejności przebadano wiedzę na temat miażdżycy oraz nadciśnienia tętniczego. Wyniki zostały przedstawione w Tabelach 4 i 5.

Tabela 4. *Wiedza studentów fizjoterapii na temat miażdżycy.*

	Studenci 3 rok, I°		Studenci 2 rok, II°	
Produktu obniżające frakcję LDL cholesterolu	Tak*	Nie	Tak	Nie
	57%	43%	54%	46%
Wpływ tłuszczów nasyconych na stężenie LDL	86%	14%	80%	20%
Zalecane proporcje tłuszczów ω6: ω3	54%	46%	68%	32%
Olej o najlepszym profilu ω6: ω3 (rzepakowy)	31%	69%	40%	60%

*Tak - oznacza zaznaczenie prawidłowej opcji odpowiedzi lub odpowiedź twierdzącą

Studentów poproszono także o wskazanie czynników ryzyka rozwoju miażdżycy. Odpowiedzi w obu grupach były podobne. Wszystkie osoby wskazały otyłość, 86% respondentów - nadciśnienie tętnicze, natomiast odpowiednio 69% i 80% - hipercholesterolemię, 69% i 91% - cukrzycę oraz 89% i 83% - dietę bogatą w tłuszcze nasycone i tłuszcze trans. Pytania dotyczyły także wskazania produktów, będących dobrym źródłem kwasów omega3. Odpowiedzi były w tym przypadku zbliżone - około 90% studentów wskazało na tłuste ryby.

W przypadku nadciśnienia tętniczego, pierwsze pytanie dotyczyło niefarmakologicznych metod jego obniżenia. Większa część studentów udzieliła prawidłowych odpowiedzi, wskazując na redukcję masy ciała (odpowiednio 97% i 100%), obniżenie spożycia alkoholu (94% i 89%), ograniczenie spożycia soli (obie grupy - 94%) oraz zwiększenie aktywności fizycznej (91% i 100%). Pozostałe odpowiedzi przedstawiono w Tabeli 5. Na szczególną uwagę zasługuje znajomość zaleceń dietetycznych opracowanych przez amerykańskie badanie DASH oraz główne źródło soli w diecie Polaków, którym jest pieczywo.

Tabela 5. *Wiedza studentów odnośnie nadciśnienia tętniczego.*

	Studenci 3 rok, I°		Studenci 2 rok, II°	
Kryteria rozpoznawania nadciśnienia tętniczego	Tak*	Nie	Tak	Nie
	83%	17%	86%	14%
Źródła soli w diecie	6%	94%	14%	86%
Dieta DASH	83%	17%	86%	14%
Zależność między cukrzycą, miażdżycą i nadciśnieniem	83%	17%	94%	6%

*Tak - oznacza zaznaczenie prawidłowej opcji odpowiedzi lub odpowiedź twierdzącą

Końcowe pytania uwzględniały opinię studentów na temat konieczności posiadania wiedzy z zakresu zdrowego żywienia. Z badań wynika, że odpowiednio 86% i 91% studentów uważało, iż fizjoterapeuta powinien mieć podstawową wiedzę z dziedziny żywienia, natomiast 89% i 91% z nich dostrzega konieczność zwiększenia poziomu własnej wiedzy, jak również wprowadzenia większej liczby zajęć z dietetyki na kierunku fizjoterapii (77% i 83%).

Dyskusja

Zachowania żywieniowe uważa się za jeden z głównych czynników kształtujących zdrowie, dlatego wiedza o prawidłowej diecie wśród jednostek medycznych powinna być na wysokim poziomie. Z przeprowadzonego badania wynika, iż większość studentów fizjoterapii ocenia swój sposób żywienia jako dobry (70% ankietowanych), a tylko 19% - jako bardzo dobry. Ponadto, 87% ankietowanych odpowiedziało, że zna zasady zdrowego żywienia, ale nie zawsze ich przestrzega.

Z badania przeprowadzonego wśród studentów wrocławskich uczelni wynika, iż poziom wiedzy na temat prawidłowego żywienia i realizacji zasad racjonalnego odżywiania zależy od typu uczelni. Więcej nieprawidłowości związanych ze sposobem żywienia zaobserwowano wśród studentów Politechniki Wrocławskiej, w porównaniu do studentów

Uniwersytetu Przyrodniczego oraz Uniwersytetu Medycznego [3]. Szacunkowo 53% studentów UM oceniło pozytywnie swój sposób żywienia; jedynie co trzeci badany student Politechniki udzielił takiej odpowiedzi. Wyniki te potwierdzają zależność posiadanej wiedzy od rodzaju kierunkowego kształcenia. Podobne wnioski płyną z badania przeprowadzonego wśród studentów uczelni kierunków medycznych i niemedycznych z województwa świętokrzyskiego [4]. Studenci medycznych kierunków zdobywają wiedzę z zakresu żywienia człowieka, co implikuje wniosek, iż powinni oni odznaczać się właściwymi zachowaniami zdrowotnymi.

Niewystarczający poziom wiedzy na temat niefarmakologicznych metod zapobiegania chorobom cywilizacyjnym wykazało badanie WOBASZ. Określono, iż jakość żywienia Polaków w wieku 20-34 lata oraz wiedza na temat metod prewencji chorób cywilizacyjnych jest niska. Dieta ankietowanych odznaczała się wysoką aterogennością oraz była niedoborowa w podstawowe składniki mineralne i witaminy. Duży odsetek osób stanowiły osoby z nadwagą i otyłością, hipercholesterolemią oraz nadciśnieniem [5]. Jedynie 15-34% badanych prawidłowo zidentyfikowało wszystkie czynniki ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych. Studenci fizjoterapii Uniwersytetu Medycznego wykazali się znacznie większą wiedzą, wskazując większość czynników ryzyka rozwoju miażdżycy. Wyniki badania WOBASZ wykazały, że populacja w wieku 20-34 lata posiada niepokojąco niski stan wiedzy zdrowotnej.

Z badania przeprowadzonego wśród studentów medycyny przez Zarzeczną-Baran i Haasa wynika, iż studenci oceniają swoją wiedzę o zdrowotnych aspektach życia jako bardzo dobrą. Co istotne, wiedza ta nie miała odzwierciedlenia w pozytywnych zachowaniach żywieniowych [6]. Również badania przeprowadzone przez Cymerys wskazują, że styl życia lekarzy nie należy do najzdrowszych, pomimo iż teoretycznie grupa ta powinna większą wiedzą na temat czynników sprzyjających rozwojowi chorób [7]. Wiedza teoretyczna nie zawsze jest spójna z praktycznymi, prozdrowotnymi zachowaniami.

Rozszerzenie działań promocji zdrowia daje możliwość zwiększenia wiedzy społeczeństwa w zakresie chorób cywilizacyjnych oraz ich zapobiegania. Promocja ta powinna być realizowana szczególnie w zakresie środowisk medycznych. Fizjoterapeuta również może przyczynić się do wzrostu świadomości zdrowotnej wśród swoich pacjentów.

Wnioski

- Studenci drugiego roku studiów magisterskich mają większą wiedzę odnośnie żywienia w cukrzycy niż studenci 3 roku - średnio 65% badanych odpowiadało prawidłowo na zadane pytania; z 3 roku około 50% studentów znało poprawne odpowiedzi. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku wiedzy na temat żywienia w nadciśnieniu tętniczym - odpowiednio 77 i 70%.

- Studenci 2 roku studiów magisterskich mają podobną wiedzę do studentów 3 roku studiów licencjackich w temacie żywienia w miażdżycy - średnio 45% badanych odpowiadało prawidłowo na zadane pytania.
- Studenci 3 roku studiów licencjackich i 2 roku studiów magisterskich dysponują podobnym poziomem wiedzy w temacie żywienia w wybranych chorobach cywilizacyjnych; wyraźną różnicę zauważono jedynie odnośnie żywienia w miażdżycy.
- Studenci 3 roku studiów licencjackich i 2 roku studiów magisterskich widzą potrzebę zwiększenia własnej wiedzy w temacie żywienia i deklarują konieczność zwiększenia zajęć z zakresu dietetyki na kierunku fizjoterapia. Uważają oni ponadto, że dietetyk powinien być standardowym elementem zespołu medycznego biorącego udział w rehabilitacji pacjentów.

Piśmiennictwo

1. CIANCIARA D. Społeczny wymiar żywienia - zadania dla promocji zdrowia w Polsce. Hygeia Public Health, 2011; 46 (1):21-24.
2. GAWĘCKI J., GRZYMISŁAWSKI M. Żywienie człowieka zdrowego i chorego, Tom 2, PZWL, Warszawa 2012.
3. SEŃ M., ZACHARCZUK A., LINTOWSKA A. Zachowania żywieniowe studentów wybranych uczelni wrocławskich a wiedza na temat skutków zdrowotnych nieprawidłowego żywienia. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2012; 2(2): 113-123.
4. MISIARZ M., MALCZYK E., ZOŁOTEŃKA - SYNOWIEC M. Ocena zachowań żywieniowych studentów z kierunków medycznych i niemedycznych z województwa świętokrzyskiego. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2013; 3(3): 265-272.
5. WAŚKIEWICZ A. Jakość żywienia i poziom wiedzy zdrowotnej u młodych dorosłych Polaków - badanie WOBASZ. Problemy Higieny Epidemiologicznej, 2010; 91(2): 233-237.
6. ZARZECZNA-BARAN M., WOJDAK-HAASA E. Wiedza studentów Akademii Medycznej w Gdańsku o niektórych elementach stylu życia. Problemy Higieny Epidemiologicznej 2007; 1(1): 55-59.
7. CYMERYS M, ANDRZEJEWSKA M, NOWICKI M, KAŁOS U, KLIMCZAK M. Nawyki żywieniowe lekarzy oraz osób z wyższym wykształceniem niemedycznym -analiza porównawcza. Endokrynol Otyłość, 2009; 5(3): 141-142.

Kontakt:

Stodolak Anna
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
Wydział Nauk o Zdrowiu
E-mail: anna.stodolak@umed.wroc.pl

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ - SPECYFIKA PRACY PIELĘGNIARKI

Nursing Homes - Specifics of the Nursing Profession

Katarzyna Tomaszewska

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu (Medical Center in Jarosław)
Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno – Ekonomiczna w Jarosławiu (Bronisław Markiewicz State Higher School of Technology and Economics in Jarosław)

Streszczenie

Pomoc społeczna w Polsce jest instytucją polityki społecznej a jednym z jej zadań jest umożliwienie osobom czy rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których same nie są w stanie pokonać, wykorzystując zarówno własne możliwości jak i posiadane zasoby. Pomoc instytucjonalna dla osób starszych realizowana jest poprzez placówki stacjonarne np. domy pomocy społecznej, w którym osoby pozbawione pomocy ze strony usług opiekuńczych a wymagające całodobowej opieki znajdą schronienie i odpowiednią opiekę. Artykuł przedstawia specyfikę udzielania świadczeń pielęgniarskich w DPS. W części pierwszej opisuję ogólne zasady funkcjonowania Domu Pomocy Społecznej, część druga ukazuje specyfikę udzielania świadczeń pielęgniarskich. Całość kończę podsumowaniem.

Słowa kluczowe: Pielęgniarka. Pacjent. Dom Pomocy Społecznej.

Abstract

Social assistance in Poland is an institution of social policy, and one of its tasks is to enable individuals and families to overcome difficult life situations using both their own capabilities and available resources. Institutional support for old people is implemented through stationary institutions, e.g. nursing homes, where people requiring full-time care will find shelter and appropriate care. The article presents the specifics of the provision of nursing services in nursing homes. In the first part I describe general principles of operation of nursing homes. The second part shows the specificity of the provision of nursing services. The article is finished with the summary.

Key words: Nurse. Patient. Nursing home.

Wstęp

We współczesnym świecie obserwuje się systematyczny proces starzenia społeczeństwa. Jest to zjawisko wspólne dla wielu krajów, w których liczba osób w starszym wieku stale się zwiększa. W związku z tym, istotna staje się problematyka potrzeb zdrowotnych i społecznych tej grupy ludzi. Znaczącym problemem w okresie późnej starości stają się zaburzenia przy wykonywaniu czynności życia codziennego, które często są skutkiem przebytych lub trwających schorzeń, a także mogą zależeć od pojawienia się zmian inwolucyjnych w procesie starzenia się. Samodzielność jest podstawowym dążeniem zdecydowanej większości naszego gatunku, niezależnie od wieku i płci a jej ograniczenie, czy też utrata, to bolesne wydarzenie, którego przynajmniej częściowa rekompensata wymaga uruchomienia zasobów indywidualnych i społecznych znajdujących się w dyspozycji jednostki.[1]

Dom pomocy społecznej działający zgodnie z wytyczonymi standardami i aktami prawnymi a także cechujący się przyjaznym nastawieniem do podopiecznego, stwarza odpowiednie warunki życia, które z kolei, łagodzą ujemne skutki przebywania w obcym zinstytucjonalizowanym środowisku. Zadaniem domów pomocy społecznej jest zaspokojenie potrzeb bytowych i opiekuńczych. Realizacja potrzeb opiekuńczych powinna przebiegać z uwzględnieniem godności, prawa do intymności i poczucia bezpieczeństwa.

Zasady funkcjonowania Domu Pomocy Społecznej

Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej należy do zadań własnych samorządu powiatowego. Domy pomocy społecznej mają świadczyć usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, ale zgodnie z przepisami ministerstwa pracy domy pomocy społecznej nie mogą świadczyć usług medycznych, jedynie spoczywa na nich obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego i finansowanych z opłacanych, między innymi przez mieszkańców domów pomocy społecznej, składek zdrowotnych. Domy nie świadczą usług zdrowotnych, ponieważ nie posiadają statusu zakładu opieki zdrowotnej.[2] Domy pomocy społecznej stanowią obecnie niezbędny element całości systemu nowoczesnej pomocy społecznej. Ostatnia dekada pozwoliła zaobserwować różnego rodzaju intensywne zmiany legislacyjne, pociągające za sobą próby reorganizowania i reformowania tych instytucji. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku. Przykładami innych aktów prawnych regulujących funkcjonowanie tego rodzaju placówek są liczne rozporządzenia, w tym rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej z 27 sierpnia 2012 roku.[3]

Dom pomocy społecznej jest podstawową formą instytucjonalnej opieki państwa nad osobami starszymi, chorymi lub niepełnosprawnymi. Legalną definicję zawarto w ustawie o pomocy społecznej, zgodnie z którą jest to jednostka świadcząca na poziomie odpowiedniego standardu osobom wymagającym całodobowej opieki, z powodu wieku lub choroby, usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne, w formie i zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb jednostki. Podobnie, na mocy rozporządzenia z 27 sierpnia 2012 roku, dom pomocy społecznej jest miejscem, które świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu.[4] Rozporządzenie kompleksowo określa funkcjonowanie określonych typów domów, obowiązujące standardy świadczonych usług przez domy oraz tryb kierowania i przyjmowania osób ubiegających się przyjęcie do placówki. pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi w umożliwieniu podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny.[5]

Domy pomocy społecznej stanowią tradycyjną formę tzw. pomocy instytucjonalnej. Są one przeznaczone dla tych, którzy nie mogą otrzymać niezbędnej opieki i wsparcia w ich miejscu zamieszkania tj. osoby wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności. Te instytucje zapewniają pomoc, wsparcie, aktywizację i rehabilitację osobom, które z powodu swojego stanu zdrowia nie mogą samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i wymagają opieki osób drugich. Domy pomocy społecznej są placówkami przeznaczonymi dla osób, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, lecz z uwagi na podeszły wiek, schorzenia, warunki rodzinne, mieszkaniowe i materialne oraz sytuację życiową wymagają stałej opieki.[6] U ich podstaw organizacyjnych leżą następujące założenia: potrzeba zróżnicowania oraz możliwie maksymalne dostosowanie warunków i charakteru domu do sprawności i stanu zdrowia mieszkańców; jak również systematycznie zmieniające się proporcje liczby miejsc w poszczególnych typach placówek w zależności od potrzeb społecznych oraz nadanie domom charakteru rodzinnego i prywatnego, aby podopieczni czuli się w nich jak najlepiej. Domy Pomocy Społecznej zajmują się przede wszystkim świadczeniem usług opiekuńczych, jak również usług: bytowych, wspomagających oraz edukacyjnych w formach i zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb na poziomie obowiązującego standardu, osobom w nim przebywającym.[7] Najczęściej domy dla osób w podeszłym wieku prowadzone są jako odrębne placówki. W 2007 r. umożliwiono łączenie różnych typów domów. Oznacza to, że dana placówka może być prowadzona dla osób starszych i przewlekle somatycznie chorych lub niepełnosprawnych fizycznie. Placówki, które skorzystają z tej możliwości, powinny uwzględniać stopień sprawności fizycznej i psychicznej osób niesamodzielnych w zakresie i formie świadczonych usług tak, aby odpowiadały ich indywidualnym potrzebom.[2] I tak na przykład osoby niepełnosprawne fizycznie nie powinny przebywać w tych samych domach pomocy społecznej, co osoby z niepełnosprawnością

intelektualną czy przewlekle chore psychicznie. Główną zaletą tego rozwiązania jest możliwość wspólnego zamieszkania osób, których problemy zdrowotne się nakładają lub nie stoi na przeszkodzie ich wspólne przebywanie. W szczególności organizacja domów pomocy społecznej powinna uwzględniać wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa jego mieszkańców Zgodnie ze standardem określonym w rozporządzeniu ministra,[7] świadczą następujące usługi opiekuńcze, bytowe, edukacyjne wspomagające na rzecz osób wymagających wzmożonej opieki.[8] Pobyt mieszkańca w domu pomocy społecznej jest odpłatny a jego wysokość określana jest przez wójtów, burmistrzów, prezydentów miast, starostów lub marszałków.

Najważniejszą zasadą funkcjonowania przedmiotowych domów jest poszanowanie godności, intymności, bezpieczeństwa podopiecznych, czyli ogólnie ich dobra, uwzględniając pomoc właściwą dla ich wieku, stanu zdrowia, sprawności psychicznej i ogólnej wydolności organizmu. W celu ustalenia indywidualnych potrzeb mieszkańca oraz zakresu świadczonych usług DPS-y organizują zespoły terapeutyczno –opiekuńcze, składające się głównie z pracowników placówki.[9] W świetle standardów świadczonych usług i sposobu ich wdrożenia przez poszczególne placówki –DPS powinien być środowiskiem sprzyjającym bezpieczeństwu, godności, intymności, wolności, podmiotowości oraz ekspresji osób będących mieszkańcami tej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. Poziom respektowania wartości mierzy się nie tylko poprzez „prawo do zamykania własnego pokoju na klucz", ale także poprzez prawo wolnego wyboru w różnych sferach ich życia. Z założenia, DPS nie jest zakładem, w którym między personelem, a osobami objętymi tym systemem wsparcia mogą dominować relacje zależności, a więc nie może być miejscem, w którym zabrania się realizacji dowolnych aktywności, tym bardziej, że w miejscu tym wyodrębniona została „przestrzeń prywatna" w postaci pokoi mieszkalnych. Należy pamiętać, że osoby przebywające w domu pomocy społecznej, w większości przypadków, znalazły się tam z własnej woli i na własną prośbę.[10]

Zabezpieczenie instytucjonalne na terenie województwa podkarpackiego

Opieka instytucjonalna w systemie pomocy społecznej realizowana w Domach Pomocy Społecznej. Domy Pomocy Społecznej sprawują całodobową opiekę nad osobami, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu. Na terenie Województwa podkarpackiego zabezpieczenie instytucjonalnej pomocy społecznej przedstawia się następująco:

POMOC SPOŁECZNA STACJONARNA [1] Stan w dniu 31 XII

WYSZCZEGÓLNIENIE	2005	2010	2013	2014
Domy i zakłady (bez filii)	65	67	76	78
Miejsca[1]				
ogółem	5472	5283	5496	5536
na 10 tys. Ludności	26,1	24,8	25,8	26,0
Mieszkańcy[1]				
ogółem	5072	5266	5240	5246
w tym kobiety	2435	2136	2228	2255
w tym do lat 18	159	115	136	143
w tym umieszczeni w ciągu roku	886	885	1450	1306
na 10 tys. Ludności	24,2	24,7	24,6	24,6
Osoby oczekujące na umieszczenie	77	222	52	70

Źródło: dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

[1] Łącznie ze środowiskowymi domami samopomocy.

[2] Łącznie z filiami.

PLACÓWKI STACJONARNEJ POMOCY SPOŁECZNEJ[1] WEDŁUG GRUP MIESZKAŃCÓW Stan w dniu 31 XII

WYSZCZEGÓLNIENIE	2005	2010	2013	2014
Domy i zakłady (bez filii)[2]	65	67	76	78
w których mogą przebywać:				
osoby w podeszłym wieku	17	20	20	22
przewlekle somatycznie chorzy	11	15	15	15
dorośli niepełnosprawni intelektualnie	6	7	7	9
dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie	7	6	5	6
przewlekle psychicznie chorzy	9	13	12	12
niepełnosprawni fizycznie	-	5	6	6
matki z małoletnimi dziećmi i kobiety w ciąży	3	2	2	2
bezdomni	12	10	17	16
inne osoby	-	5	9	10

Źródło: dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

[1] Łącznie ze środowiskowymi domami samopomocy.

[2] W dalszym podziale placówki mogą być wykazane kilkakrotnie, gdyż jedna placówka może być przeznaczona dla kilku grup mieszkańców.

PLACÓWKI STACJONARNEJ POMOCY SPOŁECZNEJ[1] WEDŁUG GRUP MIESZKAŃCÓW Stan w dniu 31 XII

WYSZCZEGÓLNIENIE	2005	2010	2013	2014
Mieszkańcy w domach i zakładach dla [2]	**5072**	**5266**	**5240**	**5246**
osoby w podeszłym wieku	1007	1026	1013	1033
przewlekle somatycznie chorzy	1025	732	646	644
dorośli niepełnosprawni intelektualnie	716	545	516	516
dzieci i młodzież niepełnosprawna intelektualnie	509	398	316	370
przewlekle psychicznie chorzy	1317	1722	1672	1682
niepełnosprawni fizycznie	-	75	97	109
matki z małoletnimi dziećmi i kobiety w ciąży	8	16	6	13
bezdomni	490	644	809	730
inne osoby	-	108	165	149

Źródło: dane Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej

[1] Łącznie ze środowiskowymi domami samopomocy.

[2] Łącznie z filiami.

Domy pomocy społecznej nie powinny ograniczać swoim podopiecznym kontaktów z otoczeniem. Jako pewna forma pomocy instytucjonalnej, przeznaczone są dla osób pozbawionych lub mających trudności w zapewnieniu sobie niezbędnej opieki i wsparcia w miejscu zamieszkania. Chcąc sprostać wymaganiom współczesnego świata, domy pomocy społecznej pragną zapewnić jak najlepsze warunki mieszkaniowe i opiekuńcze. Dlatego też, podstawą działalności domu jest nie tylko opieka i wspomaganie mieszkańców na godnym poziomie, ale najważniejsze w sprawowanej opiece jest rozwój osobowy podopiecznego oraz jego wybór sposobu życia. [6] Wszystkie świadczone usługi w domach pomocy społecznej, bez względu na ich typ, powinny być realizowane w taki sposób by uwzględniały stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce. Ważne jest również by nie naruszały praw człowieka, zwłaszcza prawa do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa. Niestety niezaspokojenie potrzeb biologicznych lub ewentualne błędy w ich realizacji mogą być przyczyną zmian chorobowych w organizmie. Również nieprawidłowości w zaspokajaniu potrzeb psychospołecznych niesie za sobą pewne konsekwencje. Pacjent, którego potrzeby psychospołeczne zostały w błędny sposób odczytane i źle zrealizowane odczuwa pustkę i samotność, co z kolei przynosi cierpienie. Pacjent podświadomie wyzwala mechanizmy obronne prowadzące do konfliktów z otoczeniem. Ryzyko tych konsekwencji sprawiło, że przepisy prawa nakładają na placówki obowiązki związane z realizacją potrzeb podopiecznych, celem ich prawidłowego rozwoju i dobrego samopoczucia. Dlatego też, tak

ważne jest zapewnienie odpowiedniej opieki, wsparcia, poszanowania praw i godnego traktowania a także aktywizacji i rehabilitacji.[11]

Opinie wielu osób, że dom pomocy to zło konieczne, zarówno z punktu widzenia mieszkańca takiej placówki, jak i kosztów jego utrzymania. Przyjście do domu jest dla seniora czasem gwałtownych zmian. Wiąże się z tym fakt opuszczenia dotychczasowego środowiska, wyprowadzenie się z mieszkania, w którym spędziło się wiele lat, rozłąka z rodziną i utrata znajomych.[12] Zamiast samodzielnie decydować o przebiegu dnia, trzeba dopasować się do porządku i ram czasowych ustalonych z zewnątrz oraz do działań zawężających własną autonomię i odpowiedzialność za siebie samego. Wiąże się z tym konieczność podporządkowania się wymogom życia instytucjonalnego: regulamin, porządek dnia, rygor, dopasowanie się do grupy, rezygnacja z pełnienia funkcji społecznych. Dom pomocy społecznej niejako zmusza do konieczności uczenia się wspólnego życia z obcymi osobami, na dobór których praktycznie nie ma się żadnego wpływu. Nie można wykonywać tu wielu czynności, które jeszcze do niedawna były podstawową formą aktywności, a nadmiar wolnego czasu rodzi poczucie bezużyteczności. Z pewnością wszystko to może wywrzeć na mieszkańcu przygnębiające wrażenie. Znalezienie się seniora w środowisku wyłącznie starych ludzi, często wbrew jego woli, z osobami niesprawnymi, ze starczymi zaburzeniami psychicznymi nierzadko jest szokiem dla starego człowieka. [13]

Specyfika udzielania świadczeń pielęgniarskich w Domu Pomocy Społecznej

Podstawą do przyjęcia osoby starszej do DPS są niesprawność i trudna sytuacja socjalna (brak lub ograniczone środki do życia i brak wsparcia rodziny). W DPS opieka prowadzona jest przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, który realizuje: usługi opiekuńcze, pielęgnację, terapię zajęciową, rehabilitację, psychoterapię, pracę socjalną. W ramach programu standaryzacji domów pomocy społecznej zespół terapeutyczny powinien prowadzić indywidualny plan opieki dla każdego mieszkańca DPS, zaś domy pomocy społecznej:

- zapewniają opiekę pielęgniarek przez część doby dla osób w podeszłym wieku, nie wymagających całodobowego nadzoru;
- zapewniają całodobową opiekę pielęgniarek oraz usługi opiekuńcze specjalistyczne dla dzieci i dorosłych przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Zgodnie z ustawą Domy Pomocy Społecznej nie świadczą usług zdrowotnych, ponieważ nie posiadają statusu zakładu opieki zdrowotnej. W związku z tym wszelkie regulacje płac, dodatki, przywileje, które otrzymują pielęgniarki zatrudnione w placówkach służby zdrowia, nie dotyczą pielęgniarek zatrudnianych w domach opieki społecznej.[14] Jednak

mieszkaniec domu pomocy społecznej ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarza poz, pielęgniarkę poz i pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej na takich samych zasadach jak osoby mieszkające we własnym domu.

Zasady wykonywania zawodu określa ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. (z późn. zm.) o zawodach pielęgniarki i położnej. Zasady zawarte w tej ustawie mają charakter obligatoryjny, co oznacza, że na osobach wykonujących zawód pielęgniarki lub zawód położnej ciąży prawny obowiązek ich stosowania. Są one powszechne, a więc dotyczą wszystkich osób wykonujących te zawody niezależnie od formy wykonywania zawodu. Według ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na: rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta, rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem, samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również - zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie.[15] Każda osoba wykonująca zawód pielęgniarki musi posiadać prawo wykonywania zawodu stwierdzone lub przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych, postępować zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, postępować zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami, postępować z zachowaniem należytej staranności, postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej, postępować z poszanowaniem praw pacjenta i jego bezpieczeństwa. Jest zobowiązana do: udzielania pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykonania pisemnego zlecenia lekarskiego w dokumentacji medycznej, prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, informowania pacjenta i zachowania tajemnicy zawodowej.[16]

Pielęgniarki, jako jedyni pracownicy w DPS-ach, mają uprawnienia do użycia środków przymusu bezpośredniego, czyli unieruchomienia osoby, by podać jej leki. Wykonują one obowiązki długoterminowej i pełnej opieki nad pacjentami domów pomocy społecznej, ale ich podstawa zatrudnienia jest inna niż pozostałych pielęgniarek. Pielęgniarki zatrudnione w placówkach służby zdrowia są pracownikami służby zdrowia a ich wynagrodzenie jest finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku domów pomocy społecznej nie ma możliwości finansowania wynagrodzeń przez NFZ, ponieważ domy pomocy społecznej nie są zakładami opieki zdrowotnej, lecz jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Pielęgniarki zatrudnione w samorządowych domach pomocy społecznej są pracownikami samorządowymi i podlegają zapisom ustawy z dnia 22 marca 1990 r.

o pracownikach samorządowych[17] oraz wydanego na jej podstawie Rozporządzenia sprawie zasad wynagrodzenia pracowników samorządowych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych samorządu terytorialnego [18].

Zasady organizacji i funkcjonowania domu pomocy społecznej powinny uwzględniać stopień fizycznej i psychicznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymnego i godnego życia w poczuciu bezpieczeństwa. W celu realizacji lub zaspokojenia wyżej wymienionych indywidualnych potrzeb mieszkańca domu, organizowane są zespoły terapeutyczno-opiekuńcze składające się z pracowników domu. W skład działu terapeutyczno-opiekuńczego wchodzą: pracownik socjalny, psycholog, instruktor kulturalno-oświatowy, instruktor terapii zajęciowej, specjalista-rehabilitant, kapelan, dietetyk, masażystka, kierownik zespołu pielęgniarek, opiekunek i pokojowych, pielęgniarki, opiekunki, technik fizjoterapii.

Do zadań działu terapeutyczno-opiekuńczego należy:

- stała obserwacja stanu zdrowia mieszkańców.
- przygotowanie dokumentacji do przyjęć lekarskich na podstawie zebranych informacji
- stanie zdrowia mieszkańców i zachorowań.
- przygotowanie chorych mieszkańców do wizyt lekarskich (lekarza rodzinnego
- i psychiatry, przekazywanie lekarzowi informacji o stanie zdrowia mieszkańców).
- wykonywanie zleceń lekarskich i udokumentowanie ich wykonania (opatrunki,
- mierzenie ciśnienia tętniczego, badanie poziomu cukru, pobieranie krwi do badań
- laboratoryjnych, podawanie leków, zapobieganie przykurczom i odleżynom itp.).
- Wysyłanie kierowanych przez lekarza mieszkańców na badania specjalistyczne,
- opracowywanie indywidualnych planów wspierania mieszkańców oraz wspólna z mieszkańcem domu ich realizacja;
- przyjmowanie do Domu mieszkańców zgodnie ze skierowaniem oraz procedur przyjmowania nowych mieszkańców;
- tworzenie atmosfery sprzyjającej pełnej adaptacji mieszkańców i ich aktywizacji w nowym środowisku;
- kształtowanie właściwych stosunków międzyludzkich i koleżeńskich wśród mieszkańców;
- rozpoznawanie i udział w zaspokajaniu indywidualnych potrzeb i życia mieszkańców;
- aktywne uczestnictwo w działaniach mających na celu usamodzielnienie się mieszkańców;
- pomoc mieszkańcom w rozwiązywaniu problemów osobistych, w utrzymaniu kontaktów z rodzinami;
- planowanie pracy terapeutyczno-opiekuńczej i prowadzenie systematycznych zajęć w zakresie wypełniania czasu wolnego pensjonariuszy;

- organizowanie zajęć kulturalno-oświatowych rekreacyjnych oraz czynnego wypoczynku;
- udzielanie pomocy osobom niepełnosprawnym, karmienie, ubieranie, estetyka otoczenia;
- utrzymywanie kontaktów i współpraca z innymi domami pomocy społecznej, ośrodkami pomocy społecznej;
- prowadzenie dokumentacji osobowej pensjonariuszy, stosowanej terapii i innych zajęć;
- utrzymywanie dobrego stanu zdrowia mieszkańców;
- udostępnienie mieszkańcom dostępu do korzystania ze świadczeń leczniczych zgodnie z przysługującymi im uprawnieniami;
- zaopatrzenie mieszkańców w niezbędne leki, artykuły sanitarne, sprzęt ortopedyczny – zgodnie z obowiązującymi przepisami; [7]

Ponieważ w domach pomocy społecznej mieszkają osoby o różnym stanie zdrowia, odmiennych upodobaniach i zainteresowaniach, toteż zakres i poziom świadczonych usług powinien być dostosowany do zindywidualizowanych potrzeb mieszkańców, a ponadto stwarzać warunki godnego życia domowego i w miarę możliwości zapewniać zachowanie własnego stylu życia. Domy te są zobligowane nie tylko do zaspokajania potrzeb egzystencjalnych, ale także umożliwiania rozwoju psychofizycznego mieszkańców.

Obecnie we wszystkich domach pomocy społecznej są zatrudniane pielęgniarki wyspecjalizowane w opiece nad przewlekle chorymi ludźmi. Wiąże się to przede wszystkim z koniecznością obecności pielęgniarek przez całą dobę, a nie tylko na chwilę, gdyż pensjonariusze potrzebują intensywnej pielęgnacji przeciwodleżynowej, cewnikowania, iniekcji dożylnych itp.[19]

Podsumowanie

Zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym, którego istotą jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, jak też nauczanie zawodu, prowadzenie prac naukowo-badawczych, kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek i położnych oraz praca na innych stanowiskach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Istotą pielęgniarstwa jest m.in. szeroko rozumiana „troskliwość pielęgniarska", która według S. Poznańskiej polega na tym, że pielęgniarkę i jej postępowanie charakteryzują określone cechy, tj. lubi ludzi i nie jest jej obojętny ich los; chce im pomagać; posiada niezbędną ku temu wiedzę i umiejętności; zna i rozumie osoby, którym pomaga; zna ich problemy zdrowotne; swoją pomoc zapewnia poprzez ułatwianie, a nie wydawanie poleceń i kontrolowanie; zna swoje możliwości i ograniczenia oraz zasługuje na zaufanie. Wszystkie te elementy troskliwości mają swoje odniesienie do pracy pielęgniarki zatrudnionej w Domu Pomocy Społecznej, gdzie zapewniają

opiekę pielęgniarską w zdrowiu i chorobie, koncentrując swoje działania na promowaniu zdrowia i zapobieganiu chorobom wśród pojedynczych osób, rodzin oraz społeczności.[20]

Bibliografia:

1. KUROWSKA K., BĄK I.: Poczucie koherencji (SOC) a funkcjonowanie w codziennym życiu mieszkańców domów pomocy społecznej dla przewlekle i somatycznie chorych. Psychogeriatria Polska 2010;7(2):37-44, ISBN 83-911591-0-8
2. USTAWA z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593 z późn. Zm.
3. NIEDBALSKI J.: Między kontrolą a autonomią– instytucjonalne uwarunkowania życia niepełnosprawnych intelektualnie mieszkańców domu pomocy społecznej. Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania. Nr IV/2013(9) s. 47, ISBN/ISSN: 978-83-7525-900-1
4. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej z dnia 27 sierpnia 2012 roku (Dz. U. z 2012 poz. 964)
5. KRUK A.M., „Instytucje społeczne. Organizacja, zarządzanie, wybrane aspekty prawne i gospodarcze", Warszawa, 2010, s.84, ISBN: 978-83-89600-72-1
6. TOMASZEWSKA K.; KŁOS A.: Instytucjonalne formy opieki nad osobami starszymi na przykładzie DPS w Wysocku. Międzynarodowa konferencja Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovateľstve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci. Wydawnictwo VERBUM Ružomberok 2013 s. 257 – 265, ISSN 1336-2232
7. Rozporządzenie ministra polityki społecznej z 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. z 31 października 2005 r., Nr 217, poz. 1837
8. KĘDZIORA-KORNATOWSKA K., MUSZALIK M., SKOLIMOWSKA E.: Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, , s. 44, ISBN: 9788320040944
9. ZYCH A.A., „Dom Pomocy Społecznej", (w): Lalak D., Pilch T.: „Elementarne pojęcie pedagogiki społecznej i pracy socjalnej", 1999, s. 61 ISBN 83-88149-12-1.
10. GRABUSIŃSKA Z.: „Domy Pomocy Społecznej w Polsce", Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013 s.105-106, ISBN: 978-83-61638-85-8.
11. BALOGOVÁ B. Elan vital v priestore medzigeneračných vzťahov : zborník príspevkov z konferencie s medzinárodnou účasťou 15.01.2010 v Prešove, Wyd. Prešovská univerzita, Prešov s. 288. ISBN: 978-617-7263-17-2 .
12. STEUDEN S.: Psychologia starzenia się i starości. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 2012. ISBN 978-83-01-16566-6, s. 98-99

13. KURCZ A.: Człowiek stary i starość w percepcji pracowników domu pomocy społecznej (w): Kantowicz, E. Olubiński A (red.): Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku. Toruń : Akapit, 2003. s. 411-420. ISBN: 83-89163-04-7
14. MIELCZAREK A., Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej, Wydawnictwo Akapit Toruń 2010. ISBN: 978-83-89163-48-6
15. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położne. Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039 z późn. zm.
16. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417.
17. Ustawa z dnia 22 marca 1990 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1593, z późn. zm.)
18. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 sierpnia 2005 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników samorządowych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych jednostek samorządu terytorialnego. Dz. U. 2005 nr 146 poz. 1222.
19. TARKOWSKA E., Ludzie w instytucji totalnej. Przypadek domów pomocy społecznej, [w:] Zakrzewska - Manterys E., Gustavsson A. (red.): Upośledzenie w społecznym zwierciadle. Warszawa, Wydawnictwo Żak, 1997, s. 66, ISBN 978-83-7780-200-7
20. MARCINOWICZ L.: Rola pielęgniarki i położnej w sprawowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2014; 12 (4): 352–357. ISSN 1731-7398

Contact

Katarzyna Tomaszewska
Centrum Opieki Medycznej
Ul. 3-go Maja 70
37-500 Jarosław, Polska
+48 795 580 108
E-mail: tomka8@wp.pl

WPŁYW ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH Z POWODU NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO NA JAKOŚĆ ŻYCIA

Influence of Health Behavior in Patients Hospitalized Due to Hypertension on Quality of Life

Bogumiła Kowalczyk- Sroka[1], Barbara Lelonek[2], Adam Świetlicki- Paprocki[3]

[1] Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach
[2] Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
[3] Wyższa Szkoła Umiejętności Zawodowych, Pińczów

Streszczenie

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą przewlekłą, stanowiącą poważny problem społeczny. Znaczenie jej dość często bywa bagatelizowane. Życie w ciągłym stresie, nieprawidłowe odżywianie, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu jest bezpośrednio związane z większą częstością występowania nadciśnienia tętniczego. Pierwszym krokiem w walce z epidemią nadciśnienia tętniczego powinna być zatem promocja zachowań prozdrowotnych.

Niniejsza praca jest próbą ukazania odpowiedzi na pytanie jak zachowania zdrowotne wpływają na ciśnienie tętnicze oraz jakość życia pacjentów hospitalizowanych z powodu nadciśnienia tętniczego.

Słowa kluczowe: Nadciśnienie tętnicze. Zachowania zdrowotne. Jakość życia.

Summary

Hypertension is a chronic disease, constituting a serious social problem. The importance of her quite often underestimated. Living under constant stress, improper diet, lack of physical activity, smoking is directly associated with a higher incidence of hypertension. The first step in the fight against the epidemic of hypertension should therefore be to promote healthy behaviors.

This work is an attempt to present the question of how health behaviors affect blood pressure and the quality of life of patients hospitalized due to hypertension.

Key words: Hypertension. Health behavior. Quality of life.

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze zostało zaliczone do chorób przewlekłych, których rozwój zależy przede wszystkim od stylu życia jednostki. W ramach czynników ryzyka tej choroby wymienia się wiele takich, na które można mieć wpływ, dokonując właściwych wyborów. Na nadciśnienie tętnicze chorują najczęściej osoby otyłe, prowadzące siedzący tryb życia. Duży wpływ na rozwój nadciśnienia tętniczego ma także palenie papierosów, nadużywanie alkoholu oraz częste sytuacje stresowe.

Wystąpienie choroby powoduje nie tylko obniżenie jakości życia osób chorych, ale również naraża społeczeństwo na ogromne koszty, wynikające z leczenia, rehabilitacji i niepełnosprawności.

Nadciśnienie tętnicze niewykryte, nieleczone lub niedostatecznie leczone może przyczyniać się do zawału serca, udaru mózgu, wylewu krwi do mózgu, zgonu wieńcowego [1,2]. Eksperci WHO uważają, że podwyższone ciśnienie tętnicze odpowiada za 13% wszystkich zgonów na świecie. Kearney i wsp. na podstawie badań wykonanych metodą reprezentacyjną w 40 krajach szacują, że częstość występowania nadciśnienia tętniczego na świecie w 2000 r. wynosiła 26,4% (972 mln osób), a w 2025 r. wzrośnie do 29,2% (1650 mln osób) [3].

Znaczne rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego, jego liczne powikłania oraz koszty leczenia hipotensyjnego sprawiają, że stanowi ono niezwykle istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny zarówno w Polsce jak i na świecie. Dane te uzasadniają potrzebę prowadzenia działalności edukacyjno-zdrowotnej w przedstawianym zakresie. Zgodnie z wytycznymi WHO w analizie sytuacji zdrowotnej należy uwzględnić szeroki zakres czynników jak pełnienie ról społecznych (w tym rodzinnych, zawodowych), relacje społeczne, poczucie satysfakcji życiowej, doświadczenie objawów wynikających z choroby, ogólne samopoczucie fizyczne i psychiczne, które determinują jakość życia [4].

Cel pracy

Celem teoretyczno-poznawczym niniejszej pracy było wzbogacenie wiedzy na temat wpływu zachowań zdrowotnych osób chorych na nadciśnienie tętnicze oraz ich jakości życia.

Materiał i metody

Badaniami ankietowymi objęto 30 osób (15 kobiet i 15 mężczyzn) hospitalizowanych w oddziale kardiologicznym z powodu nadciśnienia tętniczego. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego.

Wiek badanych chorych był zróżnicowany i wahał się od 40 do 85 lat. Średnia wieku wynosiła 59,7 lat, przy odchyleniu standardowym rzędu 7,2 lat.

Do pomiaru jakości życia wykorzystano polska wersję WHOQOL-BREF wg adaptacji L. Wołowickiej, K. Jaracz. Skala umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie czterech dziedzin (dziedzina fizyczna, dziedzina psychologiczna, relacje społeczne oraz środowisko). Punktacja dziedzin ma kierunek pozytywny, co oznacza, że im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia [4].

Z kolei do oceny zachowań zdrowotnych wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wg Z. Juczyńskiego. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych zawiera 24 pytania podporządkowane czterem kategoriom zachowań zdrowotnych (po sześć pytań dla każdej kategorii), tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnego nastawienia psychicznego. Im wyższy wynik tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych [5].

Wyniki

Ankietowani chorzy na nadciśnienie tętnicze odpowiadając na pytanie jak często w ciągu roku przestrzegali zachowań zdrowotnych, ocenili każde z wymienionych zachowań na skali pięciostopniowej (1- prawie nigdy, 2- rzadko, 3- od czasu do czasu, 4- często, 5- prawie zawsze). Szczegółowe wyniki zamieszczono w poniższej tabeli nr 1.

Tab. nr 1. *IZZ- Nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych w grupie badanych w skali 1- 5 (n=30)*

lp	Kategoria zachowań zdrowotnych	Zachowania zdrowotne	Nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych									
			prawie nigdy **1**		rzadko **2**		od czasu do czasu **3**		często **4**		prawie zawsze **5**	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Pozytywne nastawienie psychiczne	Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem	1	3,3	6	20,0	4	13,3	9	30,0	10	33,3
		Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco	0	0	7	23,3	5	16,7	13	43,3	5	16,7
		Staram się unikać silnych emocji, stresów i napięć	0	0	4	13,3	7	23,3	12	40,0	7	23,3
		Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne	1	3,3	3	10,0	4	13,3	13	43,3	9	30,0
		Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja	1	3,3	2	6,7	1	3,3	16	53,3	10	33,3
		Myślę pozytywnie	0	0	2	6,7	9	30,0	14		5	16,7
2	Zachowania profilaktyczne	Unikam przeziębień	0	0	5	16,7	4	13,3	10	33,3	11	36,7
		Mam zanotowane numery telefonów pogotowia ratunkowego	3	10,0	1	3,3	1	3,3	2	6,7	23	76,7
		Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań	1	3,3	2	6,7	8	26,7	13	43,3	6	20,0
		Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie	2	6,7	8	26,7	9	30,0	5	16,7	6	20,0
		Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób	9	30,0	6	20,0	1	3,3	11	36,7	3	10,0
		Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby	5	16,7	8	26,7	6	20,0	5	16,7	6	20,0

3	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Jem dużo warzyw, owoców	0	0	1	3,3	10	33,3	14	46,7	5	16,7
		Ograniczam spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, cukier	14	46,7	8	26,7	3	10,0	3	10,0	2	6,7
		Dbam o prawidłowe odżywianie	3	10,0	8	26,7	9	30,0	7	23,3	3	10,0
		Unikam spożywania żywności z konserwantami	12	40,0	7	23,3	2	6,7	6	20,0	3	10,0
		Unikam soli i silnie solonej żywności	16	53,3	9	30,0	1	3,3	3	10,0	1	3,3
		Jem pieczywo pełnoziarniste	11	36,7	7	23,3	10	33,3	1	3,3	1	3,3
4	Praktyki zdrowotne	Wystarczająco dużo odpoczywam	0	0	3	10,0	6	20,0	17	56,7	4	13,3
		Unikam przepracowania	0	0	5	16,7	4	13,3	15	50,0	6	20,0
		Kontroluję swoją wagę ciała	10	33,3	8	26,7	5	16,7	3	10,0	4	13,3
		Wystarczająco dużo śpię	1	3,3	6	20,0	4	13,3	13	43,3	6	20,0
		Ograniczam palenie tytoniu	9	30,0	3	10,0	2	6,7	1	3,3	15	50,0
		Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego	1	3,3	4	13,3	3	10,0	14	46,7	8	26,7

Ankietowani dokonali również samooceny ogólnej percepcji jakości życia oraz ogólnej percepcji własnego zdrowia.

Szczegółowe wyniki badań prezentuje tabela nr 2.

Tabela nr. 2. *WHOQOL- BREF - Deklarowany przez ankietowanych stopień zadowolenia*

ze stanu zdrowia i jakości życia

Stopień zadowolenia		Mężczyźni (n=15)				Kobiety (n=15)				Ogółem (n=30)			
		Jakość życia		Zdrowie		Jakość życia		Zdrowie		Jakość życia		Zdrowie	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bardzo niezadowolony	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Niezadowolony	2	3	20,0	3	20,0	4	26,7	7	46,7	7	23,3	10	33,3
Ani niezadowolony Ani zadowolony	3	2	13,3	6	40,0	4	26,7	4	26,7	6	20,0	10	33,3
Zadowolony	4	10	66,7	6	40,0	7	46,7	4	26,7	17	56,7	10	33,3
Bardzo zadowolony	5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Jak wynika z powyższej tabeli wśród ankietowanych chorych nie było osób bardzo niezadowolonych oraz osób bardzo zadowolonych ze stanu swojego zdrowia oraz jakości życia. Częściej zadowoleni ze swego zdrowia (40,0%) oraz życia są mężczyźni (66,7%) niż kobiety (odpowiednio 26,6% i 46,7%).

Natomiast punktację odzwierciedlającą indywidualną percepcję jakości życia w poszczególnych dziedzinach (fizyczna, psychologiczna, relacje społeczne, środowisko) oraz w podskalach prezentuje tabela nr 3.

Tabela nr. 3. *WHOQOL- BREF – Profil jakości życia w poszczególnych dziedzinach (fizyczna, psychologiczna, relacje społeczne, środowisko) oraz w podskalach*

lp	Dziedzina	Podskala	Mężczyźni (n=15)			Kobiety (n=15)			Ogółem (n=30)		
			Wynik surowy dla podskali	% dla dziedziny	Wynik przekształcony dla dziedziny	Wynik surowy dla podskali	% dla dziedziny	Wynik przekształcony dla dziedziny	Wynik surowy dla podskali	% dla dziedziny	Wynik przekształcony dla dziedziny
1	Dziedzina fizyczna	Czynności życia codziennego	56	73,3	15	50	67,2	13	106	70,3	14
		Zależność od leków i leczenia	43			49			92		
		Energia i zmęczenie	55			48			103		
		Mobilność	62			54			116		
		Ból i dyskomfort	58			53			111		
		Wypoczynek i sen	57			53			110		
		Zdolność do pracy	54			46			100		
2	Dziedzina psychologiczna	Wygląd zewnętrzny	50	69,7	14	45	64,4	13	95	67,1	13,5
		Negatywne uczucia	54			45			99		
		Pozytywne uczucia	48			42			90		
		Samoocena	59			61			120		

		Duchowość/religia/ osobista wiara	58			51			109		
		Myślenie/ uczenie się/ pamięć/ koncentracja	45			47			92		
3	Relacje społeczne	Związki osobiste	55	72,8	15	55	70,2	14	110	71,5	14,5
		Wsparcie społeczne	49			45			94		
		Aktywność seksualna	60			59			119		
4	Środowisko	Zasoby finansowe	52	66,0	13	45	67,0	13	97	66,5	13
		Wolność/ bezpieczeństwo/ fizyczne i psychiczne	31			38			69		
		Zdrowie i opieka zdrowotna: dostępność i jakość	43			49			92		
		Środowisko domowe	60			59			119		
		Możliwości zdobywania	45			49			94		

		nowych informacji i umiejętności									
		Możliwości i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku	53			53			106		
		Środowisko fizyczne (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat)	55			55			110		
		Transport	58			54			112		

Podsumowanie

Autorzy zajmujący się badaniem jakości życia są zgodni, że choroba przewlekła wywierają negatywny wpływ na jakość życia chorego oraz jego rodziny. Dlatego też coraz częściej zwraca się uwagę nie tylko na zwalczanie objawów choroby , ale również na poprawę jakości życia chorego. W przebiegu nadciśnienia tętniczego występuje szereg objawów psychosomatycznych, które mogą wpływać na subiektywną ocenę jakości życia chorych, co też potwierdziły przeprowadzone badania. Ankietowanym mężczyznom prowadzona terapia zdecydowanie utrudnia prowadzenie normalnego życia (43 pkt/ 75 max) oraz ogranicza ich zdolność do pracy (54 pkt/ 75 max). Zarówno ankietowani mężczyźni jak i kobiety deklarowali również negatywny wpływ choroby na ich stan emocjonalny np. smutek, lęk, przygnębienie (54- 45 pkt/ 75 max) oraz relacje społeczne tj. związki osobiste (55pkt / 75 max), życie seksualne (60- 59pkt/ 75 max). Choroba negatywnie wpływa również na sytuację materialną zarówno mężczyzn (52 pkt/75max) jak i kobiet (45 pkt/75max) oraz możliwość spędzania wolnego czasu (53pkt/ 75 max).

Badania potwierdziły, że kobiety w porównaniu z mężczyznami preferują lepsze wzory zachowań zdrowotnych m. inn. w zakresie odżywiania . Niestety u większości ankietowanych zdiagnozowano nikotynizm. Zarówno kobiety jak i mężczyźni hospitalizowani z powodu nadciśnienia tętniczego palili bądź nadal palą papierosy.

A zatem, chorzy na nadciśnienie tętnicze muszą posiadać niezbędna wiedzę i umiejętności, które pozwolą im na optymalne radzenie sobie z indywidualnymi i środowiskowymi problemami pojawiającymi się wraz z chorobą. Stanowi to element aktywnej współpracy pacjentów z zespołem terapeutycznym, nie tylko dla współodpowiedzialności za leczenie, ale po to by mogli unikać antyzrowotnego stylu życia. Można stwierdzić, że zachowania prozdrowotne będą realizowane przez pacjentów z nadciśnieniem tętniczym tylko wtedy, gdy każdy chory będzie:

- wiedział co chce osiągnąć , jaką wartością jest dla niego zdrowie,
- -świadomie decydował o doborze zachowań zdrowotnych,
- potrafił wykluczyć ze swego życia nieprawidłowe zachowania zdrowotne,
- mógł liczyć na wsparcie najbliższych i ich współudział w zmianie nawyków z negatywnych na pozytywne.

Wnioski:

1. Zachowania zdrowotne mają wpływ na rozwój nadciśnienia tętniczego oraz jakość życia chorych.
2. Nadciśnienie tętnicze obniża jakość życia chorych we wszystkich dziedzinach: fizycznej, psychologicznej, relacji społecznych oraz środowiska.

3. Istnieje potrzeba prowadzenia systematycznej edukacji zdrowotnej przez pielęgniarki oraz innych członków zespołu terapeutycznego, aby ograniczyć negatywne zachowania zdrowotne wśród społeczeństwa, a tym samym ograniczyć występowanie nadciśnienia tętniczego oraz poprawić jakość życia.

Piśmiennictwo

1. MENETON P., JEUNEMAITRE X., de WARDENER H.E., MacGREGOR G.A.: Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. Physiol. Rev., 2005, 85, 2, 679-715.
2. ZDROJEWSKI T., SZPAKOWSKI P., BANDOSZ P., PAJAK A., WIĘCEK A., KRUPA-WOJCIECHOWSKA B., WYRZYKOWSKI B.: Arterial hypertension in Poland in 2002. Hum. Hypertens., 2004, 18, 8, 557-562.
3. ZDROJEWSKI T., DRYGAS W., NARUSZEWICZ M., KAWECKA-JASZCZ K., JANKOWSKI P.: Nadciśnienie tętnicze w populacji ogólnej, Medycyna Praktyczna
4. WOŁOWICKA L.: Jakość życia w naukach medycznych, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań 2001.
5. JUCZYŃSKI Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.

Kontakt:

Bogumiła Kowalczyk- Sroka
Wyższa Szkoła Ekonomii, Prawa i Nauk Medycznych im. prof. Edwarda Lipińskiego
ul Jagiellońska 109A,
Kielce
E-mail: b.kowalczyk-sroka@wp.pl

LIDSKÁ DŮSTOJNOST V ENDOUROLOGII

Human Dignity in Endourology

Eva Zacharová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Abstrakt:

Lidská důstojnost náleží každému člověku. Je stálá a neměnná po celý život. Respektovat lidskou důstojnost je morálním požadavkem každého zdravotnického pracovníka. Respektování lidské důstojnosti patří k základním lidským právům. Práva pacientů jsou etickou normou. Pacienti při endourologických výkonech, prováděných nejčastěji v lokální anestezii, jsou bdělí. Vnímají dění kolem sebe, vnímají respektování lidské důstojnosti. Příspěvek je zaměřen na výzkum ke zjištění respektování lidské důstojnosti pacientů endourolgického pracoviště vytipovaného zdravotnického zařízení.

Klíčová slova: Endourologie. Důstojnost. Lidská důstojnost. Práva pacientů.

Abstract:

Human dignity belongs to every man. It is continual and constant all human life. It is necessary to respect human dignity by every medical staff. To respect human dignity belongs to basic human rights. Rights of patients are ethic standards. Patients are unsleeping at endourology surgeries, which are executed in local anaesthesia. Patients are perceiving events around them and respecting human dignity. The paper focuses on research to identify the human dignity of patients in endourology workplace of selected medical facility.

Key words: Endourology. Dignity. Human dignity. The rights of patients.

Úvod:

Důstojnost je složitá entita. Je spojována s etikou a lidskými právy. Pohled na lidskou důstojnost vychází ze situace, ve které se právě nacházíme. Umíme říct, co je nedůstojné. Důstojnost definujeme obtížněji. Lidskou důstojnost spojujeme s úctou, autonomií, osobní ctí a schopností o sobě rozhodovat. Očekáváme, že se k nám naše okolí bude chovat s náležitou úctou. Pokud tomu tak není, snažíme se si úctu svým chováním získat. Nemoc je obtížná životní situace. V období nemoci se stáváme závislými na svém okolí. Mnohdy v této situaci musíme přetrpět devalvaci vlastní osoby, vyjádřenou verbálně nebo neverbálně.

Důležitá, k zachování důstojnosti v ošetřovatelské péči, je odpovědnost, svědomitost, postoj úcty a vzájemnosti. Respektování lidské důstojnosti nemocných náleží všemu zdravotnickému personálu. Všechen zdravotnický personál je zodpovědný za to, že pacient nebude pociťovat obavy, strach, úzkost. Bude mít dostatek informací. Bude zajištěna jejich důvěrnost a důstojnost předání informací. Bude respektováno pacientovo soukromí a intimita. Pacient se nebude cítit ponížen. Nebude pociťovat újmu fyzickou ale ani psychickou.

Endourologie je odvětvím urologické diagnostiky a operativy. Endoskopicky lze vyšetřit celý uropoetický trakt - od ledvinné papily až po distální část močové trubice. Až 70% endourologických výkonů se provádí v lokální anestezii – topické, infiltrační, svodné (Kawaciuk, 2009). Pacient je bdělý, schopný spolupráce. Velmi citlivě vnímá veškeré dění kolem sebe i se sebou samotným. Vnímá naši práci, náš odborný přístup. Vnímá, jak přistupujeme k jeho osobě, zda respektujeme jeho důstojnost. Pacient má právo na kvalitní péči. Současně má právo na ohleduplný přístup; na respektování soukromí, intimity a vlastní individuality. Má právo na informace i na zachování důvěrného přístupu k informacím. Práva pacientů vymezují etické normy. Péče o pacienty musí být realizována ve shodě s Listinou základních práv a svobod.

Empirická část:

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda při endourologických výkonech je dostatečně zachován důstojný přístup k pacientům.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda pacienti při endourologickém výkonu pociťují narušení lidské důstojnosti.
2. Zjistit, zda jsou pacienti před endourologiským výkonem dostatečně informováni.
3. Zjistit, zda je respektována intimita pacientů při endourologickém výkonu.
4. Zjistit informovanost pacientů v endourologii o Právech pacientů.

Soubor a metodika:

Dotazníkové šetření probíhalo v roce 2015 ve vytipovaném zdravotnickém zařízení, kde pacienti podstoupili ambulantně nebo za hospitalizace urologický endoskopický výkon. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 95 respondentů, z toho 30 (31,58%) žen a 65 (68,42%) mužů. Respondenti byli rozděleni do čtyř věkových kategorií. Ve věkovém rozmezí 18-25 let se výzkumu zúčastnilo 6 (6,32%) respondentů. Ve věku 26-40 let 12 (12,63%) respondentů, ve věku 41-65 let 43 (45,26%) respondentů. Starších 65 let bylo 34 (35,79%) respondentů. Respondenti jsou pacienty endourologického pracoviště rozdílně dlouhou dobu. Méně než jeden rok endourologické pracoviště navštěvuje 18 (18,95%) respondentů, 1-5 let 36 (37,89%) respondentů, 6-10 let 26 (27,37%) respondentů, déle než 10 let 15 (15,79%) respondentů. Vzdělanost respondentů byla zastoupena na všech úrovních vzdělání. Základní

vzdělání měl 1 (1,05%) respondent, střední odborné vzdělání 39 (41,05%) respondentů, středoškolské vzdělání 35 (36,84%) respondentů, vyšší odborné vzdělání 2 (2,11%) respondenti. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 18 (18,95%) respondentů.

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, vráceno bylo 117 dotazníků. Návratnost činila 97,50%. Kritéria výzkumu splnilo 95 (81,25 %) respondentů. 22 (18,80%) respondentů podstoupilo výkon v jiném zdravotnickém zařízení nebo v jiném roce. Respondenti byli prostřednictvm dotazníku rozděleni do dvou výzkumných souborů. První výzkumný soubor tvořilo 57 (60,00 %) respondentů přicházejících k endourologickému výkonu ambulantně. Druhý výzkumný soubor tvořilo 38 (40 %) respondentů podstupující endourologický výkon za hospitalizace.

Ke sběru informací byla zvolena metoda kvantitativní, dotazníková. Dotazník je tvořen 28 položkami. Pomocí jedné položky v dotazníku jsou rozděleni respondenti na dva výzkumné soubory, ambulantní a hospitalizované. Položky jsou zpracovány pomocí programů Microsoft Excel a Word.

Výsledky a diskuse:

Podle Rohanové (2007) **lidskou důstojnost** spojujeme s úctou, osobní ctí a schopností o sobě rozhodovat. Rovněž Janečková (2012) spojuje lidskou důstojnost s úctou. V dotazníku důstojnosti předkládá pacientům možnost za ohrožení důstojnosti označit pocit, že s nimi není zacházeno s úctou a pochopením. Heřmanová a kol. (2012) a Svobodová (2011) popisují důstojnost jako morální a etickou kategorii spojenou s lidskými právy. Respondenti tohoto výzkumu pojem lidská důstojnost nejčastěji spojovali s respektováním soukromí (50,88% ambulantních a 39,47% hospitalizovaných respondentů). V lidské důstojnosti respondenti často viděli i vnitřní vrozenou hodnotou každého člověka (35,09% ambulantních a 21,05% hospitalizovaných respondentů). Méně často k lidské důstojnosti přiřazovali úctu (7,02% ambulantních a 21,05% hospitalizovaných respondentů) či zachováním intimity (1,75%ambulantních a 18,42% hospitalizovaných respondentů). A jen zřídka lidskou důstojnost spojovali s lidskými právy (3,51% ambulantních respondentů), nebo schopnostmi, vlastnostmi a postoji jedince (1,75% ambulantních respondentů).

Rohanová (2007) a Svobodová se Šimkem (2006) uvádí faktory ohrožující lidskou důstojnost: nemoc, systém poskytování zdravotní péče, nedostatečnou komunikace a vyšší věk pacientů. Ze studie vyplývá, že obavy z porušení důstojnosti pacientů vychází z prostředí, z přístupu zdravotnického personálu, z kultury péče a ze specifických aktivit ošetřovatelské péče. Ohrožení důstojnosti respondenti našeho výzkumu nejčastěji vidí v narušení intimity při výkonu (38,60% ambulantních a 47,37% hospitalizovaných respondentů). 7,02% ambulantních respondentů v dotazníku využilo možnosti označit odpověď „jiné“. Podle jejich tvrzení důstojnost respondentů negativně ovlivnilo chování lékaře, které, ve srovnání

s chováním téhož lékaře v soukromé praxi, považovali respondenti za nedůstojné, ponižující. Respondenti uvedli, že v soukromé praxi byl lékař vstřícný, aktivně komunikoval. Na rozdíl od přístupu na endourologickém pracovišti. Důstojnost pacienta lze podpořit seznámením se se zdravotnickým pracovníkem. Zdravotnický personál endourologického pracoviště se pacientům představuje, ale ne pokaždé, uvádí 82,46% ambulantních a 78,95% hospitalizovaných respondentů. Většina respondentů se v souvislosti s endourologickým výkonem neocitla v situaci, která by ohrozila jejich důstojnost (87,72% ambulantních a 89,47% hospitalizovaných respondentů). Tvrzení, že důstojnost pacientů je při urologických endoskopických výkonech dostatečně zajištěna, potvrdilo 98,25 % ambulantních a 92,11% hospitalizovaných respondentů.

Šebestová (2013) se ve výzkumném šetření zabývala **informovaností** pacientů a kvalitou komunikace. Respondenty byli pacienti onkologické ambulance Masarykova onkologického ústavu v Brně. Šebestová se ve výzkumu zaměřila na podávání potřebných informací pacientům, zkoumala srozumitelnost podávaných informací a možnost klást doplňující otázky tykající se léčby pacienta. Výzkumným šetřením dospěla k závěru, že většina dotazovaných pacientů shledává dobrou úroveň v kvalitě komunikace ze stran zdravotnického personálu.

S nedostatečnou informovaností pacientů, týkající se nemoci a její léčby, souvisí úzkost, pocit nejistoty, obavy o svou důstojnost - atributy týkající se důstojnosti zmiňované Janečkovou (2012). Z výzkumného šetření vyplývá, že informace poskytované zdravotnickým personálem endourologického pracoviště vytipovaného zdravotnického zařízení pacientům podstupujícím endoskopický urologický výkon jsou dostatečné.

O přípravě pacienta na endourologický výkon bylo dostatečně informováno 82,46% ambulantních a 78,95% hospitalizovaných respondentů.

O režimových opatřeních po endourologickém výkonu bylo zdravotnickým personálem informováno 75,44% respondentů ambulantních a 94,74% respondentů hospitalizovaných.

O průběhu endoskopického urologického výkonu bylo informováno 82,46% ambulantních a 78,95% respondentů hospitalizovaných. Částečně bylo informováno 14,04% ambulantních a 21,05% hospitalizovaných respondentů. Ne zcela podrobně byly informace sděleny 3,51% ambulantním respondentům.

O režimových opatřeních po endourologickém výkonu bylo zdravotnickým personálem informováno 75,44% respondentů ambulantních a 94,74% respondentů hospitalizovaných.

Informace pacientům endourologického sálku byly zdravotnickým personálem poskytnuty nejčastěji srozumitelně. 35,09% ambulantních a 39,47% hospitalizovaných respondentů označilo odpověď „ano“.

Informaci, zda pacient sděleným informacím rozuměl, si zdravotnický pracovník u každého z respondentů neověřil. Závěry tohoto výzkumu a výzkum Šebestové jsou obdobné. Komunikační schopnosti zdravotnického personálu jsou na dobré úrovni. Informovanost pacientů je dostatečná.

Dostatečně je i chráněna **intimita** endourologických pacientů vytipovaného zdravotnického zařízení. Jak vyplývá z výzkumu, zdravotničtí pracovníci endoskopického urologického pracoviště pacientům připravujícím se na endourologický výkon dostatečně zajišťují jejich soukromí. Odpověď „ano“ označilo 73,68% ambulantních a 63,16% hospitalizovaných respondentů. Na dveře pokoje nebo přípravné kabinky ale zdravotnický personál před vstupem většinou nezaklepal. Pozitivním zjištěním výzkumu je, že v průběhu výkonu byla u většiny pacientů intimita respektována. Odpověď „ano“ označilo 45,61% ambulantních a 55,26% hospitalizovaných respondentů. 42,11% ambulantních a 43,24% hospitalizovaných respondentů označilo odpověď „spíše ano“. Zda byli respondenti při endourologickém výkonu obnaženi delší dobu, než bylo nutné, nedokázali respondenti posoudit, nejčastěji označili odpověď „nevím“. Respondenti se převážně shodli v názoru, že všichni zdravotničtí pracovníci endoskopického urologického pracoviště vytipovaného zdravotnického zařízení respektují soukromí a intimitu pacientů. Tuto odpověď označilo 100% ambulantních a 89,47% hospitalizovaných respondentů. Podle 10,53% hospitalizovaných respondentů soukromí a intimitu endourologických pacientů nerespektují lékaři.

Pozitivně vyznívá i výzkum Filové a Sikorové (2011). Respondenti pozitivně hodnotí respektování tělesné intimity; obnažování při zákroku jen na nezbytně nutnou dobu a v nezbytném rozsahu, zachování důstojného převozu mimo oddělení i respektování soukromí při přípravě na výkon. Negativně hodnotí dodržování soukromí při komunikaci.

Z tohoto výzkumu je zřejmé, že o samotě jsou informace před endourologickým výkonem poskytnuty 71,93% ambulantním a 65,79% hospitalizovaným respondentům. 2,63% hospitalizovaných respondentů bylo o výkonu informováno před cizí osobou. Zdravotnický personál endourologického pracoviště ne vždy pacientům při poskytování informací věnoval dostatek času. Nejčastěji respondenti označili odpověď „spíše ano“. Tuto odpověď označilo 35,09% ambulantních 47,37% hospitalizovaných respondentů.

Pacient má právo na ohleduplnost a respektování soukromí, uvádí zákon číslo 372/2012 Sb., (§ 28 odst. 3 a), zákon o zdravotních službách. V zákoně o zdravotních službách jsou zakotvena **Práva pacientů**. Pacienti vytipovaného zdravotnického zařízení jsou s právy pacientů seznamováni písemně. Informace o právech pacientů jsou jim předávány v tištěné podobě současně s tiskopisem „Informovaný souhlas“. Znalost práv pacientů endourologického pracoviště byl ověřován výzkumem. Mezi ambulantními respondenty

převládá sdělení, že o Právech pacientů slyšeli, ale neznají je. Tuto odpověď označilo 56,14% respondentů. Hospitalizovaní respondenti, v počtu 57,89% nejčastěji uvedli, že práva pacientů znají, ale pouze okrajově. Odpověď „Ano, znám podrobně práva pacientů“ neoznačil žádný respondent. Z výsledků výzkumu Králové (2014) je patrné, že se povědomí veřejnosti, o právech a povinnostech pacientů, ani přes jejich nové ukotvení v zákoně o zdravotních službách příliš nezvýšilo. Jsou sice patrné všeobecné vědomosti o dané problematice, veřejnost ale své znalosti týkající se práv a povinností pacientů zvyšuje pouze minimálně. Informovanost zdravotnických pracovníků o právech a povinnostech pacientů je oproti tomu na lepší úrovni. Z výzkumného šetření Adamcové (2014) vyplývá, že znalost práv pacientů je minimální. Velmi nízká znalost práv pacientů byla zjištěna i u opakovaně hospitalizovaných pacientů. Pacienti stvrzují svým podpisem seznámení s právy pacientů, ale řádně seznámeni nejsou. Výsledky šetření z oblasti dodržování práv pacientů, právo na soukromí, důstojné zacházení, právo znát jméno zdravotnického personálu, možnost spolurozhodovat o léčbě, byly pozitivní. Naopak Vlčková (2015) ve výzkumu dospěla k závěru, že pacienti v Jihočeském kraji jsou aktivní a mají zájem informace o právech pacienta aktivně zjišťovat. Výzkum dále prokázal vyšší znalosti v oblasti práv pacientů u respondentů ve věkové hranici nad 50 let ve srovnání s pacienty ve věkové hranici do 50 let.

Z tohoto výzkumného šetření dále vyplývá, že o právech pacientů se nejvíce ambulantních respondentů dovědělo z edukačních materiálů, 63,16%. 55,26% hospitalizovaných respondentů se o Právech pacientů bylo informováno lékařem nebo sestrou ve zdravotnickém zařízení. 92,98% ambulantních a 94,74% hospitalizovaných respondentů se v souvislosti s endoskopickým urologickým výkonem neocitlo v situaci vyžadující hájit svá práva.

Respondenti tohoto výzkumu jen v 3,51% lidskou důstojnost spojovali s lidskými právy.

Práva pacientů jsou zanesena do textu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jsou vymahatelná. V dokumentu „Listina základních práv a svobod“ je stanoven požadavek respektovat lidskost jako jednu ze základních hodnot.

Doporučení pro praxi:

Zdravotnickou péči respektující důstojnost člověka je žádoucí poskytovat ve všech zdravotnických oborech.

Doporučení pro zajištění důstojnosti zdravotnické péče:

Každý pečující by měl:

- přijmout osobní zodpovědnost za podporu důstojnosti pacienta
- přistupovat vždy individuálně, s ohledem na bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacienta

- postupovat při všech ošetřovatelských činnostech vždy tak, aby se pacient cítil spokojen, měl kontrolu nad situací a cítil se vážený
- limitovat ve všech případech expozici těla pacienta a chránit tak jeho intimitu
- posilovat a zachovávat autonomii a identitu pacienta za všech okolností
- zachovávat správné přístupy komunikace a podporovat informovanost pacienta
- respektovat soukromí pacienta
- aplikovat nedirektivní přístup k pacientovi
- zvyšovat úroveň právního vědomí a etických přístupů v oblasti lidské důstojnosti

Na respektování důstojného přístupu se musí podílet management, zdravotničtí pracovníci i pacienti. Ke zjištění, zda zdravotnická organizace poskytuje péči respektující lidskou důstojnost, slouží „Test důstojnosti“.

Závěr:

Vzájemná úcta je jednou ze základních podmínek kvalitní ošetřovatelské péče. Výsledky výzkumu ukázaly, že na endourologickém pracovišti vytipovaného zdravotnického zařízení je důstojnost pacientů zdravotnickým personálem respektována. Lze tedy říci, že zdravotnická péče na endourologickém pracovišti je poskytována:

- Odborně - na základě našeho vzdělání
- Zodpovědně - na základě našeho přístupu k práci
- Důstojně - na základě provedeného výzkumu.

Literatura:

1. ADAMCOVÁ, E. 2014. *Znalost pacientů o jejich právech během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení:* závěrečná práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta Katedra ošetřovatelství a porodní asistence, 2014. 66 s.
2. FILOVÁ, A. – SIKOROVÁ, L. 2011. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. In *Kontakt*, 2011, roč. 13., č. 2, s. 204 – 210. ISSN 1212-4117.
3. HEŘMANOVÁ, J. 2012. *Etika v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
4. JANEČKOVÁ, H. 2012. Důstojnost života ve stáří [online]. Prosinec 2012. [cit. 2016-02-13]. 34 s. Dostupné z: http://www.girasole.cz/products/phdr-hana-janeckova-ph-d-/
5. KAWACIUK, I. 2009. *Urologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 531 s. ISBN 978-80-7262-626-7.

6. KRÁLOVÁ, L. 2014. *Práva a povinnosti pacientů z pohledu nové právní úpravy*: diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky, 2014, 79 s.
7. ROHANOVÁ, E. 2007. *Důstojnost člověka v ošetřovatelské péči a v sociálních službách*. In Holmerová, I. a kol. Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. vyd. Praha: EV public relations, 2007. S. 29-49. ISBN 978-80-254-0179-8.
8. SVOBODOVÁ, V. 2011. Důstojnost člověka ve zdraví a nemoci. In *Důstojně doma ve stáří i v nemoci. Sborník z konference*. Olomouc: Charita Olomouc, 2011. S. 6-10. ISBN 978 - 80 - 260 - 1425 - 6.
9. SVOBODOVÁ, H. – ŠIMEK, J. 2006. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. In *Časopis lékařů českých*, 2006. Roč. 145, č. 6, s. 495-497. ISSN 0008-7335.
10. SVOBODOVÁ, H. 2011. Jak učit respektu k důstojnosti člověka? In *Vita nostra revue*, 2010. Roč. 19., č. 4, s. 65-69. ISSN 1212-5083.
11. ŠEBESTOVÁ, D. 2013. *Zkušenosti onkologických pacientů s ošetřovatelskou péčí zdravotnických pracovníků v ambulantní péči*: diplomová práce. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2013. 84 s.
12. VLČKOVÁ, S. 2015. *Práva pojištěnce a práva pacienta dle právní úpravy*: diplomová práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky, 2015. 87 s.

Kontakt:
mim. prof. doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.
e-mail: eva.zacharova@seznam.cz

HODNOTENIE STAVU VÝŽIVY U ONKOLOGICKY CHORÝCH

Nutritional Assessment of Oncological Patients

Katarína Zrubáková[1], Anna Herinková[2], Zuzana Boroňová[2]

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

Abstrakt

Onkologické ochorenie je spojené s poruchami energetického výdaja a následným úbytkom hmotnosti. U onkologicky chorých je preto dôležité hodnotenie stavu výživy. Hodnotenie stavu výživy sa musí realizovať v čase stanovenia diagnózy a opakovane sa posudzuje pri každej návšteve chorého.

Cieľom príspevku je charakterizovať najpoužívanejšie skríningové nástroje. Prezentovať použitie dotazníka MNA u onkologicky chorých a zistiť aká časť pacientov je v riziku podvýživy.

Metódou výskumu bol štandardizovaný dotazník MNA, štruktúrovaný rozhovor a obsahová analýza dokumentácie. Výskumný súbor tvorilo 60 onkologicky chorých pacientov, 30 bolo liečených ambulantne a 30 hospitalizovaných. Po vyhodnotení dotazníka a vedľajších metód sme zistili, že 13 % pacientov trpí podvýživou a 52 % je ohrozených vznikom podvýživy. Lepší stav výživy mali pacienti liečení ambulantne ako pacienti v ústavnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Onkologicky chorí. Výživa. Poruchy výživy. Nutričný skríning. MNA

Abstract

Oncological disease is associated with disorders of energy expenditure and subsequent weight loss. Therefore is important nutritional assessment for the oncological patients. Nutritional assessment must be carried out at the time of diagnostic and repeatedly assessed at each frequently used screening tools. Present the use of the MNA questionnaire of cancer patients and identify what proportion of patients are at risk of malnutrition.

By the method of research was standardized the questionnaire MNA, structured interviews and content analysis of documents. The research group consisted of 60 cancer patients, of which 30 were treated at the outpatient clinic and 30 were hospitalized. After the evaluation of questionnaire and secondary methods, we found that 13% of patients suffer from

malnutrition and 52% are at risk of the emergence of malnutrition. The ambulatory treated patients had a better nutritional status as patients in institutional care.
Key words: Oncological ill. Nutrition. Nutrition disorders. Nutritional screening.

Úvod

Onkologické ochorenie prináša so sebou množstvo problémov a komplikácií. Jedným z najčastejších a najobávanejších problémov sprevádzajúcich onkologického pacienta sú poruchy výživy, predovšetkým podvýživa. Príznaky porúch výživy sa môžu objaviť ešte skôr, ako je nádorové ochorenie diagnostikované, pretože niektoré nádory zvýšia svoju energetickú spotrebu bez toho, aby chorý pociťoval vyššiu chuť do jedla. Dochádza k výraznému úbytku hmotnosti, čo má vplyv na celý organizmus (Lean, 2006). Nedostatočná výživa oslabuje imunitný systém, spôsobuje komplikované hojenie rán, chorý je náchylnejší na infekcie a bojuje s viacerými vedľajšími účinkami. V takomto prípade nie je možné odstrániť nutričné ťažkosti pacienta len prostredníctvom úpravy stravy (Lanz, 2014).

Stav výživy môže byť ovplyvnený protinádorovou liečbou, ktorá pôsobí nielen na samotný nádor, ale aj na celý organizmus. Jednotlivé typy liečby predstavujú záťaž pre gastrointestinálny systém a prinášajú so sebou množstvo nežiadúcich účinkov. Medzi hlavné liečebné metódy patrí:

- *Operácia* - pacienta ohrozuje rizikom vzniku podvýživy, pretože pred a po operačnom výkone sú časté obdobia hladovania (Cavalli, 2009, Muliawati et al, 2012).
- *Chemoterapia* - spôsob liečby, zameraný na likvidáciu nádorových buniek, pričom veľakrát bývajú zasiahnuté aj zdravé bunky a obzvlášť bunky v tráviacom trakte, čo vyvoláva nauzeu, vracanie, zmenu chuti (Yarbo, Wujcik, Gobel, 2011).
- *Rádioterapia* - často vedie k zníženému príjmu potravy. Pri ožarovaní v oblasti brucha sa vyskytuje nauzea, vracanie, hnačka. Pri ožarovaní krku a ústnej dutiny sa objavuje pocit sucha v ústach (xerostómia), ťažkosti s prehĺtaním (dysfágia) (Kearney, Richardson, 2006, Yarbro, Wujcik, Gobel, 2014). Pri vysokých dávkach rádioterapie na oblasť ústnej dutiny vzniká orálna mukozitída, ktorá môže postihnúť aj ďalšie časti gastrointestinálneho traktu (Kumar, 2012, Renberg, 2014).
- *Biologická liečba* - využíva citokíny pochádzajúce z buniek imunitného systému. Môže vyvolať nechutenstvo a chudnutie (Šachlová, 2004; Caballero, 2005).

Medzi ďalšie onkostatické liečby, ktoré vo veľkej miere ovplyvňujú stav výživy patrí aj imunoterapia.

Úlohou zdravotníckych pracovníkov je zabezpečiť okrem uvedených spôsobov liečby aj nutričnú starostlivosť a elimináciu vzniknutých problémov. Nutričná starostlivosť by mala zahŕňať aktívny, systematický a komplexný prístup ku každému pacientovi. Uskutočňuje sa v

šiestich základných krokoch: nutričný skríning, vstupné komplexné posúdenie stavu výživy, plánovanie a realizácia nutričnej terapie, edukácia pacienta a rodiny, komunikácia s multidisciplinárnym tímom, zhodnotenie pacientovej odpovede a napokon zmena v nutričnom stave pacienta spolu s vyhodnotením efektivity liečby (Yarbro, Wujcik, Gobel, 2014; Kumar, 2012). Podľa odporúčania ESPEN je potrebné začať s hodnotením stavu výživy už v čase stanovenia diagnózy a opakovane posudzovať stav výživy pri každej návšteve, aby sme v prípade ťažkostí vedeli zasiahnuť skôr, ako sa objavia závažné poruchy a šance na obnovenie normálneho stavu sú nízke (Bozzetti et al., 2009).

V hodnotení výživy predovšetkým u hospitalizovaných pacientov má kľúčovú úlohu sestra. Sestra by mala pri príjme pacienta vykonať vstupné posúdenie nutričného stavu, nutričný skríning, ktorý je dôležitý pre sledovanie vývoja stavu výživy. V prípade zistenia podvýživy okamžite začať s potrebnými intervenciami v spolupráci s asistentom výživy. Okrem toho je podstatnou súčasťou práce sestry monitorovať príjem potravy a nabádať pacienta k tomu, aby si sám viedol záznam o prijatej potrave (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2006).

Medzi hlavné parametre nutričného skríningu zaraďujeme výšku, hmotnosť, zmenu hmotnosti a zmenu v schopnosti prijímať potravu (Marian, Roberts, 2010). Hodnotenie stavu výživy môžeme realizovať pomocou:

- ***Subjektívneho celkového posúdenia*** **(SGA**). Na základe vyhodnotenia SGA sú pacienti zaradení do 3 skupín. *Skupina A* znamená, že stav výživy pacienta je optimálny, pacienti v *skupine B* majú miernu podvýživu a *skupina C* je charakterizovaná ťažkou podvýživou.
- ***Nutričného rizikového skríningu NRS 2002,*** ktorý pozostáva z dvoch častí - predbežného a podrobného skríningu. Ak je aspoň jedna odpoveď v predbežnom skríningu kladná vykonáva sa podrobný skríning (Santarpia, Contaldo, Pasanisi, 2011; Lukáš, Žák, 2007).
- **dotazníka *Mini Nutritional Assessment* (MNA),** ktorý pozostáva z 18 otázok usporiadaných do 4 častí: antropometrické hodnotenie, celkové posúdenie, stravovacie návyky a subjektívne posúdenie. Maximálne dosiahnuteľné skóre je 30 (Wang et al., 2013).
- **MUST** (Malnutrition Universal Screening Tool).
- **Nottinghamského dotazníka**- základný nutričný screening, jednoduchý nástroj na identifikáciu pacienta s malnutríciou (Zrubáková, Magerčiaková, Hubjaková, 2013) a i.

U dlhodobo chorých zisťujeme antropometrické parametre: okrem už spomínanej váhy a výšky je to meranie hrúbky kožných rias, stredného obvodu svalstva ramena a obvodu pásu (Zazula, Wohl, 2009; Wilhelm a kol., 2004). Dôležité je i laboratórne vyšetrenie, sledujeme hladinu sérových bielkovín, albumínu, prealbumínu, transferínu, počet lymfocytov

a cholinesterázu. Najdôležitejším parametrom je albumín a jeho nízka hladina svedčí pre závažnú poruchu stavu výživy (Mikula, Hluchová, 2005; Zazula, Wohl, 2009).

Hodnotenie výživy u onkologických pacientov v ambulantnej a ústavnej starostlivosti

Ako vyplynulo z predchádzajúcej analýzy, u onkologických pacientov sa často stretávame s podvýživou. Preto sme sa vo výskume zamerali na zistenie nutričného stavu a sledovanie výskytu podvýživy u ambulantných a hospitalizovaných pacientov s malígnym ochorením.

Ciele výskumu

- Zisť aká časť onkologických pacientov je v riziku podvýživy alebo trpí podvýživou.
- Zistiť, či sa vyskytujú odlišnosti v nutričnom stave medzi ambulantnými a hospitalizovanými pacientmi.

Metódy výskumu

Ako hlavnú metódu výskumu sme zvolili štandardizovaný dotazník MNA s vlastnými doplňujúcimi otázkami. Pomocnými metódami boli: štruktúrovaný rozhovor a obsahová analýza zdravotnej dokumentácie. Realizovali sme i jednoduché fyzikálne vyšetrenie- meranie stredného obvodu ramena a lýtka.

Výskumný súbor

Výskum bol realizovaný na klinike radiačnej a klinickej onkológie v Ústrednej vojenskej nemocnici v Ružomberku. Výskumný súbor tvorilo celkom 60 onkologických pacientov, z toho 30 ambulantných a 30 hospitalizovaných na klinike. Skupinu respondentov predstavovalo 23 žien a 37 mužov, vo veku 46 – 78 rokov. Charakteristika pacientov z hľadiska veku a dĺžky liečby je uvedená v tabuľkách 1 a 2.

Tabuľka 1 *Vek respondentov*

Veková kategória	**Ambulantná liečba**		**Ústavná liečba**		**Spolu**	
	Počet (n)	**%**	**Počet (n)**	**%**	**Počet (n)**	**%**
46-55 rokov	8	27	5	17	13	22
56-65 rokov	12	40	11	37	23	38
66-78 rokov	10	33	14	46	24	40

Tabuľka 2 *Dĺžka liečby*

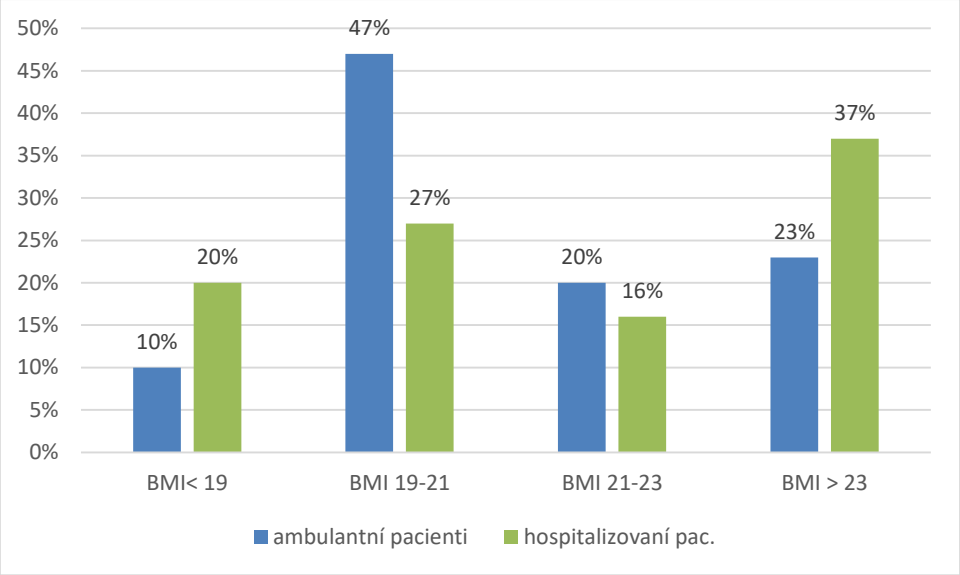
	Ambulantná liečba		**Ústavná liečba**		**Spolu**	
Dĺžka liečby	**Počet (n)**	**%**	**Počet (n)**	**%**	**Počet (n)**	**%**
1-6 mesiacov	3	10	5	17	8	13
7-11 mesiacov	9	30	10	33	19	32
1-3 roky	17	57	6	20	23	38
4 roky a viac	1	3	9	30	10	17

Výsledky výskumu

V príspevku prezentujeme výsledky najdôležitejších oblastí dotazníka MNA a štruktúrovaného rozhovoru.

BMI respondentov

30% všetkých respondentov má hodnotu BMI>23, 18% má BMI 21-23, 37% zodpovedá hodnote BMI 19-21 a iba 15% respondentov má hodnotu menej ako 19. Porovnanie z hľadiska miesta liečby uvádza graf 1.



***Graf 1** BMI respondentov*

Stredný obvod ramena

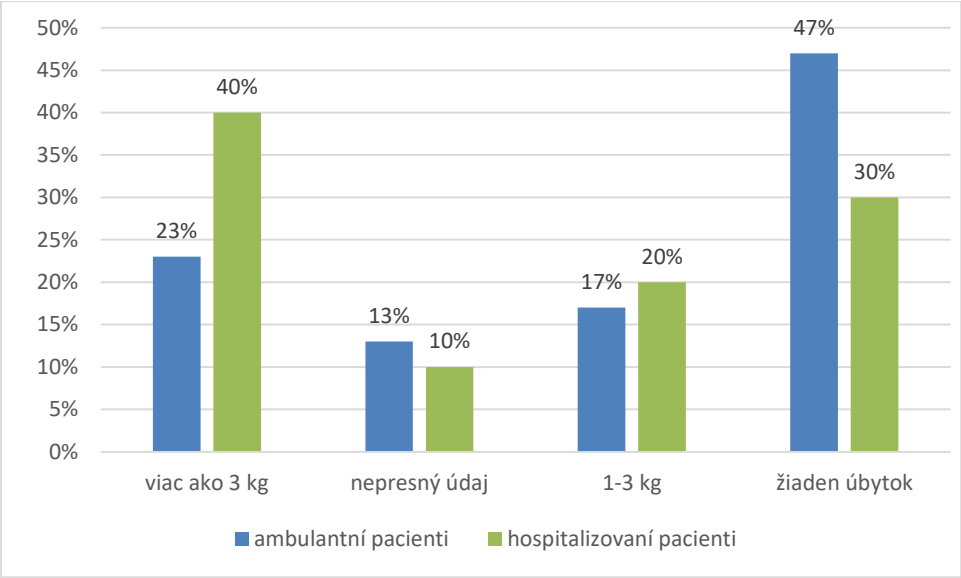
Takmer u všetkých respondentov (95%) sme namerali stredný obvod ramena viac ako 22 cm. Obvod ramena 21-22 cm sme zistili len u jedného respondenta (2%) a menej ako 21 cm u 3% respondentov. Pacienti liečení ambulantne mali všetci obvod ramena väčší ako 22 cm.

Obvod lýtka

Obvod lýtka viac ako 31 cm má až 95% všetkých respondentov, 90% hospitalizovaných a 100% ambulantných. U troch hospitalizovaných respondentov (10%) sme namerali obvod lýtka menší ako 31 cm.

Úbytok hmotnosti za posledné 3 mesiace

Žiadny úbytok hmotnosti za posledné 3 mesiace uviedlo spolu 38% respondentov. Možnosť strata hmotnosti 1-3 kg uviedlo 18% všetkých opýtaných. Úbytok hmotnosti viac ako 3 kg spozorovalo celkom 32% respondentov. Presný údaj neuviedlo spolu 12% opýtaných, 13% ambulancii a 10% v ústavnej starostlivosti.



Graf 2 *Strata hmotnosti v posledných 3 mesiacoch*

Došlo v posledných 3 mesiacoch k strate chuti do jedla, tráviacim ťažkostiam alebo poruchám príjmu potravy (problémy s prehĺtaním alebo žuvaním)?

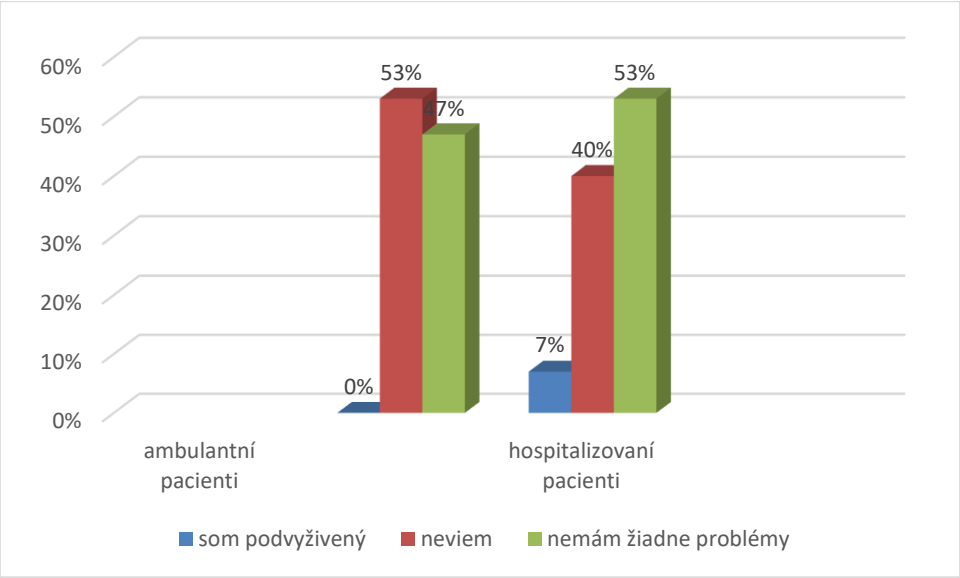
Výrazné poruchy výživy za posledné 3 mesiace sa objavili u 23% všetkých, 17% ambulantných a 30% hospitalizovaných respondentov. Len mierne ťažkosti s príjmom potravy uviedlo celkom 22% opýtaných, 23% ambulantne liečených a 20% na oddelení. Zvyšní respondenti (55%) neudali poruchy príjmu potravy. Na oddelení predstavovali respondenti bez ťažkosti polovicu a v ambulancii 60%.

Aký je denný príjem všetkých tekutín?

Viac ako 1000 ml tekutín denne vypije 70% z celkového počtu opýtaných, 80% v ambulancii a 60% v ústavnej starostlivosti. 23% všetkých, 20% ambulantných a 27% hospitalizovaných respondentov označilo odpoveď 600-1000 ml tekutín denne. Príjem tekutín menší ako 600 ml sme zaznamenali u 13% respondentov v ústavnej starostlivosti.

Domnieva sa pacient, že má so svojou výživou nejaký problém?

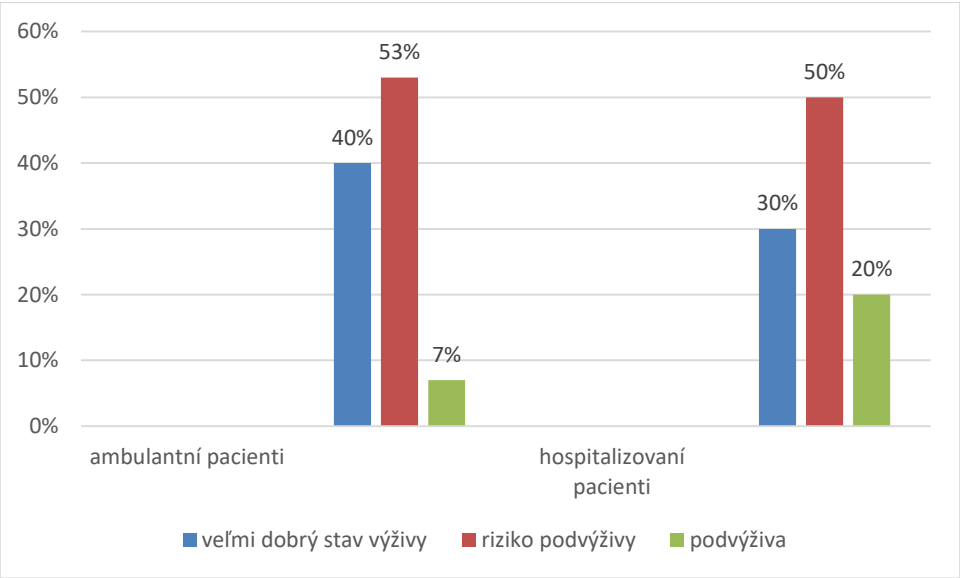
Polovica všetkých respondentov hodnotí svoj stav výživy ako bezproblémový. Možnosť neviem označilo spolu 47% respondentov. Ako podvyživení sa hodnotia 2 hospitalizovaní respondenti (7%).



Graf 3 *Hodnotenie stavu výživy pacientom*

Vyhodnotenie dotazníka MNA

Jednotlivé otázky dotazníka boli bodovo ohodnotené a na základe súčtu získaných bodov sme dotazník vyhodnotili. Celkové hodnotenie pozostávalo z 3 možností: stav výživy veľmi dobrý/dobrý (24-30 bodov), riziko podvýživy (17-23,5 bodov) a podvýživa (menej ako 17 bodov). Veľmi dobrý alebo dobrý stav výživy sme zaznamenali u **35%** všetkých respondentov. **V riziku vzniku podvýživy bolo 52%** respondentov. 13% respondentov bolo podvyživených.



Graf 4 *Vyhodnotenie MNA*

Doplňujúce otázky

Ako hodnotíte aktuálnu úroveň svojej energie?

Aktuálnu úroveň svojej energie ohodnotilo 18% respondentov zle, 52% skôr zle ako dobre, 28% dobre a iba 2% z opýtaných ju ohodnotilo veľmi dobre.

Myslíte si, že výživa je dôležitou súčasťou onkologickej liečby?

88% respondentov považuje výživu za dôležitú súčasť onkologickej liečby. Len 12% si nie je istých týmto tvrdením a možnosť nie neoznačil žiadny respondent.

Diskusia

V príspevku sme sa venovali výžive onkologicky chorých a jej hodnoteniu. Zamerali sme sa najmä na výskyt podvýživy, jej závislosť od formy liečby a zmiernenie prítomných ťažkostí vhodnou úpravou stravovania. Hlavným cieľom našej práce bolo zistiť, aká časť onkologických pacientov je v riziku podvýživy alebo trpí podvýživou. Na základe vyhodnotenia štandardizovaného dotazníka MNA, ktorý sme použili ako hlavnú metódu výskumu sme zistili, že **13% pacientov trpí podvýživou a až 52% je ohrozených vznikom podvýživy**. Výsledok bol o niečo lepší ako v štúdii Sobotku (2009), ktorý zistil, že *podvýživa trápi 20 - 40% pacientov a to najmä v ústavnej starostlivost*i. V riziku podvýživy je podľa Škalouda (2011) *až 58,1 % onkologických pacientov a viac ako 20% z nich predstavuje stredne vysoké až vysoké riziko podvýživy.* Z tohto dôvodu si viac ako polovica pacientov vyžaduje nutričnú podporu a asi pätina z nich ju potrebuje akútne.

Dominantným príznakom podvýživy je strata hmotnosti spojená s úbytkom svalovej a tukovej hmoty (Kumar, 2012). Na výskyt daných prejavov sme sa zamerali aj v dotazníku, v ktorom sme zisťovali údaje o BMI, strednom obvode ramena, obvode lýtka a o úbytku hmotnosti za posledné 3 mesiace. BMI nižší ako 19 sme zaznamenali u 15% pacientov, pričom táto hodnota bola takmer identická s výskytom podvýživy. Podobné hodnoty sme očakávali aj pri strednom obvode ramena a lýtka, čo sa ale nepotvrdilo a počet pacientov bol nižší. Obvod ramena menší ako 21 cm sme namerali len u 3% pacientov a obvod lýtka menej ako 31 cm malo 5% pacientov. Určitý úbytok hmotnosti za posledné 3 mesiace uviedla spolu polovica pacientov. **Stratu hmotnosti 1-3 kg spozorovalo 18% pacientov a viac ako 3 kg v posledných 3 mesiacoch schudlo 32% pacientov.** Ako uvádza Minárik (2013) *nechcený úbytok hmotnosti a svalovej hmoty výrazne zhoršuje šance na úspešnosť liečby, pre veľké riziko komplikácii.*

Druhým cieľom bolo zistiť, či sa vyskytujú odlišnosti v nutričnom stave medzi ambulantnými a hospitalizovanými pacientmi. Pri porovnávaní výsledkov výskumu u ambulantných a hospitalizovaných pacientov sme došli k záveru, že **ambulantne liečení pacienti dosahujú o niečo lepší stav výživy ako pacienti v ústavnej starostlivosti**. Zadák (2008), Hegyi, Krajčík (2010) *považujú hospitalizáciu za jeden z rizikových faktorov pre vznik alebo prehĺbenie podvýživy.* Približne 30% prípadov podvýživy sa vyvinie v nemocnici (tzv. iatrogénna podvýživa) a asi u 70% už podvyživených pacientov dochádza v priebehu hospitalizácie k zhoršeniu. Prostredníctvom výskumu sme zistili, že 20% hospitalizovaných pacientov trpí podvýživou a až 50% je ohrozených vznikom podvýživy. V ambulancii sme

zaznamenali výskyt podvýživy u 7% pacientov a 53% pacientov je v riziku podvýživy. Väčšina otázok v dotazníku poukazovala na lepšie výsledky u ambulantných pacientov alebo boli hodnoty vyrovnané. Naopak horšie výsledky u ambulantných pacientov sme postrehli v otázke, týkajúcej sa BMI, užívania liekov a pohyblivosti/mobility.

Záver

Poruchy príjmu potravy predstavujú závažný problém, ktorý trápi množstvo pacientov a znižuje šance na vyliečenie. V onkológii zaraďujeme poruchy príjmu potravy, hlavne podvýživu, medzi jedny z najčastejšie riešených problémov a preto si vyžadujú osobitnú pozornosť. Podstatnou súčasťou liečebného procesu pri poruchách výživy je úprava stravovacích návykov. Prostredníctvom úpravy príjmu potravy v zmysle množstva a zloženia je možné zmierniť alebo dokonca odstrániť prítomné ťažkosti. Na to, aby sme dosiahli pozitívne zmeny v stravovaní je potrebné pravidelné hodnotenie, skríning výživy a dôkladná edukácia pacienta alebo rodinných príslušníkov v závislosti od typu nutričnej poruchy.

Bibliografické odkazy

1. BOZZETTI, F. et al. 2009. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Non-surgical oncology. In *Clinical Nutrition* [online]. 2003, vol. 28 [cit. 2015-10-11]. Dostupné na internete: <http://espen.info/documents/0909/Non-surgical%20oncology.pdf> ISSN 0261-5614.
2. CABALLERO, B. 2005. *Encyclopedia of Human Nutrition*. 2nd edition. Oxford : Elsevier Academic Press, 2005. 462 p. ISBN 0-12-150110-8.
3. CAVALLI, F. et al. 2009. *Textbook of Medical Oncology.* 4th edition. United Kingdom: Informa Healthcare, 2009. 462 p. ISBN 978-0-415-47748-4.
4. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatria.* Bratislava : Herba, 2010. 608 s. ISBN 978-80- 89171-73-6.
5. KEARNEY, N. – RICHARDSON, A. 2006. *Nursing Patients with Cancer : Principles and Practice.* China : Elsevier Limited, 2006. 861 p. ISBN 978-0-443-07288-8.
6. KUMAR, N. B. 2012. *Nutritional Management of Cancer Treatment Effects.* Berlin : Springer, 2012. 302 p. ISBN 978-3-642-27232-5.
7. LANZ, S. 2014. *Ernährungsprobleme bei Krebs.* Bern : Krebsliga Schweiz, 2014. 56 s. Dostupné na internete: <https://assets.krebsliga.ch/downloads/1602.pdf>.
8. LEAN, M. E. J. 2006. *Fox and Cameron´s Food Science, Nutrition and Health*. 7th edition. United States of America : CRC Press, 2006. 336 p. ISBN 978-0-340-809-48-8.
9. LUKÁŠ, K. – ŽÁK, A. 2007. *Gastroenterologie a hepatologie.* Praha : Grada Publishing, 2007. 380s. ISBN 978-80-247-1787-6.

10. MARIAN, M. – ROBERTS, S. 2010. *Clinical Nutrition for Oncology Patients.* USA : Jones and Bartlett Publishers, 2010. 463 s. ISBN 978-0-7637-5512-6.
11. MIKULA, J. – HLUCHOVÁ, L. 2005. Parenterálna a enterálna výživa. In *Via practica.* ISSN 1336-4790, 2005, roč. 2, č. 5, s. 253-255.
12. MINÁRIK, P. – MINÁRIKOVÁ, D. 2013. *Rakovina a výživa : Mýty a fakty.* Bratislava : Kontakt, 2013. 224 s. ISBN 978-80-971059-2-1.
13. MULIAWATI, Y. et al. 2012. Cancer Anorexia – Cachexia Syndrome. In *The Indonesian Journal of Internal Medicine* [online]. 2012, vol. 44, no. 2 [cit. 2015-10-11]. Dostupné na internete:<http://www.inaactamedica.org/archives/2012/22745148.pdf>. ISSN 2338-2732.
14. ROSENBERG, V. 2014. Orálna mukozitída pri rádioterapii nádorov hlavy a krku a možnosti jej terapeutického ovplyvnenia. In *Onkológia.* ISSN 1336-8176, 2014, roč. 9, č. 5, s. 308-310.
15. SANTARPIA, L. – CONTALDO, F. – PASANISI F. 2011. Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients. In *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle.* [online]. 2011, vol. 2, no. 1 [cit. 2015-10-11]. Dostupné na internete: <http://link.springer.com/article/10.1007/s13539-011-0022-x>. ISSN 2190-6009.
16. SOBOTKA, L. 2009. Využití doplňkové enterální výživy během hospitalizace. In *Onkologie* [online]. 2009, roč. 3, č. 4 [cit. 2016-02-17]. Dostupné na internete: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2009/04/10.pdf>. ISSN 1803-5345.
17. ŠACHLOVÁ, M. 2004. *Nádorová onemocnění a výživa.* Brno: Masarykův onkologický ústav, 2004. 40 s. Dostupné na internete:<http://www.onko.cz/_pub/publikace/vyziva.pdf>.
18. ŠKALOUD, P. 2011. *Onkologické pacienty ohrožuje podvýživy.* [online]. [cit. 2016-02-15]. Dostupné na internete: <http://www.linkos.cz/vyziva/onkologicke-pacienty-ohrozuje-podvyziva/>.
19. VORLÍČEK, J. – ABRAHÁMOVÁ, J. – VORLÍČKOVÁ, H. 2006. *Klinická onkologie pro sestry.* Praha: Grada Publishing, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
20. WANG, B. et al. 2013. Nutritional assessment with different tools in leukemia patients after hematopoietic stem cell transplatation. In *Chinese Journal of Cancer Research* [online]. 2013, vol. 25, no. 6 [cit. 2015-10-11]. Dostupné na internete: <http://www.thecjcr.org/article/view/3083/3985>. ISSN 1993-0631.
21. WILHELM, Z. a kol. 2004. *Výživa v onkologii.* Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 259 s. ISBN 80-7013-410-0.
22. YARBRO, C. H. – WUJCIK, D. – GOBEL, B. H. 2014. *Cancer Symptom Management.* 4th edition. Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers, 2014. 1940 p. ISBN 978-1-284-02553-8.

23. YARBRO, C. H. – WUJCIK, D. – GOBEL, B. H. 2011. *Cancer Nursing : Principles and Practice.* 7th edition. Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers, 2011. 1940 p. ISBN 978-0-7637-6357-2.
24. ZADÁK, Z. 2008. *Výživa v intenzivní péči.* 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 544 s. ISBN 978-80-247-2844-5.
25. ZAZULA, R. – WOHL, P. 2009. Nutriční stav pacienta a možnosti jeho hodnocení. In *Interní medicína pro praxi.* ISSN 1212-7299, 2009, roč. 11, č. 1, s. 45-47.
26. ZRUBÁKOVÁ, K, MAGERČIAKOVÁ, M., HUBJAKOVÁ, M. 2013. Možnosti ošetrovateľstva v prevencii a liečbe malnutrície seniorov v domácom prostredí. In *Ošetrovateľstvo a zdravie: Výživa- Zdravie- Obezita.* Ed. Gerlichová, K., Matišáková, I., Grabczak, P. Trenčín: Fakulta zdravotníctva TnUAD, 2013. ISBN 978-80-8075-579-9. s.133-147.

Kontaktná adresa:
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
Nám. A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok
Fakulta zdravotníctva KU Ružomberok
E-mail: katarina.zrubakova @ku.sk

NÁHRADY KRČNÝCH MEDZISTAVCOVÝCH PLATNIČIEK A POHYBOVÝ REŽIM PO OPERÁCII

Compensation of Cervical Intervertebral Discs and Exercise Regimen After Surgery

Pavol Nechvátal[1], Matúš Kozel[1,2], Wioletta Mikuľáková[1]

[1] Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov, Katedra fyzioterapie
[2] Ktolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra Fyzioterapie

Abstrakt

Vertebrogénne syndrómy sú ochorenia s veľmi vysokou ročnou prevalenciou. Počas svojho života 26 – 71% dospelej populácie môže prežívať epizódy bolestí alebo stuhnutosti v oblasti krčnej chrbtice. Úspešnosť konzervatívnej liečby diskogénnych ochorení v oblasti krčnej chrbtice je vysoká, napriek tomu je asi u 25% pacientov indikované chirurgické riešenie. V súčasnosti sa používajú rôzne druhy umelých náhrad krčnej platničky – klietky (cervical intervertebral fusion cage), náhrady s mobilným jadrom (artificial disc replacement) a semidynamické náhrady (dynamic cervical implant). Každá z týchto náhrad rekonštruuje výšku medzistavcového priestoru. Rozdielna je miera akou nahrádzajú pohybové vlastnosti disku, od čoho sa očakáva eliminácia vzniku kompenzačnej hypermobility v segmentoch priľahlých k operovanej platničke a s tým spojený rozvoj degeneratívnych zmien.

Pacient po chirurgickom výkone dodržiava stanovené postupy, ktoré sú zamerané na šetriaci pohybový režim, nepreťažuje krčnú chrbticu statickou záťažou ani vykonávaním extrémnych pohybov. Vykonáva izometrické cviky – posilňovanie svalov šije proti odporu vlastnej ruky. Dva až tri dni po operácii odchádza pacient do domáceho liečenia.

Po šiestich týždňoch pacient prichádza na kontrolu na neurochirurgickú ambulanciu. V tomto období je už možné aktívne rozcvičovanie maximálneho rozsahu pohybu. Násilné, prudké a extrémne pohyby nie sú vhodné, preto môžeme zväčšovanie rozsahu pohybu robiť špecificky, cielene na jednotlivé pohybové segmenty.

Kľúčové slová: Medzistavcové platničky. Pohybový režim. Vertebrogénne syndrómy. Krčná chrbtica.

Abstract

Vertebrogenic syndrome is a disease with very high annual prevalence. During the lifetime, 26-71% of the adult population can have more episodes of pain or stiffness in the

cervical spine. The treatment of disease of intervertebral discs in the cervical spine is high, but it is about 25% of patients in which is indicated surgical solution.

Nowadays are used different types of synthetic substitutes of cervical plate – the cages (cervical intervertebral fusion cage), the replacements with a mobile core (artificial disc replacement) and semidynamic replacements (dynamic cervical implant). Each of these substitution reconstructs the height level of intervertebral space. The different is the rate in which level can be replaced a physical properties of the disk, from what we expected the elimination of compensatory hypermobility of adjacent segments to surged plate and the associated development of degenerative changes.

The patient after surgery must follow the established procedures aimed at saving exercise regimen, a patient do not overload the cervical spine whit the static load or implementation of extreme movements. The patient performs isometric exercises - strengthening of the neck muscles against the resistance of his own hand. Two or three days after surgery the patient can go to home treatment.

After six weeks, the patient comes to the control to neurosurgical clinic. In this period the patient can already perform active exercises of the maximal range of motion. Violent, abrupt and extreme movements are not suitable, therefore, we can make the range of motion exercises specifically, targeted to different motion segments.

Key words: Interverbal Discs. Exercice Regimen. Vertebrogenic Syndrome. Cervical Spine.

Kontakt:
Mgr. Matúš Kozel
Prešovská univerzita v Prešove
Fakulta zdravotníckych odborov
Partizánska 1, 080 01 Prešov
&
Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48, 034 01, Ružomberok
E-mail:matus.kozel@unipo.sk

AGRESJA PACJENTÓW W STOSUNKU DO PIELĘGNIAREK

Halina Kalandyk[1], Elżbieta Guty[1]

[1] Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Stanisława Tarnowskiego w Tarnobrzegu

Streszczenie

Cel: Poznanie opinii pielęgniarek na temat agresywnych zachowań pacjentów oraz rodzajów zachowań agresywnych w stosunku do personelu medycznego.

Metody: Badaniem objęto 300 pielęgniarek i pielęgniarzy. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki w postaci kwestionariusza ankiety.

Wyniki: Biały personel często staje się ofiarą przemocy - w takiej sytuacji znalazła się większość ankietowanych, bo aż 248 osób. Najczęściej narażeni na agresję ze strony pacjentów są pracujący w szpitalach na oddziałach ratunkowych, w oddziałach kardiologicznych oraz ortopedycznych. Najczęściej stosowaną formą agresji jest: podniesiony głos – 29%, odpowiedzi wulgarne – 28%, obrażanie – 19%, podważanie umiejętności pielęgniarskich – 16%, opluwanie i popychanie – 6%.

Wnioski: Zjawisko agresji pacjentów w stosunku do pielęgniarek wpływa na funkcjonowanie zawodu pielęgniarek, dlatego też konieczne wydaje się wprowadzenie programów profilaktycznych skierowanych do środowisk medycznych, których celem mogło być zapobieganie występowanie zjawiska agresji ze strony pacjentów oraz minimalizowanie skutków jego doświadczania. Programu takie powinny być adresowane do pracodawców, których rolą jest zapewnienie bezpieczeństwa pracy, jak również do pracowników, którzy dzięki nim mogą podnosić własne kompetencje w zakresie radzenia sobie z tym zjawiskiem. Konieczna jest również modyfikacja programu nauczania pielęgniarek już na poziomie akademickim i wprowadzenia stosownych zajęć z zakresu radzenia sobie w stresujących sytuacjach interpersonalnych.

Słowa kluczowe: Pielęgniarka. Praca. Agresja, pacjent, narażenie, monitorowanie

Abstrakt

Cieľ: stanovisko Pochopenie zdravotných sestier o agresívne správanie pacientov a typov agresívneho správania vo vzťahu k lekárskym personálom.

Metodika: Do štúdie bolo zahrnutých 300 zdravotných sestier. Štúdia bola vykonaná pomocou diagnostického prieskumu využitia technológií vo forme dotazníka.

Výsledky: Biely pracovníci sa často stáva obeťou násilia - v tomto prípade bola väčšina respondentov, toľko ako 248 osôb. Najčastejšie vystavená agresiu zo strany pacientov, ktoré pracujú v nemocnici oddelení urgentného príjmu v srdcovej a ortopedické oddelenie. Najčastejšie používanou formou agresie je: zvýšil hlas - 29% vulgárne odpoveď - 28%, urážlivé - 19%, čo podkopáva ošetrovateľských zručností - 16%, pľuvanie a tlačenie - 6%.

Záver: Fenomén agresivity u pacientov v porovnaní s sestier ovplyvňuje fungovanie profesie ošetrovateľstvo, čo je dôvod, prečo sa zdá nevyhnutné zaviesť preventívne programy zamerané na lekárskej komunite, ktorého cieľom by bolo, aby sa zabránilo vzniku agresie zo strany pacientov a minimalizovať dopady svoje skúsenosti. Takýto program by mal byť adresované na zamestnávateľa, ktorého úlohou je zaistiť bezpečnosť, ako aj na zamestnancov, ktorí vďaka nim môžu zlepšiť svoje vlastné kompetencie pri riešení tohto javu. Je tiež nevyhnutné upraviť osnovy sestier už na akademickej úrovni a zavedenie vhodných aktivít v oblasti vyrovnať sa so stresovými situáciami medziľudských.

Kľúčové slová: Zdravotná sestra. Práca. Agresie. Vystavenie pacienta. Monitorovanie.

Abstract:

Target: Broaden the understanding of violent and aggressive behaviour towards medical personnel. The study emphasised on feelings of the nurses in regards to the subject of aggressive behaviour towards staff and patients as well as its types.

Methods: A diagnostic survey was conducted in accordance to experiences of 300 nurses. The study was performed by diagnostic survey of the use of technology in the form of a questionnaire.

Results: Majority of the personnel at some point becomes a victim of some type of abuse. In the conducted survey, 248 has been exposed to some kind of abuse. The highest rate of aggression was found out in emergency department, cardiac and orthopaedic wards. The most commonly used form of aggression is: raised voice - 29%, verbal abuse - 28%, insulting - 19%, disparage - 16%, spitting and other forms physical abuse - 6%.

Conclusions: The phenomenon of aggression in patients towards nurses affects the nursing profession, which is why it would seem rational to introduce prevention programs aimed at the medical community. It would focus on the elimination of the possibility of such instances and minimizing its aftermath. Such programs would addressed to employers, whose role is to ensure safe but would also include employees through participation and feedback. Scheme itself would contribute significant research dealing with this phenomenon. A necessary step in modification of the current curriculum of nurses would have to take place in educational institutions. Appropriate activities in the field as well as techniques to enhance the ability to cooperate with stressful interpersonal situations.

Key words: Nurse. Work. Aggression. Patient. Exposure monitoring.

Kontakt:
Halina Kalandyk
ul. Starzyńskiego 2/59, 35-508 Rzeszow
E-mail: halina_kalandyk@onet.eu

DRÚZY PAPILY ZRAKOVÉHO NERVU AKO PRÍČINA NÁHLEJ PORUCHY VIDENIA

Druze Optic Disc as a Cause of Sudden Visual Defect

Filip Mayer[1,2], Anna Lesňáková[3] , Darina Kružliaková[4,5] , Silvia Javorková[4,5], Karol Javorka[6]

[1] SPINN s.r.o. Ružomberok

[2] VšZaSP sv. Alžbety, Bratislava

[3] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

[4] Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN, Detská klinika

[5] Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine

[6] II. Gynekologicko-pôrodnícka klinika SZU, Banská Bystrica

Abstrakt

Drúzy papily zrakového nervu sú acelulárne drobné depozity vápnika, mukopolysacharidov a aminokyselín, nachádzajúcich sa na papile alebo v papile zrakového nervu. Môžu byť príčinou vážnych výpadkov v zornom poli, úbytku vlákien zrakového nervu a cirkulačných porúch ciliárnych tepien. Bývajú tiež spojené s viacerými vaskulárnými komplikáciami, ako oklúzia centrálnej retinálnej artérie alebo vény u rizikových pacientov a predstavujú jednu z hlavných príčin pseudoedému papily zrakového nervu. Najdostupnejšou metódou detekcie je biomikroskopia, v súčasnosti vstupujú do popredia ultrasonografia a okulárna koherentná tomografia.

V klinickej praxi sú väčšinou zisťované ako vedľajší nález pri bežnom vyšetrení, ich symptomatológia môže byť často zamieňaná za iné závažné ochorenia oka (glaukóm...) a v diferenciálnej diagnostike sa na ne mnohokrát zabúda, tým predstavujú skryté riziko.

Kľúčové slová: Drúza. Papila zrakového nervu. Poruchy videnia. Ultrasonografia.

Abstract:

Druses of the optic nerve acellular are tiny deposits of calcium, amino acids and muccopolysaccharides, situated on the papilla or the optic nerve. They may cause severe disruption of visual field loss of the fibers of the optic nerve and circulatory disorders ciliary arteries. They could also be associated with several vascular complications such as occlusion of the central retinal artery or vein in patients at risk and are a major cause of pseudoedém the optic nerve. The most affordable method of detection is biomicroscopy, now came into prominence ultrasonography and ocular coherence tomography.

In clinical practice are usually detected as an incidental finding during routine tests, their symptomatology can often be confused for other serious diseases of the eye (glaucoma ...) and in the differential diagnosis to them many times forgotten, the pose hidden risks.

Key words: Druze. Papilla of the Optic Nerve. Visual Disturbances. Ultrasonography.

Kontakt:
Filip Mayer
SPINN s.r.o. Ružomberok
E-mail: filip@spinn.sk

WIEDZA I POSTAWY RODZICÓW WOBEC STOSOWANIA „METODY KANGURA" W OPIECE NAD NOWORODKIEM PRZEDWCZEŚNIE URODZONYM

Knowledge and Attitudes of Parents Towards the use 'Methods Kangaroo "In Care of the Newborn who were Born Prematurely.

Bernadeta Kołodziej [1], Barbara Zych [1], Anna Kremska [1], Romana Wróbel [1], Elżbieta Kraśnianin [1], Justyna Żurawska [1, 2], Monika Cecuła [1, 3], Magdalena Gargała [1].

[1] Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Uniwersytet Rzeszowski
[2] Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Rzeszowie ul. Rycerska 4
[3] Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie ul. Szopena 1

Streszczenie

Wstęp. Noworodek przedwcześnie urodzony powinien mieć zapewnioną nie tylko specjalistyczną opiekę neonatologiczną, ale również bliski kontakt z rodzicem typu „skóra do skóry", ze względu na szereg korzyści, jakie ze sobą niesie ta metoda, zarówno dla kangurowanego jak i kangurującego.

Cel pracy. Praca miała na celu sprawdzenie wiedzy rodziców na temat zasad stosowania „metody kangura" oraz poznania stopnia zaangażowania rodziców w ten rodzaj opieki wykorzystywanej u noworodków przedwcześnie urodzonych.

Materiał i metoda. W badaniu uczestniczyło 100 rodziców dzieci przebywających na Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka, w 5 szpitalach na teranie województwa podkarpackiego, którzy wyrazili zgodę na uzupełnienie kwestionariusza ankiety, stworzonego na potrzeby tej pracy.

Wnioski. Uzyskane wyniki badań pozwalają stwierdzić, że wiedza rodziców na temat „kangurowania" wcześniaków jest niska. Brak wiedzy na temat tej metody okazał się najczęstszą przyczyną niepodejmowania tego rodzaju inicjatywy, której stosowanie w sytuacji nagłej zmiany stanu zdrowia dziecka powodowało u rodziców bardzo silny stres. Również czynniki utrudniające kangurowanie wynikały ze skrępowania rodziców, którzy nie mieli możliwości pierwszego wczesnego kontaktu (ze względu na zły stan dziecka) i były dla nich 2-krotnie mniej stresogenne, niż dla grupy rodziców, którzy taki kontakt mieli zapewniony.

Słowa kluczowe: Kangurowanie. Wcześniaki. Wiedza. Postawy rodziców.

Abstract

Introduction. The infant was born prematurely should be provided not only to the specialist neonatal care, but also in close contact with a parent of "skin to skin" due to a number of benefits that brings this method for both kangaroo baby and kangaroo parent.

Aim of the study. The work was aimed at checking the knowledge of parents about the rules for applying the "kangaroo method" and know the level of involvement of parents in this type of care used in preterm newborn infants.

Material and methods. The study included 100 parents of children residing on the Neonatal Intensive Care in 5 hospitals Terran Podkarpackie region who have agreed to complete a questionnaire, created for this work.

Conclusions. The obtained results allow to conclude that the knowledge of parents about the "Kangaroo" prematurity is low. Lack of knowledge about this method proved to be the most common reason for not taking this kind of initiative, the application of which in the case of sudden changes in the health status of the child's parents resulted in a very strong stress. Also, factors hindering Kangaroo resulted from the embarrassment of parents who were not able to contact the first early (due to the bad condition of the child) and for them were 2 times less stressful than for a group of parents who have provided such contact.

Keywords: Kangaroo, premature babies, knowledge, attitudes of parents

Wstęp

Narodziny dziecka przed czasem stanowią istotny problem w medycynie perinatalnej. Jednakże ciągły postęp w neonatologii pozwala ratować nawet najbardziej niedojrzałe noworodki, niemniej jednak nauka stara się przede wszystkim zmniejszyć częstość występowania zjawiska jakim jest wcześniactwo. Kangurowanie jest jedną z metod terapii w opiece nad wcześniakami. Staje się coraz popularniejsza, ze względu na swoją prostotę, niewielkie nakłady finansowe oraz korzyści jakie przynosi jej stosowanie. Podstawą tej metody jest bezpośredni kontakt (skóra do skóry) między noworodkiem a osobą kangurującą, wyłączne karmienie piersią (o ile jest to możliwe) oraz kontynuacja kangurowania po wypisie ze szpitala.

Kangurowanie (KMC - *Kangoroo Mother Care*) jest uznaną metodą terapii w opiece nad noworodkiem/wcześniakiem. Główną składową tej metody jest zapewnienie bezpośredniego, ciągłego kontaktu („skóra do skóry”) pomiędzy noworodkiem a matką/ojcem lub osobą wyznaczoną przez rodziców dziecka. Noworodek utrzymywany jest w pozycji pionowej lub półpionowej na klatce piersiowej, przylegając częścią swojego ciała do skóry matki. W celu zapobiegania utracie ciepła przez noworodka kangurowany jest pod ubraniem matki, dodatkowo może mieć założoną czapeczkę i pieluchę. Kontakt skóra do skóry jest najważniejszą, chociaż nie jedyną składową kangurowania. Jej pozostałe 2 elementy to

wyłączne karmienie noworodka piersią (jeśli jest to możliwe) oraz wczesny wypis ze szpitala, pod warunkiem ścisłego przestrzegania zaleceń dotyczących kangurowania w warunkach domowych [1, 2, 4, 12, 15].

Program Matki Kangurzycy został zapoczątkowany w 1979 r. w Instytucie Matki i Dziecka w Bogocie. Inicjatorami byli dr Edgar Rey i dr Hector Martinez [13].

Początki kangurowania rozpoczął niedostatek i brak możliwości zapewnienia wszystkim noworodkom odpowiedniego poziomu opieki. Wysoka śmiertelność nowo narodzonych dzieci oraz niedobory finansowe skłoniły naukowców do zwrócenia uwagi na praktyki stosowane od tysięcy lat przez ludy pierwotne Afryki [15].

Pozytywne obserwacje wstępne oraz szereg późniejszych badań wskazały jednoznacznie na korzystne skutki kangurowania, zwłaszcza w odniesieniu do noworodków urodzonych przedwcześnie i z niską masą urodzeniową (LBW). Celem tej metody jest nie tylko poprawa stanu zdrowia dziecka w perspektywie krótko i długoterminowej, ale i wsparcie rodziców i opiekunów w rozwijaniu umiejętności, niezbędnych do przejęcia pełnej odpowiedzialności za fizyczne i emocjonalne potrzeby noworodka [15].

Kangurowanie stało się dopełnieniem karmienia piersią, które we współpracy WHO i Funduszem Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) w 1989 roku wsparło „Ochronę, propagowanie i wspieranie karmienia piersią" jako projekt inicjatywy „Szpital przyjazny dziecku". Polska od 1 sierpnia 1990 roku wraz z 29 innymi krajami podpisała we Florencji *Deklarację Innocenti*, której podstawową zasadą jest realizowanie 10 kroków do udanego karmienia piersią [7].

Rekomendacje do stosowania metody kangura są uniwersalne - obejmują wszystkie noworodki wymagające opieki, niezależnie od ich urodzeniowej masy ciała i stopnia dojrzałości (z wyjątkiem ekstremalnych przypadków, kiedy niezbędna jest intensywna terapia) [15].

Wszystkie dzieci urodzone przed terminem i z niską masą urodzeniową należy jak najwcześniej układać przy piersi matki, nawet jeżeli nie występuje u nich odruch szukania i ssania (wsparcie laktacji). Jeżeli noworodek nie jest zdolny do bezpośredniego ssania piersi, konieczna jest stymulacja wytwarzania siary oraz karmienie nią noworodka przy pomocy łyżeczki, kubka, strzykawki lub sondy dożołądkowej [15].

Preferowanym rutynowym ułożeniem dziecka jest pozycja kangura (KP - *kangoroo position*), ze względu na stan fizjologiczny i behawioralny dzieckai rodzica. Odstąpienie od tej pozycji powinno mieć miejsce jedynie w uzasadnionych przypadkach. Również samo kangurowanie nie może zastąpić podstawowej opieki nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym, może jednak przyczyniać się w istotny sposób do poprawy parametrów fizjologicznych [15].

Optymalną formą opieki dla noworodka jest kontakt z matką (skóra do skóry), stanowi on zasadniczy element wywierający istotny wpływ na proces zdrowienia dziecka, częstość występowania powikłań i czas jego hospitalizacji [2, 13].

Również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca kontakt „skóra do skóry" jako jeden z dziesięciu kroków do skutecznego karmienia piersią. Dlatego jeszcze na sali porodowej, powinno się zachęcać kobiety do podjęcia wczesnego kontaktu z dzieckiem, niezależnie od składowych deklaracji co do karmienia piersią [5].

KMC jest dobrym sposobem wzmacniania uczuć rodzicielskich ułatwiających obojgu rodzicom adaptację do nowej sytuacji. Matki, które decydują się na kangurowanie swojego dziecka, łatwiej radzą sobie ze stresem związanym z porodem przedwczesnym, szybciej wyzbywają się przekonania poczucia winy o swojej niekompetencji w porównaniu z matkami, które w ogóle nie kangurowały. Wzrasta ich pewność siebie. Nabycie umiejętności odpowiedniej pielęgnacji i karmienia dziecka zwiększa poziom satysfakcji obojga rodziców. Ponadto ojcowie chętniej uczestniczą w KMC, nawiązują dzięki temu silną więź emocjonalną z dzieckiem, czują się za nie odpowiedzialni, a przy tym obniża się u nich poczucie lęku i zdecydowanie lepiej odnajdują się w roli ojca. Ojcowie uczestniczący w kangurowaniu mają wyższą wrażliwość na potrzeby swojego dziecka, nawiązują z nim pozytywne relacje [1, 6, 8, 10, 11, 13, 15].

Kangurowanie powinno rozpocząć się jak najwcześniej (zaraz po porodzie), rozpoczynając od przejścia (włączając ochronę termiczną) noworodka ze środowiska in utero, a przy odpowiednim i dostępnym wsparciu powinno być kontynuowane przez całą dobę i kolejne dni (zależne od okoliczności), do momentu, gdy noworodek będzie stabilny i nie będzie wymagał bliskiego kontaktu do utrzymania prawidłowej temperatury. W niektórych sytuacjach u noworodków stosuje się przerywaną KMC (I- KMC), lub ciągłą (C- KMC) metodę. Niewątpliwie czas trwania poszczególnych sesji oraz ich rozkład uzależniony jest od reakcji fizjologicznych i behawioralnych noworodka i rodzica [15].

Unika się oddzielenia dziecka od matki gdyż KMC powinno służyć również zaspakajaniu potrzeb psychologicznych rodziny. Kangurowanie może być wykonywane przez matkę i ojca, a w szczególnych przypadkach przez wąskie grono odpowiednio przeszkolonych członków rodziny lub bliskich znajomych [15].

Wszystkie placówki zajmujące się leczeniem i opieką nad dzieckiem powinny posiadać i wdrażać protokoły kangurowania, obejmujące dzieci zdrowe, chore, urodzone przedwcześnie i z niską urodzeniową masą ciała. Wszystkie kobiety ciężarne i najbliżsi członkowie rodzin powinni zostać zapoznani z korzyściami stosowania KMC oraz możliwościami danej placówki w zakresie ww. metody. Schematy i opis metody kangura powinien być dostępny na wszystkich poziomach zinstytucjonalizowanej opieki medycznej [15].

Personel świadczący opiekę medyczną powinien posiadać wiedzę na temat kangurowania, wynikającą z zakresu obowiązków zawodowych. Ponadto konieczne jest opanowanie przez personel medyczny umiejętności niezbędnych do promocji i wdrażania zasad KMC na odpowiednim poziomie, aby model opieki oparty na metodzie kangura był skuteczny, osoby świadczące opiekę w jego zakresie muszą posiadać permanentne przeszkolenie [15].

Cel pracy

Celem pracy jest zbadanie wiedzy i postaw rodziców wobec stosowania metody kangura nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym.

Prowadzone badania obrazują poziom wiedzy, znajomość zasad stosowania metody kangura oraz podejmowane przez rodziców działania na rzecz kontaktu z noworodkiem przedwcześnie urodzonym. Zaś praktycznym aspektem badań jest towarzyszący poziom stresu rodzicom wcześniaków i ocena jego nasilenia podczas podejmowania przez nich kontaktu „skóra do skóry"

Materiał i metody

Metodą gromadzenia materiału empirycznego jest sondaż diagnostyczny, techniką – ankieta, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety opracowany na podstawie aktualnej literatury przedmiotu.

Kwestionariusz ankiety skierowany do rodziców został podzielony na 3 części składowe:

- Instruktaż – zawierający wprowadzenie dla respondenta, informujące go o temacie, celu badania, anonimowości, sposobie wypełniania kwestionariusza wraz z informacją o osobie przeprowadzającej badanie,
- Pytania właściwe – w liczbie 19 pytań właściwych dotyczących rozłożonego problemu badawczego. Ze względu na formę pytań w ankiecie znajduje się 14 pytań zamkniętych i 5 półotwartych. W 10 pytaniach osoby ankietowane miały możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi,
- Metryczkę – zawierającą zestaw pytań o istotne dla badań cechy demograficzno-społeczne takie jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, liczbę posiadanych dzieci, warunki bytowe.

Badania ankietowe zostały przeprowadzone na przełomie stycznia – marca 2013 roku wśród rodziców dzieci przebywających w tym czasie na oddziale Intensywnej Terapii Noworodka.

Badania ankietowe zostały przeprowadzone wśród rodziców 5 szpitali: Wojewódzkiego Szpitala Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Fryderyka Chopina, Szpitala Specjalistycznego PRO-FAMILIA w Rzeszowie, Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie oraz Szpitala Powiatowego im. Edmunda Biernackiego w Mielcu.
Ogółem uzyskano 100 prawidłowo wypełnionych kwestionariuszy ankiety, w oparciu o które dokonano analizy ilościowej i jakościowej.

Wyniki

Zdecydowaną większość badanej populacji stanowiły kobiety - 80%, (mężczyźni - 20%) zamieszkujące zarówno obszary wiejskie (50%) jak i miejskie (50%). Ponad połowę (62%) ankietowanych stanowili rodzice w wieku 25-34 lat, nieco mniej w przedziale 35-44 lat - 20%, do 24 r. ż. - 16% i powyżej 45 r. ż. - 2%.

Ankietowani rodzice w większości przypadków deklarowali ukończone studia magisterskie-35%. Również badana grupa rodziców w zdecydowanej większości przypadków (65%) deklarowało dobre warunki bytowe podczas gdy trudną sytuację materialną wskazywało 4% ankietowanych.

W ponad połowie (66%) przypadków poród aktualnie urodzonego dziecka (pierwszego - 53%) zakończył się cięciem cesarskim między 32-37 tygodniem ciąży (54%).

Nieco ponad połowa respondentów (53%) posiada tylko 1 dziecko, co trzeci (35%) badany - dwójkę. Zaledwie co ósmy (12%) respondent posiadał 3 lub więcej potomstwa.

Największa liczba ankietowanych (32%) uważała że pierwszy kontakt matki z dzieckiem powinien trwać 5-15 min, niewiele mniej bo 25% rodziców uważało, że czas jego trwania powinien być od momentu porodu aż do wypisu dziecka i matki ze szpitala. W dalszej kolejności wymieniano optymalny czas pierwszego kontaktu matki z dzieckiem od 30 minut-1 godziny (18%) i od 1godziny do 2 (12%). Natomiast w 13% przypadków rodzice wypełniający ankietę przyznali, że nie znają odpowiedzi na to pytanie.

W opinii prawie połowy (43%) respondentów kontakt matki z dzieckiem podczas wykonywania bolesnych procedur powinien zostać przerwany. Co 3 badany rodzic (38%) deklaruje nieprzerywanie kontaktu ze swoim dzieckiem podczas wykonywania u niego procedur związanych z naruszeniem ciągłości tkanek. W co 5 przypadku (19%) rodzice nie znali odpowiedzi na to pytanie.

Według 33% ankietowanych rodziców kangurowanie to ciągły trwający prawie całą dobę kontakt „ciało do ciała” stosowany u noworodków z małą urodzeniową masą ciała oraz stabilnym stanem, niewiele mniej badanych (30%) uważa jest to kontakt „skóra do skóry” stosowany wyłącznie u noworodków urodzonych o czasie. Co szósty (16%) rodzic kangurowanie uważa za metodę stosowaną na Oddziale Intensywnej Terapii mającą na celu

jedynie stabilizację pozycji dziecka. Z kolei 2% z nich uważa metodę za charakterystyczny sposób poruszania się kangurów. W co piątym przypadku (19%) rodzice nie znali odpowiedzi na to pytanie.

Najczęstszym wskazywanym przez rodziców źródłem wiedzy na temat kangurowania jest personel medyczny (59%). Z Internetu czerpało swoją wiedzę 39% ankietowanych rodziców, a z prasy 22%. W 17% przypadków informacji na temat kangurowania dostarczyła ankieta, a 10% - rodzina i znajomi. W pozostałych przypadkach (4%) ankietowani rodzice wskazywali szkołę rodzenia.

Ponad połowa (57%) ankietowanych rodziców uważa że metodę kangura można stosować u noworodków z małą masą ciała, wydolnych oddechowo i krążeniowo. W opinii co czwartego respondenta metodę kangura stosuje się u noworodków z małą masą urodzeniową i zastosowanym wsparciem oddechowym (27%) oraz u wszystkich noworodków niezależnie od masy ciała i stanu klinicznego (26%). Według 10% badanych metoda jest stosowana u noworodków masą ciała poniżej 1000g. W 19% przypadków rodzice nie znali odpowiedzi na pytanie związane ze stosowaniem metody w zależności od stanu noworodka.

Według zdecydowanej większości 94% rodziców kangurować może matka i ojciec. W niewielkim odsetku przypadków wymieniano babcie/dziadka (16%) i personel medyczny (8%). Grupa 6 badanych nie znała odpowiedzi na to pytanie.

Według 84% badanych rodziców kangurowanie powinno się rozpocząć jak najwcześniej o ile pozwala na to stan dziecka. Z kolei 29% badanych uzależnia wczesny kontakt od stanu zdrowia matki. Co dziewiąty rodzic (14%) nie wiedział jaki jest czas rozpoczęcia kangurowania. Żadna z badanych osób nie udzieliła odpowiedzi wskazującej na rozpoczęcie kangurowania dopiero w domu.

Ponad połowa respondentów (60%) uważa że, czas trwania pojedynczej sesji kangurowania nie ma znaczenia dla procesu zdrowienia ich dziecka, twierdzą że liczy się sam fakt kangurowania. Co piąty (28%) ankietowany rodzic uważa że, istotny jest czas trwania jednej sesji kangurowania i powinien trwać minimum 65 minut. Dla 6% rodziców metodę tę należy stosować najlepiej 24h przez 7 dni w tygodniu. Wśród rodziców nie posiadających zdania na temat czasu trwania pojedynczej sesji kangurowania znalazło się 24% badanych.

Zdecydowana większość rodziców (69%) uważa, że noworodek w trakcie kangurowania powinien ściśle przylegać skórą do skóry „kangura" leżąc na jego klatce piersiowej. Nieco mniej badanych twierdzi że odpowiednie ułożenie ciała dziecka to takie, w którym ma wszystkie kończyny przygięte (39%) lub ma założoną pieluszkę na pośladki (37%). W 23% przypadków za wystarczające przygotowanie uważa zabezpieczenie noworodka w rękawiczki, czapeczkę i skarpetki. Jedynie w 2% przypadków noworodek powinien ściśle przylegać swoim ubraniem do ubioru osoby go trzymającej.

Według zdecydowanej większości rodziców najważniejszymi warunkami do rozpoczęcia kangurowania jest stabilny stan dziecka (88%) oraz chęć i zgoda rodziców na rozpoczęcie tego typu kontaktu (80%). Posiadanie przez rodzica odpowiedniej wiedzy na temat ”metody kangura” i chęć karmienia podczas kangurowania wskazywało kolejno 32% i 29%. W 16% przypadków rodzice wskazali masę ciała dziecka powyżej 1000g. Grupie 2% badanych nie były znane warunki rozpoczęcia kangurowania.

Według opinii rodziców najważniejszymi przeciwwskazaniami do kangurowania dziecka jest choroba osoby kangurującej (82%) oraz skrajne wyczerpanie noworodka (80%). Wśród kolejnych przeciwwskazań do kangurowania noworodka rodzice wymienili intubację i mechaniczną wentylację (50%), parametry życiowe noworodka przekraczające granice norm fizjologicznych (38%), palenie papierosów (22%) oraz brak chęci i doświadczenia personelu (15%). Przeciwwskazań do rozpoczęcia kangurowania noworodka nie znało 8% badanych.

Wśród zdecydowanej większości opinii rodziców kangurowanie w największym stopniu wpływa na rozwijanie więzi emocjonalnej u dziecka (80%). Wśród równie istotnych korzyści kangurowania rodzice wskazywali na: zdrowienie dziecka (73%), rozwój ojcowskich uczuć (64%), wzbudzenie laktacji (61%), rozwijanie umiejętności rodzicielskich (60%), wydłużenie czasu trwania głębokiego snu (57%), zmniejszenie liczby bezdechów (39%). Z kolei 4% badanych twierdzi że, kangurowanie nie przynosi żadnych korzyści.

Ponad połowa (63%) ankietowanych nie widzi zagrożeń w kangurowaniu dla noworodków urodzonych przedwcześnie, z kolei 27% badanych uważa że metoda kangura może sprzyjać wychłodzeniu organizmu dziecka, a 10% - nagłym wybudzeniom ze snu. Na zwiększony stres u dziecka (9%) i częste występowanie infekcji układu pokarmowego dziecka (9%) wskazuje co 14 rodzic. Znikomy odsetek odpowiedzi stanowiły: wzrost poziomu stresu u rodziców i zaburzenie więzi emocjonalnej między rodzicami a dzieckiem (4%), wzrost odczuwania bólu u dziecka (2%) i zwiększona liczba bezdechów (2%).

W celu oceny rodziców na temat stosowania „metody kangura” w opiece nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym, wzięto pod uwagę 11 pytań, charakteryzujący poziom wiedzy. Największe trudności wśród rodziców sprawiły pytanie o czas trwania pierwszego kontaktu matki z dzieckiem, stan noworodka umożliwiający zastosowanie metody kangura, znaczenie pojedynczej sesji kangurowania dla rodzica/dziecka – odsetek błędnych odpowiedzi przekroczył 75%

Nieco lepiej wypadły odpowiedzi na pytanie o warunki do rozpoczęcia do kangurowania, korzyści i zagrożenia oraz przeciwwskazania do rozpoczęcia sesji 65,79% błędnych odpowiedzi).

Możliwości kontaktu z dzieckiem przez pierwsze 2 godziny po porodzie miało jedynie 39% badanych rodziców. Prawie połowa (49%) rodziców nie miała zapewnionego wczesnego 2-godzinnego kontaktu ze swoim dzieckiem, ze względu na jego zły stan zdrowia. W 6%

przypadków pierwszy kontakt z dzieckiem nie został podjęty pomimo jego dobrego stanu. Pozostała grupa ankietowanych (6%) w tym rodzice, którzy mieli możliwość kontaktu z dzieckiem po porodzie, ale krótszego niż 2 godziny (4%) i 2% ankietowanych nie wiedziało czy taki kontakt miał miejsce.

Ponad połowa (53%) ankietowanych rodziców przyznaje że kanguruje, podczas gdy 51% z nich zamierza kontynuować tę metodę stymulacji dziecka po wyjściu ze szpitala. Niestety aż 49% nie kanguruje, jednak w 18% przypadków po wyjściu do domu zamierza kangurować swoje dziecko. W 2% przypadków rodzice pomimo kangurowania swojego dziecka w szpitalu, nie zamierzają kontynuować tej metody w domu.

Głównym powodem niepodejmowania kontaktu z dzieckiem za pomocą metody kangura był brak wiedzy na temat tej metody (23%) i strach przed wywołaniem bólu u dziecka (21%). Brak propozycji ze strony personelu o takiej możliwości, było przyczyną niekangurowania u 11% ankietowanych, a ze względu na inne powody: niestabilny stan dziecka (10%). U 4% rodziców przeszkodą był brak warunków w szpitalu (brak fotela).

Jak wynika z oceny postawy rodziców wobec kangurowania, zdecydowaną większość rodziców po porodzie przez cięcie cesarskie (35%) deklarowało kangurowanie swojego dziecka po wyjściu ze szpitala w porównaniu z rodzicami dzieci urodzonymi siłami natury (16%). Podobne deklaracje w zakresie stosowania ww. metody, pomimo że nie była ona stosowana w szpitalu, znacznie korzystniej wyszła wśród rodziców dzieci urodzonych przez cięcie cesarskie (12%) w porównaniu z rodzicami dzieci urodzonych siłami natury (6%).

Postawa rodziców wobec możliwości przystawienia noworodka do piersi przez pierwsze 2 godziny po porodzie zarówno po porodzie siłami natury jak i cięciu cesarskim była uzależniona od stanu noworodka. Znacznie częściej ze względu na komplikacje z adaptacją noworodka do życia pozamacicznego spotykali się rodzice, których poród ukończył się drogą CC (37%) w porównaniu do dzieci z porodu siłami natury (12%). Niestety wśród badanych rodziców zdarzyły się sytuacje w których pomimo dobrego stanu noworodka został przerwany, wczesny kontakt (po porodzie siłami natury – 4% w porównaniu do cięcia cesarskiego – 2%).

Rodzice kangurujący określając czynniki utrudniające im kangurowanie w stopniu nasileniu stresu najwyżej (5-bardzo silny stres) stresogennie ocenili nagłą zmianę stanu zdrowia dziecka (50,9%) oraz procedury, jakim było poddawane dziecko (32,1%). Silny stres (stopień 4) u rodziców kangurujących swoje dzieci wywoływała obecność sprzętu medycznego, do którego było podłączone ich dziecko (28,3%). Zarówno skrępowanie wynikające z obecności na sali wielu osób personelu medycznego lub rodziców innych chorych dzieci (17%) oraz skrępowanie wynikające z nagości (24,5%) wywoływały umiarkowany stres (3-stopień) wśród rodziców kangurujących swoje dzieci. Wyżej opisane problemy nie występowały u 49,1% rodziców.

Podczas kangurowania, nagła zmiana stanu zdrowia dziecka wywoływała uczucie bardzo silnego stresu (5) w doświadczeniu aż 57,69% rodziców, którzy nie mieli możliwości kontaktu z dzieckiem (karmienia piersią/kangurowania) w czasie 2 godzin po porodzie. Nieznacznie mniejsza grupa ankietowanych (44,44%) mających taką możliwość odczuwało stres na tym samym poziomie (5). Obecność sprzętu medycznego znajdującego się w bliskim otoczeniu dziecka, była przyczyną silnego stresu (4) u 30,76% rodziców pozbawionych pierwszego bliskiego kontaktu z dzieckiem oraz u rodziców, którzy mieli szansę na tego typu zachowanie – 25,92%. Co czwarty ankietowany (40,77%) pozbawiony pierwszego kontaktu z dzieckiem odczuwał stres w umiarkowanym stopniu nasilenia (3), wynikający ze skrępowania z powodu nagości podczas kangurowania. Dla rodziców, którzy nie mieli szansy kangurować/przystawić do piersi przez pierwsze 2 godziny po porodzie, problem skrępowania wynikającego z nagości (69,23%)i z obecności wielu osób (61,53%) na sali w trakcie kangurowania, był 2-krotnie mniej istotny niż dla rodziców którzy taki kontakt mieli zapewniony (29,23% i 27,03%).

Dyskusja

Światowa organizacja Zdrowia (WHO) i Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) w 1989 r. zapoczątkowały inicjatywę „Szpital Przyjazny Dziecku" oraz wydały wspólne oświadczenie „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią – szczególna rola placówek służby zdrowia". Podstawową zasadą tej inicjatywy jest realizowanie 10 kroków do Udanego Karmienia Piersią" [7, 12]. Celem ich wprowadzenia było ułatwienie dziecku adaptacji do środowiska pozamacicznego, pomoc w tworzeniu więzi między matką a dzieckiem oraz wsparcie w karmieniu piersią.

Na podstawie wyników własnych oraz badań innych autorów można stwierdzić, że 10 koków do Udanego Karmienia Piersią jest stosowane – 40% matek miało zapewniony pierwszy kontakt ze swoim dzieckiem przez pierwsze dwie godziny po porodzie. W pozostałych przypadkach ankietowani nie mieli takiej możliwości ze względu na zły stan dziecka, lub brak wiedzy na temat podjęcia takiej inicjatywy. Niebagatelne znaczenie dla badania może mieć sytuacja, że w większości przypadków, brały w niej udział kobiety, (66%) których porody zakończyły się cięciem cesarskim.

Augustyniuk K. i wsp. [3] przeprowadzili podobne badania na oddziale położniczym w „Szpitalu Przyjaznym Dziecku". Brało w nim udział 400 położnic. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety w wieku 24-29 lat (46%), posiadające wyższe wykształcenie (47,25%), które skorzystały z możliwości kontaktu „skóra do skóry" po porodzie (82,75%). Pozostałe 17,25% badanych położnic nie miało szansy na bliski kontakt ze swoim dzieckiem, ze względu na zakończenie porodu cięciem cesarskim, wcześniactwo i choroby dziecka.

Podobne badania prowadziła Lessing-Pernak J. [8] dotyczące znaczenia przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania. Przebadała ona 56 diad matka-dziecko. Grupę badanych stanowiły kobiety w wieku od 23–45 lat, które były matkami dzieci w wieku od 9 miesiąca do 5 lat. Większość z nich miała wykształcenie średnie (51%) i była zamężna (86%). Aż 48% kobiet ankietowanych otrzymało znieczulenie podczas porodu, w tym 18% - podczas cięcia cesarskiego. Matki, które nie miały możliwości pierwszego kontaktu z dzieckiem przez pierwszą godzinę po porodzie w porównaniu z matkami, które miały taką szansę, po porodzie rzadziej karmiły piersią, a jeśli podejmowały one inicjatywę karmienia piersią to zwykle przez krótki okres czasu, częściej dokarmiały swoje dzieci, odczuwały mniejszą satysfakcję z macierzyństwa, częściej skarżyły się na kolki u swoich dzieci oraz obserwowały u nich niespokojny sen.

Na poziom wiedzy i znajomość zasad stosowania kangurowania wśród rodziców oraz wdrażania tej metody w praktyce ma personel położniczy.

W badaniach Pityńskiej K. i wsp. [14] brało udział 70 osób personelu pielęgniarskiego pracujących na oddziałach: położniczo-noworodkowym i intensywnej opiece neonatologicznej w szpitalach w Rzeszowie. Badania miały na celu ocenę stopnia wiedzy i postawy personelu wobec metod wczesnej stymulacji rozwojowej noworodka. Najliczniejszą grupę respondentek stanowiły położne w wieku 36-45 lat (53%) legitymujące się wykształceniem średnim (29%) i wyższym (29%), z ponad 20-letnim stażem pracy (57%). Z wyżej opisanych badań wynika, że ponad połowa (62,9%) położnych inicjuje przystawienie dziecka do piersi w ciągu dwóch pierwszych po porodzie, podczas gdy 37,1% nie podejmuje tego kontaktu.

Polskie i amerykańskie statystyki podają, że ponad 70% matek karmi piersią swoje dzieci, około 36% karmi do 6 miesiąca życia dziecka, a 17% nawet przez cały rok. Odsetek kobiet, które rozpoczynają karmienie piersią w pierwszych godzinach i dniach życia swoich dzieci, sięga 90% [7].

W badaniach własnych, co czwarty ankietowany rodzic (25%) wiedział, że pierwszy kontakt matki z dzieckiem powinien trwać od momentu urodzenia do wypisu dziecka ze szpitala. Od 5-15 min - takiej odpowiedzi udzieliło 32% badanych, od 30 min-1 godziny - 18%, od 1-2 godzin- 12%. Na pytanie to nie znało odpowiedzi 13% badanych.

W badaniach Pityńskiej K. i wsp. [14] czas trwania pierwszego kontaktu matki z dzieckiem poprawnie wskazywało 60% położnych. Pozostałe wskazywane przez personel pielęgniarski odpowiedzi to 5-15 min – wg. 15,7% badanych, do 2 godzin tzw. wczesnego połogu - 12,9%, 1-2 godziny - 8,6%, od 30 min-1 godziny - 1,4%.

Kangurowanie to położenie nagiego (zazwyczaj ubranego tylko w pieluszkę) dziecka na nagiej klatce piersiowej rodzica i pozostawienie go w takiej pozycji na wiele godzin dziennie [10].

„Metoda Kangura” to ciągły, trwający prawie całą dobę kontakt „ciało do ciała” z częstym, wyłącznym lub prawie wyłącznym karmieniem piersią. Stanowi on alternatywę do konwencjonalnej opieki neonatologicznej nad noworodkiem z małą urodzeniową masą ciała (LBW), pod warunkiem, że jest on oddechowo, krążeniowo i żywieniowo stabilny [12].

Z badań własnych wynika, że tylko 33% badanych rodziców znało prawidłową definicję kangurowania, natomiast wyniki badań Pityńskiej K i wsp. [14] mówią, że tylko 5,7% badanych położnych wskazało prawidłowe określenie „metody kangura”.

W pracy Augustyniuk K. i wsp. [3], co piąta położnica (21,25%) nigdy nie spotkało się z tym określeniem.

Podczas wykonywania nieprzyjemnych i bolesnych dla dziecka procedur medycznych, zalecane jest, aby był on kangurowany w trakcie ich trwania w celu uspokojenia i zmniejszenia bólu. Jak wynika z badań własnych niestety aż 43% rodziców uważa, że kontakt między matką a dzieckiem podczas wykonywania procedur medycznych powinien zostać przerwany.

Również opinie personelu medycznego w tym zakresie są zróżnicowane. W badaniach Pityńskiej K. i wsp. [14] duża grupa położnych (61,4%) uważa, że na czas wykonywania różnych procedur medycznych u matki (po porodzie) kontakt nie powinien być przerywany, natomiast 38,6% twierdzi inaczej, argumentując to osłabieniem matki po porodzie.

W badaniach własnych ponad połowa (57%) badanych rodziców wiedziała, że kangurowanie może być stosowane u noworodków z małą masą urodzeniową, wydolnych oddechowo i krążeniowo (podobnie grupa położnych – 60,9%). Co czwarty (27%) ankietowany rodzic twierdził, że można stosować tę metodę u noworodków z małą masą urodzeniową ciała i zastosowanym wsparciem oddechowym (grupa położnych- 47,8%). Intubacja i mechaniczna wentylacja jest przeciwwskazaniem do kangurowania dla połowy (50%) badanych rodziców.

W badaniach własnych aż 47% osób nie kangurowało swoich dzieci, podobnie kształtowały się wyniki badań przeprowadzone przez Augustyniuk K. i wsp. [3] (nie kangurowało - 47% badanych).

Położne badane przez Pityńską K i wsp. [14] uważają, że w szpitalach, w których pracują, stosuje się kangurowanie – 65,7% a w 34,3% temu zaprzecza.

Posiadanie przez rodziców wiedzy na temat kangurowania, okazało się bardzo istotne dla inicjacji kangurowania. W opinii 32% badanych rodziców posiadana wiedza na temat kangurowania jest warunkiem podjęcia tego typu inicjatywy, podczas gdy jej brak u 23% rodziców był przyczyną niepodjęcia kontaktu z własnym dzieckiem. Inne równie ważne przyczyny niekangurowania to: strach przed wywołaniem bólu u dziecka (21%), brak propozycji ze strony personelu (11%) i inne (niestabilny stan dziecka oraz brak warunków w szpitalu - 4%).

Wśród przyczyn nieinicjowania kontaktu „skóra do skóry” przez położne w badaniach Pityńskiej K. i wsp. były: brak przygotowania oddziału - 92,9%, brak chęci - 42,9, brak doświadczenia - 35,7%. Żadna położna nie wskazała na brak dostatecznej wiedzy. Wymieniane przez rodziców i położne przyczyny, pokazują istotną rolę położnej w przekazywaniu informacji na temat kangurowania, tym bardziej, że rodzice wskazują na personel medyczny (59%) jako podstawowe źródło czerpania wiedzy dotyczącej tej metody.

W badaniach Pityńskiej K. i wsp. [14] położne określiły swoją wiedzę odnośnie kangurowania w 77,1% jako wystarczającą, 5,7% - niewystarczającą, 17,1% położnych przyznaje, że należy ją uzupełnić. Natomiast wśród najczęściej wymienianych źródeł informacji na temat kangurowania była literatura medyczna (92,9%), konferencje (62,9%), szkolenia wewnątrzzakładowe (55,7%) i czasopisma (51,4%).

Rodzice narażeni są na długotrwały stres spowodowany przedwczesnymi narodzinami lub przyjściem na świat chorego dziecka. Nawet podczas kangurowania pod nadzorem fachowej opieki personelu medycznego rodzice odczuwają silny stres. Ta sytuacja jest dla nich bardzo trudna, dlatego położna powinna otoczyć szczególną opieką również rodziców, wspierając ich, informując i pomagając im realizować się w ich roli.

Łuczak-Wawrzyniak J. i wsp. [9] przeprowadzili badania wśród 97 rodziców. Badali min. obecny u nich stres wynikający z narodzin wcześniaków, dzieci z wadami rozwojowymi i z ostrymi objawami zagrożenia życia. Rodzice określali poziom stresu, jaki towarzyszył im w tej sytuacji w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczał najniższy stres a 5 – najwyższy. Ponad połowie badanych (56%) towarzyszył jego najwyższy poziom (5), a na poziomie 4 – doświadczyło go 22% rodziców.

We własnych badaniach posłużono się również skalą stopnia stresu, której celem, była próba oceny przez rodziców czynników utrudniających im kangurowanie. Dla połowy „kangurów” (50,9%) nagła zmiana stanu zdrowia podczas sesji kangurowania powodowała u nich wystąpienie stresu na najwyższym poziomie (5), jak również procedury, jakim było poddawane dziecko podczas tej metody stymulacji - 32,1% rodziców oceniło również na najwyższy poziom (5).

Wnioski

1. Wiedza rodziców na temat stosowania „metody kangura” u noworodków przedwcześnie urodzonych jest niska i wymaga uzupełnienia.
2. Możliwość podjęcia przez rodziców wczesnego 2 godzinnego kontaktu ze swoim dzieckiem po jego narodzinach miał zaledwie, co 4 badany rodzic (39%).
3. Niewiele ponad połowa (53%) badanych rodziców kangurowała swoje dzieci w szpitalu. Kontynuację tego kontaktu po wyjściu ze szpitala zadeklarowali wszyscy rodzice dzieci

urodzonych przez cięcie cesarskie, podczas gdy 2% rodziców dzieci urodzonych siłami natury definitywnie zaprzeczyło kontynuowaniu tej inicjatywy w warunkach domowych.

4. Wśród najczęściej wymienianych przyczyn niepodejmowania przez rodziców kangurowania był brak wiedzy na temat tej metody (23%).
5. Najwyższy poziom stresu (5) towarzyszył ponad połowie (50,9%) kangurujących rodziców w sytuacji nagłej zmiany stanu zdrowia dziecka.
6. Czynniki utrudniające kangurowanie wynikające ze skrępowania rodziców, którzy nie mieli możliwości pierwszego wczesnego kontaktu (ze względu na zły stan dziecka) były dla nich 2-krotnie mniej stresogenne, niż dla grupy rodziców, którzy taki kontakt mieli zapewniony.
7. Szkolenia rodziców, dzieci przebywających na OITN wydają się celowe, ze względu na jakość sprawowanej opieki nad wcześniakiem oraz komfort psychiczny i fizyczny rodziców i dzieci, przystosowujących się do życia pozamacicznego.

Bibliografia

1. AGRAWAL P. Kangurowanie - uzupełniająca metoda opieki nad wcześniakami. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2011, 4, str. 32-34.
2. AGRAWAL P. Optymalny poród-wyzwania współczesnego położnictwa. Materiały konferencyjne Wrocław 24-25 września 2010, str. 31-48.
3. AUGUSTYNIUK K. JURCZAK A., GROCHANS E. ĆWIEK D. Sposoby komunikacji matki i dziecka w okresie poporodowym na przykładzie oddziału położniczego. Family Medicine & Primary Care Review 2011, 4, str. 673-677.
4. BROSOWSKA B, 1, KOWALCZYK R, GLIŃSKA J. Wiedza pielęgniarek neonatologicznych na temat „Programu wczesnej stymulacji i opieki rozwojowej noworodka" Problemy Pielęgniarstwa 2007, 15, str. 262-266.
5. IWANOWICZ J. Noworodek i jego rodzina, Praktyka położnicza, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012.
6. KMITA G. Rodzice i ich przedwcześnie urodzone dziecko. [w] Helwich E (red). Wcześniak. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2002, str. 111-125.
7. KORNACKA K. M. Opieka i wsparcie dla matek karmiących piersią. Postępy Neonatologii 2011,17, str. 60- 63.
8. LESSING-PERNAK J. Znaczenie przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania. Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2010, 3, str. 282- 289.
9. ŁUCZAK-WAWRZYNIAK J, CZARNECKA M, KONOFALSKA N, BUKOWSKA A, GADZINOWSKI J. Holistyczna koncepcja opieki nad wcześniakiem lub (i) dzieckiem

chorym – pacjentem Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka i jego rodzicami. Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia 2010, 3, str. 63-67.
10. MICHALSKA E, GEBUZA G. GIERSZEWSKA M, KAŹMIERCZAK M. Standard opieki nad noworodkiem z wykorzystaniem metody kangurowania. Standardy Medyczne 2011, 8, str. 369- 374.
11. NOGAJSKA A. Kiedy rodzic jest kangurem. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2012, 4, str. 32-33.
12. OSLISLO A, OTFFINOWSKA A. Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwościach jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce. Materiały Fundacji Rodzić po Ludzku. Warszawa 2008, str. 1-50.
13. PILEWSKA-KOZAK A. Opieka nad wcześniakiem. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2009, str. 43-60, 81-105.
14. PITYŃSKA K, ZYCH B, BARNAŚ E, KRAŚNIANIN E. The knowledge and attitudes of midwives in the field of the early developmental stimulation of a newborn infant. Oąetřovatelská péče a porodní asistence v praxi. Mária Kopáčiková, Lada Cetlová, Vysoká ąkola polytechnická, Jihlava 2012r, str 1044-1054.
15. STODOLAK A, FUGLEWICZ A. Kontakt skóra do skóry i kangurowanie noworodków-chwilowa moda czy naukowo udowodniona metoda? Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia 2012, 8, str. 19-25.

Kontakt:
Bernadeta Kołodziej
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego
Uniwersytet Rzeszowski
E-mail: b.kolodziej@interia.pl

ANTAGONISTI VITAMÍNU K V KONVENČNEJ PERORÁLNEJ ANTIKOAGULAČNEJ LIEČBE

Vitamin K Antagonists in Conventional Oral Anticoagulant Therapy

Jaromír Tupý[1,2]

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

Abstrakt

Warfarín je najčastejšií používaný orálny antikoagulant na kontrolu a prevenciu tromboembolickej choroby. Predpisovanie dávky, ktorá na jednej strane sa vyhýba hemoragickým komplikáciám a zároveň dosahuje dostatočné potlačenie trombózy vyžaduje dôkladné porozumenie unikátnej farmakológii liečiva. U väčšiny indikácií, je dávka upravená tak, aby u pacienta bol udržiavaný medzinárodný normalizovaný pomer (INR) medzi 2 až 3. Dávkovanie warfarínu je vždy individuálne, otázne a môže viesť k krvácavým komplikáciám. Dôležité sú interakcie s inými liekmi a terapia u starších pacientov, ktorá si vyžaduje starostlivé riadenie.

Kľúčové slová: Warfarín. Vitamín K. Farmakokinetika. Interakcie. Liečba.

Abstract:

Warfarin is the oral anticoagulant most frequently used to control and prevent thromboembolic disorders. Prescribing the dose that both avoids hemorrhagic complications and achieves sufficient suppression of thrombosis requires a thorough understanding of the drug's unique pharmacology. For most indications, the dose is adjusted to maintain the patient's International Normalized Ratio (INR) at 2 to 3. Loading doses of warfarin are not warranted and may result in bleeding complications. Interactions with other drugs must be considered, and therapy in elderly patients requires careful management

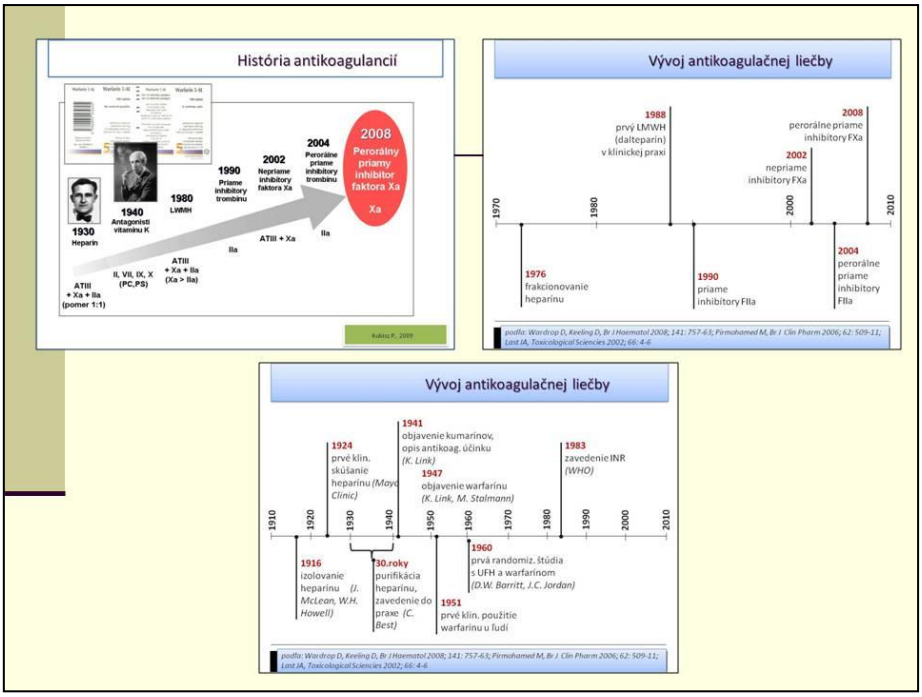
Key words: Warfarin. Vitamin K. Pharmacokinetics. Interactions. Treatment.

Úvod

Perorálne antikoagulanciá typu kumarínových derivátov (antagonisty vitamínu K) patria k často predpisovaným liekom. Používajú sa hlavne na dlhodobú terapiu a prevenciu recidívy trombózy hlbokých žíl a embólie do pľúc, ako aj na prevenciu mozgovej mŕtvice pri fibrilácii

predsení. Napriek vývoju nových antikoagulancií patria kumarínové deriváty dodnes k najčastejšie používanej forme dlhodobej antikoagulačnej liečby. Zaznamenanie zvýšenia aminotransferáz u niektorých pacientov po fixných dávkach ximelagatranu, prvého perorálneho priameho inhibítora trombínu, viedlo k jeho deregistrácii napriek vynikajúcej účinnosti osvedčenej v klinických štúdiách. Klasické použitie kumarínových derivátov je teda zatiaľ jedinou formou perorálnej antikoagulačnej liečby, dostupnou v bežnej klinickej praxi.

História antikoagulancií



Obrázok 1 *História antikoagulancii a vývoj antikoagulačnej liečby*

Antagonisti vitamínu K

- antagonisti K (VKA) sú od 60. rokov minulého storočia široko užívaným prostriedkom antikoagulačnej liečby v rámci ambulantnej starostlivosti;
- kumaríny (4-hydroxykumariny) bránia karboxylácii faktorov protrombínového komplexu (F II,VII, IX, X) a proteínov C a S. Efekt je spôsobený blokádou epoxid reduktázy a chinonreduktázy;
- vznikajú proteolyticky neaktívne formy zvané PIVKA faktory;
- liečebný efekt kumarínov je závislý na polčase faktorov a inhibitorov plazmatickej koagulácie.

Vitamín K - formy, vlastnosti

- derivát naftochinónu;
- patrí k skupine vitamínov rozpustných v tukoch (A, D, E, K);

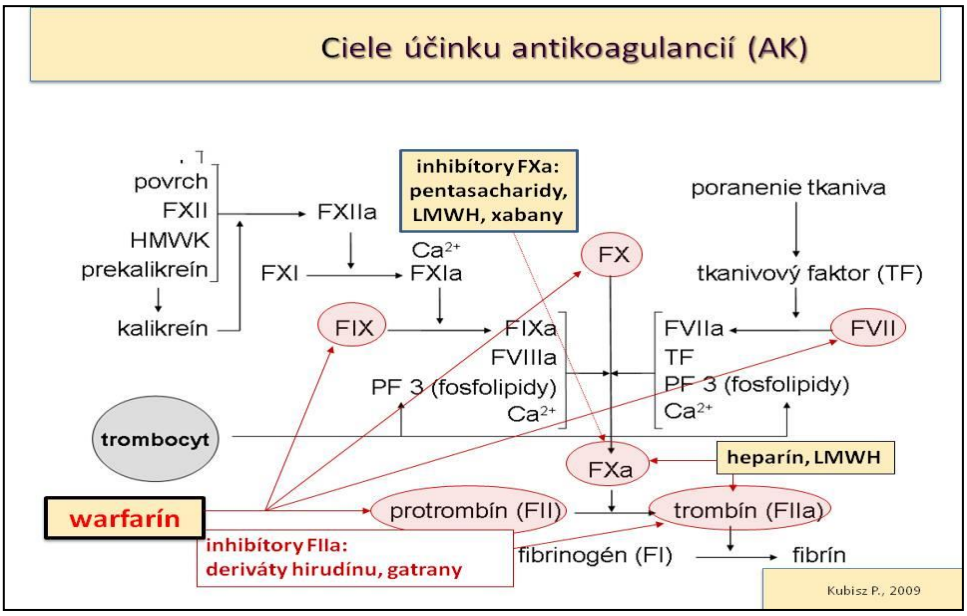
- pre optimálnu rezorpciu vyžaduje prítomnosť žlče a pankreatickej šťavy;
- termostabilný, fotolabilný;
- obsah v potravinách sa mení podľa ročných období;
- K1 (phylochinon) - obsiahnutý v potrave, metabolizuje sa na vit.K2;
- K2 (menachinon) - syntetizujú baktérie v tenkom a hrubom čreve;
- K3 (menadion) - pripravovaný synteticky, metabolizuje sa na vit. K2.

Vitamín K

- zásoby v organizme sú minimálne;
- v organizme je uložený v pečeni, kostiach a koži;
- resorbuje sa v tenkom čreve, účinnosť rezorpcie je 40-80 %;
- pôsobí ako katalyzátor karboxylácie proteínov protrombínového komplexu;
- dostatočné množstvo v organizme zabezpečuje jeho recyklácia epoxid reduktázou a chinonreduktázou.

Farmakologický účinok kumarínov

- koagulačné faktory II,VII,IX a X a proteí C a S vyžadujú pre proteolytickú aktivitu karboxyláciou zvyšku kyseliny glutámovej;
- karboxylácia umožňuje väzbu Ca2+ a fosfolipidov a vznik komplexov s proteolytickou aktivtou;
- kofaktorom karboxylácie je redukovaná forma vitamínu K – hydrochinon;
- hydrochinon vzniká redukciou menochinónu pôsobením chinonreduktázy;
- pri karboxylácii sa hydrochinón oxiduje na epoxid;
- epoxid je pôsobením epoxidreduktázy redukovaný späť na menochinón;
- kumaríny ireverzibilne blokujú epoxid reduktázu a chinonreduktázu, čím spôsobujú nedostatok vitamínu K pre karboxyláciu.



Obrázok 2 *Ciele účinku warfarínu*

Konvenčná perorálna antikoagulačná liečba - antagonisti vitamínu K

- gama-karboxylácia je potrebná na rozvinutie biologickej, respektíve prokoagulačnej aktivity koagulačných faktorov závislých od vitamínu K (faktor II, VII, IX a X) a vyžaduje redukovanú formu vitamínu K;
- oxidačno-redukčná forma reduktázy zahŕňa dve reduktázy, z ktorých len jedna je citlivá na VKA - preto je možné antikoagulačný účinok VKA ovplyvniť malými dávkami vitamínu K;
- výsledkom liečby je porušená syntéza protrombínu (F II) a faktorov VII, IX, X v pečeni;
- dôležitým účinkom kumarínov je aj inhibícia karboxylácie proteínu C a jeho kofaktora proteínu S, ktoré sú prirodzenými inhibítormi zrážania, VKA majú teda ja potenciál pôsobiť prokoagulačne;
- aj keď antikoagulačný potenciál VKA je dominantný, prechodný prokoagulačný účinok sa môže prejaviť na začiatku liečby, keď sa znížia bazálne hladiny proteínu C a S ešte predtým, ako sa dosiahne zníženie koagulačných faktorov závislých od vitamínu K.

Tabuľka 1 *Biologický polčas vitamin K dependentných faktorov a proteínov*

Koagulačný faktor/proteín	Biologický polčas (h)
F II	60 - 72 (96)
F VII	4 - 6
F IX	18 - 30
F X	30 - 48
Proteín C	5 - 6
Proteín S	60

Prehľad používaných kumarínov a ich biolog. polčas

- etylbiskumacetát (Pelentan) 2 hodiny
- acenocumarol (Sintrom) 8 hodín
- warfarin (Coumadine, Lawarin, Warfarin) 47 hodín
- fenprokumon (Marcoumar) 160 hodín

Farmakokinetika warfarínu

- k priaznivým farmakokinetickým vlastnostiam warfarinu patrí jeho dobrá rezorbcia, predvídateľný začiatok a koniec účinku a pomerne dlhý polčas;
- v farmakokinetike warfarinu sú veľké interindividuálne rozdiely, preto je potreba dávku prísne individualizovať;
- uplatňuje sa polymorfizmus vitamín K reduktázy a systému CYP2C9;
- interagujúce liečivá (hlavne ako amiodaron, fluvastatin, klopidogrel, nesteroidné antirevmatiká, …) a potraviny s obsahom vitamínu K (listová zelenina, mäso dobytka prikrmovaného vitamínom K);
- v diéte by preto malo byť zastúpenie týchto potravín pokiaľ možno konštantné
- účinok nie je bezprostredný, zvyčajne nastupuje po 2-3 dňoch;
- úplný účinok sa dostavuje v priebehu 2-7 dní, počas ktorých sa koagulačné faktory s normálnou aktivitou postupne eliminujú z cirkulácie
- warfarin je dokázateľný v plazme do jednej hodiny a maximálnej hladiny v krvi je dosiahnuté po cca 90 minútach

Genetická variabilita účinnosti warfarínu

- *CYP2C9 - mutácia cytochromu P450*

- cytochróm P450 ukončuje efekt warfarínu tým, že katalyzuje premenu farmakologicky účinnej formy na neaktívne metabolity;
- katalytická aktivita cytochrómu pri mutovanej alele je iba 5-12 % - tým je daná zvýšená senzitivita ku kumarínom;
- doteraz 137 známych variant mutácií;
- podstatný význam majú varianty CYP2C9*2,*3,*11 (v belošskej populácii sú významne zastúpené varianty CYP2C9*2,*3);
- 12,2 % nosičov alely CYP2C9*2 - potrebná dávka je o 17% nižšia;
- 7,9 % nosičov alely CYP2C9*3 - potrebná dávka je o 37% nižšia.

Faktor IX - mutácia génu propeptidu F IX

- má za následok zvýšenú citlivosť f IX ku kumarínom;
- spôsobuje značný pokles F IX v úvode liečby;
- vyskytuje sa asi u 1-1,5 % populácie;
- spôsobuje krvácavé epizódy v úvode liečby;
- tento nežiadúci efekt odhalí vyšetrenie APTT.

Indikácie podávania warfarínu

Najčastejšími indikáciami k podávaniu warfarínu sú:

- profylaxia flebotrombózy;
- profylaxia trombózy a embólie u pacientov s fibriláciou predsiení;
- profylaxia trombózy a embólie u pacientov s implantovanými mechanickými chlopňovými protézami.

Prípravok je určený pre dospelých a deti od 3 rokov!

Citlivosť na warfarín

- odpoveď na warfarín je u jednotlivých pacientov nezávislá na veku, pohlaví a hmotnosti;
- výskumy ukazujú, že v reakciách pacientov na warfarín zohrávajú významnú úlohu aj dedičné predpoklady.

Zvýšenú odpoveď môžeme očakávať pri:

- malabsorbčnom syndróme - u pacientov s nedostatkom vitamínu K;
- obštrukčnej žltačke;
- pečeňových ochoreniach;

- terapii antibiotikami potlačujúcimi saprofytickú črevnú flóru;
- zvýšenom metabolizme - tyreotoxikóza, febrilný stav (urýchlené odbúravanie koagulačných faktorov;
- interakcii s niektorými liekmi.

Zníženú odpoveď môžeme očakávať pri:

- vrodenej alebo získanej rezistencii na warfarín.

Diétne opatrenia

- diéta bohatá na vitamín K spôsobuje kolísanie hodnôt INR až neúčinnosť liečby;
- diéta chudá na vitamín K môže spôsobiť hypovitaminózu s krvácavými prejavmi;
- hlavným zdrojom K vitamínu je listová zelenina, obsiahnutý je aj v mäse, pečeni, rastlinnom oleji;
- odporúčaný denný príjem 80-100 µg;
- hypovitaminóza K je málo častá, nakoľko produkcia črevnej flóry stačí pokryť potreby organizmu.

Liekové interakcie

- zvýšenie účinku warfarínu
  - (NSA, diuretiká, p.o. antidiabetiká, D-tyroxín, amiodaron, fibráty, ATB doxycyklín, clarithromycín, erytromycín, trimetoprim, entizol, antimykotiká, antiagregancia, antidepresíva, cytostatiká, H2 blokátory, kortikosteroidy);
- zníženie účinku warfarínu
  - (barbituráty, azathioprim, karbamazepin, chlordiazepoxid, koenýzm Q10, vitamín C, estrogény, p.o. antikonceptíva);
- vplyv na vstrebávanie - (antacida, laxativa);
- vplyv na produkciu - (ATB).

Nežiadúce účinky podávania warfarínu

- približne u 2-10 % pacientov dochádza ku krvácaniu;
- ojedinele dochádza k vypadávaniu vlasov, kožnej reakcii, zvracaniu alebo hnačke;
- výnimočne nachádzame hepatotoxicitu, soor alebo ulcerácie v ústnej dutine.

Obrázok 3 *Kumarínová nekróza*

Kontraindikácie warfarínu

- Medzi hlavné kontraindikácie patrí: gravidita, hemoragická diatéza (v Wch, hemofília, trombocytopénia), ťažká porucha pečene, cirhóza, neliečená alebo nekontrolovaná hypertenzia, akútne krvácanie, mozgová príhoda alebo krvácanie, aneuryzma, chirurgické výkony a úrazy v nedávnej minulosti, aktívna vredová choroba, lumbálna punkcia, infekčná endokarditída alebo perikardiálny výpotok, psychiatrické poruchy.

Podávanie warfarínu v gravidite a v šestonedelí ovplyvňuje prestup placentou, čo má za následok:

- riziko fetálnej embryopatie (nasálna hypoplazia a poškodenie epifýz), ktoré je najväčšie medzi 8.-12. týždňom gravidity;
- neurotoxicitu - riziko je rovnaké v priebehu celého tehotenstva;
- riziko krvácania, ktoré je spolu s rizikom traumy pri pôrode najvyššie práve v tomto období.

Výhodou warfarínu je možnosť užívania v dobe kojenia, pretože neprechádza do materského mlieka.

Monitoring warfarinizovaných pacientov

- najčastejším laboratórnym testom pre monitorovanie perorálnej antikoagulačnej terapie je protrombínový čas;
- test sa vykonáva tak, že sa k citrátovej plazme pridá tromboplastín a Ca^{2+} a meria sa čas do vzniku prvého fibrínového vlákna;
- výsledky je možné udávať v percentách, pomerom času pacienta ku kontrole a alebo v forme INR (International Normalized Ratio).

INR sa vypočíta podľa nasledujúceho vzorca:

$$INR = (\text{protrombínový čas pacienta} / \text{protrombínový čas kontroly})^{ISI}$$

ISI (International Sensitivity Index) udáva citlivosť použitého tromboplastínu ku štandardnému, referenčnému tromboplastínu.

Všeobecné dávkovanie a monitoring

- ak antikoagulačný účinok je potrebné dosiahnúť urgentne (akútna venózna trombóza a pľúcna embólia) je možné warfarín použiť v dávke 10 mg/deň počas prvých dvoch dní a 5 mg ďalšie dva dni;
- najneskôr po 4 dňoch je potrebná kontrola PT/INR, a potom minimálne každých 4-7 dní až do dosiahnutia a udržania hodnôt INR v terapeutickom rozpätí;
- súčasťou liečby VKA je parenterálna antikoagulačná liečba, ktorá sa ukončuje minimálne po 5 dňoch súbežnej liečby a po dosiahnutí terapeutického rozpätia INR pri minimálne dvoch meraniach s odstupom asi 24 hodín (na začiatku liečby dochádza ku krátkodobému prokoagulačnému účinku warfarínu, pretože sa mierne zníži syntéza proteínu C a S);
- pri rizikových a starších pacientoch je úvodná dávka nižšia ako 5 mg;
- u stabilných pacientov (tj. 2× po sebe INR v terapeutickej norme) je možné frekvenciu monitorovania na 4 až 6 týždňov;
- aktuálnym trendom je domáce monitorovanie raz týždenne.

TERAPEUTICKÉ HODNOTY INR V ZÁVISLOSTI OD KLINICKEJ INDIKÁCIE

Tabuľka 2 *Terapeutické hodnoty v závislosti na klinikckej indikácii*

Klinická indikácia	**Hodnota INR**
Profylaxia pooperačnej DVT (obecná chirurgia)	2,0-2,5
Profylaxia DVT pri operáciách a fraktúrach bedrového zhybu	2,0-3,0
Infarkt myokardu, prevencia VTE	2,0-3,0
Liečba žilní trombózy	2,0-3,0
Liečba pľúcnej embólie	2,0-3,0
Profylaxia tranzitorných ischemických príhod	2,0-3,0
Fibrilácia predsiení, profylaxia	2,0-3,0
Opakované DVT a PE	2,5-3,5
Mechanické náhrady srdcových chlopní	2,5-3,5
Opakujúca sa systémová embolizácia	2,5-3,5

Dĺžka perorálnej antikoagulačnej liečby

- dlhodobá, respektíve celoživotná u pacientov s fibriláciou predsiení a pri mechanických umelých srdcových chlopniach;
- 3-6 mesiacov u pacientov s venóznou tromembóliou bez prídavného rizika;
- viac ako 6 mesiacov u pacientov s VTE alebo pľúcnou embóliou, ktorí majú ďalšie rizikové faktory.

Komplikácie pri liečbe warfarínom

- krvácanie je najčastejšou komplikáciou terapie;
- je nutné rozlišovať krvácanie závažné (major) a mierne (minor);
- aj keď hodnotenie závažného a mierneho krvácania nie je stále ešte jednotné, za závažné krvácanie sa spravidla pokladá intrakraniálne krvácanie, retroperitoneálne krvácanie a krvácanie, ktoré si vynútilo prevod 2 a viac transfúznych jednotiek transfúznych liekov s obsahom erytrocytov;
- najčastejšou príčinou fatálneho krvácania je krvácanie do CNS;
- mierne krvácavé prejavy sa prejavujú väčšinou epistaxiou, hematómami, sufúziami alebo mikroskopickou nebo makroskopickou hematúriou.

Postup pri predávkovaní warfarínom

Tabuľka 3 *Postup pri predávkovaní warfarínom (Remková, Remko,2014)*

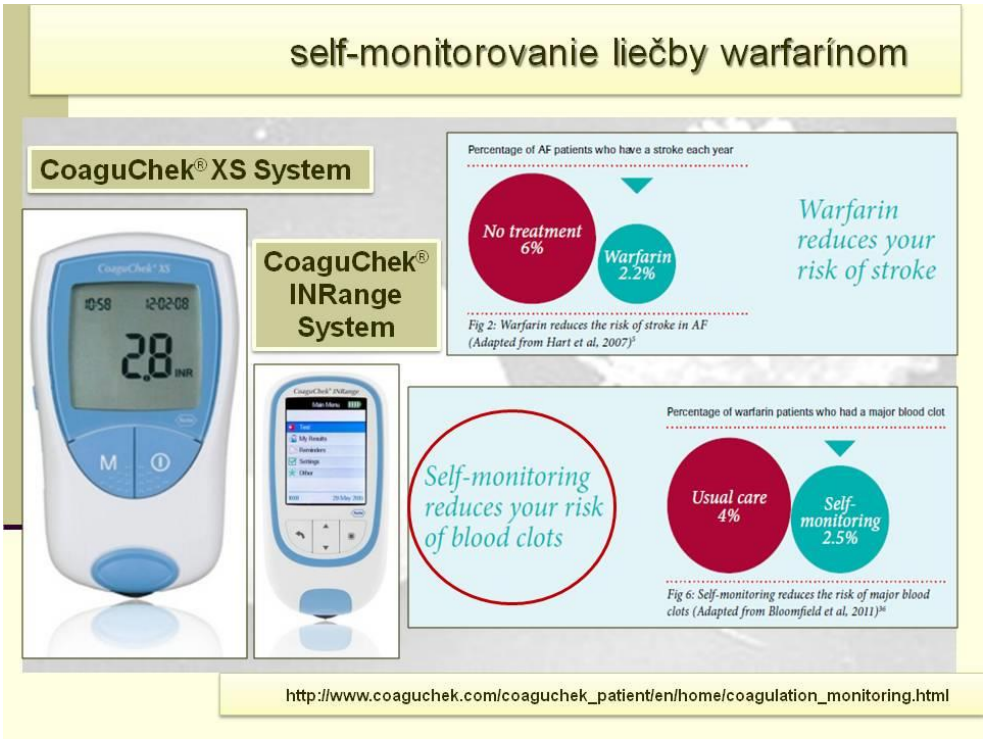
Bez klinických prejavov krvácania	**Odporúčanie**
INR < 5,0	Vynechať nesledujúcu dávku a po poklese INR na terapeutickú hladinu obnoviť je podávanie nižšou dávkou
INR 5,0-9,0	Vynechať 1-2 dávky warfarínu po poklese INR na terapeutickú hladinu obnoviť je podávanie nižšou dávkou alebo vynechať 1 dávku a podať 1,0-2,5 mg vitamínu K per os
INR > 9,0	Prerušiť podávanie warfarínu a podať 3,0-5,0 mg vitamínu K per os
Rýchle zrušenie účinku	

Bez klinických prejavov krvácania	Odporúčanie
INR 5,0-9,0 a plánovaný chirurgický zákrok	vynechať warfarín a podať 2,0-4,0 mg vitamínu K per os približne 24 hod. pred operáciou, neskôr sa môže pridať ďalšie 1,0-2,0 mg per os
INR > 20 alebo závažné krvácanie	podať 10 mg vitamínu K v pomalej i.v. infúzii. V závislosti od závažnosti stavu je možné podať čerstvo zmrazenú plazmu alebo koncentrát koagulačných faktorov. V prípade potreby sa aplikácia vitamínu K opakovane aplikuje každých 12 hodín.

Premosťovanie liečby warfarínom

Elektívny chirurgický výkon

- týždeň pred operáciou sa stanoví hladina INR;
- podávanie warfarínu sa preruší 1-5 dní pred výkonom;
- ak má pacient vysoké riziko trombózy, ako prevencia sa s.c. podáva LMWH;
- čas prerušenia závisí od INR:
    - ak je INR > 4,0 podávanie warfarínu sa preruší na p dní pred operáciou;
    - ak je INR 3,0-4,0, warfarín sa preruší na 3 dni pred operáciou;
    - ak je INR 2,0-3,0, warfarín sa preruší na 2 dni pred operáciou;
- večer pred operáciou sa skontroluje INR, ak je hodnota vyššia ako 1,8, podá sa p.o. alebo i.v. 0,5-1,0 mg vitamínu K;
- v deň operácie sa priebežne zvažuje potreba infúzie s heparínom alebo preventívne subkutánne podanie LMWH;
- v s.c. podávaní LMWH sa pokračuje 5-7 dní po operácii spolu s obnovením liečby warfarínu;
- profylaktické dávkovanie LMWH pri VTE ktorá bola pred viac ako 6 týždňami a jej vyvolávajúca príčina už odoznela ukončujeme 12 hodín pred operáciou a opätovne začíname 12 hodín po operačnom výkone;
- pri podávaní LMWH v terapeutickej dávke, medikáciu ukončujeme 24 hodín pred operáciou;
- bežná udržiavacia dávka warfarínu sa podá večer v deň menšieho výkonu a po väčšej operácii v deň. keď pacient začne prijímať potravu p.o.



Obrázok 4 *Self-monitorácia warfarínom.*

Záver

Perorálne antikoagulanciá typu kumarínových derivátov (antagonisty vitamínu K) patria k často predpisovaným liekom. Používajú sa hlavne na dlhodobú terapiu a prevenciu recidívy trombózy hlbokých žíl a embólie do pľúc, ako aj na prevenciu mozgovej mŕtvice pri fibrilácii predsiení. Napriek vývoju nových antikoagulancií patria kumarínové deriváty dodnes k najčastejšie používanej forme dlhodobej antikoagulačnej liečby. Zaznamenanie zvýšenia aminotransferáz u niektorých pacientov po fixných dávkach ximelagatranu, prvého perorálneho priameho inhibítora trombínu, viedlo k jeho deregistrácii napriek vynikajúcej účinnosti osvedčenej v klinických štúdiách. Klasické použitie kumarínových derivátov je teda zatiaľ jedinou formou perorálnej antikoagulačnej liečby, dostupnou v bežnej klinickej praxi.

Literatúra

1. AGENO W., et all. Oral Anticoagulant Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest,* 2012; 141(2suppl):e44S-e88S.
2. GEROTZIAFAS GT. et all. Effect of the anti-factor Xa and anti-factor IIa activities of low-molecular-weight heparins upon the phases of thrombin generation.*J Thromb Haemost*. 2007;5:955-962.
3. HERMAN J., MUSIL D. Žilní onemocnění v klinické praxi. Grada 2011.264 s., ISBN 9788024733357.

4. HIRSH J. et al., Heparin and low-molecular-weight heparin: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004;126:188S-203S.
5. LAST JA. The missing link: The story of Karl Paul Link. *Toxicological Sciencies* 2002;66:4-6.
6. LINHARDT RJ et al. Production and chemical processing of low molecular weight heparins.*Semin Thromb Hemost* 1999;25(suppl 3):5-16.
7. MALÝ J. Nízkomolekulární hepariny. *Interní medicína pro praxi*. 2014;9:442-449.
8. MALÝ J., WIDIMSKÝ J. Akutní plicní embolie a žilní trombóza. Triton 2011. 424 s., ISBN 9788073874667
9. MAZÚCH J. a kol. Tromboembolická choroba venózneho pôvodu. Osveta 2008. 252 s., ISBN 9788080632830.
10. PIRMOHAMED M. Warfarin: almost 60 years old and still causing problems. *Br J Clin Pharm* 2006; 62: 509-11.
11. REMKOVÁ A. a kol. Žilová trombóza a pľúcna embólia. Samedi. 2013. 264., ISBN 9788097082529.
12. REMKOVÁ A., REMKO M. Antitrombotiká v klinickej praxi. Samedi. 2014. 312 s., ISBN 9788097082581
13. WARDROP D, KEELING D. The story of the discovery of heparin and warfarin. *Br J Haematol* 2008; 141: 757-63.
14. WEITZ J, HIRSH J. New Anticoagulant Drugs. *Chest* 2001;119(Suppl 1):95–107S.

Kontakt:

MUDr. Jaromír Tupý, PhD.
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail:tupyj@uvn.sk

DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA GESTAČNÝCH TROMBOCYTOPÉNIÍ

Differential Diagnostics Gestational Thrombocytopenia

Jaromír Tupý[1,2], Miriam Tupá[2].

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

Abstrakt

Nález trombocytopénia v tehotenstve je pomerne častý, objavuje sa u takmer 10 % tehotných žien. Neobvyklý aspekt týchto prípadov je, že väčšina z nich je fyziologických. Táto tzv. gestačná trombocytopénia musí byť odlíšená od ostatných, menej častých, pivo klinický významných patologických príčin poklesu doštičiek. Tieto prípady majú často zreteľné klinické prejavy bývajú potenciálne závažným problémom v snahe udržať tehotenstva a zdravie matky. Preto je potrebné mať dostatočný prehľad o diferenciálnej diagnostike a terapii trombocytopénie tehotných žien.

Cieľom tohto článku je predstaviť prehľad diferenciálnej diagnostiky, patofyziológie liečby týchto ochorení.

Kľúčové slová: Trombocytopénia. Tehotenstvo. Imúnna trombocytopénia. Gestačný trombocytopénia. Preeklampsia. HELLP syndróm. Trombotická trombocytopenická purpura. Hemolyticko-uremický syndróm. Akútna steatóza pečene v tehotenstve. Diseminovaná intravaskulárna koagulácia.

Abstract

The recognition of thrombocytopenia is quite common in pregnancy, occurring in nearly 10 % of pregnant women. An unusual aspect of most of these events is that the majority are physiological. This, so called gestational thrombocytopenia must be differentiated from the less common, but clinically signifi cant occurrence of a pathological mechanism for the platelet count decline. Such events are commonly associated with evident clinical features and are potentially serious issues in the maintenance of pregnancy and the health of the mother. Therefore, the consulting hematologist must have a working knowledge of the differential diagnosis and therapy of pregnancy-associated thrombocytopenia.

The goal of this article is to review the differential diagnosis, pathophysiology and management of these disorders.

Key words: Thrombocytopenia. Pregnancy. Immune thrombocytopenia. Gestational thrombocytopenia. Preeclampsia. HELLP syndrome. Thrombotic thrombocytopenic purpura. Hemolytic- uremic syndrome. Acute fatty liver of pregnancy. Disseminated intravascular coagulation.

Úvod

Nález trombocytopénie (pokles Trc < 150 x 10/9l) je v tehotenstve pomerne častý, objavuje sa u takmer 6,6-11,6 % žien. Neobvyklý aspekt týchto prípadov je, že väčšina z nich je fyziologických, klinicky nevýznamných (pokles Trc < 100 x $10/^{9}$l len 1 %). Niektoré však vyžadujú rozhodný diagnosticko-terapeutický postup, v snahe udržať tehotenstvo a zdravie matky aj dieťaťa.

Tabuľka 1 *Najčastejšie príčiny trombocytopénie v tehotenstve (Gernsheimer,2013)*

Izolované trombocytopénie	**Trombocytopénie sprevádzajúce systémové ochorenia**	
	špecifické pre tehotenstvo	**Nezávislé na gravidite**
Špecifické pre tehotenstvo - gestačná trombocytopénia (70-80 %) **Nezávislé na gravidite** - imunitná trombocytopénia (1-5 %) - polieková trombocytopénia - von Willebrandova choroba, typ IIb - vrodené trombocytopénie	- preeklampsia (15-20 %) - HELLP syndróm (< 1 %) - akútna steatóza Pečene (< 1 %)	- trombotická trombocytopenickápurpura - hemolyticko-uremický syndróm - heparínom indukovanátrombocytopénia - diseminovaná intravaskulárnakoagulácia - systémový lupus erytematodes - trombocytopénie s prítomnosťouantifosfolipido-vých protilátok - poruchy distribúcie trombocytov - hypersplenizmus - dilučná trombocytopénia - vírusové ochorenia - Ebstein-Bárrovej vírus - cytomegalovírus - HIV vírus - ochorenia kostnej drene - poruchy výživy - pseudotrombocytopénia - potransfúzna purpura

GESTAČNÁ TROMBOCYTOPÉNIA

Incidencia

- najčastejšia príčina trombocytopénie u tehotných - objavuje sa u 6-8 % tehotných žien a je príčinou 70-80 % trombocytopenických gravidít;

Etiopatogénéza

- príčina nie je presne známa - predpokladá sa účinnok gravidity na klírens a aktivitu trombocytov a vplyv hemodilúcie;

Charakteristika

- trombocytopénia býva prevažne mierneho stupňa (až 98 % tehotných má počet trombocytov vyšší ako 70 x 10^9/l);
- pokles doštičiek sa objavuje zvyčajne v 3. trimestri (ojedine od polovice druhého);
- spravidla (pri počte trombocytov nad 70 x 109/l) nie je potrebná žiadna intervencia v súvislosti s vedením pôrodu alebo regionálnou anestézou;
- trombocytopénia je ohraničená na obdobie gravidity a počet trombocytov sa normalizuje do 6 týždňov po pôrode;
- trombocytopéniu sprevádza negatívna anamnéza pred tehotenstvom, či chýbanie špecifických autoprotilátok proti doštičkovým glykoproteínom;

PREEKLAMPSIA

Preeklampsia je definovaná ako novovzniknutá hypertenzia a proteinúria po 20. gestačnom týždni.

Incidencia

- systémová komplikácia gravidity, ktorá sa vyskytuje v 2-8 % tehotností, typicky v 2. a 3. trimestri (po 20. týždni);
  tvorí 15-20 % všetkých trombocytopénii v gravidite.

Etiológia

- predpokladá sa insuficientná trofoblastická invázia materských špirálnych artérií, ktoré spôsobujú poruchy prekrvenia fetoplacentárnej jenotky.

Klinický obraz

- primárne sa manifestuje hypertenziou (STK ≥ 140 mmHg, DTK ≥ 90 mmHg) a proteinúriou (viac ako 300 mg/24 hod), ktoré sú sprevádzané orgánovou dysfunkciou;
- v klinickom obraze sa často pridáva hepatopatia, edém pľúc, hematologické (hemolýza, DIC) a neurologické prejavy, intrauterinná retardácia rastu;
- asi 20-25 % prípadov preeklampsie sprevádza trombocytopénia nejasnej patogenézy - predpokladá sa aktivácia trombocytov a ich zvýšený klírens v dôsledku vaskulárnych abnormít placenty;
- trombocytopénia je väčšinou mierneho stupňa, rýchlo ustúpi po pôrode a nevyžaduje si žiadnu intervenciu;
- podporná liečba vrátane transfúzie trombocytov je potrebná pri počte trombocytov < 30 $x10^9$/l, krvácaní a v príprave na pôrod.

HELLP SYNDRÓM HELLP syndróm - **H**emolysis, **E**levated **L**iver enzymes, **L**ow **P**latelets

Incidencia

- objavuje sa asi u 0,6 % tehotných žien (u 10 % žien s ťažkou preeklamsiou), obvykle v 3. tirmestri, u multipar starších ako 25 rokov;

Etiopatogenéza

- v patogenéze sa predpokladá porucha placentárnej funkcie s patologickou aktiváciou trombocytov a so vznikom trombocytových mikroagregátov;

Diagnostické kritéria zahŕňajú:

- mikroangiopatickú hemolytickú anémiu (hemolytická anémia so zvýšeným počtom schystocytov nad 4 %, LDH, negatívny priamy antiglobulínový test);
- eleváciu aktivity amininotransferáz (ALT, AST) nad 1,17 μkat/l, bilirubínu;
- stredne ťažkú rombocytopéniu (pod 100 x 10^9/l).

Tabuľka 2 *Klasifikácie HELLP syndrómu.*

Tennessee klasifikácia	**Mississippi klasifikácia**			
	Trieda	Trombocyty (× 10^9/l)	ALT, AST (μkat/l)	LDH (μkat/l)
Trombocyty < 100 × 10^9/l AST > 1,17 μkat/l LDH > 10 μkat/l	I.	< 50	> 1,17	> 10
	II.	50-100	> 1,17	> 10
	III.	100-150	> 0,69	> 10

Klinický obraz

- v klinickom obraze dominuje bolestivosť pod pravým rebrovým oblúkom a v epigastriu, nauzea, malátnosť, nekľud, opuchy;
- k závažným komplikáciám patrí subkapsulárny hematóm pečene, ruptúra pečene a CNS krvácanie;
- DIC a multiorgánové zlyhanie sa vyvíjajú len veľmi zriedkavo.

Liečba

KAUZÁLNA TERAPIA

- ukončenie gravidity, najlepšie v čo najkratšom časovom intervale od stanovenia diagnózy;
- po základnej stabilizácii pacientky (úprava počtu Trc, koagulopatie, hemoterapia) ukončit vždy v tehotenstve nad 34 týždňov, pri orgánovom zlyhavaní a DIC;
- v tehotenstve pod 34 týždňov a dobrom klinickom stave - možno podať kortikoidy v rámci maturáce pľúc plodu a vyčkať (len na vyššom pracovisku);
- spôsob vedenia pôrodu záleži na klinickom stave matky, plodu a náleze na pôrodných cestách;
- pri sekcii - šetrný operačný postup, drenáž dutiny brušnej a subfasciaálneho prestoru, zvážiť liečebnú alebo preventívnu aplikáciu hemostatických prípravkov.

PODPORNÁ A SUBSTITUČNÁ TERAPIA

- MgSO4;
- antihypertenzná terapia;
- dôsledná úprava bilancie tekutín;
- úprava hemokoagulačných parametrov;
- kortikoidná terapia, v vzácnych prípadoch plazmaferéza.

HEMOLYTICKO-UREMICKÝ SYNDRÓM

Definícia

- získané ochorenie charakterizované trombocytopéniou, mikroangiopatickou hemolytickou anémiou a subakútnou oligurickou renálnou insuficienciou.

Formy

- typický HUS (Stx-HUS, D+ HUS) - šiga toxín - produkt baktérií (Escherichia coli, Shigella dysenteriae) spôsobujúcich krvavé hnačky (predstavuje 90% prípadov HUS a primárne postihuje deti);
- atypický je HUS (aHUS, D- HUS) - bez predchádzajúceho hnačkovitého ochorenia - tvori asi 10 % všetkých prípadov. Spúšťacím faktorom môže byť infekcia, podchladenie, gravidita, niektoré lieky, porucha metabolizmu kobaltamínov.

Etiopatogenéza

- Stx-HUS - toxín - porucha endotelu - aktivácia a agregácia doštičiek - mikritrombotizácia, renálne zlyhanie, MAHA;
- aHUS - porucha regulácie komplementu (deficit alebo autoprotilátka).

Klinický obraz

Typický HUS

- vzniká 2-10 dní po akútnom hnačkovom ochorení;
- dominuje obraz syndrómu renálnej insuficencie (proteinúria, hematúria);
- trombocytopénia a hemolytická anémia sú miernejšie ako pri TTP;
- prítomnosť ostatných klinických príznakov (zvýšenie TK, hepatálne a neurologické poškodenie) je variabilná.

Atypický HUS

- charakterizovaný nenápadným začiatkom;
- prvým príznakom môže byť hypertenzný urgentný stav a postupný vývoj renálnej insuficiencie;
- zníženie Trc je okolo 40-50 x 109/l, hemolytická anémia pretrváva dlhšie ako trombocytopénia;
- opakované relapsy vedú do konečného štádia renálnej insuficiencie vyžadujúcej dialyzačnú liečbu a transplantáciu obličiek.

Laboratórna diagnostika

- detekcia toxínu, zložiek komplementu, Coombs negatívnej hemolytickej anémie (LDH, schytocyty, retikulocytóza, bilirubín, haptoglobín) , renálneho zlyhania, albuínúrie, hemoglobínúrie;
- prítomné známky aktivácie koagulácie a fibrinolýzy.

Liečba

- hemoterapia;
- typický HUS - volumexpanzia, hydratácia, dôsledné udržiavanie vodnej a elektrolytovej rovnováhy, dialýza;
- a-HUS - aculizumabem - neutralizujúca protilátka proti C5 zložke komplementu.

TROMBOTICKÁ TROMBOCYTOPENICKÁ PURPURA

Definícia

- je okluzívna „trombotická mikroangiopatia“ klinicky charakterizovaná pentádou príznakov:
    - trombocytopénia;
    - hemolytická anémia;
    - horúčka;
    - neurologické príznaky;
    - renálne poškodenie.

Incidencia

- incidencia 3-7/milión, vrchol výskytu medzi 30.-40. rokom;
- mortalita - pôvodne 90 %, súčasne 4-20 %;
- najčastejšie postihuje ženy, hlavne v súvislosti s graviditou - 1:25 000 gravidít.

Patogenéza

- sytémová agregácia trombocytov s orgánovou ischémiou, ťažkou trombocytopéniou a freagmentáciou erytrocytov;
- rozhodujúca je prítomnosť abnormálne veľkých multimérov vWf , ktoré spôsobujú intravaskulárnu aglutináciu trombocytov s následnou tvorbou doštičkových mikrotrombov;
- obrovské multiméry sa hromadia v cirkulácii v dôsledku chýbania aktivity enzýmu vWf-štiepiacej proteázy (vWf-cp) označovanej ako ADAMTS 13 (a disintegrin-like and metalloprotease eith thrombospondin type I repeats).

Klinický obraz

- pestrý - vyplýva z anémie, teplôt, neurologického postihnutia (vrátane porúch vedomia, kŕčov), prípadne trombocytopénie .
    - Akútna forma - prudký začiatok, ťažká trombocytopénia (trc < 10-20 x109/l), hemolytická anémia (Hb < 60 g/l), polovica má variabilné neurologické príznaky a poškodenie obličiek. Až v 80% dochádza po liečbe k remisii.
    - Chronická relabujúca forma - zjavuje sa približne v 3 týždňových intervaloch.

Laboratórna diagnostika

- nález trombocytopénie a mikroangiopatickej hemolytickej anémie (retikulocytóza, zvýšenie nekonjug. bilirubínu a veľného hemoglobínu v plazme, pokles haptoglobínu) s typickou prítomnosťou fragmentovaných erytrocytov (schistocytov) a negatívneho priameho Coombsovho testu, zvýšenou hladinou LDH a variabilnými známkami renálnej insuficiencie (znížená GF, retencia dusík. katabolitov, proteínúria);
- stanovenie aktivity a antigénu ADAMTS 13 a koncentrácie neutralizujúcich a non.neutralizujúcich protilátok;
- vrodenú formu potvrdí DNA analýza - genetická mutácia ADAMTS 13;
- typický mikroskopický nález difúznych intralumenových hyalínových trombov.

Liečba

- klasická forma si vyžaduje výmennú plazmaferézu, pre vrodenú formu postačia aj transfúzie ČZP;
- kortikoterapia - metylprednizon, prednison;
- komplexná podporná liečba.

Tabuľka 3 *Rosov index závažnosti ochorenia u chorých s TTP/HUS*

Stupeň závažnosti	Neurologické abnormality	Obličkové poškodenie	Trc v dobe manifestácie ochorenia	Hb v dobe manifestácie ochorenia
0	žiadne	žiadne	> 100 × 10^9/l	> 120 g/l
1	zmätenosť, letargia, porucha chovania	úrea 10,7-25 mmol/l a/alebo kreatinin 132-221 µmol/l a/alebo proteinúria > 2 g/24 h a/alebo hematúrie	20-100 × 10^9/l	90-120 g/l

Stupeň závažnosti	Neurologické abnormality	Obličkové poškodenie	Trc v dobe manifestácie ochorenia	Hb v dobe manifestácie ochorenia
2	ložiskový neurologický deficit, kŕče, stupor alebo kóma	úrea > 25 mmol/l a/alebo kreatinín > 221 µmol/l a/alebo dialýza	< 20 × 10^9/l	< 90 g/l

Najvyšší index 8 (stupeň závažnosti 2 vo všetkých štyroch sledovaných parametroch) predstavuje prognosticky veľmi nepriaznivý stav, zatiaľ čo index 0-2 je spojený s dobrou prognózou chorých.

Tabuľka 4 *Charakteristika mikroangiopatií v gravidite a ich liečba*

	Preeklampsia	HELLP	TTP	HUS
Začiatok	> 34. týždeň	> 34. týždeň	< 34. týždeň	po pôrode
Trombocytopénia	±	++	++++	++
Hemolýza	+	+++	++++	+++
Neurolog. príznaky	±	±	+++	±
Renálne poškodenie	+	±	+	++++
Horúčka	-	-	±	±
Hepatálne poškodenie	±	+++	±	±
Hypertenzia	+++	±	-	±
Liečba Kortikoidy Plazmaferéza Efekt včasného pôrodu	 - ± ±	 ± + ±	 ++ +++ -	 - ± až +++ -

AKÚTNA STATÓZA PEČENE V TEHOTENSTVE

Incidencia

- vzácne, asi 0,01 % všetkých tehotenstiev (1 prípad na 20 000 pôrodov);
- spravidla sa objavuje medzi 30.-38. týždňom tehotenstva;
- je častejšia u multipar a žien s astenickým habitom.

Etopatogenéza

- deficit mitochondriálnej ß-oxidácie mastých kyselínu plodu;
- hromadenie neoxidovaných metabolitov mastných kyselín uvoľňovaných plodom a placentou je pre pečeň tehotnej ženy toxické - spôsobuje poškodenie.

Klinický obraz

- slabosť, malátnosť, nauzea, bolesti v pravom podrebrí alebo epigastriu, dušnosť, niekedy mentálne poruchy.

Laboratórny nález

- elevácia aktivity transamináz a konjungovaného bilirubínu, hypoglykémia, minerálny rozvrat, nepravidelne mikroangiopatická hemolytická anémia a trombocytopénia (menej ako v polovici prípadov);
- prítomná výrazná koagulopatia (predĺženie PT, APTT, nízka hladina ATIII) navodená poruchou syntézy koagulačných faktorov, manifestujúca sa gastrointestinálnym krvácaním;
- potvrdenie diagnózy je možné len histologickým vyšetrením.

IMUNITNÁ TROMBOCYTOPÉNIA (ITP) GRAVIDITE

Incidencia

- ITP v gravidite má incidenciu 1:1 000-10 000 tehotných žien a predstavuje príčinu 3-5 % trombocytopénií v gravidite;
- môže ísť o novo vzniknutú ITP alebo exacerbáciu predchádzajúcej choroby;

Etiopatogenéza

- väzba autoprotilátok, najčastejšie proti GPIIb/IIIa a GPIb/IX/V, prípadne GPIa/IIa na doštičky, ktorá spôsobuje ich predčasnú deštrukciu mononukleárnym fagocytujúcim systémom (MFS) primárne v slezine, ale aj v pečeni a kostnej dreni;
- nedostatočná kompenzačná hyperplazia megakaryopoézy inhibičným vplyvom autoprotilátky;
- reakcia cytotoxických T-lymfocytov proti trombocytov.

Klinický obraz

- len zriedka je ITP v gravidite sprevádzaná spontánnymi prejavmi krvácania a vzácne ťažkou hemoragickou diatézou;
- ťažká trombocytopénia (< 20 x 109/l) býva spravidla manifestovaná slizničným (epistaxia, vaginálne alebo gastrointestinálnym krvácaním) alebo kožným (petéchie, purpura, ekchymózy) krvácaním;
- ITP predstavuje predovšetkým riziko krvácania pri pôrode a pre dieťa riziko neonatálnej trombocytopénie v dôsledku transplacentárneho prechodu protilátok.

Laboratórny nález

- trombocytopénia - pokles začína už v prvom trimestri, pričom maximálne zníženie býva v treťom trimestri.

Diagnostika

- per excusionem - vylúčením ostatných príčin;
- rutinné vyšetrenie PAIg ani cytológia/histológia kostnej drene nemá diagnostickú hodnotu.

Liečba

- pri počte Trc . 30 x 109/l s asymptomatickým priebehom liečba nie je potrebná, ak nehrozí predčasný pôrod;
- liekmi prvej voľby sú
  - - kortikoidy (prednison v nízkej dávke 10-20 mg/deň,
    metylprednisolon 5-10 mg/kg/deň, 3-5 dní)
  - i.v. imunoglobulíny (1g/kg 1-2 dni alebo 0,4 g/kg 3-5 dní);

- pri neúčinnosti sa skúša vvysokodávkovaný metylprednison (1 g i.v.), prípadne v kombinácii s i.v. IgG alebo azatioprínom;
- liekom voľby - splenektómia (v 2. trimestri, ideálne do 20. týždňa);
  - imunoglobulín anti-D;
- kontraindikované v tehotenstve sú:
  - imunosupresíva (Cyklosporín, Cyklofosfamid, Danazol, Dapson, Mykofenolát mofetyt, Vinka alkaloidy);
  - monoklonové protilátky (Rituximab, Alemtuzumab);
  - agonisti TPO receptorov (Romiplostin -Nplate, Eltrobopag - Revolade).

Pôrod

- pôrod sekciou sa nepreferuje - z hľadiska rizika krvácania pre plod nie je bezpečnejší ako nekomplikovaný vaginálny pôrod;
- počet trombocytov vyšší ako 50 $x10^9$/l je podľa súčasného konsenzu pôrodníckych anesteziológov dostatočný aj pre prípadný pôrod sekciou;
- pre spinálnu alebo epiduránu anestézu sa vyžaduje počet trombocytov vyšší ako 75 x 10^9/l.

Novorodenec

- u každého novorodenca matky s ITP sa robí vyšetrenie trombocytov a USG vyšetrenie mozgu;
- neonatálna trombocytopénia sa pozoruje u 9-15 % novorodencov, ale incidencia intrakraniálneho krvácania je len 0-1,5 %;
- maximum poklesu trombocytov nastáva až 2.-5. deň po pôrode - kontrola trombocytou u plodu počas intrauterínneho vývoja sa dnes neodporúča
- u novorodencov je liečba nevyhnutná pri počte Trc pod 20 x 109/l;
- podáva sa i.v.Ig (1 g/kg 2-3 dni, alebo 0,5 g/kg 4 dni), pri život ohrozujúcom krvácaní spolu s koncentrátom trombocytov (ožiarené TAD 20 ml/kg);
- trombocytopénia u novorodenca môže pretrvávať aj niekoľko mesiacov a môže si vyžiadať opakované dávku i.v.Ig.

HEPARÍNOM INDUKOVANÁ TROMBOCYTOPÉNIA

Definícia

- imunitne podmienený, život ohrozujúci syndróm charakterizovaný trombocytopéniou a možnými trombotickými komplikáciami vzniknutými dôsledkom podávania heparínu.

Incidencia

- relatívne vzácna, variabilná, závisí od použitého heparínu (nefrakciovaný 2-3%, nízkomolekulárny - pod 1 %), dĺžke liečby a dávke lieku;
- trombocytopénia najčastejšie vzniká medzi 5.-10. dňom liečby (neskorá forma HIT medzi 9.-40. dňom).

Patogenéza

- uplatňujú sa od heparínu závislé protilátky IgG, namierené proti komplexu heparínu s proteínom doštičkových .-granúl PF4;
- väzba spôsobuje aktiváciu, agregáciu a tvorbu prokoagulačných mikropartikúl, ktoré poskytujú fosfolipidový povrch pre generalizáciu trombínu a vznik trombózy;

Klinický obraz

- možná nauzea, zvracanie, palpitácie, dušnosť, bolesť na hrudi, trombotické komplikácie,
- dominujú závažné trombózy (prevažujú venózne nad arteriálnymi); krvácanie napriek tomu, že nie je bežné (len u 5 % chorých) je často v závažnej lokalizácii a má vysokú mortalitu.

Laboratórny nález

- pokles trombocytov pod 50 % hodnoty pred liečbou, typický je stredne ťažký stupeň (medián 60 x 109/l), len u 10 % pacientov býva trombocytopénia < 10 x 109/l;
- funkčné a imunologické testy stanovujúce prítomnosť komplexu heparín-doštičkový faktor 4 (H-PF4).

Tabuľka 5 *Určenie pravdepodobnosti HIT podľa znakov „štyroch T“*

Znak		**Skóre**		
		2	**1**	**0**
1.	**T**rombocytopénia	pokles o > 50 %, alebo trc ≥ $20x10^9$/l	pokles o 30-50%, alebo trc 10-$19x10^9$/l	pokles o < 30 %, alebo trc ≤ $10x10^9$/l
2.	Začiatok trombocytopénie (**T**iming)	5.-10. deň alebo ≤ 1. deň, ak bola liečba heparínom pred ≤ 30 dňami	> 10. deň nejasný začiatok, alebo 1. deň, ak bola liečba heparínom pred > 30-100 dňami	< 4. deň bez predchádzajúcej liečby heparínom
3.	**T**rombóza	nová trombóza kožná nekróza systémová reakcia na heparín	progresívna/rekurentná trombóza kožný erytém suspektná trombóza	Žiadna
4.	Iná príčina trombocytopénie (o**T**her reason)	žiadna	pravdepodobná	Jednoznačná

Pravdepodobnosť HIT: nízka - skóre 0-3, stredná - skóre 4-5, vysoká - skóre 6-8.

Liečba

- vynechať heparín a liečiť alternatívnymi antikoagulanciami;
- priame inhibítory trombínu - argatroban, bivalirudín, lepirudin ;
- inhibítor faktora Xa (danaparoid) Fondaparinux - syntetický pentasacharid s vystupňovanou anti Xa aktivitou;
    - terapeutická dávka 5-10 mg podľa hmotnosti s.c. denne;
- Warfarín je v akútnom štádiu absolútne kintraindikovaný - na začiatku spôsobuje deficit proteínu C - zvyšuje riziko trombóz, gangrény a amputácie končatiny.

DISEMINOVANÁ INTRAVASKULÁRNA KOAGULÁCIA

Definícia

- syndróm diseminovanej intravaskulárnej koagulácie (DIC) je dynamický patologický proces prechodnej alebo kontinuálnej aktivácie koagulačného systému s vnútrocievnou generáciou trombínu, tvorbou fibrinových trombov v mikrocirkulácii a s ischemickou dysfunkciou orgánov;
- aktivácia hemostázy spôsobuje vyčerpanie všetkých zložiek, ktoré sa na nej podieľajú (konzumpčná koagulopatia), čo sa prejaví klinicky závažným krvácaním;
- proces sprevádza aj konzumpcia inhibítorov koagulácie a aktivácia a inhibícia fibrinolýzy.

Etiológia v spojitosti s tehotenstvom

- embolizácia plodovou vodou, abrupcia placenty, placenta accerata, septický abort, prenášanie mŕtveho plodu, preeklampsia a eklampsia.

Klinický obraz

- charakterizovaný symptomatológiou základného ochorenia a súčasnými prejavmi krvácania (krvácania z viac ako 2 nezávislých miest) a hypoperfúzie a ischemickej dysfunkcie orgánov.

Formy DIC

- akútna;
- subakútna;
- chronická;
- lokalizovaná.

Stupeň rozvinutia DIC

- štádium - kompenzovaná DIC;
- II. štádium - dekompenzovaná DIC;
- III. štádium - plne rozvinutá DIC .

Tabuľka 6 *Najčastejšie klinické prejavy ischemickej dysfunkcie orgánov pri akútnej DIC.*

Postihnutý orgán	Klinická manifestácia
Koža	fokálne hemoragické nekrózy
CNS	tranzitórne neurologické syndrómy, poruchy vedomia, kŕče, kóma
Obličky	oligúria, anúria, renálna insuficiencia
Pečeň	nekrózy v okolí hepatálnych centrálnych žíl, ikterus, hepatálne zlyhanie
Pľúca	akútny a neskorý syndróm mikroembolizácie pľúc, ARDS, pľúcne hemorágie
GIT	ulcerácie, submukózne nekrózy, hemoragická nekrotická enteritída
Nadobličky	hemoragické nekrózy s adrenálnou kortikálnou insuficienciou
Erytrocyty	mikroangiopatická hemolytická anémia (MAHA) - schistocyty

Tabuľka 7 *Laboratórna diagnostika DIC*

Základné hematologické vyšetrenie	Krvný náter, retikulocyty Náter periférnej krvi (schistocyty)
Klasické hemokoagulačné vyšetrenie	Počet trombocytov PT, aPTT, trombínový čas Fibrinogén, koagulačné faktory II, V, VII, VIII, XIII
Molekulové markery - aktivácie trombocytov - aktivácie koagulácie - aktivácie/spotreby fibrinolýzy - aktivácie/spotreby inhibítorov	β-tromboglobulín, doštičkový faktor 4 (PF4) F1+2, FM, FPA, trombín-antitrombín (TAT) FDP, D-dimér, Bβ 1-42, Bβ 15-42 plazmín, plazmín-α_2 (PAP), α_2AP, PAI-1, antitrombín, proteín C, proteín S
Markery orgánovej dysfunkcie	pO_2, pH, kreatinín, LDH, bilirubín, haptoglobín

Tabuľka 8 *Laboratórna diagnostika štádií DIC.*

Štádium	Laboratórna diagnostika
I. Kompenzovaná DIC	Trc >100x10^9/l PT, APTT, koagulačné faktory a fibrinogén v norme AT: 70-80 %, TAT pozit. FDP a D-dimer pozit
II. Dekompenzovaná DIC	Trc ≥ 50-100x10^9/l INR a APTTR ≥ 1,5-2, koagulačné faktory > 40 % a < 70 %, fibrinogén 1,0-1,5 g/l AT: 40-87 %, TAT pozit. FDP a D-dimer pozit
III. Plne vyvinutá DIC „Konzumpčná koagulopatia“	Trc < 50x10^9/l INR a APTTR ≥ 2, koagulačné faktory < 40 %, Fibrinogén < 1,0 g/l AT: < 40 %, TAT pozit. FDP a D-dimer silno pozit

Tabuľka 9 *Skórovací systém pre diagnózu rozvinutej DIC.*

	Skórovací systém podľa JMHW		Skórovací systém podľa ISTH		
Počet doštičiek ($\times 10^9$/l	≤ 50	3	≤ 50		2
	50-80	2	50-100		1
	80-120	1			
	≥120	0	≥100		0
Protrombínový čas (PT)	**PT-INR**		**Predĺženie PT**		
	≥ 1,67	2	≥ 6 s		2
	1,25-1,67	1	3-6 s		1
	≤ 1,25	0	≤ 3 s		0
Fibrinogén (g/l)	≤ 1,0	2	≤ 1,0		1
	1,0-1,5	1	≥ 1,0		0
	≥ 1,5	0			
Známky prítomnosti fibrínu	**FDP (mg/l)**		**D-diméry**		
	≥ 40	3	silno zvýšené		3
	20-40	2	stredne zvýšené		2
	10-20	1	v referenčnom rozmedzí		0
	≤ 10	0			
Príznaky a ochorenie s rizikom rozvoja DIC	krvácavé ochorenie nezávislé na základnom ochorení a/alebo orgánová dysfunkcia	1	ochorenie s potenciálom rozvoja DIC	áno	1
				nie	0
Dôkaz DIC **Sedem bodov a viac**			≥ 5 bodov - opakovať testy denne < 5 bodov - pravdepodobne nerozvinutá DIC - opakovať o 1-2 dni		

ANTIFOSFOLIPIDOVÝ SYNDRÓM (APS)

Definícia

- autoimunitne podmienený stav získanej trombofílie, charakterizovaný prítomnosťou autoprotilátok namierených proti proteínom viažucim sa na fosfolipidy, klinickou manifestáciou venóznej alebo arteriálnej trombózy a vaskulárnymi komplikáciami gravidity zapríčiňujúcimi reprodukčné straty.

Trombocytopénia

- pokles trombocytov ľahkého stupňa sa ubjavuje u asi 20% pacientov s APS a u 40 % prípadov APS spervádzajúceho SLE;
- spravidla býva mierna - v rozhraní 100-150 x 109/l;

APS v gravidite

- 1,8 -násobné riziko straty plodu - najčastejšie v druhom a prvom trimestri;
- hĺbková žilová trombóza v gravidite a šestonedelí;
- preeklampsia;
- syndróm HELLP;

- sklon k hapituálnym potratom;
- intrauterinná retardácia rastu plodu.

Tabuľka 10 *Klinické kritéria APS podľa „Sydney Consensus Statement“*

1. Vaskulárne trombózy • jeden alebo viac dokumentovaných prípadov arteriálnej alebo venóznej trombózy, inej ako je povrchová tromboflebitída, prípadne trombózy malých ciev v akomkoľvek tkanive či orgáne, potvrdené validnými metódami, bez zápalu povrchových žíl.
2. Komplikácie gravidity a) jedno alebo viac nevysvetliteľných úmrtí morfologicky normálneho plodu po 10. týždni gestácie alebo; b) jeden alebo viac predčasných pôrodov morfologicky normálneho novorodenca pred 34. týždňom gestácie v dôsledku • eklampsie alebo ťažkej preeklampsie alebo • placentárnej insuficiencie; c) ≥ 3 nevysvetliteľné následné samovoľné potraty pred 10. týždňom gestácie, pri absencii anatomických, hormonálnych a chromozomálnych abnormalít.

Tabuľka 11 *Laboratórne kritéria APS podľa „Sydney Consensus Statement“*

1. Lupus antikoagulant prítomný v plazme pri dvoch a viacerých vyšetreniach vykonávaných v 12-týždňovom odstupe.
2. Antikardiolipínové protilátky (ACLA) typu IgG, resp. IgM prítomné v strednom či vysokom titri (t.j. > 40 GPL/MPL alebo > 99 percentilov), dokázané štandardnou metódou ELISA dva a viackrát v odstupe 12 týždňov.
3. Anti-β2 GPI protilátkyIgG, resp. IgM prítomné v strednom či vysokom titri > 99 percentilov, dokázané štandardnou metódou ELISA dva a viackrát v odstupe 12 týždňov.

POLIEKOVÉ TROMBOCYTOPÉNIE

- pri vzniku trombocytopénie sa uplatňujú viaceré mechanizmy zníženia produkcie alebo zvýšenia deštrukcie trombocytov;
- typy poliekovej trombocytopénie podľa mechanizmu vzniku:
  - protilátky závislé na hapténe;
  - protilátky zívislé na lieku;
  - liekom indukované väzbové miesto pre protilátky;
  - protilátky špecifické pre liek;
  - autoprotilátky navodené liekom;
  - polieková trombocytopénia s imúnnymi komplexami;

- najčastejšou príčinou sú protilátky namierené proti jednému alebo viacerým GP (najčastejšie proti GPIb/IX a GPIIb/IIIa);

- v laboratórnej diagnostike sa využíva imunologické vyšetrenie modifikovaných doštičkových antigénov pomocou monokonovýchprotilátok MAIPA (Monoclonal Antibody specific Immobilization of Platelet Antigens) a MACE (Modified AntigenCapture Enzyme linked immunosorbent assay).

PSEUDOTROMBOCYTOPÉNIA

Definícia

- klinicky nevýznamný laboratórny nález trombocytopénie in vitro spôsobený zvýšením zhlukovaním trombocytov v krvnej vzorke (agregácia trombocytyov alebo tzv. doštičkový satelitizmus).

Incidencia

- 1-2 % vyšetreých vzoriek.

Etiológia a patofyziológia

- vplyv prirodzene sa vyskytujúcej protilátky (aglutinínu) na epitop integrínu glykoproteínu IIb/IIIa, exponovaného v prítomnosti kyseliny ethylendiaminotetraoctovej (EDTA), ktorá z integrínu odstraňuje Ca^{2+}.

Laboratórne nález

- krvný náter odhalí zhluky trombocytov alebo doštičkový satelitizmus.

Kontrola

- odber, transport a vyšetrenie vzorky pri 37 °C alebo odber do skúmavky s alternatívnym protizrážanlivým roztokom (heparín, citrát, špec. skúmavka TromboExact).

POTRANSFÚZNA PURPURA

- neskorá komplikácia hemoterapie transfúznych prípravkov;
- porucha postihuje najmä ženy, najčastejšie v minulosti polytransfundované multipary;
- aloprotilátky z predchádzajúcich senzibilizácii sú namierené proti špecifickým antigénom trombocytov - najčastejšie proeti epitopu GP IIIa u pacientov ktorým na trombocytoch chýba antigén HPA-1a;
- purpura je pomerne vzácna (frekvencia výskytu antigénu HPA1a je 97,9 %) ;
- výsledkom je rýchla deštrukcia darcovských aj vlastných trombocytov
- ťažká trombocytopénia (Trc < 10 x 109/l v 80 % prípadov) sa typicky prejaví 5 až 12 dní po podaní transfúzie kožnou purpurou a slizničným krvácaním;

- úmrtnosť je zriedkavá - vzácne v dôsledku intrakraniálnej hemorágie;
- v liečbe sa uplatňujú vysoká dávky i.v. Ig, prípadene plazmaferéza.

TROMBOCYTOPÉNIA PRI PORUCHE DISTRIBÚCIE TROMBOCYTOV

Hypersplenizmus

- trombocytopénia v dôsledku abnormálnej redistribúcie a sekvestrácie doštičiek;
- slezina je fyziologickým rezervoárom trombocytov - za normálnych okolností sústreďuje 30 % ich objemu;
- niektoré chorobné stavy spôsobujúce zväčšenie sleziny spôsobujú zvýšenie jej kapacity pre uskladnenie trombocytov;
- patria sem primárne a sekundárne ochorenia sleziny, trombózy v hepatolienálnom riečisku a predovšetkým cirhóza pečene s portálnou hypertenziou;
- trombocytopénia pri hypersplenizme je zvyčajne ľahkého až stredne ťažkého stupňa (30-70x109/l) a často je súčasťou bicytopénie alebo pancytopénie;
- pri klinických prejavoch trombocytopénie nemožno očakávať významnejší efekt terapie trombocytmi;
- riešením môže byť splenektómia, skúša sa efekt TPO-mimetika.

Dilučná trombocytopénia

- trombocytopénia vzniká pri veľkom krvácaní s masívnou náhradou objemu krvnými derivátmi neobsahujúcimi doštičky (obvykle viac ako 20 TU Ery);
- počet trombocytov sa môže znížiť na < 50-60x109/l, čo môže byť klinicky významné hlavne u pacientov po operáciách alebo polytraume;
- dôležité je monitorovať počet doštičiek a včas zabezpečiť substitúciu trombocytovými koncentrátmi.

ĎALŠIE MOŽNÉ PRÍČINY TROMBOCYTOPÉNIE V TEHOTENSTVE

Systémový lupus erytematodes

- trombocytopénia sa objavuje až v 25 % prípadov a je navodená deštrukciou doštičiek najčastejšie na podklade trombocytových protilátok a cirkulujúcich komplexov;

2B subtyp von Wilebrandovej choroby

- intermitentná trombocytopénia na podklade autozómovo dominantne podmieneného kvalitatívneho defektu vWf so znížením veľkých multimérov v plazme, ktoré sú však normálne prítomné v doštičkách (zýšená RIPA pri nízkych koncentráciách ristocetínu);

Vrodená trombocytopénie

- heterogénna skupina veľmi zriedkavých, geneticky podmienených ochorení, často sprevádzaná aj poruchami funkcie krvných doštičiek.

Záver

Trombocytopénia diagnostikovaná v tehotenstve môže mať celý rad etiologických súvislostí. Mnohé z nich predstavujú potencionálne závažný problém s rizikom zdravia matky aj plodu. V týchto prípadoch musí byť prasná diagnostika realizovaná neodkladne. Vzhľadom k zložitosti diferenciálnej diagnostiky a tlaku na rýchly diagnostický záver je užitočné, aby v praxi pôrodníci, hematológovia a gynekológovia úzko spolupracovali a hovorili rovnakým jazykom.

Tabuľka 12 *Záverečné zhrnutie diferenciálnej diagnostiky trombocytopénie u tehotných žien.*

	MAHA (schistocyty)	↓Trc	koagulopatia	↑TK	↑TT	hepatopatia	nefropatia	Postihnutie CNS	↑manifestácia
Gestačná tromocytopénia	N	Ľ-S	N	N	N	N	N	N	3. trimester
ITP	N	S-Ť	N	N	N	N	N	N	kedykoľvek
TTP	+++	S-Ť	N	N	+++/++	+/N	N/++	+++	2. trimester
HUS	+	Ľ-S	N	N	N/+	+/N	+++	N/+	po pôrode
Preeklampsia	+	Ľ-S	N	+++	N	+	N/+	+/++	3. trimester
HELLP syndróm	++	S-Ť	N	N	N	+++ (hl. AST, ALT)	N/+	N/+	3. trimester
AFLP	vzácne	N-Ľ	+++	N	N/+	+/+++ (hl. GMT, ALP, Bi)	N/+	+	3. trimester
DIC	++/+++	S-Ť	+++	N	+/N	+/N	+/N	N/+	2.-3. trimester
APS	N	Ľ-S	N/+	N	N	N	N	+	kedykoľvek
SLE	+	Ľ	N	N	N	N	++	+	kedykoľvek

AFLP - akútna stetéza pečene v tehotenstve, **APS** - antifosfolipidový syndróm, **DIC** - diseminovaná intravaskulárna koagulácia, **HELLP syndróm** - mikroangiopaická hemolýza, elevácia pečeňových testov, trombocytopénia syndróm, **HUS** - hemolyticko-uremický syndróm, **ITP** - imúnna trombocytopénia, **MAHA** - mikroangiopatická hemolýza, **SLE** - systémový lupus erytematodes, **TTP** - trombotická trombocytopenická purpura ALT- alanínaminotransferáza, AST - aspartátaminotransferáza, ALP - alkalická fosfatáza,

Bi - bilirubín, CSN - centrálny nervový systém, GMT - gama-glutamyltransferáza, hl. - hlavne, N - v norme, TK - tlak krvi, Trc - krvné doštičky, TT - telesná teplota, + - ľahký stupeň/málo častý nález, ++ - stredne ťažký stupeň/častý nález, +++ - ťažký stupeň/veľmi častý nález, Ľ - ľahká, S - stredne ťažká, Ť - ťažká

Literatúra

1. BÁTOROVÁ, A.: Fyziológia hemostázy. In SAKALOVÁ, A., BÁTOROVÁ, A., MISTRÍK, M., HRUBIŠKO, M. a kol. *Klinikcká hematológia*. Vydavateľstvo Osveta, 2010, 295 s., ISBN 978-80-8063-324-0.
2. BRYCHTOVÁ P., PROCHÁZKA M., LATTOVÁ V., LUBUŠKÝ M., PROCHÁZKOVÁ J., SLAVÍK L., ÚLEHLOVÁ J., ŠIMETKA O. Incidence, etiologie a klinický význam trombocytopenie v graviditě. *Česká gynekologie.* 2013; 78 (6): 560-565.
3. BULIKOVÁ A., HARUŠTIAKOVÁ D.,ZAVŘELOVÁ J,. DUŠEK L.,PENKA M. Trombocytopenie u pacientů s průkazem antifosfolipidových protilátek nebo s antifosfolipidovým syndromem. *Vnitř Lék.* 2010; 56(Suppl 1): S81–S90.
4. ČERMÁKOVÁ Z., KOVÁŘOVÁ P., MALUŠKOVÁ A., PAULIŠKOVÁ M., FIZKOVÁ D. Optimalizace vyšetření protilátek proti trombocytům u těhotných a žen po porodu. *Čes. Gynek*.2011; 76(3):239-242.
5. ČERVINEK L. Imunitní trombocytopenie, diagnostika, klasifikace, diferenciální diagnostika. *Vnitř Lék* 2010; 56(Suppl 1): S75–S77.
6. GERNSHEIMER T., JAMES A.H., STAS R. How I treat thrombocytopenia in pregnancy *Blood*. 2013;121(1):38-47.
7. Guidelines for the investigation and management of idiopathicthrombocytopenic purpura in adults, children and in pregnancy. *British Journal of Haematology*, 2003, 120, 574–596.
8. GUMULEC J. Možnosti diagnostiky heparinem indukovanétrombocytopenie v České republice. *Vnitř Lék* 2012; 58(7&8): 564-570.
9. HLUŠÍ A. Eltrombopag. *Farmakoterapie*. 2011;7(2):171–175.
10. HLUŠÍ A., PROCHÁZKOVÁ J., KRČOVÁ V., INDRÁK K. Terapie imunitní trombocytopenie v graviditě. *Vnitř Lék* 2010; 56(Suppl 1): S78-S80.
11. HONSOVÁ E. Trombotické mikroangiopatie:t Tombotická trombocytopenická purpura (ttp) a Hemolyticko-uremický syndrom (HUS).Morfologie, diferenciální diagnóza a patogeneze *Čes.-slov. Patol*. 2008; 44(3):54–58.
12. CHAKRAVORTY S., ROBERTS I. How I manage neonatal thrombocytopenia. *British Journal of Haematology*, 2011;156, 155–162.
13. KVAPIL F., DOUBEK M., BRYCHTOVÁ Y., KALA Z., VORLÍČEK J., MAYER J. Splenektomie v diagnostice a léčbě hematologických onemocnění – indikace,

komplikace a výsledky z jednoho pracoviště *Trans. Hemat. dnes*. 2006; 12(3):146–152.

14. MALINA M., JANDA J., SEEMAN T. Hemolyticko-uremický syndrom – nejčastější příčina akutního renálního selhání u dětí Komplexnost patofyziologie a nové možnosti diagnostiky a terapie atypických forem. *Čes.-slov. Pediat*., 2010; 65(11): 648–653.
15. McCRAE1 K.R. Thrombocytopenia in Pregnancy. *Br J Haematol*. 2010;123:397–402.
16. MYERS B. Diagnosis and management of maternal thrombocytopenia inpregnancy *Br J Haematol*, 2012, 158, 3–15.
17. PECCI A., BALDUINI C. L. Lessons in platelet production from inherited thrombocytopenias *Br J Haematol*, 2014, 165, 179–192.
18. PEREPU U., ROSENSTEIN M. L. Maternal thrombocytopenia in pregnancy. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology*, 2013;3(1):6.
19. PETERSON J. A., MCFARLAND J. G.,CURTIS B. R., ASTER R.H. Neonatal alloimmune thrombocytopenia: pathogenesis, diagnosis and management. *British Journal of Haematology*, 2013, 161, 3–14.
20. RAJASEKHAR A. GERNSHEIMER T., STASI R., JAMES A. H. Clinical Practice Guide on Thrombocytopenia in Pregnancy. *Blood*. 2013;121(3):167-174.
21. SLAVÍK L., SVOBODOVÁ G., ÚLEHLOVÁ J., KRČOVÁ V., HLUŠÍ A., PROCHÁZKOVÁ J. *Transfuze Hematol. dnes*, 18, 2012, No. 2, p. 76–80.
22. SVITEKOVÁ M., PETRENKO M. Idiopatická trombocytopenická purpura v těhotenství. *Prakt Gyn* 2008; 12(2):92-94.
23. ŠKULTÉTY J., NOVÁČKOVÁ M., BINDER T., HADAČOVÁ I., SALAJ P., ROB L. Trombotická trombocytopenická purpura v těhotenství Kazuistika. *Čes. Gynek.* 2010; 75 (4): 306-308.
24. VACHEK J., ZAKIYANOV O.,. MOTÁŇ V., TESAŘ V. Trombotická mikroangiopatie z pohledu nefrologa. *Gastroent Hepatol*. 2015; 69(3): 262–266.
25. WECHSLER D., JIMRAMOVSKY T. DOLEŽEL Z. *Vnitř Lék* 2010; 56(Suppl 1): S51–S54.

Kontakt:

MUDr. Jaromír Tupý, PhD.

Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail:tupyj@uvn.sk

ÚČINNOSŤ A BEZPEČNOSŤ LIEČBY NÍZKOMOLEKULÁRNYMI HEPARÍNMI

Efficacy and Safety of Low Molecular Weight Heparin

Jaromír Tupý[1,2]

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

Abstrakt:

Nízkomolekulárne heparíny – významne sa viažu na antitrombín, a tým selektivne inhibujú faktor Xa, – zvyšujä fibrinolýzu, – znižujú hladinu inhibítora aktivátora plazminogenu (PAI), – zvyšujú hladinu inhibítora tkáňového faktora, a tým inhibujú tkáňovéhý faktor a vonkajší koagulačný systém. LMWH sú štandardizované podľa inhibičnej aktivity k faktoru Xa. Preparáty s vyššou aktivitou anti-Xa však nemajú dokazateľný vyšší antitrombotický efekt. LMWH sa používajú v mnohých odvetviach medicíny. Oproti nefrakcionovanému heparínu je ich možno s výhodou použiť v transplantológii, v liečbe a prevencii cievnych uzáverov pri nádorových chorobách, u pacientov s tromboembolizmami v cerebrálnej oblasti, v profylaxi a liečbe hlbokých žilných trombóz a chorých s ischemickou chorobou srdca.

Kľúčové slová: Nízkomolekulárne heparíny. Profylaxia a liečba venózneho tromboembolizmu.

Abstract:

Low molecular weight heparins - a significant binding to antithrombin and thereby selectively inhibit factor Xa, - increase fibrinolysis, - lower the level of plasminogen activator inhibitor (PAI), - increasing the level of inhibitor of tissue factor, thereby inhibiting factor tkáňovéhý and external coagulation systems. LMWHs are standardized according to the inhibitory activity of factor Xa. Preparations with higher anti-Xa activity but do not exceed the detectable antithrombotic effect. LMWHs are used in many branches of medicine. In comparison with unfractionated heparin, be advantageously used in transplantation, in the treatment and prevention of vascular diseases of the shutters in the tumor, patients with cerebral thromboembolism in the field of prophylaxis and treatment of DVT and patients with coronary heart disease.

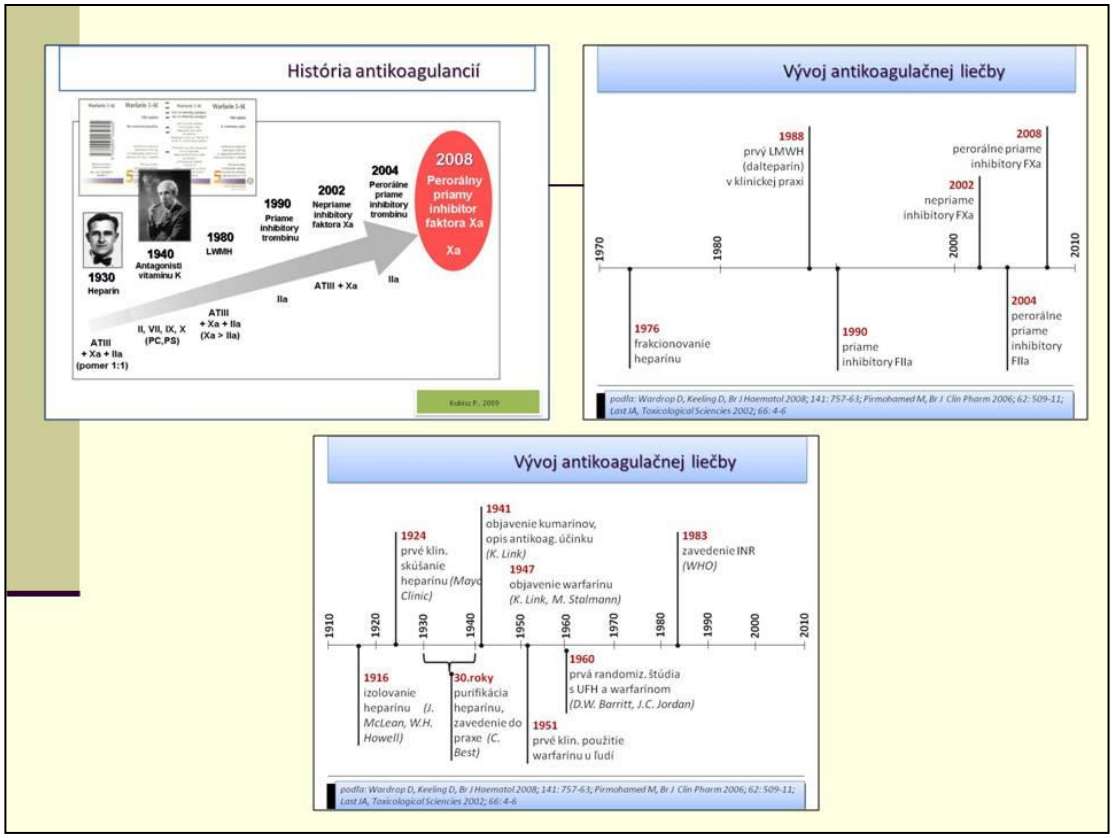
Key words: Low molecular weight heparin. Prophylaxis and treatment of venous thromboembolism.

Úvod

Heparín sa považuje za priame antikoagulans, ale jeho účinok je vždy sprostredkovaný, predovšetkým väzbou na antitrombín (AT). Pri podaní vysokých koncentrácií heparínu sa môže uplatniť aj pôsobenie heparínového kofaktora II, ktorý sprostredkováva antikoagulačné účinky dermatansulfátu a sulfátovaných laktobionových kyselín. Štandardný nefrakcionovaný heparín (UFH) je zmes mukopolysacharidových reťazcov, u ktorých molekulárna hmotnosť kolíše medzi 3 000 až 40 000 daltonov. Mukopolysacharidy sa skladajú z ekvimolárneho množstva D glukosamínu a kyseliny D glukurónovej. Väčšina koagulačných faktorov odhaľuje po aktivácii v mieste svojho účinku serín a označujú sa ako serínové proteázy. Potenciácia účinku AT sa prejavuje inhibíciou faktora XIIa, XIa a IXa, ďalej predovšetkým inhibíciou faktora Xa a trombínu.

História antikoagulancií

Históriu vývoja antikiagulancii zobrazujú obrázok č. 1.



Obrázok 1 *História antikoagulancii a vývoj antikoagulačnej liečby.*

Vývoj nízkomolekulárnych heparínov bol akcelerovaný zistením, že podanie LMWH je asociované s menším krvácaním pri ekvivalentnom antitrombotickom efekte ako pri podaní rovnako účinných antitrombotických dávok štandardného heparínu.

PROCES VÝROBY

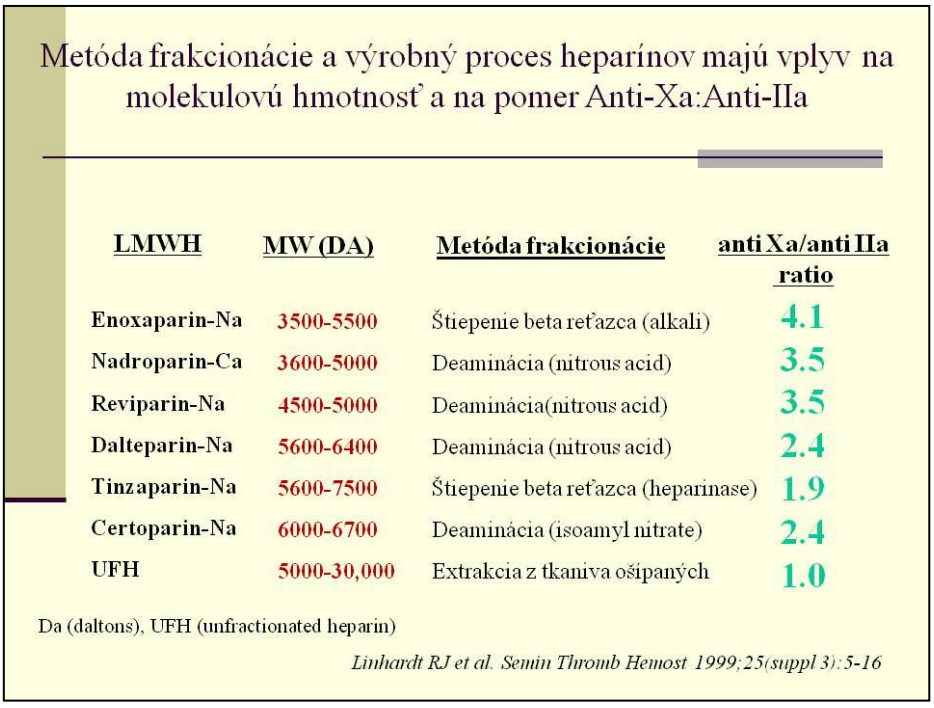
- štandardný heparín možno degradovať (frakcionovať) na formu s nízkou molekulovou hmotnosťou (4-6 kDa);
- používa sa pritom chemická alebo enzýmová depolymerizácia s chromatografickou purifikáciou;
- napriek podobným vlastnostiam majú výsledné vlastnosti rozdiely v štruktúre jednotlivých molekúl ovplyvňujúce ich biologickú aktivitu a variabilitu v odpovedi *in vivo*.

Nízkomolekulárne heparíny sa okrem mierne rozdielnej molekulárnej hmotnosti líšia predovšetkým spôsobom frakcionácie.

Príprava LMWH heparínov môže byť:

- alkoholovou precipitáciou, frakcionáciou a depolymerizáciou;
- enzymatickou depolymerizáciou s heparinázou;
- peroxidatívnou depolymerizáciou nasledovanou alkoholovou extrakciou;
- isoamynitritovou depolymerizáciou;
- depolymerizáciou s kyselinou dusičnou;
- gélovou fitráciou.

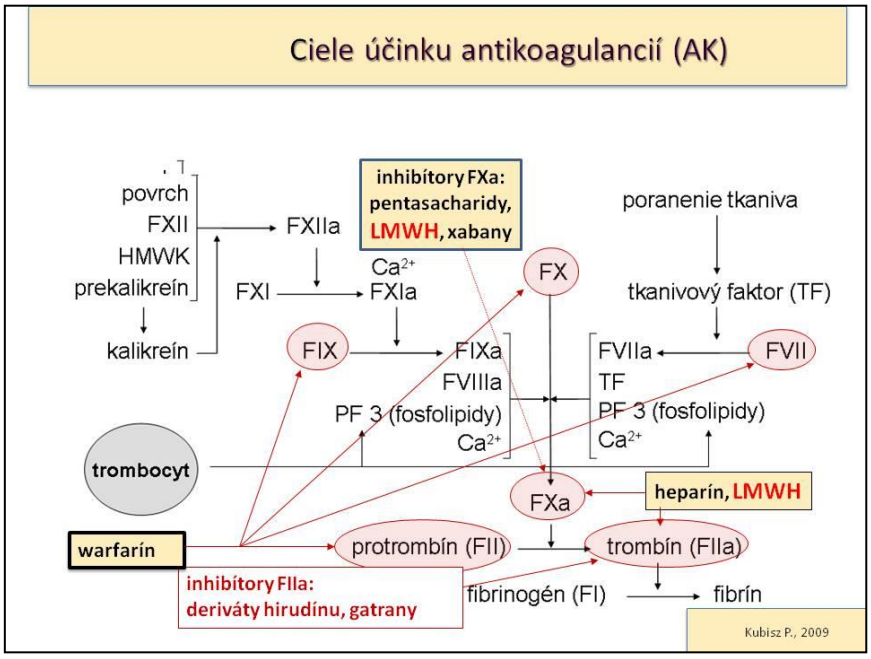
Molekuly LMWH sa izolujú gélovou filtráciou, ultrafiltráciou alebo extrakciou s etanolom.



Obrázok 2 *Vplyv metódy frakcionácie na molekulovú hmotnosť a pomer anti-Xa:anti-IIa*

Mechanismus účinku LMWH

- Nefrakcionovaný heparín aj nízkomolekulárne heparíny vykazujúí svoje antikoagulačné vlastnosti cez väzbu a aktiváciu antitrombínu (AT III).
- Aktivácia AT pentasacharidom je asociovaná so zmenou konformácie, ktorá umožňuje molekule fibrínu inaktivovať trombín (faktor IIa) a faktor Xa.
- UFH aj LMWH môžu fungovať ako matrice k sprostredkovaniu komplexu zloženého z antitrombínu, trombínu a molekúl heparínu, ku ktorému je potreba reťazca dĺžky 18 sacharidov.
- Za účelom katalýzy AT sprostredkovanej inaktivácie faktora Xa je pentasacharid dostačujúcou funkčnou štruktúrou.
- Dekaoktosacharid (18 monomérov) alebo väčšie jednotky sú prítomné v takmer vo všetkých UFH prípravkoch, ale len v 25 - 50 % rôznych LMWH, čo je dôvod prečo LMWH preferujú aktivitu voči faktoru Xa, zatiaľ čo UFH je efektivný tak voči faktoru Xa ako aj k faktoru IIa rovnakou mierou.
- inhibícia faktora Xa väzbou na AT III;
- zvýšením fibrinolýzy (zvyšuje tPa, znižuje PAI);
- zvyšuje TFPI, a tým inhibuje TF a vonkajší koagulačný systém;
- má antiagregačný efekt;
- reštituje endoteliálnu dysfunkciu (blokádou SMC receptora);
- inhibuje prokoagulačnú aktivitu leukocytov;
- selektívna inhibícia faktora Xa, a to bez nutnosti väzby na AT, tj. priamou blokádou vonkajšej cesty aktivácie hemostázy.



Obrázok 3 *Ciele účinku LMWH*

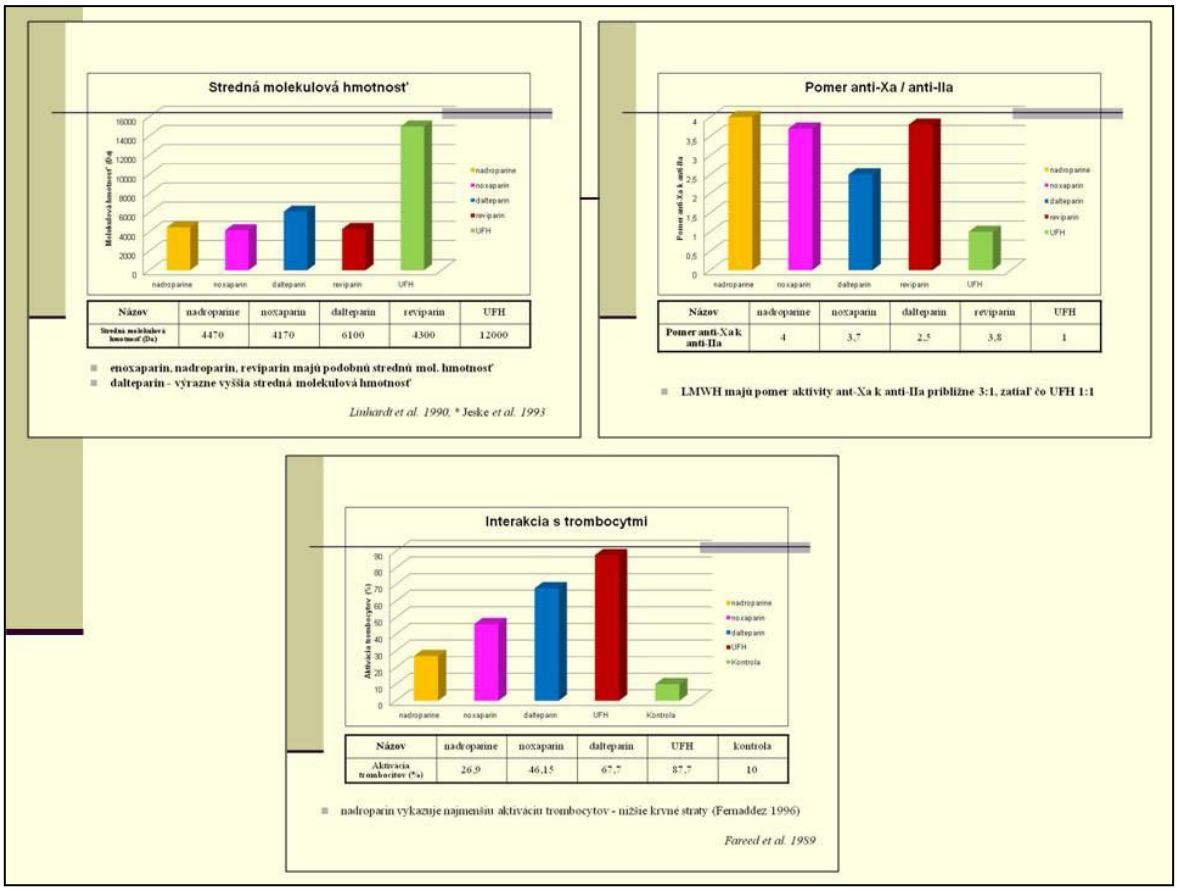
Všeobecné vlastnosti LMWH

- sú to deriváty heparínu, ktoré majú podobnú anti-Xa aktivitu, ale nižšiu anti-IIa aktivitu;
- *in vitro* sa medzi sebou líšia rôznym pomerom anti-Xa/anti-IIa;
- majú menší vplyv na funkcie krvných doštičiek a aj preto menej často vedú ku krvácavým prejavom;
- nevedú k aktivácii krvných doštičiek a väčšinou ani k trombocytopénii indukovanej heparínom;
- nízka aktivita LMWH k fibronektínu, von Willebrandovmu faktoru a dostičkovému faktoru 4 udržuje jeho stabilnú plazmatickú hladinu, a tým i dobre odhadnuteľnú antikoagulačnú odpoveď;
- plazmatický polčas nie je závislý na dávke, ako je to u nefrakcionovaného heparínu, ale na renálnom vylučovaní;
- pre oslabenú anti-IIa aktivitu slabo ovplyvňujú globálne koagulačné testy ako je aPTT;
- najcitlivejším parametrom na sledovanie jeho farmakokinetiky je stanovenie anti-X aktivitity;
- v porovnaní so štandardným haparínom sa LMWH neviaže na bielkoviny plazmy a vďaka lepšej biologickej dostupnosti sa po s.c. podaní takmer úplne absorbuje;
- biologická dostupnosť je stabilná a nevykazuje interindividuálne rozdiely (jeho anti-X aktivita sa dá predpovedať po podaní určitej dávky);
- dlhší biologický polčas umožňuje dlhšie intervaly v jeho dávkovaní;
- podávané sú s.c. vo fixných dávkach (podľa výšky rizika alebo telesnej hmotnosti);
- nie je nutná ich laboratórna monitorácia.

Vlastnosti najčastejšie používaných heparínov s nízkou molekulovou hmotnosťou

Tabuľka 1 *Vlastnosti LMWH (Gerotziafas GT et all. J Thromb Haemost 2007; 5: 955-62)*

Názov LMWH	Priemerná molekulová hmotnosť (Da)	Anti-Xa : Anti-IIa	Anti-FXa IU/mg	Anti-FIIa IU/mg
Fondaparinux	1 725	špecif. anti-Xa inhibítor	930	0
Bemiparin	3 600	8	80-100	10-12,5
Enoxaparin	4 200	3,9	100	25
Nadroparin	4 500	3,.5	95-130	27-37
Dalteparin	6 000	2,5	130	52
Tinzaparin	6 750	2	90	45
UFH	15 000	1	1	193



Obrázok 4 *Vybrané vlastnosti a interakcie LMWH.*

Laboratórna kontrola LMWH

- liečba pomocou LMWH nevyžaduje v bežnej klinickej praxi laboratórnu kontrolu účinnosti;
- podanie LMWH spravidla významne nepredlžuje základné koagulačné testy, vrátane aPTT;
- individuálne je však užitočné kontrolovať antikoagulačnú odpoveď na liečbu LMWH laboratornymi testami;
- k dispozícii je stanovenie anti-Xa aktivity, Hep test alebo monitorovanie heparinémie;

Princíp stanovenia anti-Xa aktivity:

- nízkomolekulárny heparín tvorí s antitrombínom dimérny komplex, ktorý vyväzuje v nadbytku dodané definované množstvo čistého faktora Xa;
- zbytkové množstvo faktora Xa je možné merať koagulačne alebo chromogénnou metódou;
- pokles faktora Xa je nepriamo úmerný koncentrácii LMWH.

Hodnotenie

- enoxaparín v preventívnom dávkovaní 0,2 - 0,4 aXaIU/ml, pri liečbe VTE 0,6 - 1,0 aXaIU/ml, IU/ml a u gravidných žien a chorých s umelými chlopňami hodnota 1,0 - 1,2 aXaIU/ml;
- nadroparín v liečbe 0,5 - 1,0 aXaIU/ml.
- monitorovanie hladiny anti-Xa je indikované v gravidite najmä od 2. trimestra, pri renálnej insuficiencii s GF < 30 ml/min, u obéznych pacientov, v detskom veku, pri liečbe kritických chorôb, pri liečbe vazopresormi a pri deficite antitrombínu.
- Je nutné potrebné upozorniť na potrebu realizácie odberu v presnom časovom intervale od doby aplikácie LMWH (3-4 hod.).

Indikácie heparínov s nízkom molekulovou hmotnosťou

Tabuľka 2 *Indikácie LMWH. (Remková, Remko, 2014)*

Liečba hlbokej vonóznej trombózy a nemasívnej embolizácie pľúc	
Prevencia pooperačnej trombózy	Pri strednom riziku – všeobecné chirurgické zákroky Pri vysokom riziku – chirurgické výkony v ortopédii (hlavne operácie na bedrovom kĺbe)
Prevencia venózneho tromboembolizmu u rizikových pacientov s vnútornými ochoreniami	Imobilní pacienti s kardiálnym alebo respiračným zlyhávaním, so zhubnými nádormi, zápalmi a s infekciami a inými rizikovými faktormi
Prevencia artériovej (koronárnej) trombózy	Nestabilná angina pectoris Akútny IM bez elevácie ST segmentu Akútny IM s eleváciou ST segmentu Perkutánna koronárna intervencia
Udržanie priechodnosti mimotelového obehu	Hlavne hemodialýza

Dávkovanie v antikoagulačnej liečbe

Tabuľka 3 *Úvodná liečba venóznej trombózy a/alebo pľúcnej embólie. (Remková, Remko, 2014)*

Enoxaparin (Clexane)	1 mg/kg 2 x denne alebo 1,5 mg/kg raz denne s.c.
Nadroparin (Fraxiparine)	85 anti-Xa IU/kg (t.j. 0,1 ml/10 kg) 2 x denne alebo 170 anti-Xa IU/kg raz denne s.c.
Dalteparin (Fragmin)	100 anti-Xa IU/kg 2 x denne alebo 200 anti-Xa IU/kg raz denne s.c.
Bemiparin (Zibor)	115 anti-Xa IU/kg raz denne s.c

Tabuľka 4 *Liečba pri akútnych koronárnych syndrómoch. (Remková, Remko, 2014)*

NAP / NSTEMI	
Enoxaparin (Clexane)	1 mg/kg 2 x denne s.c.
Nadroparin (Fraxiparine)	85 anti-Xa IU/kg (t.j. 0,1 ml/10 kg) 2 x denne s.c.
Dalteparin (Fragmin)	120 anti-Xa IU/kg 2 x denne s.c.
STEMI ± PKI	
Enoxaparin (Clexane)	úvodný bolus 30 mg i.v., potom 1 mg/kg 2 x denne s.c.

NAP - nestabilná angina pectoris, NSTEMI - IM bez elevácia ST segmentu, STEMI - IM s eleváciou ST segmentu, PKI - perkutánna koronárna intervencia

Dávky používané v tromboprofylaxii

Tabuľka 5 *Prevencia VTE v internej medicíne u pacientov s stredným a vyšším rizikom (Leizorovit et all., 2004; Fraisse et all., 2000; Remková, Remko, 2014; Remková, 2013)*

Prípravok	Indikácie	Dávky
Enoxaparin (Clexane)	Akútne vnútorné ochorenia*	40 mg; raz denne s.c.
Dalteparin (Fragmin)	Akútne vnútorné ochorenia*	5000 IU; raz denne s.c.
Nadroparin (Fraxiparine)	Vysoko rizikoví pacienti pri respiračnom zlyhávaní a/alebo respiračnej infekcii a/alebo kardiálnom zlyhávaní, hospitalizovaní na JIS	0,4 ml (3 800 IU)/45 -70 kg, 0,6 ml (5 700 IU)/ 71 - 110 kg; raz denne s.c.

**Akútne vnútorné ochorenie: kongestívne zlyhávanie srdca NYHA III-IV, závažné respiračné ochorenie, imobilizácia s > 1 rizikovými faktormi: zhubný nádor, predchádzajúca VTE príhoda, sepsa, akútne neurologické ochorenia alebo zápalové ochorenia čreva; JIS - jednotka intenzívnej starostlivosti*

Tabuľka 6 *Prevencia VTE vo všeobecmej chirurgii a ortopédii. (Leizorovit et all., 2004; Fraisse et all., 2000; Remková, Remko, 2014; Remková, 2013)*

Prípravok	Stredné riziko	Vysoké riziko
Nadroparin (Fraxiparine)	0,3 ml raz denne s.c., prvá dávka 2 - 4 h. pred operáciou, ≥ 7 dní, respektíve do prepustenia alebo trvania rizika	**Všeobecná chirurgia:** 0,3 ml raz denne s.c., prvá dávka 2 - 4 h. pred operáciou, ≥ 7 dní, respektíve do prepustenia alebo trvania rizika **Ortopédia:** < 50 kg: 0,2 ml, od 4 dňa 0,3 ml; 51 - 69 kg: 0,3 ml, od 4 dňa 0,4 ml; ≥70 kg: 0,4 ml, od 4 dňa 0,6 ml; 12 h. pred a 12 h. po operácii, potom raz denne s.c. ≥ 10 dní počas trvania rizika

Prípravok	Stredné riziko	Vysoké riziko
Enoxaparin (Clexane)	20 mg s.c. raz denne, 2 h. pred operáciou, 7-10 dní po operácii, resp. počas trvania rizika	40 mg s.c. raz denne, 12 h. pred a 12 h. po operácii (v USA sa preferuje 30 mg s.c. 2x denne, 12-24 h. po operácii), počas trvania rizika, v ortopédii počas 4-5 týždňov
Dalteparin (Fragmin)	2500 IU s.c. raz denne, prvá dávka 1-2 h. pred operáciou, potom 5-7 dní po operácii, resp. do úplnej mobilizácie	5000 IU s.c. raz denne 12 h. pred a 12 h. po operácii (alebo 2500 IU 1-2 h. pred a 8-12 h. po operácii), 5-7 dní, resp. do úplnej mobilizácie. Predĺžená profylaxia 5 týždňov po ortopedických výkonoch na bedrovom kĺbe.
Bemiparin (Zibor)	2500 IU s.c. raz denne, 2 h. pred operáciou alebo 6 h. po operácii, ≥ 7 dní	3500 IU s.c. raz denne, 2 h. pred operáciou alebo 6 h. po operácii, ≥ 7 dní, respektíve do úplnej mobilizácie

Všeobecné kontraindikácie podávania LMWH

- precitlivelosť na nízkomolekulárny heparín a/alebo heparín, napr. anamnéza dokázanej alebo suspektnej indukovanej trombocytopénie imunologicky sprostredkovanej heparínom (HIT);
- akútny gastroduodenálny vred;
- krvácanie do mozgu;
- ťažké poruchy zrážania krvi, okrem DIC syndrómu;
- septická endokarditída;
- poranenie a operácia centrálnej nervovej sústavy, očí a uší;
- pri liečbe akútnej hlbokej žilovej trombózy, pľúcnej embólie, nestabilnej anginy pectoris a non-Q a ST infarktu myokardu, kde pacienti dostávajú vysoké dávky LMWH je kontraindikovaná spinálna alebo epidurálna anesteézia z dôvodu zvýšeného rizika krvácania.

Osteoporóza po liečbe heparínom

- dlhodobé podávanie heparínu (UFH aj LMWH) vedie u niektorých chorých k riziku osteoporózy;
- na toto riziko musíme myslieť u pacientov, ktorí majú indikovanú antikoagulačnú liečbu;
- významné zníženie denzity kostí je možné pozorovať u 30% chorých, ktorí užívajú heparín dlhšie ako jeden mesiac;
- najčastejšie sa prejaví podávanie heparínu fraktúrami stavcov, ktoré sa vyskytujú asi v 2-3 % u chorých dlhodobo užívajúcich heparín;

- heparínom indukovaná osteoporóza je vyvolaná nepomerom medzi zvýšenou kostnou resorbciou a zníženou tvorbou kosti (heparín zvyšuje činnosť osteoklastov).

Parenterálne antikoagulancia druhej generácie

- Nepriame inhibítory faktora Xa
  - Fondaparinux
  - Idraparinux
- Priame inhibítory trombínu
  - Hirudín
  - Desirudín
  - Bivalirudín

Tabuľka 7 *Porovnanie derivátov heparínu. (Ageno W, et all. Chest, 2012)*

Vlastnosti	**UFH**	**LMWH**	**Fondaparinux**	**Idraparinux**
Zdroj	biologický	biologický	syntetický	syntetický
Molek. hmotnosť (Da)	15 000	5 000	1 500	1 50
Cieľ	Xa, IIa	Xa, IIa	Xa	Xa
Biolog. dostuposť (%)	30	90	100	100
Polčas (h)	1	4 - 6	17	80 – 130
Vylučovanie obličkami	nie	áno	áno	áno
Antidotum	úplné	čiastočné	nie	nie
Trombocytopénia induk. heparínom	< 5 %	< 1 %	nie	nie

Premosťovanie liečby LMWH-warfarín

Elektívny chirurgický výkon

- v deň operácie sa priebežne zvažuje potreba infúzie s heparínom alebo preventívne subkutánne podanie LMWH;
- v s.c. podávaní LMWH sa pokračuje 5-7 dní po operácii spolu s obnovením liečby warfarínu;
- profylaktické dávkovanie LMWH pri VTE ktorá bola pred viac ako 6 týždňami a jej vyvolávajúca príčina už odoznela ukončujeme 12 hodín pred operáciou a opätovne začíname 12 hodín po operačnom výkone;
- pri podávaní LMWH v terapeutickej dávke, medikáciu ukončujeme 24 hodín pred operáciou;

- bežná udržiavacia dávka warfarínu sa podá večer v deň menšieho výkonu a po väčšej operácii v deň. keď pacient začne prijímať potravu p.o.

Upozornenie

- monitoring liečby - stanovenie hladiny anti Xa 3-4 hodiny od poslednej aplikácie LMWH - terapeutické rozmedzie 0,2-0,4 resp. 0,6-1,0 anti Xa IU ml - pri renálnej insuficiencii, v gravidite, u detí;
- krvácavé komplikácie - protamín 1 mg na 100 IU LMWH podaného v posledných 8 hodinách, pri život ohrozujúcom krvácaní pri predávkování LMWH rekombinantný F VIIa;
- HIT- najčastejšie 5-10. deň od zahájenia liečby, ale pri opakovanom podávání LMWH aj skôr - nutná kontrola KO každý 2-3. deň mezi 4-14 dňom podávania LMWH - pri poklese trombocytov pod 100 x 10^9/l alebo na polovicu pôvodného počtu konzultácia hematológa.

Záver

Odlišné profily heparínov s nízkou molekulovou hmotnosťou *in vitro a in vivo* poukazujú na to, že z klinického profilu jedného nemožno usudzovať o inom, alebo ho zovšeobecňovať pre celú skupinu. Existuje však málo dôkazov o tom, že v klinickom účinku sú medzi jednotlivými preparátmi výrazné rozdiely.

Napriek tomu platí zásada, že pri klinickom použití by sa každý z nich mal používať podľa návodu výrobcu s rešpektovaním indikácie, dávky, spôsobu podávania a ďalších modalít vyplývajúcich z vlastných klinických štúdií.

Súčasné antitrombotiká ovplyvňujú viac stupňov koagulačnej kaskády, nie sú teda vždy plne kontrolovateľné v ich účinku. Farmaceutický výskum hľadá látky s väčšou selektivitou a minimálnymi nežiadúcimi účinkami. V mieste pôsobenia má ideálne postavenie faktor Xa pre jeho centrálnu úlohu v koagulačnej kaskáde.

Literatúra

1. AGENO W., et all. Oral Anticoagulant Therapy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest,* 2012; 141(2suppl):e44S-e88S.
2. GEROTZIAFAS GT. et all. Effect of the anti-factor Xa and anti-factor IIa activities of low-molecular-weight heparins upon the phases of thrombin generation.*J Thromb Haemost*. 2007;5:955-962.
3. HERMAN J., MUSIL D. Žilní onemocnění v klinické praxi. Grada 2011.264 s., ISBN 9788024733357.

4. HIRSH J. et al., Heparin and low-molecular-weight heparin: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest* 2004;126:188S-203S.
5. LAST JA. The missing link: The story of Karl Paul Link. *Toxicological Sciencies* 2002;66:4-6.
6. LINHARDT RJ et al. Production and chemical processing of low molecular weight heparins.*Semin Thromb Hemost* 1999;25(suppl 3):5-16.
7. MALÝ J. Nízkomolekulární hepariny. *Interní medicína pro praxi*. 2014;9:442-449.
8. MALÝ J., WIDIMSKÝ J. Akutní plicní embolie a žilní trombóza. Triton 2011. 424 s., ISBN 9788073874667
9. MAZÚCH J. a kol. Tromboembolická choroba venózneho pôvodu. Osveta 2008. 252 s., ISBN 9788080632830.
10. PIRMOHAMED M. Warfarin: almost 60 years old and still causing problems. *Br J Clin Pharm* 2006; 62: 509-11.
11. REMKOVÁ A. a kol. Žilová trombóza a pľúcna embólia. Samedi. 2013. 264., ISBN 9788097082529.
12. REMKOVÁ A., REMKO M. Antitrombotiká v klinickej praxi. Samedi. 2014. 312 s., ISBN 9788097082581
13. WARDROP D, KEELING D. The story of the discovery of heparin and warfarin. *Br J Haematol* 2008; 141: 757-63.
14. WEITZ J, HIRSH J. New Anticoagulant Drugs. *Chest* 2001;119(Suppl 1):95–107S.

Kontakt:
MUDr. Jaromír Tupý, PhD.
Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
E-mail:tupyj@uvn.sk

CHRONICKÁ HEPATITÍDA C NA SLOVENSKU

Chronic Hepatitis C in Slovakia

Anna Lesňáková[1,2], Soňa Hlinková[1]

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

Abstrakt

Chronická hepatitída C na Slovensku postihuje približne 33000 pacientov. Napriek existujúcim vyhľadávacím programom a dlhoročnému úsiliu zdravotníkov je diagnostikovaná a liečená len malá časť z predpokladaného počtu infikovaných. Prenos infekcie je prevažne parenterálny a teda neprekvapuje, že najčastejšie diagnostikujeme hepatitídu C medzi pacientami, ktorí absolvovali chirurgický zákrok, alebo dostali krvný derivát pred rokom 1992. Medzi rizikové skupiny pacientov ďalej patria: hemofilici, pacienti podstupujúci dialýzu, intravenózni narkomani, pacienti s tetovaním a piercingom ale aj zdravotnícki pracovníci. Nebezpečenstvo infekcie spočíva v jej často asymptomatickom priebehu, pričom ak sa symptómy prejavia, bývajú zväčša nešpecifické – nechutenstvo, svrbenie, slabosť..., ktoré všeobecný lekár nemusí na prvý pohľad pripisovať vírusovej hepatitíde, ale sú často sprievodným príznakom mnohých iných chorôb. Laboratórne môžeme zachytiť mierne zvýšenú aktivitu ALT a ďalších hepatálnych parametrov. Symptómy typické pre hepatálne poškodenie, ako je ikterus, ascites, zmeny farby stolice alebo kognitívne poruchy sú spojené s pokročilou cirhózou.

Faktom je, že od objavenia sa prvých nešpecifických symptómov, a zároveň zvýšenej hodnoty ALT, po moment, keď v rámci diferenciálnej diagnostiky začneme uvažovať o vírusovej etiológii ochorenia a vyšetríme anti-HCV, ubehne v priemere 4,8 roka. Je určite v rukách všeobecného lekára, aby sa toto obdobie skrátilo a predišlo sa tak progresii hepatitídy C do cirhózy pečene alebo až hepatocelulárneho karcinómu.

S nástupom nových perorálnych bezinterferónových režimov vieme chronickú hepatitídu C v súčasnosti vyliečiť takmer u každého pacienta s podstatne menej nežiaducimi účinkami a za významne kratší čas.

ALT je špecifický hepatálny enzým a pri akomkoľvek, aj miernom zvýšení jeho aktivity, by sme mali pokračovať v diagnostike. Popri abúze alkoholu, liekovom alebo inom toxickom poškodení, metabolickom syndróme je potrebné myslieť aj na možnú vírusovú etiológiu a dať vyšetriť anti-HCV a HBsAg protilátky, alebo odoslať pacienta na špecializované infektologické alebo hepatologické pracovisko.

Záver: Chronická hepatitída C je liečiteľné ochorenie. V súčasnosti môže byť vyliečený takmer každý pacient s chronickou hepatitídou C.
Dlhodobé pôsobenie vírusu hepatitídy C vedie k poškodeniu pečene až hepatocelulárnemu karcinómu.

U pacienta s aj mierne zvýšenými hodnotami ALT, u ktorého príčina nie je jednoznačne spojená s liekovým poškodení, abúzom alkoholu alebo metabolickým syndrómom, je nutné myslieť aj na vírusové hepatitídy a dať vyšetriť anti-HCV a HBsAg protilátky.

Kľúčové slová: Hepatitída C. Infikovanie. Etiológia. Hepatálny enzým.

Abstract

Chronic hepatitis C in Slovakia affects approximately 33,000 patients. Despite the existing search program and many years of efforts by health professionals is diagnosed and treated only a small part of the estimated number of infected. Transmission of infection is mostly parenteral and, therefore, not surprising that the most frequently diagnosed hepatitis C among patients who have undergone surgery or received blood derivative before 1992. The risk patient groups further include: hemophiliacs, patients undergoing dialysis, intravenous drug users, patients with tattoos and piercings but also health professionals. Risk of infection lies in its often asymptomatic, and if the symptoms manifest, staying mostly unspecific - lack of appetite, itching, weakness ... that general practitioner may not at first glance be attributed to viral hepatitis, but they are often associated symptoms of many other diseases. Laboratory can capture slightly increased activity ALT and other liver function parameters. Symptoms typical of hepatic damage, such as jaundice, ascites, stool color changes or cognitive disorders associated with advanced cirrhosis.

The fact is that the first appearance of non-specific symptoms, while elevated ALT levels after the moment when in the differential diagnosis we consider the viral etiology of the disease and investigate anti-HCV, has run an average of 4.8 years. It is certainly in the hands of the physician to shorten this period and to avoid so the progression of hepatitis C to liver cirrhosis or hepatocellular carcinoma.

With the advent of new modes of oral interferon less chronic hepatitis C we can now cure nearly all patients with significantly less side effects and significantly less time.
ALT liver enzymes is specific and, in any, even a slight increase in its activities, we should continue the diagnosis. In addition to alcohol abuse, drug or other toxic damage, metabolic syndrome, it is necessary to think about the possible viral etiology and give investigate anti-HCV and HBsAg antibodies, or send a patient to a specialist or infectology hepatology department.

Conclusion: Chronic hepatitis C is a treatable disease. At present, it can be cured almost every patient with chronic hepatitis C.

Continuous exposure to the hepatitis C virus leads to liver damage and hepatocellular carcinoma.

In a patient with even slightly elevated ALT, for which the cause is not clearly associated with drug-induced, alcohol abuse or metabolic syndrome, it is necessary to think about the viral hepatitis and give investigate anti-HCV and HBsAg antibodies.

Key words: Hepatitis C. Infection. Etiology. Hepatic Enzymes.

Kontakt:
Anna Lesňáková
Fakulta zdravotníctva
Ružomberok
E-mail: anna.lesnakova@ku.sk

STRES I WYPALENIE ZAWODOWE PRACOWNIKÓW SOCJALNYCH

Job Stress and Professional Burn-Out Among Welfare Officers

Kinga Przybyszewska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie

Abstrakt

Celem artykułu jest analiza zagrożenia wypaleniem zawodowym pracowników socjalnych. Nadmierne obciążenie pracą i nieumiejętność radzenia sobie ze skutkami stresu zawodowego w pracy może prowadzić do powstania syndromu wypalenia zawodowego. Termin ten jest coraz częściej analizowany nie tylko w analizach naukowych, ale też w publikacjach i mediach. Wciąż pojawiają się nowe modele wypalenia, a problematyka ta, choć zawsze aktualna, jest zbyt mało nagłaśniana, by móc zapobiegać zjawisku w najpopularniejszych zawodach pomocowych.

Słowa kluczowe: Wypalenie zawodowe. Wyczerpnie fizyczne. Wyczerpanie emocjonalne. Wyczerpanie psychiczne. Pracownik socjalny.

Abstract

The aim of the article is to analyze the risk of professional burn-out of welfare officers. Excessive workload and inability to cope with the effects of occupational stress at work can lead to burn out syndrome. The term is increasingly being analyzed not only scientific analysis, but also in publications and media. Still, there are new models of burnout and issues that, though always up to date, too little publicized in order to prevent the phenomenon in the most popular professions assistance.

Key words: Professional burn-out. Physical exhaustion. Emotional exhaustion. Mental exhaustion. welfare officer.

Jak wynika z danych stres i wypalenie zawodowe nie jest związane tylko z zawodami czy profesjami nastawionymi na zysk ekonomiczny firmy, ale też w zawodach, których istotą jest niesienie pomocy innym ludziom. Najbardziej narażone na stres i wypalenie zawodowe są osoby pracujące w sektorze pomocy społecznej, w służbie zdrowia oraz zajmujące się wychowaniem, ponieważ działają one w obszarze „psychologicznie ryzykownym" i niezależnie czy są tego świadome czy nie, często cierpią a w ich funkcjonowaniu widać tego

konsekwencje. Czynniki psychospołeczne występujące w miejscu pracy i stres z nimi związany zostały uznane w wielu państwach całego świata za istotne zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracujących. Już w latach 80. ubiegłego stulecia raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wskazywał, że u ok. 75% osób korzystających z pomocy psychiatrycznej problemy natury psychicznej wiążą się z brakiem zadowolenia z pracy i brakiem umiejętności odprężania się. W późniejszym czasie zaczęły pojawiać się alarmujące doniesienia o zagrożeniu stresem zawodowym w wielu państwach. W 1990 r. amerykański Narodowy Instytut Bezpieczeństwa Pracy i Zdrowia (National Institute for Occupational Safety and Health — NIOSH) stwierdził, że zaburzenia zdrowia psychicznego (włączając nerwice, zaburzenia osobowości, uzależnienie od alkoholu i leków) są skutkiem stresu zawodowego i stanowią ok. 10% zaburzeń stanu zdrowia związanych z chorobami zawodowymi i wypadkami w miejscu pracy.[2]

W środowisku pracy pracownika socjalnego jest wiele powszechnie występujących czynników psychospołecznych, a także specyficznych stresorów wynikających z charakteru pracy i miejsca jej wykonywania.[3] Najczęściej wymieniane w światowej literaturze to: wynagrodzenie nieadekwatne do wysiłku wkładanego w pracę, zła organizacja pracy i złe zarządzanie (np. nadmierne wymagania i nieprecyzyjne oczekiwania wobec pracowników, presja czasu, konieczność wykonywania rutynowych zadań o małym znaczeniu, zbyt mało możliwości działania w zakresie doradztwa i promocji, oczekiwanie pracy w ponadnormatywnym czasie, zbyt duża odpowiedzialność, konflikty, małe wsparcie ze strony kolegów i przełożonych, brak możliwości zachowania równowagi między pracą zawodową a życiem prywatnym), a także nadmierne obciążenie psychiczne wynikające z kontaktu z krzywdą i cierpieniem podopiecznych, z przemocą, z trudnymi, prowokującymi i agresywnymi klientami[4] Ważnymi czynnikami stresogennymi są dylematy moralne, etyczne, nadmierna biurokracja czy brak dostatecznych środków finansowych na zaspokojenia potrzeb klientów. Funkcjonowanie pracowników w ciągłym stresie może doprowadzić do wypalenia zawodowego. W oparciu o literaturę przedmiotu pojęcie wypalenia zawodowego (*burn out syndrom*) nie jest definiowane jednoznacznie. Potocznie w języku angielskim oznacza mniej więcej tyle co: jestem wyczerpany i nie mogę zrobić nic więcej. E. Aronson przez wypalenie zawodowe nazywa stan, w którym osoba go doświadczająca czuje brak motywacji, ambicji

[2] Dollard M.F., Winefield A.H.: Managing Occupational Stress: A National and International Perspective. Int. J. Stress Manage. 1996;3(2):69–83

[3]Tomaszewska K., Kłos A.: Praca socjalna z niepełnosprawnymi dziećmi. (w): Pudišová M, Šrobárová S. Uwarunkowania działalności człowieka w pracy socjalnej i pedagogice specjalnej Ružomberok VERBUM 2014, s. 59 - 91.

[4] 1. National Association of Social Workers. Stress at work: how do social workers cope? [cytowany 17 lipca 2009]. Adres: http//workforce. socialworkers.org/whatsnew/stress.pdf

oraz powołania do pracy którą wykonuje. Jest to stan przemęczenia, który może posiadać wiele podstaw. Wypalenie może mieć podłoże emocjonalne, fizyczne lub psychiczne[5].

Według M. Buchka i J. Hackenberga (1987) główną cechą wypalenia zawodowego jest wyczerpanie[6]

E. Aronson, w oparciu o prace M. Buchka i J. Hackenberga, podzielił wyczerpanie na trzy kategorie:

Kategoria 1: Wyczerpanie fizyczne

- Brak energii;
- Chroniczne zmęczenie;
- Osłabienie;
- Podatność na wypadki, napięcie i kurcze w obrębie mięśni szyi i ramion;
- Bóle pleców;
- Zmiana zwyczajów żywieniowych;
- Zmiana wagi ciała;
- Zwiększona podatność na przeziębienia i infekcje wirusowe;
- Zaburzenia snu;
- Koszmary senne;
- Zwiększone przyjmowanie leków lub konsumpcja alkoholu w celu w celu zniwelowania wyczerpania fizycznego.

Kategoria 2: Wyczerpanie emocjonalne

- Uczucie przeziębienia;
- Uczucie bezradności;
- Uczucie beznadziejności i braku perspektyw;
- Niepohamowany płacz;
- Dysfunkcje mechanizmów kontroli emocji;
- Uczucie rozczarowania;
- Poczucie pustki emocjonalnej;
- Pobudliwość;
- Uczucie pustki i rozpaczy;
- Uczucie osamotnienia;
- Uczucie zniechęcenia;
- Ogólny brak chęci do działania.

[5] E. Aronson, A.M. Pines, D. Kafry, *Ausgebrannt.* Psychologie Heute, 1983, nr 10, s. 168

[6] M. Buchka, J. Hackenberg, *Das Burn out Syndrom bei Mitarbietern in der Behindertenhilfe. Ursachen –Formen- Hilfen*, Verlag Modernes Lernen, Dortmund 1987.

Kategoria 3: Wyczerpanie psychiczne

- Negatywne nastawienie do siebie;
- Negatywne nastawienie do pracy;
- Negatywne nastawienie do życia, przesyt;
- Wykształcenie nastawienia dezawuującego klientów (cynizm, lekceważenie, agresja);
- Utrata szacunku do siebie;
- Poczucie własnej nieudolności;
- Poczucie niższej wartości;
- Zerwanie kontaktów z klientami i kolegami[7]

W ujęciu R. Golembiowskiego obraz kliniczny wypalenia zawodowego obejmuje trzy grupy syndromów. Na pierwszym miejscu stawia on depersonalizację, jako jedną z form obrony przed przedłużającą się sytuacją stresową. Pojawia się również brak kontroli nad własnym działaniem i otoczeniem oraz poczucie bezwartościowości i bezcelowości własnej pracy. Analizując związki między poszczególnymi wymiarami wypalenia się, Golembiowski opracował fazowy model syndromu *burnout*. Dla każdej fazy ustalał wartość graniczną między niskim i wysokim poziomem wypalenia się.
Nasilenie wymiarów syndromu badał kwestionariuszem MBI Ch. Maslach. Poszczególne fazy charakteryzował jako:

Faza I – stan początkowy – niski poziom wszystkich wymiarów wypalenia się (syndrom nie istnieje);
Faza II – wysoki poziom depersonalizacji, niski poziom wyczerpania emocjonalnego i poczucia osiągnięć;
Faza III – wysoki poziom poczucia osiągnięć osobistych, niski depersonalizacji i wyczerpania emocjonalnego;
Faza IV – wysoki poziom depersonalizacji i poczucia osiągnięć osobistych, niski wyczerpania emocjonalnego;
Faza V – wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, niski poziom poczucia osiągnięć osobistych i depersonalizacji;
Faza VI – wysoki poziom depersonalizacji i wyczerpania emocjonalnego, niski poczucia osiągnięć osobistych;
Faza VII – wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego i poczucia braku osiągnięć osobistych, niski poziom depersonalizacji;
Faza VIII – wysoki poziom wszystkich trzech wymiarów (faza najbardziej niebezpieczna).[8]

[7] E. Aronson, A.M. Pines, D. Kafry, *Ausgebrannt*... dz. cyt., s. 168.
[8] Ch. Maslach, M.P. Leiter, *Die Wahrheit über Burn out. Streß am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*, Springer, Wien 2001, s. 48-60; 280-319

Interesujące podejście do wypalenia zawodowego w pracy socjalnej wyłoniła M. Soderfeldt. Zgodnie z dyrektywami należy:

- doskonalić komunikację między pracownikami, strukturę placówek i tabele płac,
- zapewniać partycypacyjne przywództwo i wsparcie społeczności,
- definiować wyraźnie cele pracy,
- oferować pracownikom swobodę pracy z klientami i pozwalać na studiowanie,
- zapewniać wspierające otoczenie w pracy,
- zapewniać zrozumienie u starszych współpracowników,
- uznawać potrzebę niezależności, akceptacji, poczucia własnej wartości,
- obniżać obciążenia pracą,
- zwiększać bezpieczeństwo pracy, nie używać gróźb i przymusu,
- zapewniać szkolenie odpowiednie do potrzeb,
- zapewniać trening kadrze pracowniczej,
- starać się o zwiększenie środków finansowych.[9]

Istotnym typowym dla pracy socjalnej, występującym też w innych profesjach podejściem do przeciwdziałania wypaleniu zawodowym są pracownicze grupy wsparcia czy superwizja.

Superwizja w pracy socjalnej to forma wsparcia pracownika socjalnego. Jest to wzajemna wymiana doświadczeń, przemyśleń, rozważań nad źródłami trudności w pracy z rodziną, szukaniem istoty problemu, odkrywaniem nowych rozwiązań. Celem superwizji jest pomoc pracownikowi socjalnemu w przyjrzeniu się jego własnemu doświadczeniu w pracy z rodziną, ewentualnym przeszkodom w kontakcie w nią, jak również zapewnienie wysokiej jakości świadczonej pracy socjalnej. Superwizja może przebiegać indywidualnie lub grupowo. Jednym z najbardziej istotnych aspektów superwizji jest jej wymiar edukacyjny[10].

Superwizję cechuje duża przydatność w pracy socjalnej, bowiem stwarza niepowtarzalną możliwość:

- refleksji nad własnymi emocjami wywoływanymi pracą z klientem;
- wyjaśnienia dylematów etyczno-moralnych pojawiających się w pracy socjalnej;
- nauki od superwizora i innych członków grupy pozytywnych relacji społecznych, np.: komunikacji, asertywności oraz innych umiejętności zawodowych;
- podtrzymywania wśród personelu dążeń do realizacji celów organizacji, pomocy w przestrzeganiu przepisów i rozporządzeń;
- zachowywania standardów i norm zawodowych oraz utrzymywania dobrych relacji pracowniczych wśród personelu.

[9] M.Soderfeld,B. .Soderfeld, L.E.Wang,Burnout in social work „ Social Work" 1995,nr5
[10]K. Kadela , instytucja pomocy społecznej.Szanse i kierunki rozwoju, *www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Instytucja%20pomocy%20spolecznej.pdf*

Dzięki temu, że pomaga organizacji i pracownikom socjalnym, służy także klientom. Jakość interpersonalnych kontaktów pracowników socjalnych z klientami oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem zawodowym decydują o wyniku pracy socjalnej. Relacja terapeutyczna jest jednym z istotnych czynników leczących, dlatego świadomość tego, co w niej zachodzi jest ważnym elementem profesjonalizmu. Oczywistą korzyścią zawodową, jaką odnieść można z superwizji, jest uzyskanie lepszego wglądu w przyczyny trudności pojawiających się w pracy. Efektem tej analizy jest uzyskanie nowej, szerszej perspektywy widzenia danego problemu. Daje to możliwość dokonania trafniejszej diagnozy i przyjęcia lepszej strategii pomocowej. Najpowszechniejszym źródłem trudności i braku efektywności w pracy z człowiekiem są niedostateczne umiejętności interpersonalne oraz osobiste ograniczenia, choćby, takie jak: niewystarczająca wiedza o samym sobie, niska tolerancja na trudności i stres. Korzyści, jakie płyną z zastosowania superwizji w jednostkach pomocy społecznej mają charakter kompleksowy. Są formą doraźnego wsparcia pracowników socjalnych i pomocy w wypełnianiu obowiązków zawodowych, To redukcja stresu, nabycie przekonania, czy wręcz pewności, że w danej sytuacji zawodowej nie jest się zdanym wyłącznie na siebie, skazanym na samodzielne przecieranie nowych dróg rozwiązań. Superwizja koleżeńska, zwłaszcza z udziałem doświadczonego superwizora związanego z pomocą społeczną, może lepiej niż w relacji pracownik socjalny-terapeuta zabezpieczyć przed syndromem wypalenia zawodowego, zwłaszcza w początkowej jego fazie.[11]

Badania nad pracą socjalną wskazują jednoznacznie, że trudności w jej wykonywaniu niosą ryzyko wypalenia zawodowego. Stres i wypalenie zawodowe zakłócają nie tylko kondycję, odporność psychiczną, samopoczucie pracowników, ale mają negatywny wpływ na ich efektywność zawodową, a w konsekwencji i na funkcjonowanie placówki, w której pracują.

Prewencja i ograniczenie stresu oraz wypalenia zawodowego należą zatem do podstawowych problemów zarówno w zarządzaniu ośrodkami pomocy społecznej, jak i w edukacji pracowników socjalnych. W obu tych aspektach superwizja powinna wspomagać zarówno pracowników, jak i administratorów[12]

Zakończenie

Praca zawodowa ma być źródłem satysfakcji i zdrowej samooceny. Pracownicy socjalni, których misją jest pomoc ludziom w odzyskiwaniu podmiotowości swych działań, muszą w swym codziennym życiu zmagać się z wyczerpaniem emocjonalnym. Wypalenie zawodowe powoduje brak motywacji do pracy. Należy zastanowić się jak można złagodzić te

[11] Teodorczyk M. Widzieć-rozumieć- pomagać. Przykłady rozwiązań stosowanych w codziennej pracy pracownika socjalnego, Warszawa 2013 *irss.pl/wp-content/uploads/2014/01/Widzieć-rozumieć-pomagać.*
[12] Tamże

napięcia, które są nieodzownym elementem ich codziennej pracy. Zapobiegać temu zjawisku powinni nie tylko pracownicy socjalni, ale też pracodawcy, administracja jednostek organizacyjnych pomocy społecznej.

Bibliografia

1. ARONSON E, A.M. PINES, D. KAFRY, *Ausgebrannt.* Psychologie Heute, 1983, nr 10
2. BUCHKA M, J. Hackenberg, *Das Burn out Syndrom bei Mitarbietern in der Behindertenhilfe. Ursachen – Formen- Hilfen*, Verlag Modernes Lernen, Dortmund 1987.
3. DOLLARD M.F., WINEFIELD A.H.: Managing Occupational Stress: A National and International Perspective. Int. J. Stress Manage. 1996;3(2)
4. KADELA K, instytucja pomocy społecznej. Szanse i kierunki rozwoju, www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Instytucja%20**pomocy**%20**społecznej**.pdf
5. MASLACH H, M.P. Leiter, *Die Wahrheit über Burn out. Streß am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tunkönnen*, Springer, Wien 2001.
6. National Association of Social Workers. Stress at work: how do social workers cope? [cytowany 17 lipca 2009]. http//workforce. socialworkers.org/whatsnew/stress.pdf
7. SODERFELD, M.B. .SODERFELD, L.E.Wang,Burnout in social work „ Social Work" 1995,nr5
8. TEODORCZYK M., Widzieć-rozumieć- pomagać. Przykłady rozwiązań stosowanych w codziennej pracy pracownika socjalnego, Warszawa 2013 *irss.pl/wp-content/uploads/2014/01/Widzieć-rozumieć-pomagać.*
9. TOMASZEWSKA K., KŁOS A.: Praca socjalna z niepełnosprawnymi dziećmi. (w): Pudišová M, Šrobárová S. Uwarunkowania działalności człowieka w pracy socjalnej i pedagogice specjalnej Ružomberok VERBUM 2014.

Kontakt:

prof. nadz.dr hab. Kinga Przybyszewska
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Koninie
E-mail: kinga.przybyszewska@gmail.com

KARDIOPULMONÁLNU RESUSCITÁCIU NEOVPLYVŇUJE LEN ČAS JEJ POSKYTOVANIA, ALE NAJMÄ SPRÁVNE NAUČENÉ A PREVÁDZANÉ RESUSCITAČNÉ TECHNIKY

Cardiopulmonary Resuscitation do Not Only Affect by Time of its Delivery, but Especially by Good Learned and Performed Resuscitation Techniques

Imrich Andrási[1,2], Milan Minárik[2], Marek Šichman[2]

[1] VšZaSP sv. Alžbety, Bratislava

[2] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Pri liečbe náhlej zástavy srdca je resuscitácia s kompresiami hrudníka a ventiláciou rozhodujúca pre prežitie. Pretože je manuálna resuscitácia spojená s niekoľkými nevýhodami, pre podporu resuscitačného tímu boli vyvinuté mechanické resuscitačné prístroje. Tieto zariadenia umožňujú dosiahnutie lepšieho prekrvenia srdca a mozgu v laboratórnych podmienkach, ale reálna svetová skúsenosť nepreukázala žiadne významné zlepšenia prežitia v porovnaní s manuálnou resuscitáciou. V prieskumnej časti sme sledovali kvalitu manuálnych kompresií resuscitačného tímu v časových úsekoch, kde sme vyhodnocovali frekvenciu kompresií, hĺbku stlačení, polohu rúk, pomer kompresia/dekompresia hrudníka, vdychovaný objem a ventiláciu.

Metodika výskumu: Dáta boli vyhodnocované pomocou induktívnej štatistiky. Na štatistické vyhodnotenie jednotlivých hypotéz bol použitý štatistický softwarový program IBM SPSS Statistics 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Všetky získané dáta určené na štatistické testovanie hypotéz boli testované z pohľadu Gaussovho rozdelenia pravdepodobnosti, čo je jedno z najdôležitejších rozdelení pravdepodobnosti spojitej veličiny z dôvodu voľby parametrických alebo neparametrických testov. Výskumná vzorka bola na úrovni 40 resuscitačných tímov (80 účastníkov). Za účelom testovania vplyvu nezávislých premenných na závislé premenné bola použitá v rámci parametrických testov jednofaktorová analýza rozptylu v podobe One-Way ANOVA testu. Hladinu významnosti sme zadefinovali na úrovni p (Value, Probability Level, Significance) < 0,05 pravdepodobnosti chyby prvého druhu, čo zodpovedá 5%. Na zistenie korelačného koeficientu sme použili parametrický test zameraný na zistenie korelačného koeficientu v podobe Bravais-Pearson testu. Hladinu významnosti sme zadefinovali na úrovni 0,01 pravdepodobnosti chyby prvého druhu, čo zodpovedá 1%. V rámci neparametrických testov sme použili Spearmanov test na zistenie

korelačného koeficientu. Hladinu významnosti sme zadefinovali na úrovni 0,01 pravdepodobnosti chyby prvého druhu, čo zodpovedá 1%.

Kľúčové slová: Automatické mechanické systémy. Kompresia hrudníka. Kvalita kompresií. Resuscitačný tím.

Abstract

In the treatment of sudden cardiac arrest is resuscitation with chest compressions and ventilation crucial for survival. Manual resuscitation because it is associated with several disadvantages. To support the cardiac arrest team they were developed mechanical resuscitation equipment. These devices allow to achieve better blood circulation in the heart and brain in laboratory conditions, but real world experience has shown no significant improvement in survival compared with a manual resuscitation. In an exploratory part, we monitored the quality of manual compressions of resuscitation team at periods where we evaluated the frequency of compressions, compression depth, and hand position, the ratio of compression / decompression of the chest, inhaled volume and ventilation.

Research Methodology: Data were evaluated using inductive statistics. For statistical evaluation of individual hypotheses was used statistical software program SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences). All collected data intended for statistical testing of hypotheses have been tested in terms of Gaussian, which is one of the most important probability distribution of a continuous variable due to choice of parametric or non-parametric tests. The survey sample was 40 at resuscitation teams (80 participants). To examine the effect of independent variables to the dependent variables was used as part of the parametric test Analysis of variance in the form of a one-way ANOVA test. We defined the level of significance at p (Value, Probability Level, Significance) <0.05 probability of error of the first kind, which corresponds to 5%. To determine the correlation coefficient was used parametric tests focused on finding the correlation coefficient in the form of Bravais-Pearson test. We defined the level of significance at the 0.01 probability of error of the first kind, equivalent to 1%. Within the non-parametric tests we were used Spearman's rank test to determine the correlation coefficient. We defined the level of significance at the 0.01 probability of error of the first kind, equivalent to 1%.

Key words: Automatic Mechanical Systems. Thorax Compression. Quality of Compressions. Resuscitation.

Bibliografia

1. ABELLA, B., Quality of Cardiopulmonary Resuscitation During In-Hospital Cardiac Arrest. In *JAMA - The Jurnal of the American Medical Asociate*. ISSN 0098-7484-281, 2008, s. 305 – 309.
2. AXELSSON, C. KARLSSON T, AXELSSON AB, HERLITZ, J. Mechanical active compression-decompression cardiopulmonary resuscitation (ACD-CPR) versus manual CPR according to pressure of end tidal carbon dioxide (P(ET)CO2) during CPR in out-of-hospital cardiac arrest (OHCA). *Resuscitation,* [online] 2009. [citované 2015-04-01] DOI: 10.1016/j.resuscitation.2009.08.006 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19716640?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=1
3. EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. *ERC Guidelines 2015*[online] 2015 [citované 2015-10-25]. http://www.cprguidelines.eu/
4. EWY, G.A. *Cardio cerebral resuscitation: the new cardiopulmonary resuscitation*. In Circulation [online] 2005; 111:2134-42. [citované 2015-09-25] http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15851620
5. IHNÁT RUDINSKÁ, L., HEJNA, P., IHNÁT, P., SMATANOVÁ, M., DVOŘÁČEK, I., TRUHLÁŘ, A.**,** *Poranenia asociované s kardiopulmonálnou resuscitáciou.* In Česlo-slovenská patologie a soudní lékařství. [online] 2014, č. 3, s. 28-33[citované 2016-02-19]. ISSN 1805-4498, http://www.cspatologie.cz/docs/662-s-fulltext.pdf
6. WANG, S., WU, J., LI, Ch. *Load-distributing band improves ventilation and hemodynamics during resuscitation in a porcine model of prolonged cardiac arrest*. In Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2012. ISSN: 1757-7241, 2012, roč. 4, č. 20
7. WEINSFELDT, M. L., BECKER, L.B., *Resuscitation after cardiac arrest: a 3-phase time-sensitive model*. [online]. JAMA 2002; 288:3035-8. [citované 2015-10-05]. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12479769

Kontakt:

Mgr. Ing. Imrich Andrási

E-mail: imrich.andrási@ku.sk

PRÍČINY NEHODOVOSTI VOZDIDIEL ZÁCHRANNEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY

Causes of Vehicles Accidents in Emergency Medical Service

Imrich Andrási[1,2], Otto Masár[1], Marián Šanta[1]

[1] Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva
[2] VšZaSP sv. Alžbety, Bratislava

Abstrakt

Ročne na našich cestách vyhasne množstvo ľudských životov. Táto negatívna skúsenosť nás núti zamyslieť sa nad príčinami takýchto negatívnych štatistík. Život na cestách so všetkými jeho následkami a dôsledkami funguje vo vzájomnom vzťahu. V tomto vzťahu figurujú tri základne zložky, ako je vodič, cesta a automobil. Rovnocenný vzťah môžeme opísať aj u vozidiel záchrannej zdravotnej služby. Cieľom našej práce bolo zistiť príčiny nehodovosti vozidiel záchrannej služby a analyzovať rizikové faktory, ktorých nositeľmi je človek alebo technické zariadenie. Druhým hlavným cieľom našej práce je navrhnúť odporúčania pre zvýšenie bezpečnosti prevádzky motorových vozidiel záchrannej zdravotnej služby.

Metodika výskumu: Na získanie informácii sme si vybrali jednu z najčastejšie používaných empirických metód – dotazník. Nakoľko sme potrebovali získať pohľad na danú problematiku profesionálnych vodičov ZZS a aj nezdravotníkov – vodičov bolo nutné vytvoriť dva dotazníky pre konkrétnu skupinu respondentov. Dotazníky boli zložené z 10 otázok. Boli použité len zatvorené otázky, nakoľko boli prehľadnejšie pre kvantitatívnu analýzu. Prieskum sme realizovali len s profesionálnymi pracovníkmi ZZS a nezdravotníkmi vlastniacimi vodičské oprávnenie. Na vyhodnotenie jednotlivých otázok sme použili spôsob kvantitatívnej analýzy. Oslovených bolo spolu 200 respondentov, 100 zdravotníckych vodičov s právom používaťVZSZ a 100 laických vodičov.

Kľúčové slová: Vozidlo záchrannej zdravotnej služby. Vodič. Nehodovosť. Bezpečnosť. Osvetlenie. Signalizačné zariadenia. Záchranná služba.

Abstract

Many human lives die on our roads yearly. This negative experience forces us to think about possible reasons of such negative statistics. The life on roads with its results and consequences works in a common relationship. This equal relation can be described also in connection with the ambulance vehicles. The goal of our diploma thesis was to find out the possible reasons of ambulance vehicles´ accident frequency and to analyze all danger factors,

which holder is a human or technical devices. The second main aim is to propose the recommendations for safety increase within the ambulance vehicles and their operation

Research Methodology: To obtain right information, we chose one of the most widely used empirical methods – questionnaire. Since we needed to get the insights of professional drivers and the EMS non health care professionals - drivers was necessary to create two questionnaires for a specific group of respondents. Questionnaires were composed of 10 questions. They were only used closed questions as they were clearer for quantitative analysis. The survey was conducted only with professional staff and EMS non health care professionals owning a driving license. For the evaluation we used the method of quantitative analysis. Were approached total of 200 respondents, 100 health care professional drivers and 100 lay drivers.

Key words: Ambulance Vehicle. Driver. Accident Frequency. Safety. Headlights. Flares. Rescue Services.

Bibliografia

1. CAROLINES, N.: *Emergency Care In The Streets*. New York: Jones & Bartlett Learning. 2011. 1486 s. ISBN-13: 978-1449637804.
2. GREAVES, I.: *Pocketbook of Emergency Care: A Quick Reference Guide for Paramedic*. Saunders ltd. 2012. 520 S. ISBN-10: 0702028916.
3. REPČÍK J.: *Dopravná psychológia*. Bratislava, ALFA, 1990. 232 s. ISBN 80-05-00339-0.
4. Slovenská technická norma EN 13718-1 –*Prostriedky na prepravu pacientov vo vzduchu, na vode a v ťažkom teréne*. Časť 1 : *Požiadavky na prepojenia zdravotníckych pomôcok pri nepretržitej starostlivosti o pacienta*.
5. ŠTIKÁR J., HOSKOVEC J.: *Přehled dopravní psychologie*. Praha, Univerzita Karlova, Vydavatelství Karolinum, Praha 1995. 80 s. ISBN 382-163-94 17/99

Kontakt:

Mgr. Ing. Imrich Andrási
E-mail: imrich.andrási@ku.sk

WIEDZA PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO NA TEMAT POSTĘPOWANIA W WADACH ROZSZCZEPOWYCH CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI W OKRESIE NOWORODKOWYM I NIEMOWLĘCYM

Knowledge of Nurses on Conduct in Clefts Defects of Face in the Neonatal Period and Infancy.

Justyna Żurawska [1,2], Anna Kremska [1], Romana Wróbel [1], Bernadeta Kołodziej [1], Monika Cecuła [1,4], Anna Pieniążek [1,3] Barbara Zych [1], Elżbieta Kraśnianin [1], Karolina Pityńska [1].

[1] Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego.
[2] Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Rzeszowie. Kliniczny Oddział Ginekologiczno – Położniczy.
[3] Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie. Klinika Ginekologii i Położnictwa.
[4] Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 1 im. Fryderyka Chopina. Klinika Ginekologii i Położnictwa.

Streszczenie

Wstęp: Rozszczep wargi i podniebienia reprezentujący niejednorodną grupę schorzeń dotykającą wargi i jamy ustnej, można ogólnie podzielić na dwie grupy: izolowany rozszczep podniebienia i rozszczep wargi z/lub bez rozszczepu podniebienia. Wady te występują z częstością 1,7 na 1000 żywo urodzonych dzieci i są zależne od czynników etnicznych i geograficznych. Wada ta powodując często zaburzenia mowy, słuchu i wyglądu może wywołać niepożądane skutki dla zdrowia i integracji psychospołecznej. Często dzieci z tego typu zaburzeniami wymagają multidyscyplinarnej opieki od momentu urodzenia aż do dorosłości.

Cel: Celem prowadzonych badań było stwierdzenie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat postępowania w wadach rozszczepowych części twarzowej czaszki w okresie noworodkowym i niemowlęcym.

Materiał i metodyka: Badanie przeprowadzono w 2013 roku wśród 105 losowo wybranych pielęgniarek/położnych województwa podkarpackiego. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wnioski: Poziom wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat postępowania w wadach rozszczepowych części twarzowej czaszki w okresie noworodkowym i niemowlęcym zależny od stopnia referencyjności placówki, stażu pracy oraz poziomu wykształcenia ankietowanych. Wiedza personelu na temat postępowania terapeutycznego u dzieci z wadą rozszczepową

twarzoczaszki jest niewystarczająca. Zasób wiedzy pielęgniarek i położnych w zakresie problemów pielęgnacyjnych wynikające z posiadanych kompetencji jest wystarczający. Pomimo zadawalającej wiedzy personelu medycznego na temat znajomości zasad postępowania w wadach rozszczepowych twarzoczaszki, celowe wydaje się wdrażanie tego typu szkoleń, które w istotny sposób podniosą jakość sprawowanej opieki pielęgniarskiej nad dziećmi z tego typu wadą.

Słowa kluczowe: Rozszczep wargi/podniebienia. Wiedza. Opieka pielęgniarska.

Abstract

Clefts of the lip and palate are generally divided into two groups, isolated cleft palate and cleft lip with or without cleft palate, representing a heterogeneous group of disorders affecting the lips and oral cavity. These defects arise in about 1·7 per 1000 liveborn babies, with ethnic and geographic variation. Effects on speech, hearing, appearance, and psychology can lead to longlasting adverse outcomes for health and social integration. Typically, children with these disorders need multidisciplinary care from birth to adulthood.

Aim: The aim of this study was to assess the level of nurses' knowledge on dealing with craniofacial defects in the neonatal and infanci period.

Material and methodology: Our research was conducted in 2013 among 105 randomly chosen nurses/midwives from the podkarpackie. A diagnostic survey with the use of the author's questionnaire was applied.

Conclusions: 1. Nurses' knowledge on dealing with craniofacial defects in the neonatal and infanci period depends on the level of education, work experience and level referral hospital. 2. Nurses' knowledge of the therapeutic procedure in children with congenital craniofacial is insufficient. 3. Nurses' and midwies' knowledge of nursing problems resulting from their competence is sufficient. 4. Despite sufficient knowledge of nurses about the rules of conduct in craniofacial defects, it seems appropriate to implement this type of training, which significantly improve the quality of care nursing of children with this type of defect.

Key words: Cleft lip/palate. Knowledge. Nursing care.

Wstęp

Wady rozwojowe w obrębie twarzy to problem nie tylko medyczny, ale także logopedyczny, pedagogiczny i psychologiczno-społeczny. Anatomiczno-czynnościowe skutki wady wrodzonej twarzy powoduje konieczność zaangażowania wielu specjalistów w leczenie i terapię zaburzeń rozwoju tej istotnej dla życia człowieka struktury. W porównaniu z innymi wadami wady w obrębie twarzy są szczególnie dotkliwe dla rozwoju dziecka, w tym jego

powodzenia w komunikacji społecznej, bowiem odmienność wyglądu może stać się początkiem proces stygmatyzacji. Biorąc pod uwagę częstość występowania różnych wad rozwojowych twarzy, najczęściej występującą wadą tej struktury jest rozszczep podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego, jeszcze do niedawna występujące pod nazwą „zajęczej wargi" lub „wilczej paszczy". Jednak ze względu na stygmatyzujący wydźwięk tych terminów nie są już stosowane. Problemy, których doświadcza dziecko z zaburzeniami rozwojowymi twarzoczaszki, mogą być w znacznej mierze minimalizowane, jeżeli leczenie zostanie podjęte już w momencie prenatalnego wykrycia wady, przy udziale zespołu specjalistów oraz dużego zaangażowania rodziny [6].

Cel pracy.

Głównym celem prowadzonych w pracy rozważań i analiz jest poznanie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego na temat postępowania w wadach rozszczepowych części twarzowej czaszki w okresie noworodkowym i niemowlęcym. Prowadzone badania pokazują znajomość zasad leczenia wad rozszczepowych twarzoczaszki oraz działań niwelujących okołooperacyjne problemy pielęgnacyjne dzieci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia.

Materiał i metodyka.

Badania ankietowe zostały przeprowadzone w maju 2013 r. na oddziałach położniczo - noworodkowych i pediatrycznych o różnym stopniu referencji wśród 105 losowo wybranych pielęgniarek/położnych. Badania prowadzono w szpitalach na terenie miasta Rzeszowa, Łańcuta i Kolbuszowej. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, jako narzędzie badawcze wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Do obliczeń korelacji brano pod uwagę wyłącznie ankietowane, których dane pytania dotyczyły oraz tylko te, które udzieliły odpowiedzi na obydwa pytania korelacyjne. Za poziom wiedzy przyjęto liczbę punktów, jaką można było zdobyć odpowiadając na pytania sprawdzające wiedzę w ankiecie.

W pytaniach sprawdzających wiedzę jednokrotnego wyboru poprawna odpowiedź oznaczała ***1*** punkt, zła odpowiedź ***0*** punktów.

W pytaniach wielokrotnego wyboru poprawna odpowiedź to ***1*** punkt, brak odpowiedzi lub odpowiedź „nie wiem" to ***0*** punktów, natomiast zła odpowiedź to ***-1*** punkt.

Wyniki:

Badana grupa personelu medycznego składała się z osób w wieku od 24 do 62 lat. Analizując wyniki badań dotyczące wieku, respondentki przyporządkowano do pięciu grup wiekowych. Najliczniejszą grupę (36,2%) stanowiły pielegniarki/położne znajdujące się w przedziale wiekowym do 41 do 50 roku życia. W wieku od 31 do 40 lat znajdowało się 25,7%

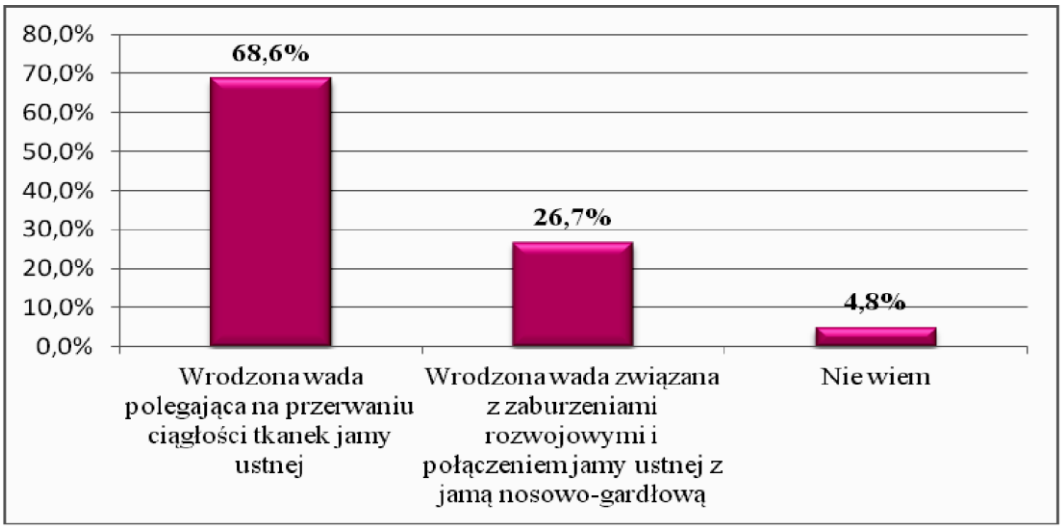
badanych, podobnie w wieku do 30 lat znajdowalo się 20,0% badanych. W grupie ankietowanych od 51 do 60 roku życia znalazło się - blisko 14% respondentek. Najmniej liczną grupę personelu (4,8%) stanowiły ankietowane w przedziale wiekowym powyżej 61 roku życia.

Analiza wyników przedstawia procentową ilość ankietowanych posiadających dany typ wykształcenia. Najliczniej reprezentowaną grupę (57,1%) stanowiły respondentki, posiadające wykształcenie średnie, które są absolwentkami Medycznego Studium Zawodowego. Spośród ankietowanych 30,5% pielęgniarek i położnych deklarowało posiadane studia wyższe – magisterskie, natomiast 12,4% ukończone studia licencjackie. Sondażem diagnostycznym zostało objętych 105 osób z personelu medycznego, spośród których blisko 70% stanowiły położne, a pozostałą część (30,5%) stanowiły pielęgniarki.

Dla zebranych wyników badań znaczenie miała również informacja na temat stażu pracy badanych położnych. Okazało się, że ponad połowa badanej grupy (60,0%) charakteryzowała się długim stażem pracy - powyżej 16 lat. Nieco mniejszą grupę reprezentowały ankietowane ze stażem pracy w przedziale do 5 lat i 6 do 15 lat (każda po 20,0%). Najliczniejszą grupę badanych osób (41,0%) stanowiły położne zatrudnione na oddziałach położniczo-noworodkowych. Drugą co do liczebności grupą były ankietowane pracujące na oddziałach dziecięcych i stanowiły one 32,4% badanych. Nieznacznie mniejszą liczebnie grupę stanowiły pielęgniarki/położne pracujące w oddziałach noworodkowych (26,7%).

Spośród badanej grupy personelu pielęgniarskiego rozkład procentowy stopnia referencyjności szpitala przedstawia się podobnie. Pracę w szpitalu o I stopniu referencyjności deklaruje 51,4% ankietowanych, w III – 48,6%.

Analizując wyniki badań dotyczące wiedzy personelu medycznego na temat definicji rozszczepu wargi i/lub podniebienia, można stwierdzić, że ponad połowa badanej grupy (68,6%) prawidłowo określiła ten rodzaj wady jako wrodzoną wadę polegająca na przerwaniu ciągłości tkanek jamy ustnej. Zdecydowanie mniejszą grupę (26,6%) stanowiły respondentki, które twierdziły, że rozszczep wargi i/lub podniebienia związany jest z zaburzeniami rozwojowymi i połączeniem jamy ustnej z jamą nosowo-gardłową. Natomiast pozostałe 4,8% nie znało poprawnej odpowiedzi.



Wykres 1. *Definicja rozszczepu wargi, podniebienia według respondentek.*

Z wyników badań dotyczących wiedzy pielęgniarek/położnych na temat częstości urodzeń dzieci z wadą rozszczepową w ciągu roku, wynika, że prawie połowa ankietowanych (48,6%) uważa, że wynosi ona powyżej 1000 urodzeń w ciągu roku. Zbliżona ilość badanych (40,0%) nie posiadało na ten temat żadnej wiedzy.

Ankietowana grupa badawcza na pytanie, jakie części twarzy obejmuje rozszczep wtórny podniebienia w większości trafnie odpowiedziała na to pytanie (70,5%). Jednak prawie 1/3 respondentek nie znała poprawnej odpowiedzi. Odpowiedzi personelu położniczego na pytanie czy istnieje możliwość prenatalnego wykrycia wady rozszczepowej twarzoczaszki były prawie jednoznaczne. Większość (83,8%) badanych odpowiedziała twierdząco. Zdecydowanie mniejszą grupę (14,3%) stanowiły respondentki, które twierdziły, że wykrycie wady w okresie prenatalnym nie jest możliwe. Natomiast pozostałe 1,9% nie znało odpowiedzi na to pytanie.

Z wyników badań dotyczących wiedzy pielęgniarek/położnych na temat leczenia wad rozszczepowych twarzoczaszki, wynika, że dość duża grupa ankietowanych (65,7%) uważa, że polega ono na wielospecjalistycznym leczeniu zespołowym. Natomiast 34,3% personelu pielęgniarskiego uważa, że jest to wyłącznie leczenie chirurgiczne.

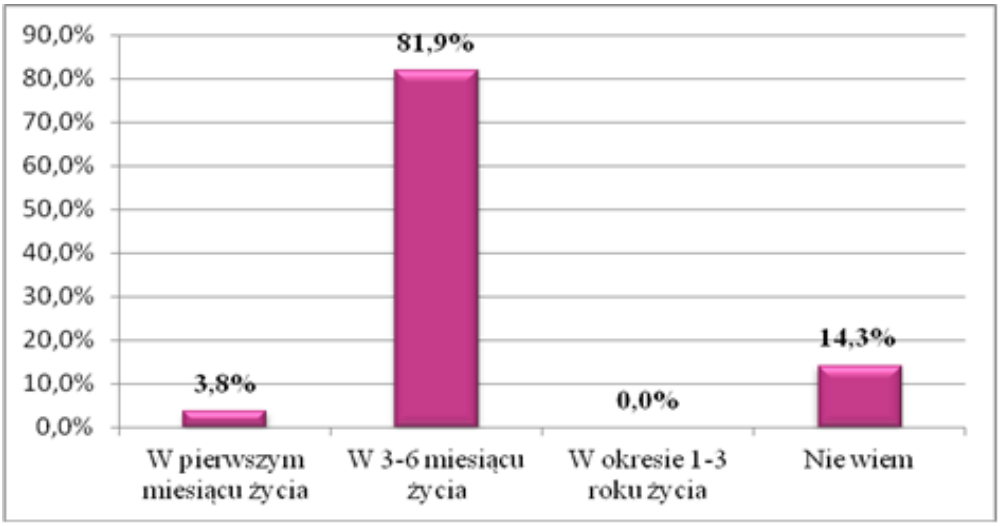
Badania pokazują także, że duża część respondentek (82,2%) zorientowana była, co do etapów leczenia rozszczepu wargi i/lub podniebienia, wskazując, że preferowane jest wieloetapowe postępowanie lecznicze. Zdecydowanie mniejsza część ankietowanych – 14,3% uznała, że korzystniejsze jest leczenie dwuetapowe.

Nieznajomość etapów leczenia dotyczy ok. 3% badanej grupy. W odpowiedzi na prośbę o podanie, kto jako pierwszy przy współpracy innych specjalistów rozpoczyna wieloetapowe leczenie rozszczepów 70,5% udzieliło na to pytanie złej odpowiedzi, wskazując

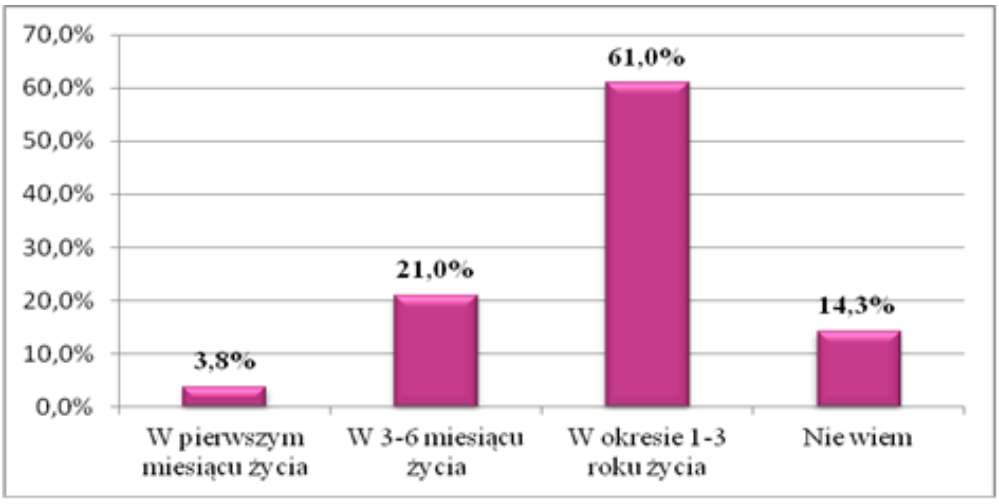
chirurga szczękowego. Jedynie 1/3 respondentek prawidłowo uznała, że to lekarz ortodonta jako pierwszy decyduje o postępowaniu terapeutycznym.

Analizując wyniki badań dotyczące wiedzy personelu medycznego na temat istoty leczenia ortodontycznego można stwierdzić, że większość badanej grupy (73,3%) wie na czym polega powyższy etap leczenia. Spośród badanych jednak 14,3% osób nie znało odpowiedzi na to pytanie. Natomiast 7,6% oraz 4,8% respondentek myliło postępowanie ortodontyczne z logopedycznym.

Wyniki dotyczące kwestii wieku, w jakim należy rozpocząć leczenie dziecka z wadą rozszczepową wargi lub podniebienia, które ilustrują poniższe wykresy 2 i 3, dowiodły, że większość badanej grupy posiada wiedzę na temat optymalnego wieku w jakim powinno zostać podjęte leczenie zabiegowe. W obu przypadkach 14,3% ankietowanych nie potrafiło udzielić jednak wiążącej odpowiedzi.



Wykres 2. *Leczenie chirurgiczne dziecka z rozszczepem wargi*



Wykres 3. *Leczenie chirurgiczne dziecka z rozszczepem podniebienia.*

Respondentki zapytane o najczęściej towarzyszące rozszczepom wargi i/lub podniebienia zaburzenia, jako główne wymieniły zburzenia ssania (31,3%) i mówienia (30,7%). Nieco mniejszą część, ale równie znaczącą według ankietowanych stanowiły dusfunkcje dotyczace połykania (21,4%) oraz słuchu – 16,7%.

Z uzyskanych opinii od pielęgniarek/położnych względem metod żywienia dzieci z wadą rozszczepową części twarzowej czaszki wynika, że zdecydowana większość badanych (76,2%) trafnie wskazała, że metoda żywienia zależy od rodzaju rozszczepu i etapu leczenia. Uwagę zwraca również fakt, że w opinii ok. 22% ankietowanych, żywienie sztuczne za pomocą specjalnych smoczków i butelek powinno stanowić podstawową metodę żywienia u dzieci obarczonych tego typu wadą. Natomiast niewielki odsetek badanych (1,9%) wskazał, że karmienie powinno odbywać się za pomocą płytki podniebiennej.

Tabela 1. *Metody żywienia dzieci z wadą rozszczepową części twarzowej czaszki.*

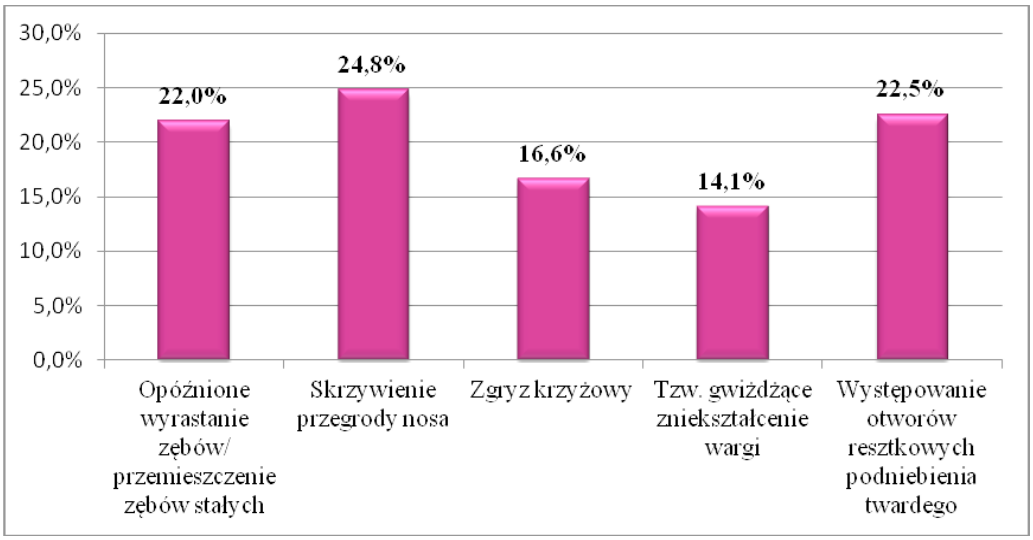
Metody żywienia dzieci z wadą rozszczepową twarzoczaszki	**liczba ankietowanych**	**liczba ankietowanych procentowo [%]**
Karmienie piersią	0	0,0%
Karmienie z zastosowaniem płytki podniebiennej	2	1,9%
Karmienie za pomocą pipetki lub łyżeczki	0	0,0%
Sztuczne żywienie za pomocą specjalnych smoczków, butelek	23	21,9%
Karmienie za pomocą zgłębnika żołądkowego	0	0,0%
Wszystkie z powyższych, gdyż metoda żywienia zależy od rodzaju rozszczepu i etapu leczenia	80	76,2%
Nie wiem	0	0,0%
SUMA	**105**	**100**

Jak wynika z analizy odpowiedzi zawartych w ankietach, odnośnie zastosowania płytki podniebiennej, badany personel medyczny najczęściej wskazywał kolejno: poprawę czynności ssania i połykania (35,7%), ułatwienie karmienia (32,5%) oraz zmniejszenie szczeliny rozszczepu (19,4%). Jedynie niewielka grupa badanych (6,3%) uznała, że płytka podniebienna wpływa korzystnie na rozwój, wzrost i kształtowanie się rozszczepionej szczęki. Podobna grupa (6,0%) respondentek nie potrafiła udzielić poprawnej odpowiedzi.Na podstawie analizy uzyskanych danych można stwierdzić, że w opinii większości badanych pielęgniarek

i położnych (71,4%) korzystniejsze dla dziecka jest karmienie naturalne. Również z opinii wszystkich badanych respondentek wynika że u dziecka z rozszczepem twarzoczaszki aby uniknąć zachłyśnięcia i uduszenia podczas karmienia piersią zaleca się stosowanie pozycji pionowej.

Mimo, że z opinii wszystkich badanych respondentek jednomyślnie wynika, że smoczki stosowane do karmienia dzieci, z rozszczepem wargi i/lub podniebienia różnią się od ogólnie stosowanych, to jednak ankietowane miały problem ze wskazaniem prawidłowego kształtu smoczka. W tym pytaniu respondentki miały możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi, dlatego suma odpowiedzi przekraczała sumę liczby ankietowanych.

W przypadku analizy pytania odnoszącego się do znajomości personelu pielęgniarskiego najczęściej występujących zniekształceń po leczeniu wady rozszczepowej twarzoczaszki, zauważono, że respondentki nie miały problemów ze wskazaniem poprawnych odpowiedzi. Najczęściej wskazywaną odpowiedzią były: skrzywienie przegrody nosa (24,8%), występowanie otworów resztkowych podniebienia twardego (22,5%) i opóźnione wyrastanie zębów/przemieszczenie zębów stałych (22,0%). Na nieco mniejszym poziomie klasyfikują się odpowiedzi zgryz krzyżowy (16,6%) oraz tzw. gwiżdżące zniekształcenie wargi (14,1%).



Wykres 4. *Zniekształcenia po leczeniu wady rozszczepowej twarzoczaszki*

Wśród ankietowanych kobiet na pytanie dotyczące zastosowania faryngoplastyki znaczna większość, bo aż 66,7% respondentek nie znało prawidłowej odpowiedzi na to pytanie. Jedynie 1/3 badanej grupy potrafiła wskazać, że zabieg ten polega na wydłużeniu podniebienia w celu poprawy wymowy.

Analiza odpowiedzi z tabeli 2. obrazuje działania niwelujące problemy związane z zaburzeniami odżywiania u dzieci z rozszczepem twarzoczaszki w okresie okołooperacyjnym. W tym pytaniu respondentki miały możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi, dlatego suma odpowiedzi przekraczała sumę ilości ankietowanych. Analiza

wykazała podobny rozkład procentowy stosowanych metod. Najczęściej wskazywanym wariantem odpowiedzi było karmienie przez zgłębnik dożołądkowy (11,2%), natomiast najrzadziej zaznaczoną odpowiedzią było ssanie palca matki w celu pobudzenia enzymów trawiennych (6,3%).

Tabela 2: *Działania niwelujące zaburzenia odżywiania*

Działania niwelujące zaburzenia odżywiania	**Liczba ankietowanych**	**Procent odpowiedzi [%]**
zastosowanie płytki obturacyjnej	86	9,5%
karmienie piersią na żądanie	58	6,4%
wczesne rozpoczęcie karmienia	67	7,4%
przystawianie dziecka do piersi, nie w pełni wypełnionych pokarmem	70	7,8%
przed rozpoczęciem karmienia, ssanie palca matki w celu pobudzenia enzymów trawiennych	57	6,3%
karmienie za pomocą łyżeczki, ze strzykawki, po palcu lub ze specjalnego kubka	97	10,7%
karmienie przez zgłębnik dożołądkowy	101	11,2%
karmienie w pozycji spionizowanej	98	10,9%
stosowanie mieszanek opartych o białka mleka krowiego (typu HA, hipoalergicznych)	82	9,1%
karmienie smoczkiem o otworach szerszych od szczeliny rozszczepu	90	10,0%
karmienie małymi porcjami, kontrolowanie ulewania	97	10,7%
inne	0	0,0%
SUMA	**903**	**100,0%**

Biorąc pod uwagę problemy pielęgnacyjne związane z kolką, według respondentek w celu ich niwelowania najczęściej stosowaną metodą jest noszenie dziecka w pionie aż do czasu odbicia bańki powietrza (16,0%). Podobny odsetek procentowy prezentują podawane

dziecku herbatki koperkowe, bądź anyżkowe (15,5%), masaż brzuszka (15,4%), stosowanie „specjalnych” smoczków (13,2%), stosowanie ciepłych okładów (13,2%), układanie dziecka w pozycji na brzuchu (12,9%), stosowanie butelek antykolkowych (11,1%). Najrzadziej zaznaczaną odpowiedzią była dieta matki stosowana w sytuacji, kiedy dziecko karmione jest piersią.

Wśród najważniejszych działań podejmowanych na rzecz profilaktyki zapalenia ucha środkowego i górnych dróg oddechowych w opinii personelu pielęgniarskiego kolejno znalazły się: stosowanie wysokiej pozycji podczas karmienia (26,1%) oraz układanie dziecka w pozycji wysokiej w łóżeczku po zakończonym karmieniu (25,8%). Dość dużą grupę badanych (n=90) stanowiły ankietowane, które uważają, że powolne karmienie małymi porcjami (23,5%) również stanowi skuteczną profilaktykę.

Według respondentek biorących udział w badaniu ankietowym problemy związane z ryzykiem krwawienia i rozejścia się rany pooperacyjnej można niwelować przede wszystkim po przez: zmianę opatrunków na ranie z zachowaniem zasad aseptyki (14,4%), podtrzymywanie rany podczas kaszlu i parcia (13,9%), obserwacje rany pod kątem wysięku (13,8%), obserwacje powłok skórnych (13,7%), karmienie dziecka pipetką lub łyżeczką (13,5%), uspakajanie dziecka przez noszenie na rękach, kołysanie, głaskanie, zabawę (11,8%) oraz stosowanie ograniczników ruchu rąk (10,2%). Znacznie mniejszą grupę stanowią metody farmakologiczne – podaż środków uspokajających lub nasennych (3,1%), a także nie dopuszczanie do płaczu dziecka – 2,7% i stosowanie smoczków do uspokajania – 2,4%. Najrzadziej wskazywaną odpowiedzią było unieruchomienie żuchwy bandażem na czas rekonwalescencji, co stanowi nieodpowiednie postępowanie. Żadna z ankietowanych osób nie wskazała masażu rany jako działanie niwelujące tego typu problemy pielęgnacyjne.

Tabela 3: *Działania niwelujące ryzyko krwawienia i rozejścia się rany pooperacyjnej*

Ryzyko krwawienia i rozejścia się rany pooperacyjnej	**Liczba ankietowanych**	**Procent odpowiedzi [%]**
obserwacja rany pod kątem wysięku	97	13,8%
podtrzymywanie rany podczas kaszlu i parcia	98	13,9%
zmiana opatrunków na ranie z zachowaniem zasad aseptyki	101	14,4%
obserwacja powłok skórnych	96	13,7%
karmienie dziecka pipetką lub łyżeczką	95	13,5%

Ryzyko krwawienia i rozejścia się rany pooperacyjnej	**Liczba ankietowanych**	**Procent odpowiedzi [%]**
nie dopuszczanie do płaczu dziecka	19	2,7%
stosowanie smoczka do uspokajania dziecka	17	2,4%
podaż środków uspokajających/nasennych	22	3,1%
uspakajanie dziecka przez noszenie na rękach, kołysanie, głaskanie, zabawę	83	11,8%
masaż rany	0	0,0%
stosowanie ograniczników ruchu rąk	72	10,2%
unieruchomienie żuchwy bandażem na czas rekonwalescencji	3	0,4%
inne	0	0,0%
SUMA	**703**	**100,00%**

Opinie badanych pielęgniarek/położnych dotyczące zmniejszenia ryzyka zaburzeń oddychania na skutek zalegania wydzieliny w drogach oddechowych były zróżnicowane. Z otrzymanych odpowiedzi wynika, że odprowadzenie wydzieliny z dróg oddechowych za pomocą ssaka (22,5%), podanie środków przeciwbólowych na pisemne zlecenie lekarza przed ćwiczenia oddechowymi (21,2%) oraz wysokie lub półwyspie ułożenie pacjenta (21,0%) stanowią skuteczne metody zmniejszania ryzyka występowania powikłań po znieczuleniu ogólnym. Równie skuteczne według personelu jest zapewnienie mikroklimatu na sali pacjenta ułatwiającego oddychanie – 18,2%. Zdecydowanie mniejszą grupę (9,0%) stanowiły respondentki, które twierdziły, że doraźne podanie tlenu obniża ryzyko zalegania wydzieliny w drogach oddechowych. Natomiast pozostałe odpowiedzi dotyczyły prowadzenia gimnastyki oddechowej (4,5%), a także nacierania i oklepywania klatki piersiowej, co 2 godziny (3,6%).

Odpowiedzi personelu położniczego na pytanie o metody łagodzące ból ze strony rany pooperacyjnej były niemal identyczne. Taki sam odsetek procentowy odpowiedzi (25,6%) dotyczył zarówno podaży środków przeciwbólowych na pisemne zlecenie lekarza, zachowania szczególnej delikatności przy zabiegach pielęgnacyjnych oraz łączenia zabiegów pielęgnacyjnych z równoczesnym podaniem środków przeciwbólowych. Porównywalny odsetek procentowy – 23,3% w opinii respondentek miała odpowiedź dotycząca wygodnego ułożenia pacjenta (Tabela 4).

Tabela: 4 *Metody niwelujące ból rany pooperacyjnej*

Ból ze strony rany pooperacyjnej	**Liczba ankietowanych**	**Procent odpowiedzi [%]**
wygodne ułożenie pacjenta	95	23,3%
podanie środków przeciwbólowych na pisemne zlecenie lekarza	104	25,6%
zachowanie szczególnej delikatności przy zabiegach pielęgnacyjnych	104	25,6%
łączenie zabiegów pielęgnacyjnych z podaniem środków przeciwbólowych	104	25,6%
inne	0	0,0%
SUMA	**407**	**100,0%**

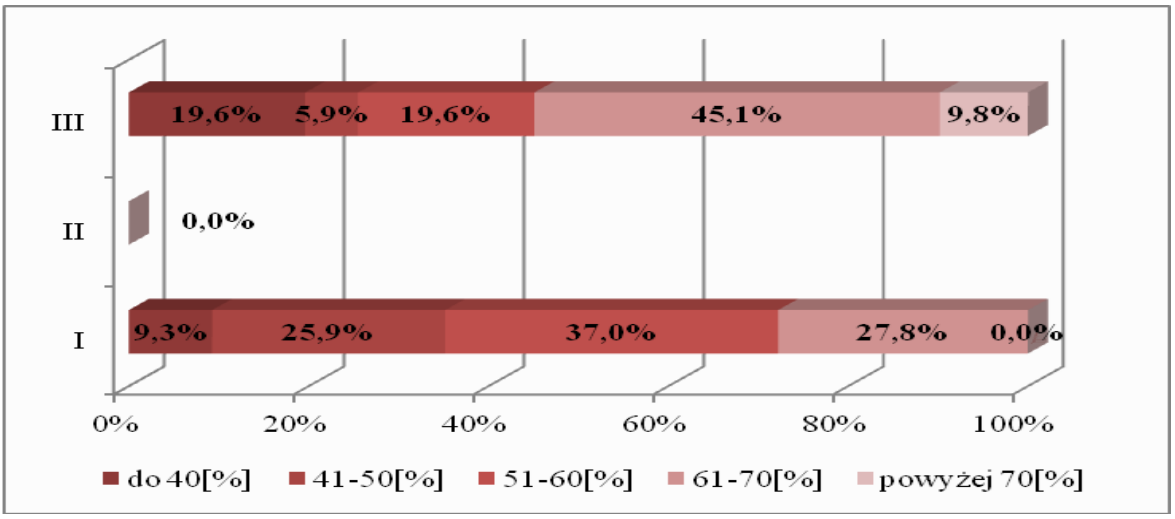
Z otrzymanych odpowiedzi wynika, że znaczna część badanej grupy ankietowanych uważa, że nawilżanie jałowymi gazikami zwilżonymi solą fizjologiczną, wodą przegotowaną lub wodą destylowaną (64,3%) stanowi optymalny sposób radzenia sobie z problemem wysychania błony śluzowej jamy ustnej charakterystycznym dla dzieci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. Mniej skutecznymi metodami według opinii personelu pielęgniarskiego jest stosowanie maści (24,4%) oraz nawilżanie błon śluzowych naparem z rumianku (11,3%).

Poziom wiedzy personelu medycznego dotyczącego postępowania w zaburzeniach odżywiania dzieci z wadą rozszczepową w okresie okołooperacyjnym ilustruje tabela 5. Badaną grupę podzielono według uzyskanej punktacji, którą można było zdobyć odpowiadając poprawnie na pytania wielokrotnego wyboru zawarte w kwestionariuszu. Minimalna ilość punktów do zdobycia wynosiła 15, maksymalna 31. Analiza wyników jednoznacznie wskazuje, że największą grupę (29,95%) stanowił personel zdobywając największą liczbę punktów, a zatem największą liczbę poprawnych wariantów.

Tabela 5: *Wiedza personelu w punktach na temat postępowania w zaburzeniach odżywiania*

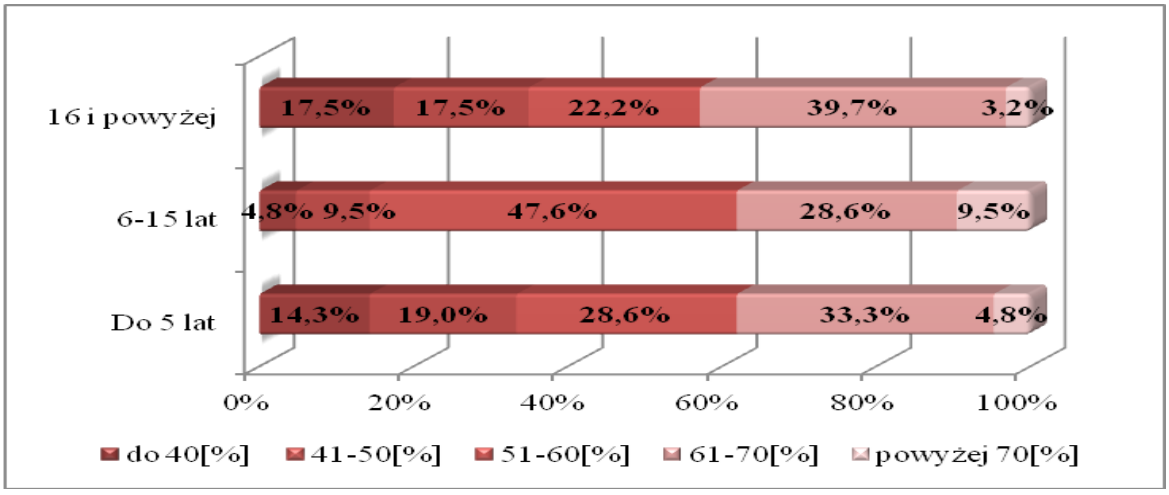
Uzyskane punkty	**Liczba ankietowanych**	**Liczba ankietowanych[%]**
15	1	0,95%
16	1	0,95%
17	7	6,67%
18	6	5,71%
19	2	1,90%
20	8	7,62%
21	6	5,71%
22	3	2,86%
23	3	2,86%
24	4	3,81%
25	6	5,71%
26	4	3,81%
27	5	4,76%
28	11	10,48%
29	8	7,62%
30	8	7,62%
31	22	20,95%
SUMA	**105**	**100,00%**

Zależność pomiędzy stopniem referencyjności szpitala a ogólnym stanem wiedzy ankietowanych został potwierdzony. Test wskazał, że obserwowana zależność jest umiarkowana. Na wykresie poniżej widać wyraźnie, że aż 45,1% ankietowanych z tej grupy uzyskało od 61 do 70 punktów i wyłącznie w tej grupie pojawiły się osoby, które uzyskały ponad 70 punktów, czyli najwięcej ze wszystkich.



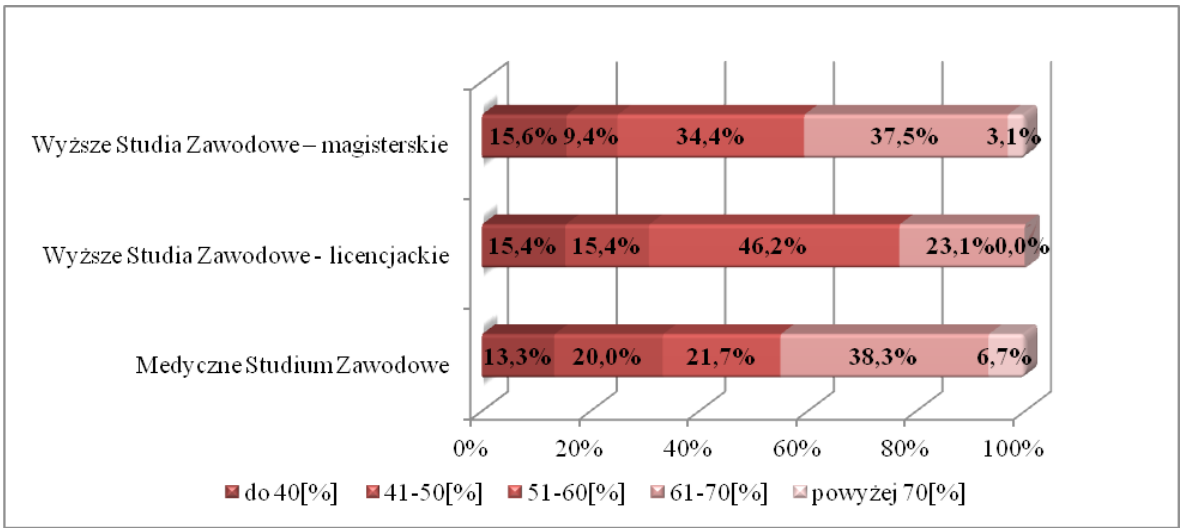
Wykres 5. *Zależność pomiędzy stopniem referencyjności a ogólnym poziomem wiedzy ankietowanych*

Zależność pomiędzy stażem pracy a ogólnym stanem wiedzy nie potwierdziła się. W grupie do 5 lat i powyżej 16, rozkład odpowiedzi przedstawia się podobnie. Wyjątek leży po stronie grupy od 6 do 15 lat, w której aż 47,6% ankietowanych uzyskało liczbę punktów w przedziale od 51% do 60%. W tej grupie ankietowanych było jednocześnie najmniej procent, ale też najwięcej procentowo ankietowanych uzyskało najwięcej punktów, co znacznie zminimalizowało ewentualną zależność. Wszystkie ewentualne różnice są nieznaczne i tym samym nie mają wpływu na wyniki testu.



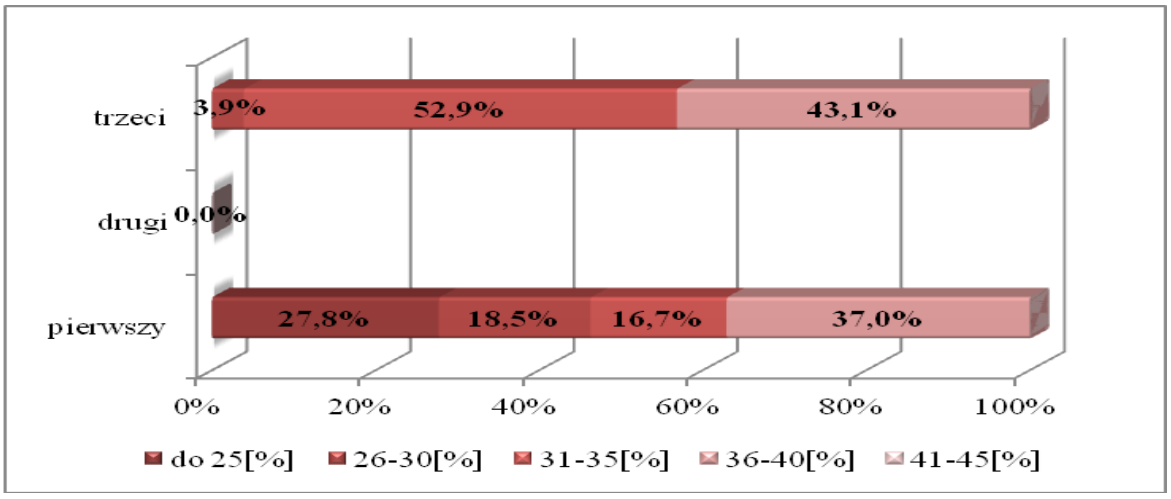
Wykres 6. *Staż pracy a ogólny poziom wiedzy*

Zależność pomiędzy wykształceniem ankietowanych a ich ogólnym poziomem wiedzy nie została potwierdzona. Rozkład odpowiedzi jest bardzo podobny. Wpływ na zależność miał nieznaczny spadek liczby ankietowanych, które uzyskały łączną sumę punktów z przedziału od 41 do 50%. Regularność ta jednakże miała nieznaczny wpływ na rozpatrywaną zależność.



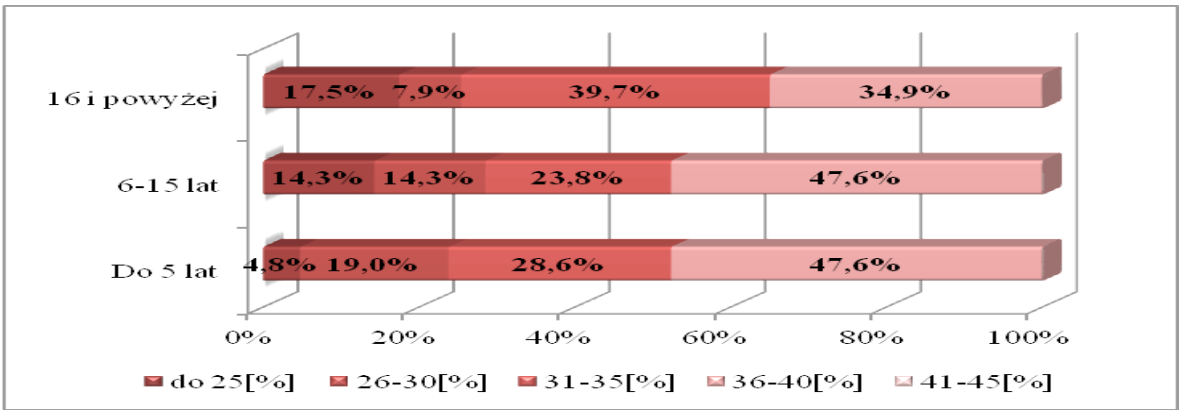
Wykres 7. Wykształcenie a poziom wiedzy ogólnej

Zależność pomiędzy stopniem referencyjności szpitala a posiadaną przez ankietowane wiedzą praktyczną został potwierdzony. Widać wyraźnie, że tylko wśród ankietowanych reprezentujących placówkę o pierwszym stopniu referencyjności pojawiły się odpowiedzi najgorsze, czyli w przedziałach do 25% i od 26% do 30% prawidłowych odpowiedzi. Ankietowane reprezentujące placówkę z trzecim stopniem referencyjności uzyskały od 36% do 40 % poprawnych odpowiedzi aż w 43,1%, a w 52,9% uzyskały liczbę punktów z zakresu od 31 do 35%.



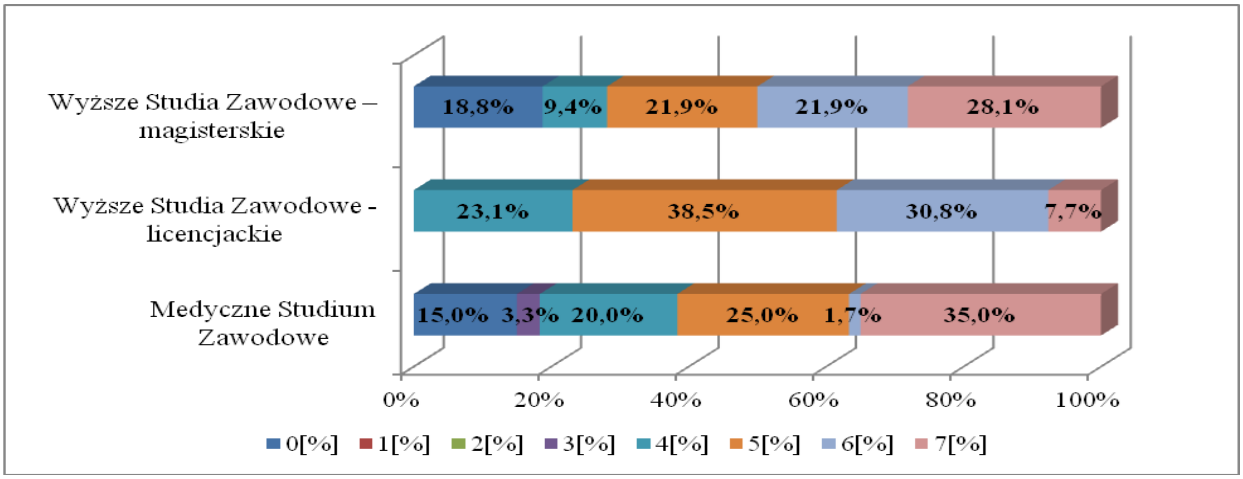
Wykres 8. *Stopień referencyjności placówki a poziom wiedzy praktycznej*

Zależność pomiędzy poziomem wiedzy praktycznej a stażem pracy nie potwierdziła się. Zarówno we wszystkich grupach była spora liczba ankietowanych, które uzyskały ponad 31 punktów, ale też niemal równo pojawiła się grupa ankietowanych, które uzyskały liczbę poniżej tego zakresu. Wpływ na zależność miały respondentki, u których wraz ze wzrostem lat pracy spadała ilość odpowiedzi z przedziału od 26% do 30%. Tendencja ta została zdecydowanie zaburzona przez nieoczekiwany wzrost liczby ankietowanych, które uzyskały najmniejszą liczbę punktów wraz ze wzrostem liczby lat pracy.



Wykres 9. *Staż pracy a poziom wiedzy praktycznej.*

Zależność pomiędzy stanem wiedzy ankietowanych na temat leczenia a poziomem wykształcenia potwierdził się wskazując na umiarkowaną siłę zależności. Wyłącznie w grupie ankietowanych posiadających ukończone studia licencjackie nie wystąpiły ankietowane, których łączna liczba uzyskanych punktów była niższa niż 4, oraz wyłącznie w grupie ankietowanych posiadających ukończone studium medyczne pojawiły się osoby, które uzyskały 3 punkty.



Wykres 10. *Poziom wiedzy dotyczący leczenia a wykształcenie.*

Dyskusja

Głównym celem przeprowadzonych badań było poznanie poziomu wiedzy personelu pielęgniarskiego, znajomości zasad leczenia oraz działań niwelujących okołooperacyjne problemy pielęgnacyjne dzieci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. W dostępnym piśmiennictwie specjalistycznym nie znaleziono zadawalającej liczby aktualnych doniesień dotyczących omawianego zagadnienia. Badania własne wykazały natomiast, ze personel pielęgniarski posiada umiarkowany poziom wiedzy.

Uzyskane wyniki badań dotyczące hipotezy pierwszej, która brzmi „poziom wykształcenia, staż pracy w zawodzie oraz stopień referencyjność szpitala, w którym pracuje personel pielęgniarski ma związek z poziomem wiedzy ogólnej na temat rozszczepów twarzoczaszki u dzieci nie w pełni została potwierdzona. Jedynie zależność pomiędzy stopniem referencyjności placówki, a poziomem wiedzy teoretycznej uzyskała pozytywny wynik. Analiza badań wykazała, że wyższy poziom wiedzy posiadają pielęgniarki /położne pracujące w ośrodkach III stopnia referencyjności. Sytuacja ta prawdopodobnie związana jest z określonymi kompetencjami szpitala wobec pacjentów. Rolą III poziomu opieki jest objęcie wielodyscyplinarną opieką włącznie z edukacją najciężej chorych dzieci, w tym z wadami wrodzonymi [1].

Podobne wyniki uzyskano również podczas analizy hipotezy drugiej, zakładającej istnienie związku pomiędzy praktyczną wiedzą personelu medycznego z zakresu postępowania okołooperacyjnego u dzieci z wadą twarzoczaszki, a stopniem referencyjność szpitala, w którym pracują. Można sądzić, że związane jest to z zasadami opieki w ramach III poziomu placówek szpitalnych, których główna funkcja polega na opracowywaniu i prowadzeniu edukacji ciągłej zarówno pacjentów jak i zespołów terapeutycznych, wprowadzanie nowych sposobów diagnostyki i leczenia, prowadzenia badań naukowych oraz możliwości transportu z ośrodków I i II poziomu [1].

Hipoteza trzecia zakładająca brak związku pomiędzy wiedzą na temat leczenia wad rozszczepowych części twarzowej czaszki a poziomem wykształcenia respondentek nie została potwierdzona. Analiza wyników pokazuje, jednak, że różnica poziomów wiedzy pomiędzy danym wykształceniem jest niewielka. Największym zasobem wiedzy charakteryzowały się pielęgniarki i położne z ukończonymi wyższymi studiami zawodowymi na poziomie licencjata Większość badanej grupy miała problem z poprawnym określeniem istotności leczenia wad rozszczepowych twarzoczaszki m.in. błędnie wskazując, chirurga szczękowego - specjalistę, który jako pierwszy rozpoczyna leczenie tego typu wady. Wielu autorów podkreśla, że przedoperacyjne leczenie mające na celu m.in. korekcję ustawienia rozszczepionych części szczęki, zapobieganie wpychania języka do szczeliny rozszczepowej oraz częściowe oddzielenie jamy ustnej i nosowej rozpoczyna ortodonta [3, 4, 5, 7, 8, 9].

Czwarta – ostatnia z postawionych hipotez mówiąca, że personel pielęgniarski prezentuje wysoki poziom wiedzy na temat postępowania w zaburzeniach odżywiania u dzieci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia została potwierdzona. Uzyskane w pracy badania wykazują, że mimo zróżnicowanych odpowiedzi, pielęgniarki/położne dysponują dużą wiedzą i odpowiednimi umiejętnościami z zakresu niwelowania problemów charakterystycznych dla okresu okołooperacyjnego. Respondentki miały jedynie problem z poprawnym wskazaniem smoczków przeznaczonych do karmienia dzieci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia mimo świadomości występowania różnicy pomiędzy nimi. Jedynie 38,6% badanych trafnie wskazała smoczki stosowane w zaburzeniach odżywiania. Według specjalistów zajmujących się problemem rozszczepów twarzoczaszki u dzieci w sytuacji braku umiejętności ssania piersi lub niebezpieczeństwa zakrztuszenia i uduszenia zaleca się karmienie za pomocą butelki przez odpowiedni smoczek. Specjalnie skonstruowany smoczek powinien posiadać 3-4 małe otworki, tak, aby po przechyleniu butelki z pokarmem wypływał on „szybkimi kroplami". Poza tym smoczek powinien być optymalnie długi i posiadać bardzo szeroką część dopodniebienną [2, 5, 6].

Można sądzić, że ewentualny deficyt wiedzy personelu pielęgniarskiego wynika z braku odpowiednich szkoleń z tego zakresu, lub ze stosunkowo niewielkiego zainteresowania tematem ze strony badanej grupy. Istotnym elementem poprawy opieki nad noworodkiem oraz niemowlęciem obarczonym wadą rozszczepową twarzoczaszki jest przede wszystkim poszerzanie wiedzy i edukacja wśród personelu po przez prowadzenie interaktywnych warsztatów oraz szkoleń. Wydaje się zatem istotne i zarazem bardzo potrzebne wypracowanie, a następnie wdrażanie prawidłowych procedur dotyczących pielęgnacji oraz niwelowania problemów okołooperacyjnych w okresie noworodkowym i niemowlęcym.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Poziom wiedzy ogólnej i praktycznej personelu pielęgniarskiego na temat postępowania w wadach rozszczepowych części twarzowej czaszki w okresie noworodkowym i niemowlęcym jest zróżnicowany i zależny od stopnia referencyjności szpital, stażu pracy oraz poziomu wykształcenia ankietowanych.
2. Badana grupa pielęgniarek i położnych posiada niepełną wiedzę dotyczącą postępowania terapeutycznego u dzieci z rozszczepem wargi i/lub podniebienia.
3. Zasób wiedzy pielęgniarek i położnych w zakresie podejmowania działań niwelujących problemy pielęgnacyjne wynikające z posiadanych kompetencji jest wystarczający.
4. Pomimo zadawalającej wiedzy personelu medycznego na temat znajomości zasad postępowania w wadach rozszczepowych twarzoczaszki, celowe wydaje się wdrażanie tego typu szkoleń, które w istotny sposób podniosą jakość sprawowanej opieki pielęgniarskiej nad dziećmi z tego typu wadą.

Piśmiennictwo :

1. BRĘBOROWICZ G. H., GADZINOWSKI J., PIĘT M. Zasady organizacji opieki w czasie ciąży, porodu i połogu w Polsce w. Bręborowicz G.H. (red). Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; str. 17-25.
2. DRÓŻDŻ-GESSNER Z. Pielęgniarstwo Pediatryczne Delmara. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2006; str. 150-154.
3. JETHON J. Zasady leczenia rozszczepów wargi i podniebienia. Postępy Nauk Medycznych 2005; 2-3.
4. KOBUS K. Wady rozszczepowe części twarzowej czaszki. w: Kryst L. (red). Chirurgia szczękowo-twarzowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
5. KRZECZOWSKA B. Opieka nad dzieckiem z wadą twarzoczaszki. Rozszczep wargi i/lub podniebienia w: Czupryna A., Wilczek-Rużyczka E. (red). Wybrane zagadnienia pielęgniarstwa specjalistycznego. Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010; str.403-414.
6. PIEKARCZYK B., MŁYNARSKA-ZDUNIAK E., WINIARSKA-MAJCZYNO M. Rozszczep wargi i podniebienia: poradnik dla rodziców Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
7. PLUTA-WOJCIECHOWSKA D. Dziecko z wadą rozwojową twarzoczaszki. w: Cytowska B., Winczura B., Stawarski A. (red). Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008; str. 331-347.
8. Rozszczepy: http://chirurgiaszczekowa.olsztyn.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=71 (data wejścia 15-04-2013).
9. Zarządzenie Nr 61/2008/ DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne - Program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.

Kontakt:

Justyna Żurawska
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego
Uniwersytet Rzeszowski
ul. Pigonia 6 35-310 Rzeszów, + 48178721255
E-mail: justyna.barlik@interia.pl

FUNKCJONOWANIE RODZINY Z DZIECKIEM NIEPEŁNOSPRAWNYM SENSORYCZNIE

The Functioning of Families With Sensory Disabled Child

Elżbieta Kraśnianin[1], Romana Wróbel[1], Anna Kremska[1], Bernadeta Kołodziej[1], Barbara Zych[1], Justyna Żurawska[1], Monika Cecuła[1], Magdalena Pawul

[1] Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Położnictwa i Ratownictwa medycznego, Rzeszów, Polska
[1] University of Rzeszow, Institute of Obstetrics and Emergency Medicine, Rzeszow, Poland

Streszczenie

Wstęp: W Polsce rocznie u ponad 300 noworodków stwierdza się wrodzoną wadę słuchu. Co szóste dziecko w wieku szkolnym ma problem ze słuchem. Poważne uszkodzenie narządu słuchu występuje u około 24 na 1000 noworodków. Słuch jest bardzo ważnym narządem zmysłu, dzięki któremu człowiek ma możliwość odbierania informacji z otaczającego go świata i prawidłowego komunikowania się z innymi ludźmi. Jego sprawność jest ważna w każdym wieku, jednak szczególnie u dziecka.

Naturalnym oraz pierwotnym środowiskiem wychowawczym jest rodzina. Niepełnosprawność nie jest problemem tylko osoby niepełnosprawnej, ale i jej rodziny. Bardzo istotna jest akceptacja w rodzinie dziecka niepełnosprawnego oraz zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa i miłości rodziców.

Cel: Celem pracy było przedstawienie funkcjonowania rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym sensorycznie.

Materiał i metoda badań: Badania zostały przeprowadzone wśród rodziców dzieci niesłyszących, należących do Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie. Badaniami objęto 50 rodziców dzieci z wadą słuchu. Zastosowanym narzędziem badawczym była autorska anonimowa ankieta. Badania były przeprowadzone w marcu i kwietniu 2015 roku.

Wyniki i wnioski: W badanej grupie częściej występuje wada słuchu wrodzona, aniżeli nabyta. Zdiagnozowanie uszkodzenia słuchu u dziecka wywoływało u rodziców negatywne emocje taki jak: strach, smutek, przerażenie, lęk. Z czasem stają się pogodzeni z sytuacją, jednak czują się bardziej zestresowani codziennym życiem. Niepełnosprawność dziecka w większości przypadków wzmocniła więzi między małżonkami oraz polepszyła organizację dnia codziennego. Dzieckiem w ciągu dnia zajmuje się najczęściej matka. W radzeniu sobie z emocjami związanymi z niepełnosprawnością dziecka, rodzice otrzymują największe wsparcie od rodziny. Najczęstszymi obawami związanymi z przyszłością dziecka są: lęk o pogorszenie stanu zdrowia dziecka, brak samodzielności oraz brak pracy w przyszłości.

Słowa kluczowe: Niepełnosprawność. Wady słuchu. Rodzina. Wsparcie.

Abstract

Introcution: In Poland per annum there are 300 newborns in whom states congenital hearing loss. Every 6th of school-aged child has a problem with proper hearing. For every 1000 newborns we have around 24 with the serious hearing impairment. Hearing is an important sense organ by which a person is able to receive information from the world around. It helps us to communicate with other people. Its efficiency is important during whole our life, especially when it comes to children.

Family is the first natural care and upbringing environement. Disability is not only a problem of disabled person, but also his/her family. The most important thing is to accept the existance of a disabled child in the family and give a sense of security and boundless love.

Aim: The aim of this study is to present the functionig of a family with sensory disabled child.

Materials & Methods: The study was conducted among parents whose child has deaf disabilities. They belongs to " Society is a thorough rehabilitation of hearing impaired children and teenagers". The research tool was the author's questionnaire interview. The research was curried out in March and April 2015.

Results: It was proved that the majority of the examined indicated that birth congenital hearing loss occurs more than the one aquire during life. Negative emotions such us: fear, sadness, fright , anxiety occur in parents whose child was diagnesed with hearing impairment. What is interesting, with time they become resigned with the situation, but their everyday life is full of stress. In most cases the child's disability strenghtened the bond between the spouses and improve organization of everyday life. During most of the days the care of a child belongs to his/her mother. In order to cope with all the emotions connected with child disabilities parents receive support from their families. The most common fears connceted with the future of a disabled child are: an anxiety connected with serious deterioration of child general condition, lack of independence and job in the future.

Key words: Disability. Hearing impairment. Family. Support.

Wstęp

Słuch jest bardzo ważnym narządem zmysłu, dzięki któremu człowiek ma możliwość odbierania informacji i komunikowania się z otaczającym go światem. Jego sprawność jest ważna w każdym wieku, jednak szczególnie u dziecka, gdyż istotnie rzutuje na jego prawidłowy rozwój. Słuch wraz ze wzrokiem ułatwiają komunikację i kontakty z innymi ludźmi oraz udział w życiu społecznym. Słuch jest ogromnie ważny w rozwoju komunikacji, gdyż na

nim bazuje rozwój mowy. Niesłyszące dzieci wymagają odpowiedniej rehabilitacji, terapii logopedycznej, pomocy w nauce, a przede wszystkim ogromnej miłości i wsparcia rodziców. Wczesna diagnoza, jak najszybsza rehabilitacja oraz odpowiednie zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny realnie wpływają na możliwie optymalny rozwój dziecka [1-4].

Prowadzony w Polsce od 2002 roku Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków pozwala na szybkie wykrycie wad słuchu, co przyspiesza rozpoczęcie procesu leczenia i rehabilitacji dzieci jej wymagającej. W Polsce rocznie u ponad 300 noworodków stwierdza się wrodzoną wadę słuchu. Co szóste dziecko w wieku szkolnym ma problem ze słuchem. Poważne uszkodzenie narządu słuchu występuje u około 24 na 1000 noworodków [5,6].

Ogromnie ważne jest prawidłowe funkcjonowanie rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym sensorycznie. Należy podkreślić, że proces przystosowania się i akceptacji przez rodziców do niepełnosprawności dziecka oraz przeżycia emocjonalne, jakie im towarzyszą są różnorodne i uwarunkowane wieloczynnikowo [7-9].

Nadal zdarza się, że osoby niepełnosprawne często traktowane są jako „inne", gorsze, bezradne, wymagające opieki. Chociaż zmienia się takie postrzeganie osób niepełnosprawnych, nadal pozostają bariery, takie jak: obiekty architektoniczne, obszary edukacyjne i społeczne, które powodują odizolowanie. Mimo wielu programów edukacyjnych, wciąż istnieje dyskryminacja wobec niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne potrzebują wsparcia społecznego, akceptacji, zrozumienia, które chronią je przed osamotnieniem i izolacją [10].

Naturalnym oraz pierwotnym środowiskiem wychowawczym jest rodzina. Izdebska wyróżniła cztery grupy czynników determinujących wpływ rodziny i jej znaczenie w życiu dziecka niesłyszącego. Należą do nich: atmosfera panująca w rodzinie, postawy rodziców wobec dziecka, umiejętność kształtowania procesu wychowawczego w rodzinie oraz współpraca rodziców ze specjalistami, terapeutami, wychowawcami [11,12].

Niepełnosprawność nie jest problemem tylko osoby niepełnosprawnej, ale i jej rodziny. Ponosi ona koszty emocjonalne, społeczne, a także materialne. Członkowie rodziny doświadczają skutków niepełnosprawności. Kształtuje się nowa struktura i sposób funkcjonowania rodziny. Ma ona ważną funkcję terapeutyczną. Bardzo istotna jest akceptacja w rodzinie dziecka niepełnosprawnego oraz zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa i miłości. To przede wszystkim od rodziców zależy, jak dziecko będzie postrzegać siebie, jak będzie traktowane w stosunku do rodzeństwa, jakie będą stosowane metody wychowawcze. Jednakże, opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym może wywołać zjawisko nazywane „procesem żałoby". Charakteryzuje się on obniżeniem motywacji rodziców do pracy ze swoim dzieckiem, brakiem jego akceptacji, co w konsekwencji doprowadza do zaprzestania pracy

terapeutycznej z dzieckiem, ograniczając się tylko do zaspokajania jego podstawowych potrzeb [11-14].

Każdy rodzic oczekujący na swoje dziecko ma związane z nim marzenia, oczekiwania i plany. Im więcej oczekiwań dotyczących dziecka ma para, tym później przeżywa większe rozczarowanie na wieść o jego niepełnosprawności [11-14].

Wielu autorów opisywało reakcje emocjonalne rodziców na informację o niepełnosprawności dziecka. Wyróżniono cztery etapy procesu radzenia sobie rodzica, gdy dowiaduje się o zaburzeniach słuchu u dziecka. Są to: faza szoku, faza „kryzysu emocjonalnego", okres pozornego przystosowania się i faza konstruktywnego przystosowania się [13-16].

Ostatnią fazą jest okres konstruktywnego przystosowania się. W tym czasie rodzice zaczynają dostrzegać i wykorzystywać różne aspekty pomocy: od rodziny, specjalistów, instytucji specjalistycznych. Chcą nieść pomoc swojemu dziecku i wykorzystać wszystkie możliwości. Zaczynają dominować pozytywne uczucia. Rodzice cieszą się z postępów dziecka, co mobilizuje dziecko, ale również i ich. W fazie konstruktywnego przystosowania można zauważyć stopniowy powrót do harmonii [13,14].

Okres trwania poszczególnych faz jest różny i indywidualny dla każdej rodziny. Mogą one być mniej lub bardziej intensywne, dłuższe lub krótsze. Może się zdarzyć, że rodzice nigdy nie przejdą do ostatniej fazy, gdyż zawsze będą odczuwać negatywne emocje związane z niepełnosprawnością dziecka [13-14].

Rodzina potrzebuje pomocy nie tylko od specjalistów, ale i również od różnych instytucji i środowisk społecznych. Pomoc rodzicom dzieci niepełnosprawnych udzielana jest w różny sposób. Może mieć ona charakter emocjonalny, informacyjny, a także materialny. J. Intagliata i N. Doyle stworzyli zestawienie usług dla rodziców dzieci niepełnosprawnych oferowanych przez różne instytucje. Należą do nich: informacja i edukacja rodziców na temat zaburzeń rozwoju, grupy wsparcia, terapie indywidualne lub rodzinne oraz pomoc dla rodziców w celu odciążenia od opieki nad dzieckiem [16-18].

W Polsce formy pomocy rodzinom z dzieckiem niepełnosprawnym możemy podzielić na: instytucjonalne formy pomocy, działania organizacji inwalidzkich i stowarzyszeń rodziców, działania pedagogizujące oraz oddziaływania psychoterapeutyczne.

Stowarzyszenia rodziców i organizacje inwalidzkie mają ogromne znaczenie. W Polsce największą organizacją inwalidzką na rzecz niesłyszących jest Polski Związek Głuchych, działają również koła lub stowarzyszenia rodziców dzieci niesłyszących. Przykładem takiego stowarzyszenia jest Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie. Koła i stowarzyszenia podejmują różne działania dla dzieci w celu ich lepszego rozwoju, a także oferują pomoc rodzicom [16 -18].

Ważną formą działań wspierających rodziców i dzieci niepełnosprawne są oddziaływania psychoterapeutyczne. Mają one za zadanie rozwijanie stosunków między rodzicami, a dzieckiem, pomoc w przezwyciężaniu kryzysów i konfliktów, odreagowanie napięć emocjonalnych. Najprostszą formą takich oddziaływań są rozmowy z psychologiem lub psychoterapeutą [16-20].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie funkcjonowania rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi sensorycznie.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród rodziców dzieci niesłyszących, należących do Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie. Uczestniczyło w nich 50 rodziców dzieci z niepełnosprawnością sensoryczną. Narzędziem badawczym był kwestionariusz własnego autorstwa. Badania przeprowadzono w marcu i kwietniu 2015 roku. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej.

Wśród badanych było 34 kobiety (68%) i 16 mężczyzn (32%), w wieku od 25 – 55 lat. Największą grupę badanych stanowiły osoby w przedziale wiekowym 25 – 30 lat (32%). Następnie osoby mieszczące się w przedziale 31 – 35 lat (30%), 36 – 40 lat (24%), 41 i więcej (14%).

Respondenci posiadali dzieci w wieku od 2 – 12 lat. Wiekowo najwięcej dzieci znajdowało się w przedziale 2 – 5 lat (n=23, tj. 46%) oraz w przedziale 6 – 9 lat (n=21, tj.42%). Sześcioro dzieci było w przedziale 10 – 12 lat (12%).

Ankietowani zamieszkiwali zarówno wsie (52%), jak i miasta (48%).

Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby pozostające w związku małżeńskim (86%). Pozostali ankietowani deklarowali stan wolny (14%).

Wśród ankietowanych zdecydowana większość (92%) określiła swoją sytuację finansowa jako dobrą. Tylko 8% deklarowała sytuacje materialną jako trudną.

Wyniki

Zdecydowana większość dzieci wadę słuchu miała zdiagnozowaną od urodzenia (74%), natomiast pozostałe 26 % dzieci nabyło wadę po urodzeniu.

Najczęstszą zdiagnozowana wadą słuchu był głęboki obustronny niedosłuch występujący u 54% dzieci. Kolejną częstą wadą słuchu był umiarkowany niedosłuch obustronny – 30% dzieci. Natomiast 16% dzieci posiadało głęboki niedosłuch lewo- lub prawo – stronny.

Przyczyny powstania wad słuchu w badanej grupie zaprezentowano w tabeli poniżej.

Najczęstsze reakcje emocjonalne wśród badanych rodziców na informację, że dziecko nie słyszy przedstawiono w tabeli numer 1.

Na pytanie o relacje emocjonalne z dzieckiem prawie wszyscy respondenci (96%) odpowiedzieli, że generalnie są dobre. Niewiele 4% nie potrafiło ich określić.

Badani posiadający więcej niż jedno dziecko (62%) odpowiedzieli, że niepełnosprawne dziecko traktują na równi z jego rodzeństwem.

Na pytanie „czy dziecko jest w rodzinie akceptowane?" wszyscy badani odpowiedzieli pozytywnie.

Tabela 1. *Reakcje rodziców na informację o niepełnosprawności dziecka*

Kategoryzacja	***n***	***%***	***Kategoryzacja***	***n***	***%***
żal	13	26%	złość	12	24%
smutek	26	52%	poczucie winy	12	24%
załamanie	14	28%	bezradność	19	38%
przygnębienie	19	38%	przerażenie	25	50%
rozpacz	14	28%	panika	6	12%
lęk	26	52%	strach	28	56%

*Odpowiedzi na wykresie nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi

Na uwagę zasługuje fakt, że wśród większości rodziców (46%) pojawienie się niepełnosprawnego dziecka w rodzinie wzmocniło więź między nimi. Natomiast u kolejnych 8% badanych, niepełnosprawność dziecka doprowadziła do rozpadu związku.

W większości rodzin, osobą sprawującą najczęściej opiekę nad dzieckiem była matka (64%). Natomiast w pozostałych rodzinach opiekę sprawowali oboje rodziców (36%).

Wśród problemów w codziennej opiece nad dzieckiem najczęstszymi były: zwiększone wydatki finansowe (64%) oraz komunikacja z dzieckiem (44%). Ważnym problemem była również trudności dziecka w nauce (34%). Inne odpowiedzi zawarto w tabeli numer 2.

Tabela 2. Problemy w codziennej opiece nad dzieckiem – odpowiedzi rodziców

Kategoryzacja	***N***	***%***	***Kategoryzacja***	***N***	***%***
porozumienie/komunikacja	22	44%	trudności wychowawcze	6	12%
organizacja dnia	8	16%	trudności dziecka w nauce	17	34%
wydatki finansowe	32	64%	brak motywacji do ćwiczeń	1	2%
zorganizowanie nauki dziecka	9	18%	dostosowanie rehabilitacji do snu dziecka	1	2%

* Odpowiedzi w tabeli nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi

Na pytanie, czy dziecko uczęszcza do szkoły lub przedszkola, większość badanych odpowiedziało twierdząco (68%). Wśród szkół znalazły się: szkoły podstawowe publiczne – (32%), szkoły specjalne – (4%), przedszkola publiczne – (32%). Do szkoły nie uczęszczało 32% dzieci ze względu na wiek oraz odroczony obowiązek szkolny.

W opinii rodziców wśród dzieci z wadą słuchu, 70% nie miało problemów w relacjach i podczas wspólnej zabawy z rówieśnikami.

Źródłami pomocy i oparcia dla rodziców w codziennym funkcjonowaniu z dzieckiem niepełnosprawnym sensorycznie było dla większość badanych wsparcie rodziny (82%) i profesjonalna opieka ze strony specjalistów (58%). Inne wymienione style radzenia i źródła wsparcia to: wsparcie przyjaciół, rozmowa i kontakt z innymi rodzicami dzieci niepełnosprawnych, wiara w Boga, przynależenie do stowarzyszenia. Odpowiedzi nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wyboru więcej niż jedno kryterium odpowiedzi.

Badani rodzice na pytanie o świadomość związaną z niepełnosprawnością swojego dziecka najczęściej odpowiadali, że są pogodzeni z sytuacją (68%) ale również z poczuciem większego zestresowani codzienną organizacją dnia i opieką nad dzieckiem (26%).

Potrzebę wsparcia ze strony psychologa lub psychoterapeuty chciało uzyskać 8% ankietowanych. Pozostali (92%) nie wyrażali takiej potrzeby.

Jako podstawowy cel działań rodziny w wychowaniu dziecka, większość badanych wybrało kilka odpowiedzi mimo, że było to pytanie jednokrotnego wyboru. Najczęstszym wariantem wybranym przez respondentów było dążenie do usamodzielnienie dziecka (92%), następnie rozwój mowy (54%) oraz dążenie do integracji z rówieśnikami i uspołecznienie dziecka (52%).

Większość badanych (70%) nie była zainteresowana uzyskaniem konkretnej porady na temat rozwoju i wychowania dziecka niepełnosprawnego sensorycznie. Zainteresowani poradami stanowili 30%. Najchętniej skorzystaliby ze szkoleń o następującej tematyce: metody rehabilitacji słuchu, rozwój psychomotoryczny dziecka w poszczególnym wieku, stymulacja rozwoju i motywowanie dziecka, pomoc w nauce i zdobywaniu wiedzy. Rodzice byli również zainteresowaniu procedurami uzyskania wsparcia finansowego i rzeczowego od instytucji.

Jedno z pytań dotyczyło lęków, obaw związanych z przyszłością dziecka. Respondenci (56%) najbardziej obawiali się o pogorszenie stanu zdrowia dziecka oraz braku pracy w przyszłości (42%).

Dyskusja

Rodzice w oczekiwaniu na dziecko snują już związane z nim plany, oczekiwania, nadzieje. Przede wszystkim chcą, aby było zdrowe. Jednak w niektórych sytuacjach zdarza się, że dziecko z różnych przyczyn rodzi się lub staje się niepełnosprawne. Diagnozowanie uszkodzenia słuchu jest trudnym procesem. Również rodzina musi odnaleźć się w nowej

sytuacji, starając się jak najlepiej funkcjonować i dążyć do możliwie jak najlepszych warunków rozwoju i nauki chorego dziecka [4,7-9].

W badaniach stwierdzono, iż najczęstszymi reakcjami u rodziców na pierwszą potwierdzoną informację o wadzie słuchu swojego dziecka były: strach, smutek, lęk a nawet przerażenie. Z biegiem czasu wszyscy respondenci odpowiedzieli, że przystosowali się do zaistniałej sytuacji i akceptują swoje dziecko. Stwierdzili również, że przez chorobę dziecka są bardziej zestresowani w codziennym życiu.

Ilczuk i współpracownicy w swoich obserwacjach oraz rozmowach z rodzicami potwierdzili fakt, że przeżywają oni różne negatywne emocje takie jak: szok, wstrząs, lęk, przerażenie. W psychologii stan ten nazywany jest traumą [21]. Także Farnicka w swoich pracach wylicza i opisuje negatywne reakcje rodziców na wieść o niepełnosprawności dziecka: wstrząs, lęk, poczucie winy, napięcie [22].

Kowalska zauważa, że z upływem czasu nadchodzi etap przyzwyczajenia i konsolidacji z sytuacją oraz poszukuje się konstruktywnych źródeł i sposobów pomocy. Potwierdzają to również w swoich pracach profesjonaliści zajmujący się na co dzień wspieraniem rodzin z niepełnosprawnością dziecka [11,12,14,21].

Borowicz i współpracownicy w swoich badaniach zauważają, że rodzice wychowujący dzieci z niepełnosprawnością słuchową doświadczają wielu napięć, trudności i są bardziej zestresowani codziennym funkcjonowaniem [16]. Aktualne badania również potwierdzają powyższe stwierdzenia.

Warto również nadmienić, jak przebiega proces akceptowania dziecka chorego przewlekle w rodzinie. Wszyscy respondenci odpowiedzieli, że akceptują swoje dziecko i jego niepełnosprawność. Gałkowski w swoich badaniach stwierdził, że proces akceptacji jest uwarunkowany między innymi rodzajem i charakterem więzi emocjonalnych między poszczególnymi członkami rodziny. Jeśli przywiązanie i relacje rodziców i dziecka są prawidłowa, to jest ono w pełni akceptowane [23].

Gunia w swoich badaniach zaprezentowała występowanie prawidłowych oraz nieprawidłowych postaw rodzicielskich, jednakże z przewagą biernych i negatywnych nad pozytywnymi [11]. Myśliwczyk w badaniach zaznaczyła, iż są rodziny, które „nie zauważają" niepełnosprawności dziecka jako problemu i bez utrudnień realizują się zawodowo, towarzysko, „normalizują swoje życie". Natomiast rodziny, które dostrzegają w niepełnosprawności dziecka jakiś problem, wstyd, komplikacje, funkcjonują gorzej [24].

Farnicka zauważa, że w zależności od stylu radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, relacje w związku mogą być różne. Często po etapie szoku, buntu i szukania winnych zaistniałej sytuacji dochodzi do homeostazy i dobrostanu w rodzinie, ale może dojść również do rozpadu związku [22].

Wiele przykładów piśmiennictwa odnosi się tylko do przeżyć matek, jednakże nie należy zapominać, że ojcowie równie mocno przezywają wiadomość o niepełnosprawności dziecka. Twardowski zwrócił uwagę, iż ojcowie są przestraszeni całą sytuacją, odczuwają lęk i strach, chociaż od nich wymaga się wsparcia i spokoju [25]. Przeprowadzone badania potwierdzają powyższe stwierdzenie, iż matki częściej zajmują się dzieckiem niż ojcowie. Wynikać może to również z faktu, że ojcowie zobligowani są kwestią utrzymania rodziny, stąd ich częstsza nieobecność w domu.

Blisko połowa badanych uważała, że niepełnosprawność dziecka wzmocniła więzi w relacjach małżeńskich, zwrócili również uwagę na lepszy podział codziennych obowiązków.

Wzorek w swoich pracach podkreśliła, iż choroba dziecka nie musi powodować złych relacji w związku, natomiast może być już spowodowana wcześniejszymi problemami, które powstały jeszcze przed narodzinami dziecka. Ważną rolę w takiej sytuacji dodaje autorka pełni wsparcie nie tylko od przyjaciół, specjalistów, ale przede wszystkim od rodziny, a zwłaszcza dziadków, seniorów rodu, którzy w znaczący wspierają swoje dzieci i wnuki [12].

W radzeniu sobie z emocjami badani otrzymywali największe wsparcie od rodziny oraz od specjalistów. Potrzebę wsparcia od psychologa wyraziło tylko 8% badanych, natomiast pozostałe 92% stwierdziło, że nie wymaga takiej pomocy. Zdecydowana większość uczestników badania potwierdza jednak chociaż jednokrotne uczestniczenie w spotkaniach grupach wsparcia z innymi rodzicami, warsztatach, szkoleniach z wybranej tematyki.

Kobosko i Markowska w swoim artykule zaznaczają, dlaczego warto sięgać po pomoc psychologa lub psychoterapeuty. Wielu rodziców nie chce przyznać się do cierpienia, osamotnienia i odtrąca pomoc psychologa jako coś wstydliwego i bezużytecznego. Jednakże pomoc, jaką udzielają profesjonaliści pozwala na wyrażanie swoich uczuć, przeżyć, negatywnych emocji a także na przywracanie wiary we własne siły i potencjał, co mobilizuje do dalszej pracy [20].

Potwierdzono pozytywny wpływ na funkcjonowanie rodziców dzięki grupom wsparcia, warsztatom, spotkaniom z innymi rodzicami posiadającymi niepełnosprawne dzieci [10,11,14,16,18,20].

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można przedstawić następujące wnioski:

1. Zdiagnozowanie uszkodzenia słuchu u dziecka wywoływało u rodziców negatywne emocje taki jak: strach, smutek, przerażenie, lęk. Z czasem stają się oni pogodzeni z sytuacją, jednak czują się bardziej zestresowani życiem.
2. Dzieckiem w trakcie dnia zajmuje się najczęściej matka.
3. Niepełnosprawność dziecka w większości przypadków wzmocniła więzi między małżonkami oraz polepszyła organizację dnia codziennego.

4. Największymi problemami w codziennej pielęgnacji dziecka są zwiększone wydatki finansowe oraz komunikacja z dzieckiem.
5. W radzeniu sobie z emocjami związanymi z niepełnosprawnością dziecka rodzice otrzymują największe wsparcie od rodziny.
6. Najczęstszymi obawami rodziców związanymi z przyszłością dziecka są: lęk o pogorszenie stanu zdrowia dziecka, brak samodzielności oraz brak pracy w przyszłości.

Piśmiennictwo

1. IGNASIAK Z. *Anatomia narządów wewnętrznych i układu nerwowego człowieka.* Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008; str. 236 - 239
2. BOCHENEK A, REICHER M. *Anatomia człowieka. Tom V* Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1989; str. 380 - 501
3. WESTON T. *Atlas anatomii.* Wydawnictwo Ryszard Kluszczyński, Kraków 1995; str. 54 - 56
4. ILCZUK G., KOBOSKO J. *Gotowość do komunikowania się dziecka, a rozwój mowy* w: Kobosko J. (red.) „*Moje dziecko nie słyszy"- Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu.* Stowarzyszenie Przyjaciół Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek-Człowiekowi" Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa 1999; str. 127 – 129
5. KARLIK M. *Raport z V Międzynarodowej Konferencji Audiologii Dziecięcej w Chicago, 8-10 listopada 2010.* WOŚP, Poznań 2011, 17: 6 - 7
6. Biuro Prasowe Kongresu Kobiet. *Kobiety dla Polski, Polska dla Kobiet – Raport Biura Prasowego Kongresu Kobiet.* Warszawa 06.06.2011
7. PIETRZAK W. *Dzieci z wadą słuchu* w: Obuchowska I. (red). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie.* WSiP, Warszawa 2008; str. 350 - 370
8. WOJCIESZAK – PALUCH M. *Pomoc dziecku z wadą słuchu.* Świat ciszy 2011;III: 27
9. MARCINKOWSKA J. *Rozwój dziecka głuchego.* w: Kowalska M (red). *Moje dziecko nie słyszy. Kompendium wiedzy na temat dziecka głuchego.* Polski Związek Głuchych, Łódź 2009
10. MAZURKIEWICZ B. *Opieka położnicza nad pacjentkami niepełnosprawnymi.* Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; str. 32 - 43
11. GUNIA G. *Pomoc i poradnictwo rodzinie dziecka z wadą słuchu* w: Mihilewicz S. *Dziecko z trudnościami w rozwoju.* Wyd. „Impuls", Kraków 2005; str. 103 - 119
12. WZOREK A. *Rodzina z dzieckiem z zaburzeniami słuchu - spojrzenie systemowe.* Psychoterapia 2009; 4(151): 53 - 64
13. TWARDOWSKI A. *Sytuacja rodzin dzieci niepełnosprawnych* w: Obuchowska I. (red). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie.* WSiP, Warszawa 2008; str. 21 - 26

14. KORNAS – BIELA D. *Rodzice wobec diagnozy uszkodzenia słuchu u dziecka. Doświadczenia rodziców, pomoc profesjonalistów* w: Kornas – Biela D. *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości.* Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001; str. 459 - 477
15. LESZKA J. *Trudne wybory rodziców wychowujących dzieci niesłyszące* w: Kornas – Biela D. *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości.* Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001; str. 479 - 490
16. BOROWICZ A. *Stres rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnością słuchową.* Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania 2012; III (3): 55 - 80
17. TWARDOWSKI A. *Pomoc rodzinom dzieci niepełnosprawnych* w: Obuchowska I. (red). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie.* WSiP, Warszawa 2008; str. 543 – 579
18. KRAKOWIAK K. *O potrzebie pomocy dla rodzin wychowujących dzieci z uszkodzeniami słuchu* w: : Kornas – Biela D. *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości.* Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001; str. 439 – 458
19. KOWALSKA M. *Jakość życia słyszących matek głuchych dzieci.* Materiały z konferencji „Tożsamość społeczno – kulturowa głuchych" PZG Odział Łódź 2013; str. 52 – 71
20. KOBOSKO J., MARKOWSKA J. *Pomoc psychologiczna – dlaczego warto po nią sięgać?* w: Kowalska M (red). *Moje dziecko nie słyszy. Kompendium wiedzy na temat dziecka głuchego.* Polski Związek Głuchych, Łódź 2009; str. 33 – 37
21. ILCZUK G. *Reakcja rodziców na wiadomość o wadzie słuchu dziecka* w: Kobosko J. (red.) „*Moje dziecko nie słyszy"- Materiały dla rodziców dzieci z wadą słuchu.* Stowarzyszenie Przyjaciół Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek-Człowiekowi" Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa 1999; str. 119 - 122
22. FARNICKA M. *Wyzwania stojące przed rodziną w sytuacji rozpoznania niepełnosprawności u dziecka.* Niepełnosprawność 2011; 6: 18 – 33
23. GAŁKOWSKI T. *Wpływ głuchoty na sferę emocjonalną i osobowość dziecka oraz na stosunki rodzinne* w: Gałkowski T, Kaiser-Grodecka I, Smoleńska J. *Psychologia dziecka głuchego. Wyd. 3*. PWN, Warszawa 1988; str. 143 – 172
24. MYŚLIWCZYK I. *Kryzys w rodzinie z dzieckiem niepełnosprawnym – przeszłość czy teraźniejszość?* Niepełnosprawność 2011; 6: 34 – 50
25. TWARDOWSKI A. *Psychologiczne problemy ojców dzieci z niepełnosprawnościami.* Szkoła Specjalna 2009; Tom LXX, Nr 1 (248): str. 4 – 17

Kontakt:
Elżbieta Kraśnianin
Instytut Położnictwa i Ratownictwa medycznego
Uniwersytet Rzeszowski,
Rzeszów, Polska
E-mail: ekrasnianin@wp.pl

REGISTER AUTOROV

A

Andrási Imrich, 397, 400

B

Bednarek Jadwiga, 7
Boroňová Zuzana, 307
Brukwicka Irena, 74
Butorová Anna, 140

C

Cecuła Monika, 60, 153, 197, 324, 402, 421
Cetlová Lada, 16
Ciebiera Justyna, 197
Cimbalová Jana, 253

D

Dvořáková Vlasta, 16

F

Firlit Agnieszka, 60
Fliegová Plávková Karolína, 34
Friediger Teresa, 87

G

Gargała Magdalena, 324
Gulášová Ivica, 108, 117
Guty Elżbieta, 320

H

Hajduk Magdalena, 268
Herinková Anna, 307
Hlinková Soňa, 387
Hrčková Zuzana, 244
Hruška Ján, 108, 117
Hrušková Zuzana, 236
Hudáková Zuzana, 87, 131, 140, 244

C

Chmelíková Lenka, 145

J

Jacková Andrea, 125
Javorka Karol, 322
Javorková Silvia, 322
Juhásová Ingrid, 145
Justhová Nadežda, 117

K

Kačmariková Margaréta, 41
Kalandyk Halina, 320
Kłos Alicja, 74
Kobza Wojciech, 180
Kołodziej Bernadeta, 60, 153, 197, 324, 402, 421
Kowalczyk- Sroka Bogumiła, 288
Kozel Matúš, 318
Kraśnianin Elżbieta, 60, 153, 197, 324, 402, 421
Kremska Anna, 60, 153, 197, 324, 402, 421
Kružliaková Darina, 322
Kutiš Peter, 244

L

Laskowska Barbara, 169
Lelonek Barbara, 288
Lesňáková Anna, 125, 322, 387
Lewandowska Anna, 169
Lewandowski Tomasz, 169
Lizis Paweł, 131, 140, 180

M

Machajová Michaela, 50
Majchrowicz Božena, 187
Markiewicz Monika, 268
Masár Otto, 400
Mayer Filip, 322
Mikuľáková Wioletta, 318
Minárik Milan, 397

N

Nechvátal Pavol, 318
Nováková Lada, 16
Novysedláková Mária, 211

O

Ondrášik Ivan, 229
Ondrášiková Katarína, 229

P

Pawul Magdalena, 421
Pieniążek Anna, 197, 402
Pityńska Karolina, 402
Pochybová Monika, 125
Poništiaková Monika, 50
Priesolová Jana, 125
Przybyszewska Kinga, 390
Puszkarz Irena, 220

R

Rams Roman, 260
Ratislavová Kateřina, 236
Rusnák Róbert, 244
Rutowski Jan Antoni, 23

S

Siek Sylwia, 153
Simočková Viera, 253
Solovič Ivan, 260
Srpoňová Marina, 131, 244
Stodolak Anna, 268
Świetlicki- Paprocki Adam, 288

Š

Šanta Marián, 400
Šarišská Eliška, 41
Šichman Marek, 397
Švecová Jana, 260

T

Tomaszewska Katarzyna, 276
Tupá Miriam, 352
Tupý Jaromír, 339, 352, 374

W

Wańcio Maria, 169
Widerska -Kurzawa Alicja, 268
Wróbel Romana, 60, 153, 197, 324, 402, 421

Z

Zacharová Eva, 299
Zamboriová Mária, 253
Zięba Halina Romualda, 87, 96, 131, 140
Zrubáková Katarína, 307
Żurawska Justyna, 60, 153, 197, 324, 402, 421
Zych Barbara, 153, 197, 324, 402, 421

Názov : Zborník z medzinárodnej konferencie
RUŽOMBERSKÉ ZDRAVOTNÍCKE DNI 2016 – XI. ROČNÍK

Recenzenti : doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD
doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD
doc. MUDr. Róbert Rusnák, PhD., MPH.
PhDr. Marek Šichman, PhD.

Redakcia : doc. PhDr. Vladimír Littva, PhD. MPH., MUDr. Jaromír Tupý, PhD.
RNDr. Soňa Hlinková,PhD., PhDr. Eva Moraučíková, PhD.

Vydalo : VERBUM - vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Počet strán : 433
Náklad : 180 výtlačkov
Vydanie : prvé
Formát : A 4
Vydané : 2016

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

ISBN 978-80-561-0402-6