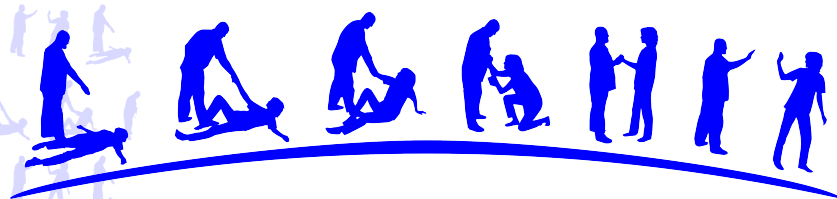


Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

Sekcia sestier pracujúcich v psychiatrii

Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek v Michalovciach

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.



Ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii

Zborník z XII. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v psychiatrii

23. – 24. september 2010

Zemplínska Šírava

Editori:

Mgr. Adriana Brhlíková

Mgr. Eva Bumberová

Bc. Jozef Janoško

Recenzenti:

Mgr. Martina Pochybová

PhDr. Tatiana Hrindová

Rukopisy neprešli jazykovou úpravou. Za jazykovú stránku, obsahovú stránku a úplnosť uvádzania literárnych zdrojov zodpovedajú autori príspevkov.

© 2010 Autori príspevkov

Vydala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Amurská 71, Bratislava v roku 2010.

ISBN 978-80-970482-2-8

Obsah

Úvod	5
Faktory duševného zdravia	6
<i>Katarína Lukáčová, Jarmila Bodnárová</i>	
Reflexia hospodárskej krízy na duševné zdravie	13
<i>Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová, Dagmar Magurová</i>	
Rodina a duševné ochorenie dieťaťa	21
<i>Martina Pochybová, Ivan Farský, Igor Ondrejka</i>	
Assessment kvalitatívneho výskumu	30
<i>Darina Wiczmándyová, Helena Mikul'áková</i>	
Hodnotenie sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek	43
<i>Anna Schmiedl</i>	
Spirituálne charakteristiky pacientov so psychickou poruchou	46
<i>Ivan Farský, Martina Pochybová, Igor Ondrejka</i>	
Manažment a špecifická starostlivosť na mužskom oddelení pre agitovaných pacientov v PNPP Pezinok	55
<i>Andrea Uhláriková, Margita Hulejová, Dalibor Janoška</i>	
Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s agresívnymi prejavmi	62
<i>Miloslava Bodnárová, Tatiana Hrindová</i>	
Použitia obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť	72
<i>Alena Kršková</i>	
Samovraždy a samovražedný pokus	75
<i>Iveta Kukl'ová, Michaela Cubová</i>	
Ošetrovateľský proces u pacienta s diagnózou syndróm závislosti od alkoholu podľa Hallovej modelu	81
<i>Dagmar Liptáková, Milada Michalovová, Anna Prokopovičová</i>	
Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s delíriom tremens	89
<i>Marta Noreková</i>	
Ošetrovateľská starostlivosť o drogovzo závislého pacienta	98
<i>Zdenka Melicharčíková, Veronika Končokov</i>	
Substitučná liečba – náplň práce sestry v metadonovom programe	103
<i>Eva Luptáková, Zdenka Melicharčíková, Veronika Končoková</i>	

Prístup sestry k pacientom s obsedantno-kompulzívnou poruchou	107
<i>Ján Dudáš</i>	
Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s insomniou	119
<i>Marek Rabinčák, Ľudmila Hubináková, Andrea Dzurová</i>	
Postoj sestier k využitiu zdravotnej dokumentácie v zariadení pre seniorov	125
<i>Ľubomíra Tkáčová, Dana Vetráková,</i>	
Pracovná terapia ako súčasť liečby psychiatrických pacientov	130
<i>Beata Furdová</i>	
Význam skupinovej kinezioterapie v liečbe psychických ochorení	135
<i>Peter Hreha, Marianna Mihal'ová</i>	

Úvod

Psychiatria umožňuje sestram v plnom rozsahu uplatniť svoje schopnosti a realizovať širokú škálu roli sestry. Stigmatizácia, vzhľadom k psychiatrickým ochoreniam pacientov, ale aj personálu pracujúcemu na psychiatrii, je v spoločnosti ešte stále veľmi silná. Poskytnutie reálneho obrazu o psychiatrii, využitie možnosti informovania verejnosti ako aj preventívnych programov pre duševné zdravie, sú širokou oblasťou uplatnenia psychiatrických sestier v primárnom kontakte s verejnosťou.

Poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o psychiatrického pacienta umožňuje sestre plne uplatniť svoju empatiu, kreativitu ale aj pragmatickosť pri riešení situácií vzniknutých pri tejto činnosti. Pre psychiatrickú sestru je dôležitá schopnosť získať si dôveru pacienta, dokázať s ním komunikovať spôsobom, aby sa nemusel báť výsmechu a nepochopenia, aby dokázal rozprávať o veciach, ktoré sa hlboko dotýkajú jeho vnútra. Psychoterapeutické prístupy, ktoré sestra využíva pri svojej práci, ma vyberať citlivo, tak aby v nich bola zohľadnená individualita pacienta. Sestry, ktoré sú odborne dobre pripravené po teoretickej aj praktickej stránke, sú zárukou poskytovania vysoko kvalitnej starostlivosti v ústavnom zariadení, ale aj prirodzenom prostredí pacienta.

Skúsenosti z praxe, získané informácie z oblastí duševného zdravia sú obsahom príspevkov XII. Celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v psychiatrii. Aby ste sa k týmto informáciám mohli kedykoľvek vrátiť, rozhodli sme sa pre Vás pripraviť zborník konferencie.

Editori

Faktory duševného zdravia

Katarína Lukáčová, Jarmila Bodnárová

Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.

Úvod

Zdravie máme len jedno. Telesné a duševné zdravie sú spojené nádoby. Narušená integrita človeka nezasahuje len jeho samotného, ale aj celé jeho okolie. Duševné choroby sú na treťom mieste medzi chorobami spôsobujúcimi invalidizáciu. Ďalšie problémy má spoločnosť s tým, ako sa správať k duševne chorým. Väčšina z nás sa v živote dostane do záťažovej situácie, ktorá môže viesť k psychickým problémom. Duševné zdravie je cieľom, nie normou. Kvalita nášho zdravotného stavu je najviac ovplyvnená spôsobom nášho života. Dobré zdravie začína v skorom štádiu života, rodina má zodpovednosť za starostlivosť o dieťa a jeho vývoj. Dieťa sa naučí dôverovať prostrediu, ktoré mu poskytne emocionálnu a fyzickú bezpečnosť a blahobyt, modely správania, ktoré mu umožnia uchovať si svoje fyzické a psychické zdravie bez závislosti od svojich opatrovníkov. Zlé (narušené) zdravie taktiež začína v skorom štádiu života. Výskum ukazuje, že rodiny s určitými charakteristikami majú zničujúci dopad na psychické a fyzické zdravie detí. Faktormi sú najmä vznik konfliktov v rodine s častými prejavmi hnevu a agresie, nedostatočná pozornosť, najmä rodiny, ktoré sú chladné, nepodporujúce a zanedbávajúce.

Podpora duševného zdravia

- Vhodné prostredie – rodinné, pracovné
- Správny vývin v detstve a dospievaní
- Medziľudské vzťahy
- Zamestnanie
- Životospráva – strava, spánok, tel.pohyb
- Viera, filozofia, meditácia

Rizikové rodiny a vplyv na duševné zdravie

- internalizujúce symptómy (depresia, suicidálne správanie, úzkostné poruchy)
- externalizujúce symptómy (agresívne, nepriateľské, opozičné, delikventné správanie)

Výskum ukazuje vzťah medzi mierou expozície týraniam v rodine alebo výchovou v dysfunkčnej rodine a rizikom určitých ochorení (nižšia hmotnosť a zvýšená chorobnosť v detstve,

obezita v ranej dospelosti, ischemická choroba srdca, onkologické ochorenia, chronická choroba pľúc, zlomeniny kostí, ochorenia pečene).

Jedlo a duševné zdravie

Potraviny, ktoré majú pozitívny vplyv na činnosť mysle a duševné zdravie sú tie isté, ktoré majú pozitívny vplyv na telesné zdravie (minerály: zinok, magnézium, železo; vitamíny: kys.listová, B, C, E; nenasýtené mastné kyseliny, Omega-3, mastné kyseliny (rybí olej); probiotiká – živé baktérie nachádzajúce sa v niektorých potravinách)

Nenasýtené mastné kyseliny a B vitamíny majú pozitívny vplyv na duševné zdravie človeka počas celého života. Vitamíny B obsahujú kvasnice, obilniny, strukoviny, tmavý chlieb, sója, listová zelenina, oriešky, mlieko a mäso. Omega-3 mastná kyselina ALA je predovšetkým v rastlinných olejoch a semenách rastlín. DHA sa nachádza v materskom mlieku a tučných rybách.

Životospráva a telesný pohyb

Mozog človeka, ktorý je dostatočne zaplavený kyslíkom, má lepšiu schopnosť myslieť. Vplyv na lepšiu vnímavosť, vyrovnanosť, emočnú stabilitu, optimizmus, vzostup intelektuálnych funkcií (pamäť, spracovanie informácií). Znižuje agresivitu, hnev, strach, depresie. Tvorba endorfínov v mozgu, ktoré ovplyvňujú podkôrové centrá, tzv. bazálne gangliá, nazývané aj centrá pôžitku a šťastia. Ďalšia látka vylučujúca sa v mozgu pri pohybe, serotonin, účinkuje ako antidepresívum. Jedna zo štúdií na ľuďoch s diagnózou klinickej depresie ukázala, že štyri mesiace pravidelného cvičenia priniesli zlepšenie pamäti, aj ďalších parametrov duševných schopností. Cvičenie sa ukázalo rovnako účinné ako užívanie liekov proti depresii.

Životospráva – spánok

V priebehu noci prechádzame pri nerušenom spánku niekoľkými spánkovými štádiami, ktoré sa vzájomne líšia hĺbkou. V prvom štádiu sa môžeme ľahko zobudiť i na slabý podnet, v druhom na oslovenie, v treťom na hlasité oslovenie a vo štvrtom až na bolestivý podnet.

Čím je hlbšie štádium spánku, tým je výdatnejší odpočinok a regenerácia tela. Celkom odlišný je tzv. REM-spánok – to je tá fáza, počas ktorej sa nám snívajú sny. Vtedy usilovne pracuje mozog a triedi skúsenosti predchádzajúceho dňa (niekedy celého predchádzajúceho obdobia). Potreba spánku je individuálna, nie je to presná „norma“. Väčšina dospelých potrebuje denne asi 6 až 8 hodín spánku, ktorý by mal pozostávať z 20 % hlbokého spánku a 20 % snového spánku.

Meditácia

Pomáha myslí odfiltrovať veci, ktoré ju zbytočne rozptyľujú neželaným spôsobom – starosti, obavy a zdanlivo náhodné obrazy, zaťažujúce počas dňa myseľ. Dokáže navodiť stav pokoja, podobný hlbokému spánku. Myseľ a telo sa dokonale uvoľnia a ľudia, ktorí ju prevádzajú, zisťujú, že 20 minút meditácie ich osvieži rovnako dobre ako niekoľko hodín spánku.

Duševne zdravý človek

Zo širšieho hľadiska je taký, ktorý je si vedomý slabých aj silných stránok svojej osobnosti a v zmysle toho koná a stanovuje si svoje ciele; je spokojný sám so sebou a prijíma sa taký, aký je, pričom sa snaží vo svojom živote stále napredovať; nachádza zmysel svojho života v každej svojej činnosti; dokáže bez problémov prekonávať záťaž každý deň; vie vytvárať trvalé sociálne vzťahy a efektívne riešiť interpersonálne konflikty; dokáže milovať a odpúšťať.

Ľudia, ktorí so svojím problémom navštívili psychológa alebo psychiatra, sa v okolí neraz stretávajú s pohrdavými pohľadmi, sústrastnými komentármi alebo mlčaním. Duševné ochorenia sú často spájané s chybnými informáciami o ich pôvode, možnosti vyliečenia alebo ich priebehu. Vymedziť pojem duševného zdravia nie je jednoduché, lebo pod spokojnosťou a vyrovnanosťou si každý predstaví niečo iné.

„Pohodu a zdravie človeka veľmi ovplyvňujú vonkajšie faktory a spôsob života,“

„Svetlo, vzduch, jedlo, pitie, práca, odpočinok, spánok, bdenie a činnosť mysle treba dávkovať tak, aby v ľudskom tele bola harmónia. Pre duševné zdravie je dôležitá duševná rovnováha, ktorú dosahujeme aj duševnou hygienou. Jej súčasťou je sebaopoznanie a správne začlenenie do spoločnosti.“

Z užšieho hľadiska chápeme duševne zdravého človeka ako takého, u ktorého nie sú diagnostikovateľné duševné choroby (napríklad depresia, sociálna úzkostná fóbia, generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, posttraumatická stresová porucha, porucha prijímania potravy a pod.).

Psychohygienu

Predmetom psychohygieny sú problémy ľudí – nesprávna životospráva, vyčerpanosť, starosti, duševná záťaž, nevyhovujúce sociálne prostredie a možnosti ich eliminácie alebo aspoň zmiernenia, pričom do úvahy berie celého človeka, ktorého vnímame ako bio-psycho-sociálno-spirituálnu bytosť. Psychohygienu je disciplína, ktorá stojí na rozhraní lekárskeho, psychologického a sociálnych vied. Jej všeobecným cieľom je duševná rovnováha, duševné zdravie a zdravý spôsob života človeka vo všetkých vekových obdobiach. Psychohygienu sa zameriava na možnosti

autoregulácie jedinca, pôsobenie na seba samého a na aktívne pretváranie svojho prostredia. Ťažisko má v psychickej regulácii, v sebvýchove, v hygiene myslenia, predstáv, pozornosti a podobne.

Význam psychohygieny v živote človeka

Psychohygiena je určená pre zdravých i chorých ľudí. Ľuďom poskytuje návod na zdravý spôsob života, posilňuje nielen ich duševné a telesné zdravie, ale aj ich sebazpoznanie, sebavedomie a pocity spokojnosti.

Duševne zdravý a vyrovnaný človek je odolnejší proti telesným chorobám a najmenej jedna tretina všetkých somatických chorôb vzniká primárne poruchou duševnej rovnováhy. Dodržiavaním zásad psychohygieny sa dajú vyliečiť aj niektoré ľahšie duševné poruchy (ľahšia forma neuroticizmu a iné).

Psychohygiena pozitívne vplýva na koncentráciu a výkonnosť ako pri tvorivej duševnej práci, tak aj pri manuálnej práci, na čo zabúdajú aj mnohí zamestnávateľia. Človek, ktorý je vyrovnaný, duševne zdravý, priaznivo vplýva na svoje sociálne okolie. Nevyrovnaný človek, naopak, vnáša do medziľudských vzťahov podráždenosť a viac konfliktov.

Faktory vplývajúce na duševné zdravie

Medzi tieto faktory zaraďujeme napríklad rodinu, školu, sociálne vzťahy, sebvýchovu (autoreguláciu), súčasný vedecko-technický pokrok, náboženstvo, masovokomunikačné prostriedky.

Zvládať náročné životné situácie nám môže pomôcť naše sociálne prostredie. Pre duševné zdravie je veľmi prospešné mať nablízku osoby, ktoré k nám prechovávajú pozitívny vzťah, majú nás radi, cenia si nás a sú nám ochotné pomôcť v tiesni. Niekedy nám však môže sociálne prostredie spôsobovať veľkú záťaž.

Stav psychickej záťaže, ktorý vzniká pôsobením nejakého rušivého faktora na človeka počas uspokojovania potreby alebo dosahovania cieľa sa nazýva stres.

Stresová reakcia organizmu prebieha v 3 štádiách:

1. štádium alarmu (poplachová reakcia) – znamená nehospodárnu mobilizáciu všetkých pomocných mechanizmov zachovania života

2. štádium odolnosti (rezistencie) – znižuje sa zmätok poplachovej reakcie a organizmus si zvyká na stres a bráni sa za cenu likvidácie rezerv. Jedná sa o spôsob obrany organizmu

3. štádium vyčerpania (exhaucia) – znamená zlyhanie organizmu po vyčerpaní rezerv

Prejavy stresu

Stres sa prejavuje jednak v správaní (nerozhodnosť, nespavosť, snaha podvádzať v súvislosti s úlohami a pod.), v emóciách (prudké zmeny nálad, denné snenie, podráždenosť, úzkosť), v myslení (obavy, vtieravé myšlienky), a v telesných symptómoch (nechutenstvo, nadmerné svalové napätie, dvojité videnie, hnačky).

Prevenca stresu

Z hľadiska prevencie je dôležité predchádzanie každodennému napätiu, kompenzovanie jednostrannej psychickej aktivity činnosťou telesnou a naopak, odreagovávanie napätia relaxáciou, zbavovanie sa závislostí, nahradzovanie nepríjemných duševných obsahov príjemnými (emočné preladenie) a pod.

Niekoľko rád ako sa starať o svoje duševné zdravie:

1. Prijímaj sám seba!

Poznaj sám seba, svoje dary, prednosti i slabosti. Váž si sám seba, ale neber sa príliš vážne.

2. Hovor o tom!

O tom, čo ťa trápi, čoho sa bojíš, čo si vyčítaš, o svojich smútkoch, ale i radoostiach, o úspechoch. Zdieľaná starosť je polovičná, zdieľaná radosť dvojnásobná!

3. Buď aktívny!

Život je rieka, raz plávame s prúdom raz proti nemu. Vždy je za čím ísť a pred čím utekať. Kým sa hýbeme, žijeme a naopak.

4. Uč sa novým veciam!

Stále je čo spoznávať a učiť sa. Skúsenosť je neprenosná. To, čo zvládneme, nás blaží, čo nezvládneme, aspoň sme vyskúšali.

5. Stretávaj sa s priateľmi!

Príbuzných si nevyberáme, ale priateľov áno. Sympatia, náklonnosť, kamarátstvo, priateľstvo, láska sú zdrojom opory a radosti života.

6. Rob niečo tvorivé!

Géniov je málo, ale tvorcom je každý z nás. Tvorit' môžeme v ateliéri i záhrade, v divadle

i dielni. Proces je dôležitejší ako výsledok. Výtvor možno skritizovať, ale to, čo pri tvorbe zažijeme, nám nikto nezoberie.

7. Zapoj sa a pomôž!

Pohyb krídel motýľa v jednom kúte sveta môže spôsobiť búrku na jeho opačnom konci. Zaujímaj sa o to, čo sa deje vo svete. Politika, ekológia, charita, pomoc tým, ktorí to potrebujú dávajú zmysel nášmu vlastnému životu.

8. Neváhaj požiadať o pomoc!

Ak cítiš, že tvoje bremeno je príťažké, bolesť prisilná, strata priveľká, strach neznesiteľný – nehanbi sa požiadať o pomoc. Odborníka alebo len spriaznenú dušu, niekto kto prežil podobné trápenie.

9. Oddychuj a uvoľni sa !

Práca šľachtí, ale môže aj zabíjať. Uč sa aktívne i pasívne oddychovať, nachádzať nové zdroje radosti a uvoľnenia. Pre niekoho veselá spoločnosť, pre iného samota, pre niekoho šport, pre iného príroda. Aj dobré jedlo a pitie, či iné slasti vyvážajú stres všedného dňa.

10. Zdolvaj prekážky!

Uč sa brať životné problémy a prekážky ako výzvy a možnosti osobného rastu. Čo nás nezabije.. a je potom čo rozprávať vnúčatám.

11. Neboj sa snívať!

Snívajme v noci i cez deň. V snoch sa môžeme vznášať a dokázať úžasné veci. Nie všetky sny sa našťastie naplnia, ale niektorým sa môžeme aspoň priblížiť.

12. Ži teraz a tu!

Príliš mnoho minulosti nám bráni vzlietnuť a primnoho budúcnosti nám nedovolí pevne sa rozkročiť na zemi. Ži teraz a tu najlepšie ako vieš, lepší život nemáš!

Záver

Duša je na človeku to najkrajšie. Ona sa usiluje porozumieť okoliu, predvídať udalosti, citlivo vnímať svoje aj cudzie radosti a žiale. Preto si ju chráňme, lebo niet telesného zdravia bez duševného.

Zoznam bibliografických odkazov

ELLEN JANOSIKOVA, JANET DAVIESOVÁ. Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť, Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovateľstvo. Vydavateľstvo: Osveta, 1999 ISBN: 80-8063-017-8.

http://www.invisio.sk/zsi/publikacie/a1/liga_publicacia_final.pdf – Liga za duševné zdravie SR, o. z.

<http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=351> PaedDr. Ľuboš Ďurdiak, PhD. riaditeľ personálno-poradenskej a vzdelávacej agentúry PSYCHOTREND

Kontakt na autorov:

PhDr. Katarína Lukáčová

Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.

Masarykova 9, 040 01 Košice

telefón: 0903 640 555; 055/229 58 03

e-mail: lukacova@zzke.sk

Jarmila Bodnárová

Železničné zdravotníctvo Košice, s.r.o.

Masarykova 9, 040 01 Košice

telefón: 055/229 58 76

e-mail: bodnarovaj@zzke.sk

Reflexia hospodárskej krízy na duševné zdravie

Terézia Fertal'ová, Iveta Ondriová, Dagmar Magurová

Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Duševné zdravie je vnímané ako neoddeliteľná súčasť komplexného pohľadu na zdravie človeka a z toho vychádzajúcej nevyhnutnej potreby podporovať okrem telesného zdravia aj duševné zdravie. Chápanie pojmu zdravie závisí od spoločnosti, stupňa jej rozvoja a od jej kultúry. Jednotlivé atribúty zdravia sú v dôsledku úpadku ekonomického rastu, straty zamestnania výrazne narušené. Na konkrétnej prípadovej štúdií, kazuistike, chceme poukázať na negatívny vplyv nezamestnanosti na duševné zdravie človeka a súvis s prebiehajúcou hospodárskou krízou.

Úvod

Chápanie pojmu zdravie závisí od spoločnosti, stupňa jej rozvoja a od jej kultúry. Má aspekty biologické, psychologické a sociálne, ktoré vyjadrujú spojenie človeka s prostredím. Duševné zdravie znamená dobrú kondíciu celej osobnosti, nie je to len neprítomnosť duševnej poruchy. Predstavuje schopnosť prispôbiť sa situáciám a reagovať na ne. Duševné zdravie sa vymedzuje ako „stav, v ktorom všetky duševné pochody prebiehajú optimálne, správne odrážajú vonkajšiu realitu, pričom primerané riešenie úloh sprevádza cit uspokojenia“. (Marková a kol., 2006, s. 16) Jednotlivé atribúty duševného zdravia sú v dôsledku úpadku ekonomického rastu, straty zamestnania výrazne narušené. Ako uvádza práca Harrisa a Shortusa (2010) počet nezamestnaných pacientov v ordináciách praktických lekárov v roku 2010 sa zvýšil. Praktickí lekári majú dôležitú úlohu pre skoré zistenie a liečbu ťažkostí, ktoré súvisia aj so stratou zamestnania. Lekári v línii prvého kontaktu hrajú dôležitú úlohu na zvyšovaní informovanosti o zdravotných dôsledkoch nezamestnanosti.

Hoschl (2004) uvádza, že významná životná zmena alebo stresová životná udalosť, ktorá vyžaduje zmenu životného štýlu a návykov, medzi ktorú radí stratu zamestnania, je nepopierateľným spúšťačom psychickej poruchy a z veľkej časti podmieňuje vznik jej začiatku.

Meltzer, Bebbington et al. (2009) uvádzajú, že vzťah medzi neistotou zamestnania a zlým duševným zdravím je známy. Pracovná neistota má silné spojenie s pocitmi depresie. A teda so zhoršeným duševným zdravím a následne zvýšenými nákladmi zdravotníckych služieb. Zdravotné ohrozenie, ktoré prináša stres spojený s nezamestnanosťou, býva posilnené zvýšenou tendenciou u týchto ľudí užívať psychoaktívne látky (alkohol, lieky, drogy, eventuálne zvýšené fajčenie). (Buchtová a kol., 2002)

Kuhn, Lalive, Zweimüller (2009) vo svojej štúdií uvádzajú zvýšenú spotrebu antidepresív a iných psychofarmák, ktorých spotreba stúpa priamo v súvislosti so stratou zamestnania a následnými psychickými ťažkosťami.

Fenomén nezamestnanosti, ohrozenie duševného zdravia, rovnosť príležitostí na trhu práce sú aktuálne problémy porovnateľné s vyspelými štátmi Európskej únie. Nezamestnanosť na Slovensku má výrazný ekonomický, sociálny a politický rozmer. Regionálne rozdiely v nezamestnanosti a nízka mobilita pracovnej sily, spôsobovali predovšetkým prehrievanie trhu práce v niektorých oblastiach s nízkou mierou nezamestnanosti. Viaceré regióny zdedili vďaka predchádzajúcej monoindustriálnej štruktúre veľmi špecifický profil vzdelania a kvalifikácie, ťažko adaptovateľný na nové pomery.

Nezamestnanosť má svoje regionálne, sociálno-ekologické i kultúrne špecifiká. Posúdiť makrosociologický pohľad na príčiny tohto javu v kontexte súčasného vývoja z pohľadu ochrany a podpory zdravia pomôže hlbšie poznať problém a ponúkne nové modely pre jeho odstránenie. Zanedbanie riešenia problému povedie k ďalším deformáciám v zdraví slovenskej spoločnosti. Aj keď medzi dĺžkou nezamestnanosti a duševným zdravím nie je lineárny vzťah, predsa riziková dlhodobá nezamestnanosť je vyššia. S postupujúcou dĺžkou nezamestnanosti hrozí rozvoj syndrómu naučenej bezmocnosti. Medzi relevantné témy v kontexte výskumu nezamestnanosti patrí zvládanie ťažkostí, vyrovnávanie sa so záťažovými situáciami.

Nie fixný kapitál, nie finančný, ale ľudský kapitál je rozhodujúcou dynamickou silou sociálno-ekonomického rozvoja. Kvalita intelektuálnych zručností invenčných schopností sú zárukou vysokej úrovne a produktivity ľudského potenciálu, ktorý spoločnosť môže efektívne využiť vo svoj prospech. Zárukou takého potenciálu sú duševne zdraví ľudia, preto je v záujme celej spoločnosti rešpektujúcej medzirezortnú spoluprácu duševné zdravie monitorovať, podporovať a chrániť.

Úroveň duševného zdravia človeka je vo výraznej miere determinovaná navzájom sa ovplyvňujúcimi faktormi. Podľa pôvodu ich môžeme rozdeliť na faktory osobnostné, behaviorálne a enviromentálne. Sociálne faktory prostredia vznikajú v rámci ľudskej spoločnosti a majú ekonomické, etické a kultúrne aspekty. (Hanzlíková a kol., 2006)

Hoci sú tieto faktory rozdelené do skupín a podskupín, nemožno ich chápať izolovane. Vzjomne sa mnohorakým spôsobom ovplyvňujú a na človeka pôsobia ako celok. Nakoľko zlé duševné zdravie predstavuje rastúci problém pre Európsku úniu, v rámci stratégie v oblasti duševného zdravia stanovila rámec komplexných opatrení, ktoré zahŕňajú v Zelenej knihe oblasti v zdravotnej politike prostredníctvom osobitných projektov a politických iniciatív, iniciatív v rámci sociálnej politiky a politiky nezamestnanosti. Patria sem rámcové programy v oblasti výskumu,

vytvorenie informačnej spoločnosti a mediálnej politiky, regionálna a vzdelávacia politika. Jednotná stratégia duševného zdravia, ktorá by spojila všetky tieto činnosti, však na úrovni Európskeho spoločenstva neexistuje. Takáto stratégia by posilnila spojitosť a účinnosť súčasných a budúcich iniciatív. (Bugnot, 2005)

V európskom regióne narastajú rizikové faktory, ktoré vedú k poruchám duševného zdravia. Patria k nim fenomény, ktoré sa pred rokom 1989 nevyskytovali, napr. nezamestnanosť, migrácia, chudoba, politické prevraty, napätie medzi etnickými skupinami, nárast bezdomovcov, rozpad sociálnych sietí, deprivácia a socio-ekonomický nekľud. (Hanzlíková, 2006)

Dnes, v čase hospodárskej krízy patrí nezamestnanosť medzi najzávažnejšie problémy, s ktorými sa naša spoločnosť musí vyrovnávať. Možno viac ako kedykoľvek predtým je nezamestnanosť aktuálnou témou našich politikov, ekonómov, sociológov, psychológov a v neposlednom rade sa jej negatívny vplyv odráža na zdraví obyvateľstva, čoho svedkami sú zdravotníci v primárnej sfére, všeobecní lekári, alebo sekundárnej sfére, lekári špecialisti, hlavne psychiatri, kde návštevnosť v čase hospodárskej krízy stúpa. Nezamestnanosť predstavuje nový sociálno-ekonomický problém. Ľudia nie sú na tento typ záťaže dostatočne adaptovaní, nevedia ju riešiť. Nezamestnanosť neohrozuje všetkých ľudí v rovnakej miere. Riziko nezamestnanosti ovplyvňuje predovšetkým vzdelanie, vek, pohlavie, zdravotný stav a príslušnosť k určitej sociálnej skupine. Zamestnanie má pre človeka žijúceho v stredoeurópskej sociokultúrnej oblasti značnú hodnotu. Profesionálna rola je dôležitou súčasťou identity a faktorom ovplyvňujúcim sociálne hodnotenie daného jedinca. Motív k práci môže byť rôznych, môže mať individuálne špecifický význam, napr. prísun peňazí, uspokojovanie potreby spoločenských aktivít, sebarealizáciu, dosiahnutie úspechu, získanie určitej sociálnej pozície, nadviazanie kontaktu s novými ľuďmi, získanie samostatnosti a nezávislosti. (Vágnerová, 2004) Čím dôležitejšie miesto v našom živote práca a zamestnanie vyplňa, tým ťažšie sa znáša jej strata. U ľudí, ktorí nemali alebo nemajú záujem o prácu a zamestnanie, to nemusí spôsobiť závažnejšie problémy, avšak u ľudí, u ktorých práca zastáva v živote význačné miesto, ktorí mali svoju prácu radi a chcú sa v nej realizovať, znamená strata zamestnania výraznú zmenu v celom doterajšom spôsobe ich života. Práca je pre človeka najdôležitejšou podmienkou jeho existencie, prináša mu nielen materiálny úžitok, ale súčasne mu dáva pocit sebarealizácie a spoločenskej užitočnosti. (Buchtová, 2002)

Práca poskytuje pravidelný denný režim, pravidelný rytmus života. Naopak nezamestnanosť vedie k strate uvedenej rytmickosti, k nadbytku voľného času a k ťažkostiam v jeho organizovaní. Za prácu sa dostáva finančné ohodnotenie, ktoré umožní zabezpečiť pre človeka a jeho rodinu ekonomický status. Nezamestnanosť znižuje finančný príjem a z toho vyplýva i zníženie celkovej životnej úrovne, alebo životnej úrovne rodiny. Zamestnanie poskytuje i spoločenské ocenenie za

prácu. Nízka možnosť seberealizácie zapríčinená stratou zamestnania môže viesť k pocitom nepotrebnosti, neužitočnosti a tým aj menejcennosti. V zamestnaní je človek nútený stretávať sa s mnohými ľuďmi a mať dostatok spoločenských kontaktov. Pri strate zamestnania sa zvyčajne strácajú spoločenské kontakty so spolupracovníkmi a veľmi často trpí aj spoločenský kontakt so známymi a priateľmi. Táto strata môže viesť k izolácii, uzatváraniu sa do seba, čo môže znovu zhoršovať duševný stav a prežívanie nezamestnaného (Vágnerová, 2004).

To ako sa v praxi ľudia stretávajú s nezamestnanosťou, aké sú ich zážitky a ako sa dokážu s týmto vypuklým problémom v dnešnej dobe vysporiadať rozoberáme na konkrétnej prípadovej štúdií (kazuistike), kde chceme dokázať negatívny vplyv nezamestnanosti, súvisiacej s prebiehajúcou hospodárskou krízou, na duševné zdravie človeka. Kazuistika je klasická metóda opisu a rozboru jednotlivých prípadov, na základe ktorých môžeme navrhnúť návrhy riešenia problému ako aj stanoviť hypotézy a následne ich overovať ďalším výskumom, zároveň je doplnkom kvantitatívneho výskumu.

Kazuistika

53 ročný pacient vedený na psychiatrickej ambulancii s diagnózou Syndróm závislosti na alkohole, je evidovaný od roku 1999. Bol 5x hospitalizovaný v psychiatrickej nemocnici v Prešove na protialkoholickom oddelení, jedenkrát absolvoval špecializovanú liečbu na Prednej Hore. Po tejto liečbe úspešná 8 ročná abstinencia až do roku 2009, kedy ho prepustili z práce, následkom hospodárskej krízy, kedy dochádzalo k znižovaniu pracovných miest, čo ho priviedlo k recidíve ochorenia s pridruženými somatickými ochoreniami, a následným krvácaním do tráviaceho traktu. Strata zamestnania bola preňho veľkým stresujúcim faktorom, ktorý ho primäl po dlhoročnej abstinencii k naštartovaniu ťahu pitia, nechcelo sa mu žiť, prítomné suicidálne tendencie.

Vyrastal v jednoduchej rodine, v skromných pomeroch, kde mal dominantného otca a submisívnu matku, všetci museli poslúchať príkazy otca. Bol dodržiavaný odstup medzi rodičmi a deťmi bez možnosti vytvorenia dôvernejších vzťahov. Mal troch súrodencov, všetci zdraví, v rodine neuropsychická záťaž nezistená. V škole nevynikal, dosahoval priemerné výsledky, vyučil sa za strojného zámočníka. Absolvoval základnú vojenskú službu, trestaný nebol. Pracoval v Závodoch valivých ložísk Prešov, na smeny, osem rokov pracoval v poľnohospodárskom družstve Orkucany. Vojakom bol, je držiteľom strelnej zbrane. Ženatý, býva s manželkou a 4-mi deťmi v rodinnom dome. Vzťah neuvádzal ako harmonický, nakoľko ich manželstvo prelínali problémové vzťahy s rodinou, ktoré riešil formou pitia alkoholu.

Priebeh jeho alkoholového ťahu za posledné roky naberal na obrátkach, bol päťkrát po sebe rehospitalizovaný, pitie stupňoval a pri poslednej hospitalizácii sa pridružili aj suicidálne tendencie.

Po somatickej stránke upadal, necítil sa dobre, pridružil sa tremor horných končatín, reč mal dysartrickú, pobolieval ho žalúdok, nechutilo mu jesť, uvádzal výraznú nervozitu, trpel nespavosťou. Neverbalizoval snahu abstinovať, nemal motiváciu, bagatelizoval svoje pitie, udával, že sa mu nechce žiť, avšak doma ho nechce ani žena, ani deti. Dali mu poslednú šancu. Na dôrazne apelovanie primára protialkoholického oddelenia pacient súhlasil s nástupom na protialkoholickú liečbu na Prednej Hore, kde pod vedením skúsených lekárov a psychológov bol v dobrom somatopsychickom stave prepustený do ambulantnej starostlivosti. Po tejto absolvovanej terapii pacient solídne abstinoval, bral lieky, zúčastňoval sa psychoterapeutických sedeniach, skupinovej terapii v Klube abstinentov KLUS Sabinov, kde sa stretával s ľuďmi s podobnými problémami. Takto abstinoval dlhých 8 rokov. Sám popisoval, že jeho život sa stal kvalitnejším, urovnal si vzťahy v rodine, deti ho vnímali ako otca, ktorý je tu kedykoľvek pre nich, nanovo sa zamestnal, zvládol pracovnú záťaž, úspešne odolával pozvaniu kolegov na pohárik. Doma príbuzní dodržiavali suchú domácnosť, alkohol pacient nahradil nápojom kofolou. Začal chodiť na prechádzky, venoval sa svojim koníčkom, cítil sa byť šťastný, život pre neho dostával nový zmysel. Aj keď sa priznal k občasnému cravingu, vedel sa s ním popasovať odpútavaním myšlienok, pomáhal si aj liekmi, anxiolytikami. Nebol nervózny, upravil sa spánok, chodil na pravidelné kontroly.

Tento stav sa zmenil v momente, keď sa dozvedel, že podnik, v ktorom pracoval, redukoval pracovné miesta a on sa dostal na listinu prepustených. Zmocnil sa ho strach, ako to sním a jeho rodinou bude, potrebuje zabezpečiť chod domácnosti, manželka, ako krajčírka dostávala pomerne nízku mzdu, deti ešte študovali. Nevedel, ako riešiť túto situáciu, chodil sa pýtať na prácu do rôznych firiem, no neúspešne, nebolo voľné pracovné miesto. Po mesačnom bezradnom absolvovaní návštev v rôznych zamestnaniach, po výčitkách zo strany rodiny, že nedokáže niečo podniknúť, po prakticky sociálnej izolácii, kde sa uzatváral sám doma, sa prestával stykať s ľuďmi v pracovnom kolektíve, chýbal mu sociálny kontakt, začal byť nervózny, rozladený. Doma kvôli zlej finančnej situácii nastali hádky, svoju nervozitu ventiloval na najbližších. Pacient nezvládol psychicky situáciu a nakoniec podľahol, dostal sa do ťahu pitia, recidivoval. Denne vysedával v krčme, pil ostré, na to si dal piva, nedokázal prestať piť. Nechcelo sa mu žiť, povedal príbuzným, že on to skončí, niečo si urobí, jeho život nemá zmysel, radšej odíde z tohto sveta. Nakoľko pitie naberalo na obrátkach, denne užívaním nadmerného množstva alkoholu sa mu pridružili zdravotné problémy s duodenálnymi vredmi. Zvracal krv, mal čiernu stolicu, prestal jesť, výrazne sa triasol. Príbuzní ho priviezli na psychiatrické vyšetrenie pod nátlakom. Bol odoslaný na chirurgické ošetrenie, kde mu bola zavedená nazogastrická sonda, odsatý krvavý žalúdočný obsah, nasadená konzervatívna liečba. Po úprave zdravotného stavu bol prevezený do psychiatrickej nemocnice, za

účelom protialkoholického liečenia pre recidívu pitia.

Objektívne vyšetrenie pac: bol pri vedomí, orientovaný správne, v popredí abstinenčné príznaky, tremor, hyperhydrosis, insomnia, eutýmna nálada, vyššia intrapsychická tenzia, hyporhexia, ranné dúšky a palimpsesty priznáva, k pitiu nedostatočne kritický, bagatelizuje, prítomné suicidálne tendencie, dysforické rozlady, halucinácie popiera. Na oddelení bol detoxikovaný, podávané benzodiazepíny intramuskulárne, antidepresíva, anxiolytiká, hypnotiká, lieky potláčajúce chuť na alkohol. Nakoľko nervozita naďalej pretrvávala, na zníženie psychomotorického nepokoja boli lekárom ordinované antipsychotiká v malých dávkach. Pacient bol vyšetrený internistom, ktorý diagnostikoval hypertenznú chorobu, hepatopatiu etylickej etiológie, do liečby pridané antihypertenzíva, hepatoprotektíva. Z laboratórnych výsledkov boli alarmujúce zvýšené hepatálne testy AST, ALT, ALP, GMT, zvýšený bilirubín. Bola začatá psychoterapia, po odznení akútneho stavu zaradený do režimovej liečby, pomáhal na oddelení, absolvoval muzikoterapiu. Napriek terapeutickému zvládnutiu abstinenčného syndrómu a zastaveniu ťahu pacienta naďalej v subdepresívnej nálade, bojí sa návratu do domáceho prostredia, nakoľko strata zamestnania bola pre neho dosť stresujúcim faktorom, s ktorým doteraz nie je vysporiadaný, predstavuje pre neho hrozbu opätovnej recidívy. Na ambulancii verbalizuje snahu abstinovať, dodržiavať abstinenciu, je motivovaný k opätovnému hľadaniu si novej práce, avšak nevidí ešte riešenie, ako túto situáciu vyriešiť.

Na základe týchto zistení môžeme konštatovať, že pacient, liečený na diagnózu Syndróm závislosti na alkohole F.10.2, ktorý bol dlhých 8 rokov v slušnej remisii, ktorý dokázal za posledné roky úspešne zvládať záťažové situácie, ktorý dokázal odolávať cravingu, ktorý sa ubránil „kamarátom z mokrej štvrte“, bol psychicky vyrovnaný, somaticky bez obtiaží, ako spúšťač a negatívny vonkajší faktor ovplyvňujúci jeho fyzické a duševné zdravie, bola strata zamestnania, ako evidentná príčina podieľajúca sa na recidíve ochorenia Syndróm závislosti na alkohole so suicidálnymi úvahami. Pridružilo sa krvácanie z horného gastrointestinálneho traktu, bola potrebná odborná chirurgická a psychiatrická pomoc, nakoľko bol ohrozený jeho telesný a psychický stav. Samotný pacient verbalizuje tento faktor ako príčinu recidívy ochorenia. Svedčia o tom zistené subjektívne a objektívne príznaky nanovo prepuknutého ochorenia. Nezvládol zvýšenú stresovú záťaž spojenú so stratou zamestnania, finančná a sociálna neistota spojená s touto situáciou spôsobila narušenie rodinných vzťahov, vznik konfliktov a napätia medzi všetkými rodinnými príslušníkmi, narušil sa chod rodiny. Nakoľko sa sociálne izoloval, nenadväzoval nové vzťahy, utáhoval sa do samoty, respektíve len k skupine pijúcich kamarátov do krčmy, cítil sa bezcenný, pociťoval pocity sklúčenosti, bezradnosti, vystupňovali sa depresívne symptómy, strácal motiváciu abstinovať, aj rodina sa od neho izovala v zlyhávajúcich snahách mu pomôcť. Jediným riešením bolo pre neho

pitie a verbalizované suicídium V spolupráci s rodinou sa síce začala odborná terapia, ktorá jeho zdravotný stav stabilizovala, ale nedokázala mu pomôcť vyriešiť jeho problém s nezamestnanosťou. Prepustením z nemocničného prostredia je pacient stále v ohrození recidívy, nakoľko stav nezamestnanosti pretrváva, je evidovaný na úrade práce, podstupuje nové snahy v hľadaní si nového pracovného miesta. Pod ambulantnou kontrolou a pravidelným užívaním liekov sa jeho pocity a prípadné novovzniknuté zdravotné ťažkosti prekryjú, ale stresový faktor nezamestnanosti pretrváva a naďalej vplýva na pacientovo duševné zdravie. Sám sa obáva, aby nezlyhal, aby si našiel prácu, ktorá by ho vrátila do pôvodných kolají jeho života, našiel by znova jeho zmysel, zvýšila by sa životná úroveň a celková kvalita života samotného pacienta ako aj jeho rodiny. Strata zamestnania v rámci ekonomickej krízy spôsobila pacientovi, ako neschopnému žiteľovi rodiny, ktorý sa sám ako neschopným vnímal, výraznú psychickú ujmu v zmysle nanovo sa objavej psychickej poruchy, pre ktorú následne potreboval pomoc odborníka, psychiatra.

Záver

Duševné zdravie človeka veľmi úzko súvisí so zdravým telesným, tvoria navzájom symbiózu a ovplyvňujú sa. Naším cieľom bolo poukázať na negatívny vplyv hospodárskej krízy na duševné zdravie, ktoré je týmto sociálnym faktorom do značnej miery ohrozené. Zároveň vyzdvihujeme dôležitú úlohu ošetrovateľstva v starostlivosti o duševnej zdravie v kontexte primárnej sekundárnej a terciárnej prevencii. Multidisciplinárny prístup a komplexný tím odborníkov je zárukou profesionálnej starostlivosti o telesné zdravie a duševné blaho každého z nás.

Zoznam bibliografických odkazov

- BUGNOT, P. Zelená kniha. *Zlepšenie duševného stavu obyvateľstva* [on line]. 25/10/2005. Dostupné na internete: http://www.psychiatry.sk/?psychiatricka_spolocnost_sls=zelená_kniha&slovak_psychiatric_association=33
- BUCHTOVÁ, B. a kol. 2002. *Nezamestnanost psychologický ekonomický a sociálny problém*. 1. vydanie. Praha: Grada, 2002. 240 s. ISBN80-247-9006-8
- HANZLÍKOVÁ, A. a kol.: *Komunitné ošetrovateľstvo*. 2.vydanie.Martin: OSVETA 2006. 280 s. ISBN 80-8063
- HOSCHL. C. et al. *Psychiatrie*. 2. doplnené a opravené vydanie. Praha: TIGIS, spol. s.r.o. 2004, 883 s. ISBN 80-9000130-7-4.
- KUHN A, LALIVE R, ZWEIMÜLLER J. *The public health costs of job loss*. (2009) [online]. Citované 2010-04-22. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19833399>

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 248 – 255 s. ISBN 80-247-1151-6.

MELTZER H, BEBBINGTON P, BRUGHA T, JENKINS R, MCMANUS S, STANSFELD S. (2009). *Job insecurity, socio-economic circumstances and depression*. [on-line]. Citované 2010-04-22. Dostupné na internete: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19903366>

VÁGNEROVÁ, M: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

Kontakt na autora:

PhDr. Terézia Fertal'ová

Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove

Katedra ošetrovatel'stva

Partizánska 1, 080 01 Prešov

email: tfert@unipo.sk

Rodina a duševné ochorenie dieťaťa

¹Martina Pochybová, ^{1,2}Ivan Farský, ¹Igor Ondrejka

¹Psychiatrická klinika JLF UK a UNM, Martin, ²Ústav ošetrovateľstva JLF UK, Martin

Úvod

21. storočie je charakterizované z pohľadu viacerých odborníkov ako doba transformácie a zvýšeného stresu pôsobiaceho na rodiny. Medzi závažné stresory patrí duševné ochorenie dieťaťa v rodine. Otázka zvládania tohto ochorenia v rodine je vysoko aktuálna pre sestry a iných zdravotníckych pracovníkov. (Sobotková, 2007, s. 87)

Keď sa potvrdí prítomnosť duševného ochorenia dieťaťa, vzniká nesmierne stresujúca situácia v rodine. Ak chcú sestry udržiavať a podporovať zdravé fungovanie rodiny s chronicky duševne chorým dieťaťom, musia poznať reakcie rodiny na túto skutočnosť a aj spôsob jej zvládania. (Coyne, 1997, s. 126)

Výskumné zistenia a praktické skúsenosti dokazujú, že rodiny sa na chronické duševné ochorenie dieťaťa môžu adaptovať úspešne i napriek zvyšujúcim sa požiadavkám a napätiu v rodine. (McCubbin, 1989; Patterson, Garwick, 1994) Podmienky vzniku rodinnej krízy a spôsob reakcie rodiny popisuje model rodinnej resiliencie, v ktorom sú načrtnuté implikácie pre ošetrovateľstvo vychádzajúce z teórie rodinného stresu (family stress theory). (McCubbin et al., 1996; Sobotková, 2007, s. 86)

Model rodinnej resiliencie je zavŕšením línie modelu FAAR (Family Adjustment and Adaptation Response) – Model rodinnej adaptácie a adaptačných reakcií a modelu Double ABCX (Typology Model of Family Adjustment and Adaptation), ktorý akcentuje rolu obvyklých vzorcov fungovania rodiny podporujúcich adaptáciu a protektívnu funkciu rodinu pred dysfunkciou. (McCubbin et al., 1996, s. 7; Sobotková, 2007, s. 85) Základným problémom je otázka, prečo pri zvýšenej záťaži a strese niektoré rodiny zvládnu problém, zatiaľ čo fungovanie ostatných rodín je ohrozené. Rodiny v ohrození sa medzi sebou líšia – niektoré sa ocitnú v kríze, ale rýchlo sa zadaptujú prostredníctvom zmien vo svojom fungovaní, iné rodiny sa dostávajú do dysfunkcie. (McCubbin, et al., 1996) V modeli rodinnej resiliencie sú popisované dve fázy – **fáza adjustácie a fáza adaptácie**. (Sobotková, 2007, s. 90) Všetky zložky modelu rodinnej resiliencie sú vo vzájomnej interakcii, a nie je možné ich chápať izolovane. Ako uvádza McCubbin et al. (1996, s. 14), ak sa rodine nepodarí vyrovnáť požiadavky situácie s jej možnosťami, nerovnováha spôsobí stav rodinnej krízy, a nárast stresu v rodine.

Fáza adjustácie opisuje interakciu stresora a rodinnou vulnerabilitou, topológiou, zdrojmi odolnosti, posúdenie stresora, na problém orientované stratégie a copingové stratégie. Keď rodina

prechádza fázou adjustáciu s pozitívnymi výsledkami, hovoríme o bonadjustácii. (Comana et al., 1998, s. 184) Adjustácia sa taktiež chápe ako bezprostredná reakcia rodiny na vyššie nároky alebo stres, či záťaž.

Adaptácia sa hodnotí ako komplexnejší a dlhodobejší proces prispôsobovania v okamihu, keď adjustácia nebola úspešná a rodina bola vystavená kríze. Ak má byť adjustačná fáza úspešná, rodina musí dosiahnuť rovnováhu medzi pôsobiacimi **nárokmi** (požiadavkami) a svojimi **možnosťami**. Súhrn všetkých požiadaviek (nárokov) rodiny predstavuje rizikové faktory, ktoré ohrozujú fungovanie rodiny. Závažnosť stresoru je určovaná mierou ovplyvňovania stability rodiny. Možnosti rodiny sú charakterizované prítomnosťou protektívnych faktorov, ktoré posilňujú fungovanie rodiny. Patria medzi ne odolnosť (resiliencia) a copingové stratégie. (Pattersonová, 2002, *In* Sobotková, 2007, s. 91)

Model rodinnej resiliencie, ktorý prezentoval McCubbin, bol použitý aj vo výskumoch týkajúcich sa ošetrovateľskej teórie a praxe pri skúmaní vplyvu chronického ochorenia na adaptáciu rodiny a na výber copingových stratégií rodiny. (McCubbin, McCubbin, 1993) Model rodinnej resiliencie je rámec, ktorý poskytuje pohľad na proces zvládania krízy v rodine. Jeho pochopením je možné ovplyvňovať a zasahovať na miestach bezprostrednej alebo následnej fázy adaptácie na vzniknutú situáciu. Rodina, v ktorej je prítomný chronicky duševne chorý jednotlivec, zvyčajne využíva neefektívne copingové stratégie, a preto môžeme hovoriť o maladjustácii alebo kríze. (Hill-Rice, 2000, s. 296) Dlhotrvalé ochorenie člena rodiny podmieňuje vznik rodinnej krízy, a hovoríme o **fáze adaptácie** podľa modelu resiliencie. Počas fázy adaptácie sa rodina pokúša vyhľadávať rovnováhu, budovať súdržnosť a schopnosť fungovať a vyrovnávať sa s krízou.

Model resiliencie sa využíva ako východiskový teoretický rámec pri skúmaní vplyvu chronického ochorenia na adaptáciu rodiny a na výber copingových stratégií rodiny nielen v rámci klinickej ošetrovateľskej praxe, ale aj vo výskumných štúdiách akcentujúcich význam podpory rodinnej resiliencie v rodine s duševne chorým dieťaťom. (Rungreangkulkij, Gillis, 2000, s. 361; Doornbos, 1996; Svavarsdottir, Rayens, 2005) Hoci je model rodinnej resiliencie relevantný v početných štúdiách humanitných disciplín, podľa prehľadov výskumných štúdií má svoje využitie aj ošetrovateľstve so zameraním na výskum fenoménu stresu v rodine. (Saied, 2006, s. 15) Navyše je chápaný v kontexte konceptov ošetrovateľskej paradigmy – metaparadigmatických konceptov osoba, zdravie, prostredie a ošetrovateľstvo. (Whall, Fawcett, 1991) Tento model bol využitý v početných výskumných prácach. (Tomlinson, 1986; Lustig, 1996; Tak, McCubbin, 2002; Patterson, 2002; LoBiondo-Wood et al., 2004; Svavarsdottir et al., 2005; Frain et al., 2007)

Cieľ

Zistiť úroveň adaptácie otcov a matiek detí s chronickým psychickým ochorením podľa hodnôt skóre subškál a celkového skóre dotazníka F-COPES.

Súbor, metodika

Do výskumného súboru boli zaradení rodičia $n=274$ (matky a otcovia) psychicky chorých detí. Priemerný vek rodičov bol $40,02 \pm 7,50$. Bolo rozdaných 360 dotazníkov. Návratnosť dotazníkov predstavovala 76,11%. Výber vzorky respondentov – rodičov psychicky chorých detí bol realizovaný zámerné počas návštevy zdravotníckeho zariadenia. Súbor respondentov tvorili matky ($n=216$) s priemerným vekom $39,89 \pm 7,89$ a otcovia ($n=58$) s priemerným vekom $39,45 \pm 6,87$ psychicky chorých detí, ktoré boli hospitalizované na Psychiatrickej klinike JLF UK a UNM v Martine ($n=136$), v Detskej psychiatrickej liečebni v Hrani ($n=31$) a ktoré navštívili ambulanciu detského psychiatra v Čadci ($n=13$), v Liptovskom Mikuláši ($n=21$), v Žiline ($n=26$), v Martine ($n=47$).

Na hodnotenie úrovne adaptácie rodičov detí bol použitý validný a reliabilný dotazník Families Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES)¹, ktorý sa používa na zisťovanie úrovne zvládania záťaže rodiny (family coping). Tento dotazník obsahuje 30 položiek, ktoré identifikujú stratégie zamerané na problém a na identifikáciu spôsobu riešenia problémov v rodine a copingových stratégií, ktoré používa rodina pri zvládaní krízy. Respondenti vyjadrujú mieru súhlasu s tvrdením: nikdy, zriedka, niekedy, často a vždy formou reakcie na výskyt ťažkostí v rodine – na Likertovej škále od 0 – 5. (McCubbin, H., Thompson, A., McCubbin, M., 1996) Dotazník spĺňa potrebné kritéria: je jednoduchý a odráža stupeň zvládania záťaže u rodičov detí. Dotazník je rozdelený do piatich subškál. V prvej subškále *Využitie najbližšej sociálnej podpornej siete* sú tvrdenia poukazujúce na schopnosť rodiny aktívne sa angažovať v získavaní sociálnej opory zo strany príbuzných, priateľov, susedov a širšej rodiny, napr. „Hľadáme oporu a povzbudenie u priateľov.“ V druhej subškále *Prerámovanie* sú tvrdenia, ktoré poukazujú schopnosť rodiny redefinovať stresujúcu situáciu, aby bola zvládnuteľnejšia, napr. „Vieme, že máme silu vyriešiť hlavné problémy.“ V tretej subškále *Vyhľadávanie duchovnej podpory* sú položky zamerané na schopnosť rodiny získať duchovnú podporu, napr. „Hľadám radu aj u duchovného, kňaza.“ V štvrtej subškále *Mobilizácia rodiny k prijatiu pomoci* sú tvrdenia, ktoré mapujú schopnosť rodiny nájsť zdroje v spoločnosti a akceptovať pomoc iných (agentúry,

1 Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (autori: Hamilton I. McCubbin, David H. Olsona a Andrea S. Larsenová, 1981 (in McCubbin, H., Thompson, A., McCubbin, M., 1996) Bližšie pozri kap. 1.5 (pozn. autorky)

svojpomocné skupiny, občianske združenia, poradenské alebo zdravotnícke služby, rôzne programy a iné), napr. „Vyhľadávame profesionálne poradenstvo pre rodiny.“ V piatej subškále *Pasívne hodnotenie* sú položky, ktoré hodnotia schopnosť rodiny akceptovať problematické otázky. Napr. „Vyhýbanie sa reakciám, ktoré vyjadrujú nedôveru v to, že niekto nie je schopný niečo urobiť.“ Položky v tejto subškále sú skórované obrátene. V dotazníku sa hodnotí jednak celkové skóre, ktoré sa môže pohybovať v rozmedzí od 30 do 150. Vyššie skóre je orientačným indikátorom pre adaptívnejšie správanie rodín pri zvládaní záťažovej situácie. (McCubbin et al., 1996, s. 460 – 461) Hodnotí sa aj skóre subškál. V prvej subškále môže byť skóre od 0 do 45, v druhej subškále od 0 do 40, v tretej, štvrtej a v piatej subškále od 0 do 20. Subškály I., III. a IV. patria k externým copingovým stratégiám, subškály II. a V. k interným copingovým stratégiám.

Výsledky

Najvyššie priemerné skóre subškál dosiahli respondenti v subškále II Prerámovanie/reframing (schopnosť rodiny redefinovať stresujúcu udalosť ako zvládnuteľnejšiu) – $\bar{x} = 29,82 \pm 4,6$, ktorá podľa autorov dotazníka definuje interné copingové stratégie a odráža schopnosť rodiny adaptívne zvládať stres a vynakladať primeranú aktivitu pri zvládaní situácie s chronickým duševným ochorením dieťaťa. Vysoké hodnoty dosiahli respondenti aj v subškále V Pasívne hodnotenie, čo je pozitívne hodnotiaci aspekt potvrdzujúci nízke pasívne hodnotenie situácie pre obrátené skórovanie položiek. Najnižšie priemerné skóre subškál dosiahli respondenti v subškále III Vyhľadávanie duchovnej podpory (položky zamerané na schopnosť rodiny získať duchovnú podporu) – $\bar{x} = 10,22 \pm 4,32$, ktorá definuje externé copingové stratégie. (Tab. 1)

Tab. 1 Poradie subškál dotazníka F-COPES podľa celkového (SI-SV) a priemerného skóre (SIj-SVj) pre rozdielny počet položiek v subškálach

N=274								
poradie	subškály	N	Mean	SD	Median	Min	Max	%
1.	S IIj	274	3,73	0,52	3,8	1,8	5,0	74,6 %
2.	S Vj	274	2,83	0,64	2,8	1,3	5,0	56,6 %
3.	S Ij	274	2,75	0,70	2,7	1,1	4,9	55,0 %
4.	S IVj	274	2,57	0,69	2,5	1,0	5,0	51,4 %
5.	S IIIj	274	2,55	1,08	2,5	1,0	5,0	51,0 %

V tabuľke 2 je uvedené poradie subškál s priemerným skóre subškál a s celkovým skóre dotazníka F-COPES u otcov. Najvyššie skóre subškál dosiahli otcovia v subškále II Prerámovanie/reframing (schopnosť rodiny redefinovať stresujúcu udalosť ako zvládnuteľnejšiu) –

= 30,26□3,98, ktorá podľa autorov dotazníka definuje interné copingové stratégie a odráža schopnosť otcov adaptívne zvládať stres a vynakladať primeranú aktivitu pri zvládaní situácie s chronickým duševným ochorením dieťaťa a vynakladať primeranú aktivitu pri zvládaní situácie s chronickým duševným ochorením dieťaťa. Podľa priemerných hodnôt v skóre subškál dosiahli otcovia v poradí na druhom mieste vysoké hodnoty aj v subškále V Pasívne hodnotenie \bar{x} = 3,78□0,50, čo je pozitívne hodnotiaci aspekt potvrdzujúci nízke pasívne hodnotenie situácie pre obrátené skórovanie položiek. Najnižšie skóre subškál dosiahli otcovia v subškále IV Mobilizácia rodiny k prijatiu pomoci (Mobilizing Family Support) (položky zamerané na schopnosť rodiny nájsť zdroje v spoločnosti a akceptovať pomoc iných) \bar{x} = 10,31□2,85, ktorá definuje externé copingové stratégie. Otcovia podľa týchto výsledkov nie sú motivovaní vo vyhľadávaní pomoci. Celkové skóre (tS) dotazníka F-COPES bolo u otcov \bar{x} = 89,33□11,78, pričom maximálna výška dosiahnutého celkového skóre dotazníka je 150.

Tab. 2 Celkové skóre dotazníka F-COPES (tS) u otcov a priemerné skóre subškál z hľadiska rozličného počtu položiek v subškálach

Poradie	Otcovia n=58	Mean	SD	Median	Min	Max	%
1.	S IIj	3,78	0,50	3,88	2,13	4,75	75,6%
2.	S Vj	2,75	0,64	2,75	1,25	4,00	55%
3.	S Ij	2,60	0,69	2,61	1,22	4,44	52%
4.	S IIIj	2,60	1,07	2,63	1,00	5,00	52%
5.	S IVj	2,58	0,71	2,50	1,00	4,75	51,6%
	tS	89,33	11,78				

V tabuľke 3 je uvedené poradie subškál s priemerným skóre subškál a s celkovým skóre dotazníka F-COPES u matiek. Najvyššie skóre subškál dosiahli matky v subškále II Prerámovanie/reframing (schopnosť rodiny redefinovať stresujúcu udalosť ako zvládnuteľnejšiu) – \bar{x} = 29,70□4,21, ktorá podľa autorov dotazníka definuje interné copingové stratégie. Pozitívnym zistením je aj skutočnosť, že matky mali v poradí ako druhé najvyššie priemerné skóre v subškále V, čím sa preukazuje ich ochota, motivácia a mobilizácia, čo môže byť veľkým prínosom pre spoluprácu s rodinami prežívajúcimi podobné stresujúce situácie. Najnižšie skóre subškál dosiahli otcovia v subškále III Vyhľadávanie duchovnej podpory (položky zamerané na schopnosť rodiny získať duchovnú podporu) – \bar{x} = 10,21□4,40, ktorá definuje externé copingové stratégie. Celkové skóre

dotazníka (tS) F-COPES bolo u matiek $\bar{x} = 90,58 \pm 10,99$, pričom maximálna výška dosiahnutého celkového skóre dotazníka je 150.

Tab. 3 Celkové skóre dotazníka F-COPES (tS) u matiek a skóre subškál z hľadiska rozličného počtu položiek v subškálach

	Matky n=216	Mean	SD	Median	Min	Max	%
1.	S IIj	3,71	0,53	3,63	1,75	5,00	74,2%
2.	S Vj	2,85	0,64	2,75	1,25	5,00	57%
3.	S Ij	2,79	0,70	2,78	1,11	4,89	55,8%
4.	S IVj	2,56	0,68	2,50	1,25	5,00	51,2%
5.	S IIIj	2,54	1,09	2,50	1,00	4,75	50,8%

V literatúre sa uvádzajú rodové rozdiely v zvládaní duševného ochorenia v rodine medzi matkami a otcami, ktoré potvrdzujú častejší výber pozitívnych copingových stratégií u matiek školopovinných autistických detí. Ak je však typ záťažovej situácie konštantný napr. rodinne orientovaný a dlhšie trvajúci, muži a ženy vykazujú podobné spôsoby zvládania, čo sa potvrdilo aj v tejto štúdií. (Hastings et al., 2005; Little, 2002) Štúdie identifikujúce copingové stratégie u otcov viac-menej absentujú, avšak výskumy, ktoré sú dostupné, identifikujú pravdepodobnú príčinu vo veľmi malom vplyve otcov na starostlivosť o duševne choré dieťa. (Katz, Krulik, 1999, s. 293) Častejšie uplatňovanie interných copingových stratégií (potvrdených podľa subškál II a V) je hodnotené pozitívne. Podľa minimálnych hodnôt boli v konkrétnych prípadoch uplatňované rodičmi niektoré copingové stratégie (najmä podľa subškály IV) minimálne na 20% po prepočítaní.

Záver

Chronická psychická porucha dieťaťa je emočne nadhranične a dlhodobo stresujúcou životnou situáciou rodiny. Významnú úlohu zohráva hodnotenie spôsobu a mechanizmov zvládania krízovej situácie a jej vplyvu na jednotlivých členov rodinného systému v manažmente rodinného života a ich adekvátne riešenie nielen z pohľadu sestry, ale celého multidisciplinárneho tímu (iných zdravotníckych pracovníkov). Význam jednotlivých subškál dotazníka a ich vzájomná súvislosť je v niektorých prípadoch hodnotená pozitívne, pretože akcentuje využívanie tých optimálnych copingových stratégií, čím prispieva k zvládaniu a adaptácii chronického duševného ochorenia, a vplyva na spoluprácu v rodine v rámci manažmentu liečby. Na základe výsledkov boli copingové

stratégie rodičov využívané v rozmedzí od 50,8% – 75,6%, pričom častejšie uplatňovali respondenti interné copingové stratégie. Výsledky predstavujú aj možnosť posilňovať copingové stratégie, ktoré sa týkajú vyhľadávania a prijatím odbornej profesionálnej pomoci (subškála IV) formou adekvátnej edukácie rodičov, cieľenou alebo podpornou psychoterapiou a vytváraním svojpomocných skupín rodín s vybranými duševnými problémami pre ich lepšie zvládanie ochorenia. v individuálnych prípadoch má význam uplatňovať postup identifikácie problému rodín so zvládaním krízovej situácie a následnej ošetrovateľskej diagnostiky v zmysle platného diagnostického algoritmu s uplatnením klasifikačných systémov NANDA, NIC a NOC.

Zvládanie záťaže (tolerancia stresu) sa uvádza v NANDA International klasifikácii (NANDA-I) ako doména, ktorá poskytuje informácie pre ošetrovateľskú diagnostiku v oblasti zvládania životných situácií u jednotlivca, ale aj v rodine. Ošetrovateľské diagnózy: Ochota zlepšiť zvládanie záťaže (readiness for enhanced family coping – 00075), Zhoršené zvládanie záťaže rodinou (compromised family coping – 00074) a Neschopnosť rodiny zvládať záťaž (disabled family coping – 00073) predstavujú problémy rodiny, ktoré má možnosť sestera identifikovať. (Herdman et al., 2008, s. 253) Vzhľadom na kvalitnú ošetrovateľskú diagnostiku, objektivizáciu získavaných údajov a významné výskumné štúdie je dotazník F-COPES vhodný pri stanovovaní uvedených ošetrovateľských diagnóz, pretože obsahuje početné definujúce charakteristiky uvedených ošetrovateľských diagnóz.

Príspevok vznikol ako súčasť riešenia Grantu UK 28/2009 a dizertačnej práce autora.

Zoznam bibliografických odkazov

COYNE, I.T. 1997. Chronic illness: the importance of support for families caring for a child with cystic fibrosis. In Journal of Clinical Nursing [online]. 1997, Vol. 6, No. 2, p. 121 – 129. [cit. 2008-10-17] Dostupné na internete:

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-in/fulltext/119176226/PDFSTART>

DOORNBOS, M.M. 2002. Predicting Family Health in Families of Young Adults with Severe Mental Illness. In Journal of Family Nursing [online]. 2002, Vol.8, No. 3, p. 241 – 263. [cit. 2008-11-17] Dostupné na internete: <http://jfn.sagepub.com/cgi/reprint/8/3/241>

FRAIN, M.P., LEE, G.K., BERVEN, N.L., TANSEY, T., TSCHOPP, M.K., CHRONISTER, J. 2007. Use of the Resiliency Model of Family Stress, Adjustment and Adaptation by Rehabilitation Counselors. In Journal of Rehabilitation [online]. 2007, Vol.73, No. 3, p. 18 – 25. [cit. 2008-03-17] Dostupné na internete: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0825/is_/ai_n21092800

LITTLE, L. 2002. Differences in stress and coping for mothers and fathers of children with

Asperger's syndrome and nonverbal learning disorders. In *Journal of Pediatric Nursing*, 2002, Vol. 28, No.6, p. 565–570.

LoBIONDO-WOOD, G., WILLIAMS, L, McGHEE, C. 2004. Liver transplantation in children: maternal and family stress, coping, and adaptation. In *Journal for specialists in pediatric nursing* [online]. 2004, Vol. 9, No. 2, April-June 2004, p. 59-66. . [cit. 2008-05-03] Dostupné na internete: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/120831057/PDFSTART>

LUSTIG, D.C. 1996. Family Adaptation to Young a Adult with Mental Retardation. In *The Journal of Rehabilitation*, 1996, Vol. 62, p. 1 – 11.

McCUBBIN, M.A. 1989. Family stress and family strenghts: a comparison of single- and two-parent families with handicapped children. In *Research in Nursing and Health*, 1989, Vol. 12, No. 2, p. 101-110.

McCUBBIN, M.A., McCUBBIN, H.I. 1993. Family coping with health crisis: the resiliency model of family stress, adjustment and adaptation. In *Families Health and Illness*. Eds. C. Danielson, B.Hamel-Bissell, P. Winstead-Fry, St. Louis : Mosby, 1993, p. 21 – 63.

PATTERSON, J. 2002. Integrating family resilience and family stress theory. In *Journal of Mariage and the family* [online]. Vol. 64, No. 2, p. 349 – 360. [cit. 2007-02-26] Dostupné na internete: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118910227/PDFSTART>

Rungreangkulkij, S., Gillis, C.L. 2000. Conceptual Approaches to Studying Family Caregiving for Persons With Severe Mental Illness. In *Journal of Family Nursing* [online]. 2000. Vol. 6, No. 4, p. 341 – 366. [cit. 2008-11-21] Dostupné na internete: <http://jfn.sagepub.com/cgi/reprint/6/4/341>

SAIED, H. 2006. Stress, Coping, Social Support and adjustment among families of CHD children in PICU after heart surgery. [online] dizertačná práca [cit. 2008-11-21] Dostupné na internete: http://www.ohiolink.edu/etd/send-pdf.cgi?acc_num=case1152694720

SVAVARSDOTTIR, E.K., RAYENS, M.K. 2005. Hardiness in families of young children with asthma. In *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2005, Vol.50, No. 4, p. 381-390. [cit. 2008-06-03] Dostupné na internete:

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/118698631/PDFSTART>

WHALL, A., FAWCETT, J. 1991. The family a a focal phenomenon in nursing. In *Family theory development in nursing: State of the science and art*. Eds. A. Whall et al. Michigan : F.A. Davis, 1991, s. 7 – 29.

COMANA, M.T., BROWN, V.M., THOMAS, J.D. 1998. The Effect of Reminiscence Therapy on Family Coping. In *Journal of Family Nursing* [online]. 1998, Vol. 4., No. 2, p. 182 – 197. [cit. 2008-10-17] Dostupné na internete: <http://jfn.sagepub.com/cgi/reprint/4/2/182>

PATTERSON, J.M., GARWICK, A.W. 1994. Levels of meaning in family stress theory. In Family Process. 1994, Vol. 3, No. 33, p. 287-304.

TOMLINSON, P.S. Applying family stress theory to nursing practice. In Nurse Practitioner, 1986, Vol. 11, No. 10, p. 78 – 81.

McCUBBIN, H.I., THOMPSON, A.I., McCUBBIN, M.A. 1996. Family Assessment: Resiliency, Coping and Adaptation: Inventories for Research and Practice. 1th ed. Madison, Wisconsin : University of Wisconsin Publishers, 1996. 905 p. ISBN 0-9639334-5-0.

SOBOTKOVÁ, I. 2007. Psychologie rodiny. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 224 s. ISBN 978-80-7367-250-8.

Kontakt na autora:

Mgr. Martina Pochybová

Psychiatrická klinika JLF UK a Univerzitná nemocnica Martin

Kollárova 2, 036 59 Martin

telefón: 043/420 34 52

email: pochybova@gmail.com

Assessment kvalitatívneho výskumu

¹ Darina Wiczmányová, ² Helena Mikul'áková

¹Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce v Trnave; ²NsP Š. Kukuru a.s., Michalovce

Úvod

KAZUISTIKA: latinské slovo kazuz: prípad, udalosť, náhoda podrobný a vyčerpávajúci popis, analýzu údajov, väčšinou jeho genézu a konfrontáciu s ním. Vajo hovorí: kazuistika obsahuje klinické údaje o vývine, súčasnom stave jedinca (anamnéza), údaje o okolnostiach, ktoré mohli vývin a stav ovplyvniť, napokon rozhodnutia a opatrenia, ktoré boli v danom prípade vykonané. Kazuistické rozborý slúžia v klinickej praxi, ošetrovatel'stve, poradenstve, sociálnej práci, výchove na vedecké výskumné účely, najmä na podklade hypotéz. Kazuistiky reprezentujú náležitý metodologický postup od jedinečného k zvláštne až k všeobecnému. V kazuistike skúmame špecifické, jedinečné, individuálne javy v konkrétnom prípade.

KAZUISTIKA (case report)

- opis výnimočného (zaujímavého) klinického prípadu, choroby
- skorý predchodca vedeckého článku, komplexný pohľad.

Základná štruktúra kazuistiky:

- stručná charakteristika – hodná čítania
- vlastný opis prípadu so všetkými relevantnými údajmi
- diskusia o dôkaze jej jedinečnosti
- možné alternatívne vysvetlenia uvádzaných charakteristík (vysvetľujeme intervencie)
- závery s implikáciami do praxe

Etický rozmer KAZUISTIKY: informovaný súhlas od pacienta, neidentifikovateľnosť, primeranosť, vhodnosť diagnostiky a liečby, dokumentácia.

Štruktúra kazuistiky vo vedeckom výskume

Odborné publikovanie: úvod- vlastný opis- diskusia+ závery- referencie

Vedecký článok: úvod- materiál (vzorka) a metodika (postup pri získavaní informácií) výsledky – diskusia.

Dôležité:

- vyberať si problematiku, ktorú chceme zachytiť
- pomenovať otázky, ktoré vymedzia problém
- mať dostatok teoretických vedomostí a praktických skúseností o problematike
- mať predstavu, čo bude cieľom štúdie
- adekvátny prípad pre ilustráciu problému
- mať súhlas od skúmanej osoby
- získať skúmanú osobu pre prácu na kazuistike

VÝBER PRÍPADU

- jedná sa o zámerný výber
- reprezentatívnosť nie je štatistická, ale osoby reprezentujú dané prostredie
- orientovaný na typické aj málo sa vyskytujúce prípady

Štruktúra kazuistiky

Anamnéza

- podrobnejšie údaje, ktoré opisujú stav pred samotným priebehom prípadu a zároveň vylepšuje situáciu, súhlas klienta, anonymita
- najviac relevantných údajov, ktoré súvisia s postihnutím, alebo viedli k narušeniu; alebo sú aj dôsledkom narušenia a postihnutia
- pri vytváraní anamnézy spolupracujeme s personálom, príbuznými

Katamnéza

- vlastný opis histórie prípadu, zameriavanie sa na konkrétny priebeh prípadu, táto časť môže byť doplnená citáciami, výroky skúmanej osoby, ktoré dokresľujú dej a vypovedajú o subjektívnom prežívaní,
- dôležité – zachovať časové a logické postupnosti, najvernejšie opisovať.
- realitu

Analýza a interpretácia

- rozoberáme prípad a interpretujeme ho buď ako celok alebo jeho časti,
- dôležitou oporou sú teoretické vedomosti, ktoré v tejto fáze interpretujeme a spájame,

„štatisticky hodnotíme prípad“ ,

- usilujeme sa pozdvihnúť alebo zdôrazniť možné intervencie – premenné, zdôvodniť oprávnenosť alebo neoprávnenosť jednotlivých skutočností (zásahov, konanie aktivít)
- všímame si charakteristické deje, situácie, prostredie, interakcie medzi účastníkmi, atmosféru,
- využívame tu metódy ošetrovateľskej diagnostiky.

Druhá a tretia časť kazuistiky môžu byť samostatné alebo prepojené časti

Štvrtá časť záver a diskusia:

- obsahuje zhodnotenie kazuistiky, vyvodenie dôsledkov a návrhy riešenia zistených problémov
- v tejto časti načrtávame aj využiteľnosť kazuistiky
- ak záver obsahuje aj diskusiu, táto by mala obsahovať pozorovanie s už existujúcimi výsledkami na danú tému a konfrontáciu s príslušnou teóriou
- v závere načrtnúť hypotézy na skúmanie, overovanie

Kazuistika ak sa používa na výskumné účely mala by mať metodologický úvod – venovať pozornosť -- podáva nám metodologické a metodické zdôvodnenie, prečo bola vybraná metóda kazuistiky. Je nezanedbateľný pre zvýšenie vierohodnosti a prehľadnosti výskumu.

Štruktúra metodologického úvodu:

- výber problému a stanovenie cieľa
- zdôvodnenie výberu metodiky
- výber prípadu
- spôsob získavania informácií
- opis štruktúry kazuistiky

V ošetrovateľstve a medicíne sa používa komplexná kazuistika. (Žiaková, 2003)

Pojem **kazuistika** nie je doteraz jasne definovaný, najčastejšie sa odvodzuje z latinského slova casus (prípad, udalosť, náhoda) vo význame „*prvoradý a vyčerpávajúci popis, analýza určitého prípadu, väčšinou jeho genéza a konfrontácia s ním. Pojem kazuistika sa používa v lekárstve, psychológii, právnej vede, menej už v sociológii, kde sa vyvinula tzv. case study, ktorá však väčšinou nesleduje zasahovanie do prípadu*“. (Maříková, H. a kol., 1996, s. 477) Popri už

spomínaných odboroch sa kazuistika dostala do teórie i praxe, napr. pedagogických a sociálnych vied, pričom z vied o výchove najviac do odborov špeciálnej a liečebnej pedagogiky. Pôvod slova *case study* je z angličtiny a označuje sa ním prípadová štúdia (doslovný preklad) alebo monografická metóda. Podstatou case study je koncentrácia pozornosti na jeden objekt, ktorý sa spracováva ako celok zo všetkých relevantných aspektov.

Údajne autor F. P. G. Le Play ako prvý systematicky použil case study pri skúmaní rodiny. Niektorí iní autori uvádzajú ako príklad case study výskumné práce W. I. Thomasa a F. W. Znanieckého z roku 1918 (In: Maříková, H., 1996). V sociálnej práci v kazuistických štúdiách považujeme za priekopníčku autorku Mary Richmondovú.

Kazuistika je vedeckým spracovaním konkrétneho prípadu. Spracováva sa väčšinou ex post, čiže po ukončení práce na riešení. Je to metóda vedeckého poznania reality, ktorej cieľom je vedecké zovšeobecnenie informácií získaných systematickou analýzou jednotlivých štúdií. Z hľadiska množstva spracovávaných jednotlivých prípadov môžeme hovoriť o kazuistike jedného prípadu, cieľom ktorej je vedecké spracovanie konkrétneho prípadu alebo o kauzálnom vyhľadávaní faktov, čiže o sledovaní vopred stanovených objektívnych skutočností (krádeže, úteky z domova a pod.) na štatisticky významnom počte sledovaných prípadov. Pri kauzálnom vyhľadávaní faktov sa pracovník zameriava na odhalenie príčin skúmaného javu. Pri kazuistike môžeme hovoriť aj o vedeckom, populárno-vedeckom alebo pedagogickom spracovaní kazuistiky. Vychádzajúc z tvrdení Levickej (2004), v špeciálnopedagogickej praxi využívame v podstate spojenie oboch vedeckých pojmov, a to hlavne pod pojmom *kazuistika*.

Sumarizáciou obsahu týchto pojmov od rôznych autorov všeobecnej roviny definovať kazuistiku ako *metódu, pri ktorej sa zhromažďujú, analyzujú všetky dostupné písomné materiály a systematicky sa podrobne skúma jednotlivec prostredníctvom pozorovania, rozhovorov, experimentov a vlastného skúmania výsledkov činností za účelom systematizácie a ich klinického a edukačného využitia*. Získané poznatky o danom jednotlivcovi však nemôžeme v žiadnom prípade zovšeobecňovať.

ATRIBÚTY KAZUISTIKY

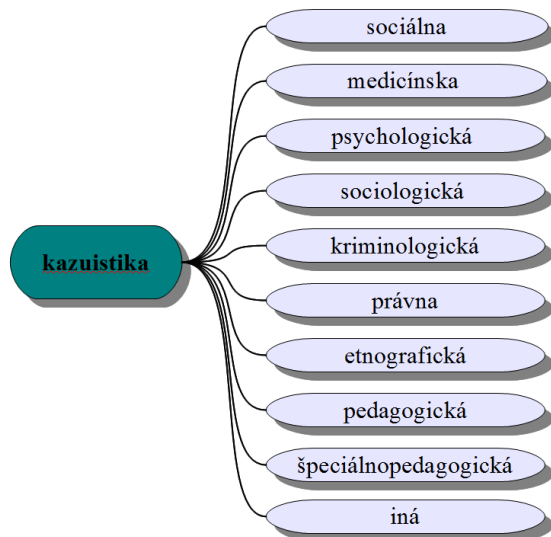
Znaky kazuistiky, ktoré sa v praxi edukačných, sociálnych, zdravotníckych, právnych a iných inštitúcií ukázali ako dominantné a potvrdili opodstatnenosť využitia tejto metódy ako dôležitého zdroja poznávania jednotlivca, skupiny, problému či procesu.

Druhy kazuistiky

Každé spracovanie jednotlivého prípadu môže byť spracované a prezentované z viacerých možných hľadísk.

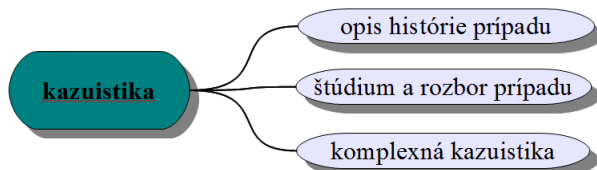
Kazuistiku môžeme členiť podľa vedných odborov:

Obr. 1 Kazuistika z hľadiska zamerania



Spracovanie a prezentáciu kazuistiky v určitých oblastiach, vedných disciplínach ovplyvňujú špecifiká odbornej terminológie, foriem, prostriedkov získavania údajov a informácií podľa zamerania.

Obr. 2 Kazuistika z hľadiska spracovania a prezentovania (Bajo, I., 1991)



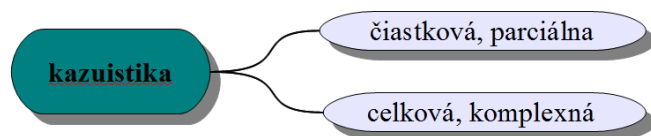
Opis histórie prípadu (case history), niekedy nazývaná ako životná história, sa týka osobných údajov o vývine a živote vychovávaného jednotlivca. Má to byť zmysluplný, súvislý a ucelený obraz o danom prípade človeka. V tom obraze má byť všetko podstatné o osobnosti (u postihnutých s dôrazom na informácie relevantné postihnutiu). Radenie informácií je zväčša chronologické.

Štúdium a rozbor prípadu (case study) je vlastnou analýzou, vedeckým spracovaním histórie prípadu. Okrem funkcionálnych vzťahov z opisu sú tu relevantné determinačné vzťahy a kauzálne závislosti, výchovné, resp. diagnostické, korekčné alebo terapeutické hypotézy či závery.

Komplexná kazuistika obsahuje opis histórie, ale aj štúdium prípadu. Tieto časti môžu byť po formálnej stránke oddelené, ale môžu sa i vzájomne prelínať – po fragmente z histórie prípadu nasleduje uvedenie fragmentu do kauzálnych súvislostí, a potom ďalší krok zo životnej histórie s následnou analýzou (Košč, L., 1977).

Bez ohľadu na typ kazuistiky si má jej autor uvedomovať, že opisy a závery na podklade objektívnych faktov sa uskutočňujú v istom presne vymedzenom čase. Výsledky pozorovaní a vyšetrení sa týkajú osoby, ktorá je v ustavičnom procese vývinu, v časovej postupnosti od minulosti cez prítomnosť do budúcnosti. Len takto chápaná osobnosť sa správne hodnotí a takto kazuisticky opísaná približuje adresátovi (odborníkovi alebo čitateľovi) jej reálny obraz, čo umožňuje osobnosť sprostredkovanne poznať, preniknúť do jej jadra, pochopiť ju a dedukovať z nej žiaduce závery, zovšeobecnenia a poučenia.

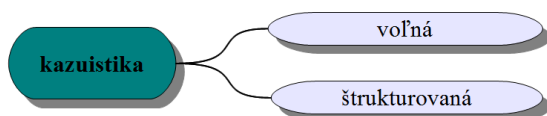
Obr. 3 Kazuistika z hľadiska komplexnosti informácií



Čiastková kazuistika ako uvádza Bajo, I. (In: Švec, Š., 1998) sa týka iba niektorých znakov a stránok osobnosti žiaka (napr. kognitívnych schopností, sociálnych postojov, vzťahu k práci a pod.). Podáva fragmentárny výsek celého obrazu o nej a nestačí na jej úplné poznanie. Môže však pedagógom pomôcť uvedomiť si a uľahčiť riešenie konkrétnych výchovno-vzdelávacích či terapeuticko-nápravných problémov. Podľa Strieženca (1996) je čiastková kazuistika zameraná len na niektoré stránky prípadu, teda i sociálneho prípadu klienta.

Celková kazuistika žiaka naproti tomu obsahuje jeho všestranný a čo najúplnejší opis a obraz jeho kognitívnych, citových, vôľových, sociálnych a iných osobnostných znakov. Je podstatne obširnejšia než čiastková kazuistika, opiera sa o podstatne širší inventár údajov.

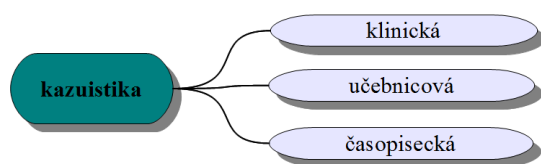
Obr. 4 Kazuistika z hľadiska spracovania



Voľná kazuistika nemá vopred určený plán, uvádza znaky a osobitosti jednotlivca, ktoré tvorca kazuistiky pokladá za dôležité, významné pre opisovaný či prezentovaný prípad. Radenie informácií nie je systematizované.

Štruktúrovaná kazuistika je vypracovaná v súlade s prijatou dispozíciou podľa schém na vypracovanie osobnej kazuistiky či charakteristiky, prípadne podľa pozorovacích hárkov, osobných listov a pod.

Obr. 5 Kazuistika z hľadiska účelu



Klinická kazuistika patrí k najfrekvencovanejšim. Ide o relatívne voľnú prezentáciu a konfrontáciu výsledkov výchovy, výsledkov vyšetrení a vývinu klinického obrazu na pozadí osobnej a rodinnej anamnézy s naznačením aktuálnych diagnostických, prognostických alebo preventívnych, výchovných, prevýchovných, terapeutických alebo nápravných hypotéz. Často slúži ako podklad na odborné diskusie a konzultácie práve preto, aby sa dosiahol jednotný náhľad na žiaka, na jeho prejavy, na diagnózu a prognózu, na výchovný či nápravný, terapeutický alebo špeciálnovýchovný prístup a postup. Účel kazuistiky je tu čisto praktický, zameraný na pomoc konkrétnemu dieťaťu bez akejkoľvek tendencie po zovšeobecňovaní, je to napr. bežná charakteristika osoby v kontexte s prezentáciou súvzťažných medicínskych a psychologických diagnóz a prognóz. (Bajo, I., In: Švec, Š., 1998).

Učebnicová kazuistika je určená odborníkom alebo študentom daného odboru. Jej cieľom je ilustrovať teoretický text o sociálnych problémoch, text o diagnóze, syndróme či symptóme alebo o priebehu a výsledkoch (re)socializácie, tréningu, korekcie, terapie a pod. Na rozdiel od klinickej kazuistiky nie je voľnou prezentáciou, ale precíznym a diferencovaným opisom jednotlivého prípadu. Zameriava sa na to, čo má ilustrovať, pričom v nej možno vynechať cieľovo irelevantné časti. Formálne a obsahovo musí spĺňať kritériá, ktoré sa kladú na literárnu prezentáciu učebnicového textu. (Bajo, I., In: Švec, Š., 1998).

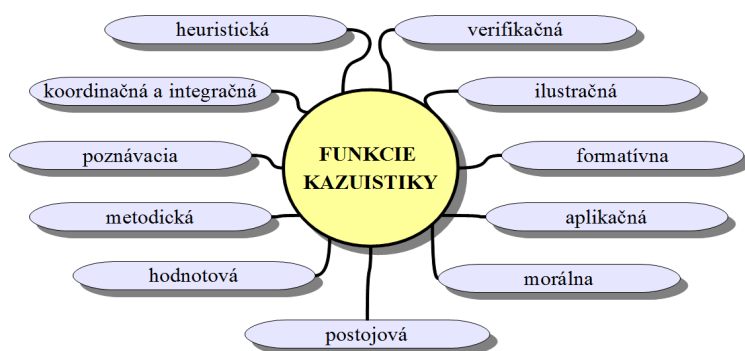
Časopisecká kazuistika prináša viac-menej výnimočné prípady, teda nie bežné klinické ani učebnicové. Pod výnimočnosťou rozumieme výchovne, diagnosticky, poradensky, nápravne zaujímavý a podnetný prípad osoby. Čitatelia – odborníci alebo študenti ako budúci odborníci by mali z takejto kazuistiky získať novú informáciu a stimuláciu na vlastné rozmyšľanie a správanie,

ak by sa vo svojej odbornej praxi stretli s analogickým prípadom. Podobne ako učebnicová kazuistika musí aj časopisecká kazuistika spĺňať požiadavku vysokej odbornosti a literárno-publikačné kritériá.

Funkcie kazuistiky

Bajo, I. (In: Švec, Š., 1998) uvádza funkcie kazuistiky. Každá je širokospektrálna, a preto sa aj jej funkcie členia z mnohých odborných prameňov do nasledujúcich rovín.

Obr. 6 Funkcie kazuistiky



Heuristická funkcia – objavovacia, výskumná, nachádzajúca – sa zameriava na výskum a hodnotenie prameňov, získavanie východiskových podkladov na tvorbu hypotéz a objavovanie nových poznatkov. Ide o získavanie prvých konkrétnych informácií o novom, neobvyklom syndróme či symptóme zo špeciálnopedagogického hľadiska. Popis a rozbor konkrétnych prípadov môže poskytnúť formulácie nových hypotéz.

Verifikačná funkcia – overovacia, dokumentačná – overuje súvzťažné metódy, postupy a prostriedky, správnosť metódy získavania informácií o jednotlivcoch s postihnutím, metodiky spracovania a vyhodnocovania získaných informácií. Priebeh a výsledky skúmania prípadu poskytujú spätnoväzbovú informáciu, ktorá potvrdzuje alebo vylučuje metódy, postupy, prostriedky kazuistického skúmania.

Ilustračná funkcia – objasňujúca, osvetľujúca – uvádza názorné príklady na objasnenie prípadu, využitie výsledkov na didaktické účely. Slúži na ilustráciu teoretických poznatkov o výchove a vzdelávaní jedincov s istým druhom postihnutia – s celkovou charakteristikou prípadu alebo na ilustráciu poznatkov o nejakom metodickom postupe s parciálnou charakteristikou prípadu. Niekedy sa využije iba výňatok z kazuistiky, resp. jej skrátená verzia.

Poznávacia, metodická funkcia – sa zaoberá javmi (definovateľnými, merateľnými a porovnateľnými), vzťahmi (kvantifikovateľnými a vysvetľujúcimi) a hypotézami (overiteľnými).

Využíva pritom metódy bioštatistické, informatické, demografické a iné.

Hodnotová, postojová a morálna funkcia – sa orientuje na kritické skúmanie morálnych aspektov rozhodovania v oblasti starostlivosti o jednotlivcov s postihnutím.

Aplikačná a formatívna funkcia – spracúva návrhy a hodnotenia opatrení pre rozvoj systému starostlivosti, najmä v oblasti riedenia, využívajúc metódy systémovej analýzy (spoznávanie zložitých celkov metódami popisu a následného rozkladu).

Koordináčna a integračná funkcia – sa zameriava na hľadanie zákonitostí a podstatných vzťahov medzi životným štýlom, životným prostredím, úrovňou a rozložením zdravia, ovplyvniteľnosťou zdravia.

Štýl kazuistiky

Kazuistika je náučný literárny útvar, ktorý využíva správnu terminológiu v zmysle teórie. Pri písaní kazuistiky sa vyhýbame rozvláčnosti, vyjadrovanie má byť stručné a jasné. Kazuistika pomáha pri rozširovaní poznatkov a napomáha pri hľadaní možnosti korekcie.

Kazuistika musí byť jasná, zrozumiteľná, konkrétna a presná. Je to odborný literárny útvar, ktorý má poučiť a informovať. Uvádzané fakty si musí vedieť čitateľ predstaviť. Náučný štýl sprostredkúva informácie, zverejňuje získané vedomosti a zaznamenáva dôležité myšlienky nadobudnuté výskumom, úvahami. Jeho charakteristickou črtou je objektívnosť. Ďalšími vlastnosťami náučného štýlu sú písomnosť, monologickosť, verejnosť, pojmovosť, presnosť, zreteľnosť a odbornosť (Mistrík, J. 1977).

Z jazykových prostriedkov prevládajú pojmové slová, v terminológii presné, jednovýznamové, ustálené názvy, domáce jednoslovné, viacslovné a zložené pomenovania, cudzie slová, hybridné slová (slová zložené z častí pochádzajúcich z rôznych jazykov) a doslovné preklady. Slovník, morfológia, syntax sú také, aby neprekážali obsahu či percipientovi pri utváraní si presných a adekvátnych predstáv o interpretovanom jave. Pri písaní kazuistiky v náučnom štýle používame: ustálené väzby, zložené prídavné mená, slovesá v 3. osobe, viacnásobné vetné členy, zhustené vyjadrovanie menného oproti slovesnému, prídavia a prechodníky, oznamovacie vety (pomerne dlhé, súvetia), vsuvky (parentézy), spájacie výrazy vo vete a medzi vetami, grafické označovanie. V slovníku je potrebné rozlišovať pojmy a termíny a pri kvalifikácii ich nezamieňať. Hovoríme o náročnosti pojmov, no nie o náročnosti termínov. Termíny sú pomenovania, ktoré majú jednoznačný význam, neasociujú žiadne falošné predstavy a významy, najmä keď sú zaradené do kontextu (Mistrík, J., 1977).

Kazuistický prístup

Kazuistický prístup je profesionálny, systematický, analytický postup odborníka, ktorého cieľom je získať systematický opis všetkých dostupných údajov o danom prípade. Pozornosť sa venuje individuálne každému klientovi. Jej cieľom nie je používať exaktné metódy a vykazovať údaje číselne. Ide skôr o kvalitatívny pohľad na jednotlivca. Väčšina diagnostickej práce odborníka má kazuistický charakter.

Kazuistický prístup sa uplatňuje i vo vedeckom výskume niektorých vied, napr. v sociálnej práci, pedagogike, sociológii, medicíne atď.

Kazuistická stratégia

Kazuistická stratégia býva niekedy označovaná ako klinická. Má veľa spoločného s prirodzenou diagnostikou, sociálnou percepciou. Takto orientovaná stratégia je nasmerovaná priamo na individualitu diagnostikovaného. Hľadá však (na rozdiel od laika) zámerne a systematicky zákonitosti života jednotlivca, pravidelnosti v jeho vývoji a živote (Hrabal, V., 2002).

Z diagnostických postupov pri kazuistike odborníci najčastejšie používajú riadený rozhovor, veľký dôraz sa kladie na anamnézy, osobnú históriu, v ktorej možno objaviť body zvrátov, tráum, pre osobu podstatné vzťahy. Pozorovanie a tzv. projektívne testy bývajú silno orientované na neuvedomené a individuálne špecifické prejavy. Registrujú a interpretujú sa najmä nonverbálna komunikácia a fantazijné prejavy. Úspešný kazuistický postup je ovplyvnený osobnosťou odborníka (sociálneho pracovníka). Prístup a postup diagnostikujúceho je tvorivý a jeho prvky sú nevyhnutné pre konečné pochopenie individuality klienta.

Kazuistická metóda

Kazuistika podľa Zeleiovej, J. (2007) je vedecká metóda, pretože sa riadi uvedeným a cieľavedomým postupom, činnosťou usporiadanou určitým zámerným spôsobom. Ide o systematické vyhodnocovanie informácií z prameňov:

- pozorovanie (orientačné, kontrolované);
- exploračné metódy (ich cieľom je zistiť konkrétnu príčinu, dôvod existencie istého javu): obsahová analýza komunikácie, dotazníky, testy, rozhovor, anamnéza, katamnéza;
- analýza produktov (osobné denníky, tvorivé dielo, školský písomný materiál, kresby).

Ferjenčík, J. (2000) uvádza neobtrúzivne informácie (erozívne dáta, stopy a artefakty istého diania), archívne dáta často ako informácie zistené nevtieravým aj náhodným spôsobom.

Kazuistická metóda (Zeleiová, J., 2007) je spôsob popisu a analýzy pozná-vacích zákonitostí

a premenných, ktoré sa podieľajú na procese kognitívneho, emocionálno-sociálneho, morálneho vývinu alebo výkonu a sú zoradené do systému, kategorizovanom podľa rôznych regulatívnych princípov. V procese skúmaného javu alebo osoby treba sledovať postupnosť vzájomne súvisiacich zmien či udalostí, postupnú zmenu javu.

Podľa Vančovej (2005, s. 91) kazuistická metóda „*v sebe zahrňa využitie viacerých metód: anamnestických, pozorovania, interview či naratívneho rozhovoru alebo dotazníka, rozboru výsledkov činností, výsledky ostatných diagnostických metód nielen špeciálnopedagogických. V podstate zbiera všetky dostupné údaje o jednotlivcovi, tieto údaje triedi, analyzuje, porovnáva, systematizuje, chronologicky radí a hľadá vzťahy, súvislosti, charakter a podstatu znakov či vlastností a vývinové trendy a anomálie.*“

Všeobecne prínosy kazuistickej metódy pre vedecký výskum môžu byť rozmanité:

- Môže ísť o overovanie súvzťažných metód a prostriedkov, o správnosť metodiky získavania informácií o skúmaných jednotlivcoch, metodiky spracovania a vyhodnocovania získaných informácií. Priebeh a výsledky skúmania prípadu poskytujú spätnoväzbovú informáciu, ktorá potvrdzuje alebo vylučuje metódy či prostriedky kazuistického skúmania.
- Kazuistická metóda sa môže uplatniť pri novej problematike, napr. špeciálnopedagogickej alebo liečbnopedagogickej oblasti pri získavaní prvých informácií o novom neobvyklom syndróme či symptómoch alebo nezvyčajných kombináciách postihnutí a narušení a ich dôsledkoch pri výchove a vzdelávaní. Opis a rozbor konkrétnych originálnych prípadov môže poskytnúť možnosti formulácie originálnych hypotéz.
- V rámci aplikovaného výskumu sa kazuistickou metódou môžu získať odpovede na užší praktický problém, čo môže objasniť optimálnosť prostriedkov a metód výchovy, prípadne korekcie, terapie alebo nápravy (môže ísť napr. len o reguláciu konkrétnej formy správania u ťažko vychovateľných jednotlivcov). Každý ďalší kazuisticky spracovaný prípad môže znamenať potvrdenie predchádzajúcich výskumných hypotéz.

Záver

Kazuistická metóda sa využíva na objasnenie výnimočného, prípadne extrémneho javu. V prípade, že sa rôznymi kvantitatívnymi meraniami zisťuje miera a frekvencia určitých schopností, zručností alebo charakteristík, je kazuistická metóda integrujúcou metódou, ktorá kvantitatívne výsledky kvalitatívne interpretuje, ponúka sledovanie, ktoré odhaľuje príčiny, dôsledky a efektivitu daného štatistického zistenia. (Zelevová, J., 2007)

Zoznam bibliografických odkazov

- BAJO, I. et. al. 1991. *Kazuistický seminár*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1991. ISBN 80-223-0358-5
- BAKOŠOVÁ, Z. 2004. *Metodológia tvorby prípadovej štúdie vo výskume sociálnej pedagogiky*. Bratislava: Katedra pedagogiky FF UK, 2004.
- EDELSBERGER, L. a kol. 2006. *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H, 2006. ISBN 80-86022-76-5
- Etický kódex psychologickéj spoločnosti*. 1996. Slovenská komora psychológov. Schválený predsedníctvom SPK 1996.
- Etický kódex pracovníkov PPP Liptovský Mikuláš : vnútorný predpis*. 1998. Liptovský Mikuláš, ŠPP, 1998.
- FERRJENČÍK, J. 2000. *Úvod do metodológie psychologického výskumu*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6
- GAVORA, P. 2006. *Spríevodca metodológiou kvalitatívneho výskumu*. Bratislava: Regent, 2006. ISBN 80-88904-46-3
- HORNÁKOVÁ, M. *Liečebná pedagogika*. Bratislava: PdF UK Bratislava, 1999. ISBN 80-8046-126-0
- HRABAL. V. st., HRABAL, V. ml. 2002. *Diagnostika*. Praha: Karolinum Univerzita Karlova v Praze, 2002. ISBN 80-246-0319-5
- IVANOVÁ-ŠALINGOVÁ, M. 1998. *Slovník cudzích slov pre školu a prax*. Bratislava: SPN, 1998.
- IVANOVÁ-ŠALINGOVÁ, M., MANÍKOVÁ, Z. 1979. *Slovník cudzích slov A/Z*. Bratislava: SPN, 1979.
- JUSZCZYK, S. 2003. *Metodológia empirických výskumov v spoločenských vedách*. Bratislava: IRIS, 2003. ISBN 80-89018-13-0
- KATUŠČÁK, D. 1998. *Ako písať vysokoškolské a kvalifikačné práce*. Bratislava: Stimul, 1998. ISBN 80-85697-82-3
- MITCHELL, S. M., MITCHELL, W. M. 2000. *Kazuistiky z internej medicíny*. Bratislava: Aktuel, 2000. ISBN 80-88915-62-7
- ZELEIOVÁ, J. 2007. Kazuistická metóda ako metóda vnímania a interpretácie procesu. In *Efeta*, 2007, roč. 17, č. 4, s. 2-6. ISSN 1335-1397
- ŽIAKOVÁ, K. 2003. *Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80 -8063 – 131 X

Kontakt na autora:

doc. PhDr. Darina Wiczmányová, PhD.

Budkovce 24, 072 15

telefón: 0903 642260

e-mail: dwiczmandy@centrum.sk

Hodnotenie sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek

Anna Schmiedl

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Regionálne centrum pre hodnotenie sústavného vzdelávania Košice

Úvod

Moderné ošetrovatel'stvo kladie vysoké nároky na profesionálnu prípravu sestier a pôrodných asistentiek a zároveň si vyžaduje aj sústavné a celoživotné vzdelávanie, ktoré umožňuje sestrám a pôrodným asistentkám udržiavať si odbornú spôsobilosť. Sústavné vzdelávanie je priebežné obnovovanie a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom príslušných odborov po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania. Povinnosť sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov je zakotvená v zákone č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v ustanovení § 42 a § 80.

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek v súčasnosti registruje takmer 50 000 sestier a pôrodných asistentiek. Vzhľadom na náročnosť **Projektu hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek** vypracovala Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek projekt v rámci výzvy MZ SR ako sprostredkovateľského orgánu pre čerpanie finančných prostriedkov zo štrukturálnych fondov **Operačného programu vzdelávanie**, čím sa jej podarilo získať finančnú pomoc z prostriedkov Európskeho sociálneho fondu.

Na základe spustenia projektu hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek vypracovala SK S a PA v spolupráci s Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky podrobnú smernicu upravujúcu proces hodnotenia sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek. Hodnotenie sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek vykonáva Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek a uskutočňuje sa prostredníctvom elektronického systému – webového portálu, ku ktorému má každá sestra a pôrodná asistentka prístup. Hlavnou funkciou elektronického portálu je zabezpečiť evidenciu aktivít sústavného vzdelávania a evidencia účasti na týchto aktivitách. Sestry využívajú portál ako zdroj informácií o pripravovaných aktivitách sústavného vzdelávania podľa úrovni, a vedú sa elektronicky prihlásiť na jednotlivé odborné podujatia. Konferencie organizované odbornými sekciami SK S a PA majú obrovský význam pre sestry, sú zdrojom nových informácií, vedomostí a skúseností priamo z klinickej praxe v danej oblasti.

Hodnotenie sústavného vzdelávania prebieha u každej registrovanej sestry a pôrodnej asistentky po uplynutí 5-ročného cyklu odo dňa registrácie podľa zákona č. 578/2004 Z.z.

Povinnosťou každej sestry a pôrodnej asistentky je za obdobie 5 rokov získať minimálne 100 kreditov. 50 kreditov získava sestra a pôrodná asistentka za výkon povolania, čo je nemerateľná zložka a druhých 50 kreditov účasťou na jednorazových vzdelávacích aktivitách, zvyšovaním si kvalifikácie – štúdiom či publikovaním. Rozhodnutie o výsledku hodnotenia sústavného vzdelávania je zaslané sestre, zamestnávateľovi a Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Ak sestra pracuje na základe živnostenského listu tak o rozhodnutí je informovaný aj živnostenský úrad.

Záver

Súčasnú modernú ošetrovateľstvo kladie vysoké nároky nielen na profesionálnu prípravu sestier a pôrodných asistentiek, ale vyžadujú si súčasne aj ich sústavné a celoživotné vzdelávanie. Cieľom sústavného vzdelávania sestier a pôrodných asistentiek je zaistiť prístup nových informácií a poznatkov z oblasti ošetrovateľstva podeliť sa s nimi a implementovať ich do klinickej praxe.

Zoznam bibliografických odkazov

BEŇUŠOVÁ K, SLEZÁKOVÁ Z. Novinky v sústavnom vzdelávaní. In *Sestra*. ročník IV. 2005; 4 (12), s. 6-7, ISSN 1335-9444.

HULKOVÁ V. Sestry a sústavné vzdelávanie. In *Sestra*. ročník IX, 3-4/2010, s.18-19, ISSN 1335-9444.

JARABOVÁ D., LUNTEROVÁ J. Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek – čo o tejto stavovskej organizácii vlastne (ne)vieme? In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*. Ročník VII. 5/2009; s.10-12. ISSN 1336-183X.

MOROVICSOVÁ E., MESÁROŠOVÁ J. Vzdelávanie sestier na Slovensku po roku 1989. Praha: Galén 2006. Dny Marty Staňkové III., Vzdelávaní sester: súčasnosť a očakávaní. Sborník z mezinárodnej konferencie Praha 2006, s. 41-48. ISBN 80-7262-434-2.

NARIADENIE VLÁDY Slovenskej republiky č. 743 o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností uverejnené v Z.z. 15.12.2004.

NARIADENIE VLÁDY Slovenskej republiky č. 296/2010 Z.z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikačných pracovných činností platný od 26.6.2010, účinný do 31.8.2010.

VYHLÁŠKA č. 366 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov uverejnená v Z.z. z 24.6.2005.

ZÁKON č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonoch.

ZÁKON č. 133/2010 Z.z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z.z. z 3.3.2010.

Kontakt na autora:

Mgr. Anna Schmiedl

Regionálne centrum HSV sestier a pôrodných asistentiek

Hlavná 68, 040 01 Košice

e-mail: anna.schmiedl@sksapa.sk

Spirituálne charakteristiky pacientov so psychickou poruchou

Ivan Farský¹, Martina Pochybová², Igor Ondrejka²

¹*Ústav ošetrovateľstva JLF UK v Martine,*

²*Psychiatrická klinika JLF UK a UNM v Martine*

Súhrn

Posudzovanie spirituality u pacientov s psychickými poruchami je jednak podmienkou skutočne holistického prístupu a jednak identifikácia spirituálnych charakteristík môže sestre napomôcť lepšiemu porozumeniu pacientovi, ako aj jeho postojom k starostlivosti.

Cieľom práce bolo posúdiť vybrané spirituálne charakteristiky (mieru nádeje, mieru životnej zmysluplnosti a úroveň spirituálnej pohody) u pacientov so psychickou poruchou. Súbor tvorilo 309 pacientov s diagnostikovanou a liečenou psychickou poruchou. Priemerný vek v súbore bol $40,4 \pm 12,5$ roka. V súbore bolo 168 žien a 141 mužov. V práci boli použité: Snyderova škála nádeje, Škála životnej zmysluplnosti a Škála spirituálnej pohody. Pacienti dosahovali priemernú mieru nádeje, na úrovni 59% z maximálnej možnej miery, priemernú mieru životnej zmysluplnosti približne na úrovni 64% a priemernú mieru spirituálnej pohody na úrovni 54% z maximálnej možnej. Z hľadiska pohlavia sme nezistili signifikantné rozdiely. Pacienti dosahovali nižšie priemerné skóre vo všetkých premenných v porovnaní so zdravou populáciou. Z výsledkov vyplýva, že pacienti s psychickou poruchou sú rizikovejší pre prežívanie spirituálnej tiesne a beznádeji v porovnaní so zdravou populáciou, čo môže viesť k zhoršeniu psychického stavu a spomaľovať proces psychického vyliečenia pacientov.

Úvod

Incidenca psychických porúch neustále stúpa. Wittchen a Jacobi (2005, s. 369) odhadujú, že takmer 27% Európanov zažije počas roka aspoň jednu psychickú poruchu. V súvislosti s týmto negatívnym stavom v oblasti duševného zdravia je nevyhnutné hľadať faktory, ktoré môžu pozitívne vplývať na prevenciu, priebeh a liečbu psychických porúch. Jedným z faktorov, ktorý je v posledných rokoch diskutovaný vo zvýšenej miere, je spiritualita. Výsledky zahraničných výskumov poukazujú na to, že spiritualita má pozitívny vplyv na duševné zdravie (napr. Seeman et al., 2003; Yi et al., 2006), pôsobí ako preventívny faktor rôznych psychických porúch (McCullough, Larson, 1999), zohráva úlohu v procese psychického vyliečenia (Kelly, Gamble, 2005) a ovplyvňuje aj kvalitu života pacientov (WHO, 2001, s.29).

Spiritualita predstavuje mnohodomenziálny konštrukt, ktorý možno pre potreby ošetrovateľstva vymedziť nasledovne: „Spiritualita predstavuje univerzálnu dimenziu ľudského

bytia, a reflektuje zažívanie a vyjadrenie ľudského ducha v jedinečnom a dynamickom procese. Spiritualita integruje, rozvíja a posilňuje osobu, rodinu, komunitu a umožňuje dodávať silu pre nájdenie zmyslu a účelu života, nádeje, odpustenia aj v čase krízy, choroby či blížiacej sa smrti. Kultúra, religiozita, historický kontext nie sú podmienkami religiozity, ale môžu ovplyvňovať to, ako sa spiritualita osoby, rodiny, komunity prejavuje navonok v bežnom živote“. (Farský, Žiaková, Ondrejka, 2010)

Cieľ

Cieľom práce bolo posúdiť vybrané spirituálne charakteristiky (konkrétne sa jednalo o mieru nádeje, mieru životnej zmysluplnosti a úroveň spirituálnej pohody) u pacientov so psychickou poruchou. Boli zisťované aj rozdiely v spirituálnych charakteristikách medzi pacientmi so psychickou poruchou a zdravou populáciou.

Súbor

Súbor tvorilo 309 pacientov s diagnostikovanou a liečenou psychickou poruchou. Priemerný vek v súbore bol $40,4 \pm 12,5$ roka. Mužov bolo 141 (priemerný vek $38,9 \pm 11,9$ roka) a žien 168 (priemerný vek $41,5 \pm 13$ roka). Z hľadiska diagnóz sa jednalo o 107 pacientov so závislosťou od alkoholu, 109 pacientov s depresívnou poruchou a 93 pacientov so schizofréniou. Základné vzdelanie malo 37 pacientov, 85 malo stredoškolské vzdelanie bez maturity, 132 malo stredoškolské vzdelanie s maturitou, 54 pacientov malo vysokoškolské vzdelanie a 1 pacient vzdelanie neuviedol. Z hľadiska rodinného stavu bolo 123 pacientov slobodných, 118 bolo vydatých/ženatých, rozvedených bolo 56 pacientov a v súbore sa nachádzalo aj 12 vdov/vdovcov. Až 59 pacientov neuviedlo ich súčasný pracovný status, preto uvedenú charakteristiku vzorky neuvádzame. Z hľadiska vierovyznania sa 77 nehlási k žiadnemu, 74 sa hlási k evanjelickému vierovyznaniu, 148 sa hlási ku katolíckemu vierovyznaniu a 10 pacienti sa hlásia k inému vierovyznaniu, ktoré bližšie necharakterizovali.

Zaraďujúcimi kritériami boli: informovaný súhlas, spolupráca pacienta, schopnosť pochopiť inštrukcie, vek 18 r. a viac. Vylučujúcimi kritériami boli stredne ťažká a ťažká kognitívna porucha, porucha komunikácie, akútne somatické ochorenie, vážnejšie chronické somatické ochorenie. Pacienti boli požiadaní o vyplnenie dotazníkovej batérie zdravotníckym personálom, boli informovaní, že môžu bez následkov participáciu odmietnuť. Za vyplnenie im nebola poskytnutá žiadna odmena. Dotazníkovú batériu vyplňali individuálne v priebehu jedného dňa, čas vyplnenia sa väčšinou pohyboval do 30 minút, v prípade požiadavky bolo umožnené urobiť si ľubovoľne dlhú prestávku, avšak nie do ďalšieho dňa.

Metodika

Vzhľadom k tomu, že spiritualita je mnohodimenzionálny konštrukt, rozhodli sme pri jej skúmaní použiť viacero škál, pričom sme sa zamerali na meranie úrovne nádeje, životnej zmysluplnosti a spirituálnej pohody, ktoré považujeme za dôsledky spirituality.

Snyderova škála nádeje (Snyder, 2000) meria nádej v zmysle dvojfaktorovej teórie nádeje postulovanej autorom. V tejto teórii je nádej chápaná ako kognitívne zameranie založené na vzájomne odvodenom vnímaní úspešnej snahy (na cieľ zameraného odhodlania) a cesty (plánovanie spôsobov na dosiahnutie cieľa). O človeku, ktorý má nádej v zmysle tejto teórie, sa teda dá povedať, že sa snaží dosahovať svoje ciele a zároveň vidí spôsoby, ako ich dosiahnuť. Škála nádeje meria nádej ako osobnostnú črtu u dospelých ľudí. Škála má 12 položiek, ktoré sa hodnotia na 4-bodovej Likertovej škále. 4 z nich sú distraktory, 8 sa započítava do celkového skóre. Škála nádeje meria úroveň nádeje ako črty v zmysle hore uvedenej definície a má dve dimenzie – snaha a cesta – obsahovo zodpovedajúce hore uvedenému popisu. Každá dimenzia má 4 položky, napr. snaha – *Dosahujem ciele, ktoré si vytýčim, Energicky sa snažím o dosiahnutie svojich cieľov*, cesta – *Dokážem vidieť mnoho spôsobov ako sa dostať z nepríjemnej situácie*. Viacero psychometrických štúdií potvrdzuje škálu ako kvalitný nástroj, potvrdená bola aj jej faktorová štruktúra aj reliabilita v zmysle vnútornej konzistencie. Škála bola preložená do slovenčiny a boli overené jej psychometrické vlastnosti. (Halama, 2001)

Na meranie úrovne životnej zmysluplnosti bol použitá pôvodná slovenská škála s názvom **Škála životnej zmysluplnosti** (Halama, 2002), ktorá vychádza z trojkomponentového modelu zmyslu života autorov Rekeru a Wonga (1988). Tí definujú zážitok zmysluplnosti ako taký, ktorý má kognitívny, motivačný, a afektívny komponent. Škála má 18 položiek, z ktorých 6 je formulovaných negatívne, respondent vyjadruje súhlas s položkami na 5-bodovej škále Likertovho typu. Každú dimenziu tvorí 6 položiek. Kognitívnu dimenziu tvoria položky týkajúce sa celkového životného nasmerovania, pochopenia života či životného poslania (napr. „*Svoj život považujem za hodnotný a užitočný.*“), motivačnú dimenziu položky, týkajúce sa cieľov, plánov, ako aj sily a vytrvalosti angažovania sa v nich (napr. „*V mojom živote sú veci, v ktorých sa naplno angažujem.*“), a afektívnu dimenziu položky týkajúce sa životnej spokojnosti, naplnenosti, optimizmu, či v negatívnej rovine znechutenia, pocitov jednotvárnosti atď. (napr. „*Som so svojim životom spokojný aj keď je niekedy ťažký.*“). Škála vykazuje vyhovujúce psychometrické vlastnosti ako vnútorná konzistencia, faktorová štruktúra a dostatočná validita vzhľadom na škály s podobným zameraním. (Halama, 2002)

Škála spirituálnej pohody (Paloutzian, Ellison, 1982; Ellison, 1983) slúži na meranie percipovanej spirituálnej pohody. Pri konceptualizácii škály autori vychádzali z dvoch hlavných bodov. Spirituálna pohoda nie je to isté ako spirituálne zdravie, či zrelosť, pretože tie môžu byť predpísané rozličnými náboženstvami či denomináciami. Za druhé, spirituálna pohoda je pohoda, ktorá sa týka transcencie, teda vzťahu človeka k tomu, čo ho presahuje a to v dvoch významoch: náboženskom a existenciálnom. Škála obsahuje 20 položiek a respondent vyjadruje súhlas na 6-bodovej Likertovej škále. Položky sú rozdelené do dvoch dimenzií, každá obsahuje 10 položiek. **Náboženská pohoda** – táto „vertikálna“ dimenzia je zacielená na to, ako respondent vníma pohodu v jeho spirituálnom živote, ktorý je vyjadrený vo vzťahu k Bohu. Každá položka preto obsahuje slovo Boh. Napr. „*Verím, že Boh ma miluje a stará sa o mňa.*“ Avšak, slovo Boh nereprezentuje žiadne konkrétne náboženstvo, či náboženskú predstavu a respondent môže slovo Boh nahradiť slovom „vyššia sila“ či akýmkoľvek iným slovom, ktoré je pre neho zmysluplné. **Existenciálna pohoda** – táto „horizontálna dimenzia“ sa týka toho, ako je respondent spokojný sám so sebou, komunitou, prostredím. Položky sa týkajú existenciálneho poňatia zmyslu života, životnej spokojnosti a pozitívnych či negatívnych životných zážitkov, napr. „*Cítim, že život je pozitívna skúsenosť.*“ či „*Život nemá veľký zmysel.*“ Vnútoraná konzistencia tejto škály v zmysle Cronbachovej alfy bola v rôznych štúdiách od 0,82 do 0,94 pre náboženskú pohodu, od 0,78 do 0,86 pre existenciálnu pohodu a od 0,89 do 0,94 pre celú škálu. Celkové skóre je od 20 do 120, vyššie skóre znamená vyššiu celkovú spirituálnu pohodu. Počíta sa aj skóre subškál, ktoré sa pohybuje od 10 do 60.

Výsledky

Tab. 1. Nádej

	CESTA		SNAHA		CN	
	ø	SD	ø	SD	ø	SD
CS (309)	11,32	2,47	10,86	2,60	22,18	4,66
M (141)	11,42	2,39	10,99	2,62	22,41	4,61
Ž (168)	11,24	2,53	10,74	2,59	21,99	4,71

ø – priemer; SD – smerodajná odchýlka; CS – celkový súbor; M – muži; Ž – ženy; CN – celková nádej

Priemerná miera nádeje bola $22,18 \pm 4,66$ (tab.1.), čo predstavuje mieru nádeje na úrovni 59% z maximálne možnej. Mierne vyššie skóre dosahovali pacienti v dimenzii Cesta. Muži dosahovali vyššie skóre v oboch dimenziách a teda mali aj celkovo vyššiu mieru nádeje, ale rozdiely z hľadiska pohlavia neboli štatisticky významné.

Tab. 2. Životná zmyslupnosť

	KD		MD		AD		CŽZ	
	ø	SD	ø	SD	ø	SD	ø	SD
CS	21,65	4,58	21,24	4,37	21,05	5,16	63,94	12,35
M	22,10	4,43	21,65	4,40	21,51	5,10	65,26	12,26
Ž	21,27	4,68	20,90	4,33	20,66	5,20	62,83	12,36

KD – kognitívna dimenzia; MD – motivačná dimenzia;
AD – afektívna dimenzia; CŽZ – celková životná zmyslupnosť

Celková priemerná miera životnej zmyslupnosti bola $63,94 \pm 12,35$ (Tab. 2.), čo predstavuje približne 64% mieru životnej zmyslupnosti z maximálne možnej. Rozdiely medzi dimenziami životnej zmyslupnosti neboli výrazné, avšak vyššie skóre dosahovali pacienti v motivačnej a kognitívnej dimenzii zmyslu a nižšie v afektívnej dimenzii. Z hľadiska pohlavia neboli zistené signifikantné rozdiely.

Tab. 3. Spirituálna pohoda

	NP		EP		SP	
	ø	SD	ø	SD	ø	SD
CS	37,28	9,43	37,04	7,98	74,32	14,44
M	37,63	10,06	37,83	8,49	75,46	15,54
Ž	36,99	8,90	36,37	7,49	73,36	13,43

NP – náboženská pohoda; EP – existenciálna pohoda; SP – spirituálna pohoda

Priemerná spirituálna pohoda mala hodnotu $74,32 \pm 14,44$ (Tab.3.), čo predstavuje približne spirituálnu pohodu na úrovni 54%. Vyššie priemerné skóre mali pacienti v náboženskej pohode ako v existenciálnej, ale rozdiely boli minimálne. Vyššie skóre v náboženskej aj existenciálnej pohode uvádzali muži, ale opäť sa nejednalo o signifikantné rozdiely.

Diskusia

Zakomponovanie posudzovania spirituálnych potrieb do psychiatrického ošetrovateľského posúdenia a poskytovanie spirituálnej starostlivosti je nevyhnutnou podmienkou priblíženia sa holistickým princípom a skvalitneniu celkovej starostlivosti. Vzhľadom na problematické vymedzenie spirituality a s ňou spojených potrieb je potrebné v klinickej praxi využívať štandardizované nástroje, ktoré pomáhajú zjednocovať, objektivizovať a umožňujú porovnávať zistené údaje.

U pacientov s psychickou poruchou sme zistili priemernú mieru nádeje, približne na úrovni 59 %. Mierne vyššiu mieru dosahovali pacienti v dimenzii nádeje Cesta. To znamená, že pacienti vidia viac možností a spôsobov ako riešiť svoje problémy, ale ich snaha a úsilie riešiť tieto problémy je nižšia. Nízka miera nádeje môže výrazne vplývať na spoluprácu pacienta v procese starostlivosti. Pacient, ktorý má nízku nádej napr. vo vyliečenie, zlepšenie stavu („ja už nemám nádej, že sa to zlepší“), môže odmietat' užívať lieky, navštevovať psychiatra, nedodržiavať terapeutický režim, pretože sa domnieva, že mu aj tak nepomôžu. Veľmi nebezpečné je u pacienta s psychickou poruchou nerozpoznanie beznádeje. Je dostatok dôkazov, ktoré indikujú, že pocity beznádeje silne korelujú so suicidálnym rizikom (napr. Aldridge 1998, Clarke et al. 1999). Úlohou sestry je teda pomôcť pacientovi pri identifikácii problémov, úloh a cieľov, ktoré sa v jeho živote ukazujú ako významné, napomôcť mu pri hľadaní možných riešení problémov a spôsobov ako dosiahnuť vytýčené ciele, identifikovať neúčinné a neefektívne spôsoby dosiahnutia cieľa a následne motivovať pacienta pri riešení problémov a poskytovať mu pozitívnu spätnú väzbu.

Priemerná miera životnej zmysluplnosti bola v celom súbore $63,94 \pm 12,35$. Halama a kol. (2010) s použitím rovnakej metodiky v súbore zdravej populácie zistili priemerné skóre $71,09 \pm 9,86$. Pacient s psychickou poruchou je v procese liečby konfrontovaný aj s otázkami zmyslu a účelu života, ako aj vlastnej hodnoty („aký to má všetko zmysel, keď som stále chorý?“, „rodine som len na obtiaž.“). Nedostatok, strata zmyslu života sa prejavuje pocitmi beznádeje, bezmocnosti, frustráciou, často je spojená s túžbou zomrieť. Zmysel života je polárne opačný k suicidalite a beznádeji. (Orbach et al, 2003, s.231) V ošetrovatel'stve je problematika zmyslu vyjadrená v definícii ošetrovateľskej diagnózy Spirituálna tieseň, ktorá je definovaná ako „ako znížená schopnosť osoby zažívať a integrovať zmysel a účel života prostredníctvom spojenia so sebou samým, druhými, umením, prírodou a/ alebo vyššou silou, ktorá osobu presahuje“. (Gurková, 2009) Závažnosť tejto diagnózy zdôrazňuje Cassel (1982, s. 640), ktorý hovorí „*takáto tieseň predstavuje špecifický problém, pretože ohrozuje samotnú podstatu existencie – to kým naozaj sme. Takáto tieseň znamená viac ako bolesť, úzkosť alebo depresia*“. Sestry by mali zakomponovať do posúdenia aj otázky týkajúce sa zmyslu života, identifikovať pacientove problémy, pomôcť mu pri identifikácii tých oblastí pacientovho života, ktoré považuje za hodnotné. Dôležitá je spolupráca s psychiatrom aby sa vylúčil možný súvis s depresívnou poruchou, ako aj so psychológom, ktorý môže pacienta psychoterapeuticky viesť.

Poslednou sledovanou spirituálnou charakteristikou bola spirituálna pohoda. Spirituálnu pohodu možno chápať ako stav akceptácie seba, druhých a pozitívnych dispozícií smerom k životu, ako pocit harmonického prepojenia medzi sebou, druhými, prírodou a najvyššími inými, ktorí existujú skrz a nad priestor a čas. Je dosiahnutý cez dynamický a integratívny proces rastu, ktorý

vedie k realizácii najvyšších cieľov a zmyslu života. Definícia naznačuje, že sú dve odlišné, interaktívne dimenzie spirituálnej pohody. Je tam existenciálny alebo transcendentálny vzťah s najvyššími inými a čisto fyzicko-psycho-sociálny vzťah zahrňujúci jednotlivca s jeho prostredím, svetom a ďalšími osobami.

Priemerná dosiahnutá hodnota u pacientov so závislosťou bola $74,32 \pm 14,44$, čo po prepočítaní predstavuje asi 54 % spirituálnu pohodu. Pre porovnanie u zdravej populácie dosahovala priemerné hodnoty $85,17 \pm 15,24$ (Halama a kol., 2010), čo predstavuje asi 65 % spirituálnu pohodu.

V závislosti na pohlaví sme nezistili signifikantné rozdiely v žiadnej to sledovaných premenných.

Záver

Zistené výsledky naznačujú, že pacienti s psychickou poruchou sú rizikovejší z hľadiska prežívania spirituálnej tiesne v porovnaní so zdravou populáciou. Zároveň sme zistili, že pacienti sú taktiež rizikovejší z hľadiska prežívania beznádeje, ktorá je silným prediktorom suicidálneho uvažovania a konania. Otáznym ostáva do akej miery sú tieto spirituálne charakteristiky pacientov s psychickou poruchou ovplyvnené aktuálnym ochorením (od čoho závisí aj možnosť ich terapeutického ovplyvnenia) a do akej miery sú premorbídnou charakteristikou samotného pacienta.

Príspevok vznikol akú súčasť riešenia grantovej úlohy VEGA r.č. 1/0215/10

Zoznam bibliografických odkazov

ALDRIDGE D. *Suicide: the Tragedy of Hopelessness*. London: Jessica Kingsley Publishers, 1997. ISBN 978-1-85302-444-3

CASSELL, E. J. The nature of suffering and the goals of medicine. In: *New England Journal of Medicine*. 1982. roč. 306, č.11, s.639-645

CLARKE, D.A., BECK, A.T., ALFORD, B.A. *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*. New York : John Wiley & Sons, Ltd, 1999. ISBN 0-471-18970-7

ELLISON, C. W. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. In: *Journal of Psychology and Theology*. 1983, roč. 11, č.4., s.330–340.

FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I. Konceptualizácia spirituality. In: BUŽGOVÁ, R., SIKOROVÁ, L. Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na dôkazoch. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Fakulta zdravotníckých štúdií. Ústava ošetrovatelství a porodní asistencie, 2010, s. 30-36.

GURKOVÁ, E. A KOL. Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-308-0

HALAMA, P. Slovenská verzia Snyderovej škály nádeje: Preklad a adaptácia. In: Československá psychologie. 2001, roč. 45, č. 2, s. 135-142.

HALAMA, P. Vývin a konštrukcia škály životnej zmyslupnosti. In: Československá psychologie. 2002, roč. 46, č. 3, s. 265-276.

HALAMA, P., ONDREJKA, I., ŽIAKOVÁ, K., FARSKÝ, I. Existential and spiritual correlates of mental health in normal population and psychiatric patients. In: Československá psychologie. 2010, roč. 54, č. 1., s. 42-57

KELLY, M., GAMBLE, C. Exploring the concept of recovery in schizophrenia. In *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005, roč.12, č.2, s.245–251

MCCULLOUGH, M.E., LARSON, D.B. Religion and depression: a review of the literature. In: *Twin Res*, 1999, roč.2, č.2, s.126 –36

ORBACH, I., et al. Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. In: *Suicide & Life - Threatening Behavior*. 2003, roč. 33, č. 3, s. 231-241

PALOUTZIAN, R. F., ELLISON, C.W. Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In: PEPLAU, L.A., PERLMAN, D. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York : Wiley Interscience, 1982, s.224-237.

REKER, G.T., WONG, P.T.P. Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In: J.E. BIRREN, V.L. BENGSTON. *Emergent theories of Aging*. New York : Springer, 1988, s.214-246.

SEEMAN, T. E., DUBIN, L. F., SEEMAN, M. Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways. In: *American Psychologist*, 2003, roč. 58, č.1, s.53–63.

SNYDER, C.R. Hypothesis: There is a hope. In: SNYDER, C.R. *Handbook of hope. Theory, measurement, and applications*. New York: Academic Press, 2000, s.3-21.

WHO. 2001. *The World health report: 2001 : Mental health : new understanding, new hope*. Geneva: WHO. 178 s. ISBN 9241562013

WITTCHEN, H.U., JACOBI, F. 2005. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. In: *European Neuropsychopharmacology*. 2005, roč.15, č.4, s.357-376.

YI, M.S. et al. Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. In: *J Gen Intern Med*. 2006, roč.21, č.5, s.21–27

Kontakt na autora:

Mgr. Ivan Farský

Ústav ošetrovateľstva, JLF UK v Martine,

Malá hora 5, 036 01 Martin

Telefón : 043 490 67 22

E-mail: farsky@jfmed.uniba.sk

Manažment a špecifická starostlivosť na mužskom oddelení pre agitovaných pacientov v PNPP Pezinok

Andrea Uhláriková, Margita Hulejová, Dalibor Janoška

II. Psychiatrická klinika SZU Mužské oddelenie, pracovisko Pezinok

Súhrn

Príspevkom prezentujeme špecifickú starostlivosť na oddelení pre agitovaných pacientov, technické a personálne nadštandardné vybavenie a manažment práce na tomto oddelení.

Na psychiatrických oddeleniach sa stretávame so zvýšeným počtom agitovaných, agresívnych, nespolupracujúcich pacientov a pacientov z nariadenou ochrannou psychiatrickou liečbou. Práve to bol jeden z dôvodov pre zriadenie stanice pre agitovaných pacientov.

Hlavným cieľom vytvorenia tohto oddelenia bolo, že i napriek kumulácii agitovaných pacientov na jednej stanici sa dá pracovať s pocitom bezpečnosti.

Úvod

Sestra sa na psychiatrickom oddelení stretáva s rôznymi prejavmi nepokoja a agresie. Najčastejšími zdrojmi agresie sú hnev, úzkosť, nespokojnosť, bezmocnosť, sklamanie, nedostatočná informovanosť, nepružnosť poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, neuspokojenie potrieb, zmena sociálnej role, neprofesionálne správanie zdravotníckeho personálu a iné.

Starostlivosť o problémových pacientov sa na Slovensku poskytuje prevažne na akútnych psychiatrických oddeleniach.

Podľa Beer, Pereira, Paton (2005), sa v posledných dvadsiatich rokoch výrazne zvýšila potreba pre týchto pacientov zriadiť špecializované pracoviská s bezpečnou intenzívnou ošetrovateľskou a lekárskou starostlivosťou.

V zahraničí sa v 80. – 90. rokoch 20. storočia začali vytvárať jednotky intenzívnej psychiatrickej starostlivosti. Intenzívna starostlivosť sa kvantitatívne a kvalitatívne odlišuje od starostlivosti na ostatných psychiatrických oddeleniach. Pacienti sú obvykle veľmi problematickí z vážnymi poruchami správania. Hlavnou úlohou je nepretržité sledovanie agitovaných, agresívnych a suicidálnych pacientov, prítomný je vyškolený personál pre zvládanie agresie a urgentných situácií.

Stanica pre agitovaných pacientov

V posledných rokoch sa v našej nemocnici zvýšil počet agitovaných pacientov, pacientov rizikových a násilných so súdom nariadeným ochranným psychiatrickým liečením ústavnou formou. Za štandardných podmienok nebolo možné zabezpečiť bezpečnosť pacientov a zdravotníckeho personálu. Veľmi časté mimoriadne udalosti spojené s násilníckym a útočným správaním pacientov voči sebe a okoliu, prinútili manažment našej nemocnice vytvoriť špecializované oddelenie.

Stanica pre agitovaných pacientov bola vytvorená 1.7.2006 na mužskom primariáte. Poskytuje starostlivosť pre nepokojných pacientov a pacientov s nutnosťou intenzívneho monitorovania správania sa pre všetky oddelenia našej nemocnice. Kapacita oddelenia je 30 pacientov.

Špecifické vybavenie AG stanice

Oddelenie je nepretržite monitorované kamerovým systémom s nočným videním, monitor je umiestnený vo vyšetrovni a v miestnosti SBS pracovníka. Prítomnosť SBS pracovníka na oddelení je zabezpečená nepretržite 24 hod, služba je zameraná na fyzickú ochranu pacientov a zdravotníckeho personálu – vyzbrojený je vecnými bezpečnostnými prostriedkami – slzná pištoľ, obušok, putá, paralyzér.

Vstup na oddelenie je zabezpečený dvojitými vchodovými dverami s nerozbitným sklom, na balkónoch sú mreže, ktoré oddeľujú aj izby. Sklenené okno medzi pozorovacou miestnosťou a vyšetrovňou je tiež nerozbitné.

Výrazne nebezpeční pacienti sú izolovaní na samotkách, jedna izba je vybavená detektorom pohybu. Pre miernejšie prejavy nepokoja a zmätenosti máme 3 sieťové a 1 kovovú posteľ.

O zabezpečení oddelenia kamerovým systémom a bezpečnostnou službou sú pacienti a ich príbuzní informovaní označeniami pred vstupom na oddelenie.

Manažment personálneho obsadenia na AG stanici

Denná služba:

- 1 lekár oddelenia
- 1 manažér ošetrovateľskej starostlivosti
- 1 sestra špecialistka v psychiatrii
- 1 sestra

- 1 sanitár
- 2 PZZ
- 1 SBS pracovník, 1 SBS p.p

Nočná služba:

- 1 sestra špecialistka v psychiatrii
- 1 sestra, sanitár
- 1 SBS pracovník, 1 SBS p.p

Špecifiká práce sestry u agitovaných pacientov

Základnou ošetrovateľskou stratégiou je individuálny prístup k pacientovi a nepretržitý dohľad. Prístup k pacientovi musí byť profesionálny, taktný, ohľaduplný ale cieľavedomý a upokojujúci, rešpektujúci jeho dôstojnosť.

Práca sestry na AG oddelení je veľmi náročná nielen po fyzickej, ale aj po psychickej stránke. Získanie dôvery pacienta, vhodné zvolenie správnej komunikácie, zvládanie náhlych situácií, patria okrem štandardných ošetrovateľských činností k dennodennej práci sestry.

Kvalitu starostlivosti ovplyvňujú *osobnostné predpoklady* zdravotníckeho personálu – sestra musí získať určitú úroveň sebaznania vedieť zvládať a riešiť náročné situácie. Jej práca vyžaduje teoretické a praktické skúsenosti, citlivý, empatický a profesionálny prístup k problémovým pacientom. Je dôležité vedieť sa ovládať, zachovať neutrálny postoj, neprejavovať sympatiu ani antipatiu, zvládať špecifiká komunikácie, poznať prejavy ochorení – neznalosť môže viesť k závažným chybám pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

„Na psychiatrii je extrémne vysoký nárok na prispôsobenie ošetrovateľskej starostlivosti individuálnym potrebám pacienta. To neumožňuje získať stereotyp v reakciách“. (Marková a kol., 2006, s. 57)

Zdravotný personál má možnosť odmietnuť pracovať na AG stanici, i napriek finančnému zvýhodneniu.

Úloha pracovníka SBS na AG stanici

- chráni zdravie a život zdravotníckeho personálu, pacientov a majetok PNPP
- riadi sa pokynmi službukonajúcej sestry, lekára a vedúcej sestry
- je prítomný pri každom prijíme na oddelení
- robí sprievod zdravotníckeho personálu k izolovanému, alebo nepokojnému pacientovi

- sleduje dianie na oddelení a na izbách pacientov aj prostredníctvom monitoru
- robí pravidelné kontroly počas nočnej služby spolu so službukonajúcou sestrou
- dodržiava profesionálny a etický prístup k pacientom

Príjem agitovaného pacienta na oddelenie

Pacient je hospitalizovaný v psychiatrickom zariadení na základe odporúčania ambulantného psychiatra, alebo v rámci krízovej intervencie. V zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sa dáva pacientovi, alebo pri zbavení spôsobilosti k právnym úkonom určenému opatrovníkovi podpisovať poučenie a informovaný súhlas – vyhlásenie o dobrovoľnom vstupe a súhlas s liečbou. Prevažná väčšina agitovaných pacientov odmieta hospitalizáciu.

Pri nedobrovoľnej hospitalizácii je zariadenie povinné do 24 hodín oznámiť okresnému súdu prevzatie pacienta do ústavnej starostlivosti bez jeho súhlasu v zmysle § 9, ods.4 zákona č. 576/2004 Z.z o zdravotnej starostlivosti.

Na oddelenie pre agitovaných pacientov sú prevažne prijímaní pacienti v sprievode polície, RZP a rodinných príslušníkov na odporúčenie psychiatra, všeobecného lekára alebo rozhodnutia súdu.

Pri prijíme agitovaného a obzvlášť agresívneho pacienta oboznámi lekár na prijíme, personál na oddelení. Je veľmi dôležité, aby personál na oddelení poznal bezpečný postup prijatia pacienta, prejavujúceho akútny nepokoj a agresivitu.

Dôležité zásady pri prijíme agitovaného pacienta:

- príjem na oddelenie musí spĺňať spoločenské normy
- pacientovi a príbuzným poskytneme dostatok informácií, sestra sa predstaví
- sestra musí vedieť už pri vstupe pacienta na oddelenie zhodnotiť riziká správania sa
- personál na oddelení je v pohotovosti, informujeme a privoláme lekára
- zaistíme dostupnosť poplašného zariadenia
- ostatní pacienti sú v dostatočnej vzdialenosti
- stojíme v bezpečnej vzdialenosti od pacienta, v blízkosti únikového východu
- určíme jednu osobu, ktorá komunikuje s pacientom
- zostávame v pokoji, nerobíme prudké pohyby, informujeme pacienta jasne, zrozumiteľne
- zapájame pacienta do rozhovoru, snažíme sa ho presvedčiť k spolupráci
- vystupujeme v roli toho kto pomáha – nie kto obmedzuje
- zvažujeme dĺžku rozhovoru – verbálna komunikácia u nekritického pacienta nie je všemocná

- pri výraznom nepokoji a agresivite pacienta dbáme na bezpečnosť pacienta, spolupacientov a personálu – využijeme použitie vhodných obmedzujúcich prostriedkov
- prezrieme osobné veci pacienta, odoberieme nebezpečné predmety
- sledujeme a pravidelne monitorujeme vitálne funkcie pacienta, podáme ordinovanú farmakologickú liečbu
- sledujeme správanie, stav vedomia, myslenie, psychomotorický nepokoj
- poskytujeme pacientovi zvýšenú špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť počas celej doby obmedzenia
- po upokojení pacienta – formou rozhovoru, získame a doplníme základné informácie o pacientovi do dokumentácie

Zo skúsenosti môžeme potvrdiť, že práve profesionálnym a individuálnym prístupom k pacientovi pri príjme, sa nemusí pristupovať k deeskalácii násilného a agitovaného pacienta.

Použitie obmedzujúcich prostriedkov

„Použitie obmedzujúcich prostriedkov na psychiatrickom oddelení sa považuje za krajné riešenie v prípadoch, kedy je nutné zabezpečiť ochranu pacienta, ostatných pacientov, vecí, osôb v jeho okolí a zdravotníckeho personálu. Tieto techniky upokojenia (deeskalácia) patria k základným vedomostiam zdravotníckeho personálu“. (Beer, Pereira, Paton, 2005, s. 39)
Obmedzujúce prostriedky je možné použiť až vtedy, keď sú ostatné možnosti vyčerpané.

Druhy obmedzujúcich prostriedkov využívané na AG oddelení:

- umiestnenie pacienta v ochrannej (sieťovej, kovovej) posteli
- umiestnenie pacienta v izolačnej miestnosti
- fixácia pacienta, obmedzenie na posteli, špeciálne fixačné pomôcky – „medved“
- použitie telesnej prevahy
- ochranný kabátik (zvieracia kazajka)
- podanie liekov bez súhlasu pacienta

Zásady pre aplikáciu obmedzujúcich prostriedkov

O použití obmedzovacích prostriedkov rozhoduje lekár. V mimoriadnych prípadoch môže rozhodnúť sestra, o tejto skutočnosti však musí byť lekár ihneď informovaný. Na našom oddelení máme vypracovaný Indikačný list pre použitie obmedzujúcich prostriedkov, ktorý je súčasťou dekurzu a dokumentácie pacienta. Lekár je povinný vykonať záznam do dekurzu a vypísať Indikačný list

Indikačný list pre použitie obmedzovacích prostriedkov musí obsahovať:

- meno a priezvisko pacienta, rodné číslo
- kto rozhodol o použití obmedzujúcich prostriedkov
- druh obmedzenia, dôvod použitia
- čas, kedy k obmedzeniu došlo a čas ukončenia
- frekvenciu kontrol zdravotníkymi pracovníkmi a lekárom
- popis telesného a duševného stavu pacienta, kontrolu vitálnych funkcií
- mená zdravotníckych pracovníkov, ktorí realizovali použitie

Pacient musí byť pred realizáciou obmedzenia oboznámený, musí byť pravidelne kontrolovaný. Počas celého času obmedzenia musí byť pacientovi poskytovaná zvýšená komplexná ošetrovateľská starostlivosť, ktorá sa musí podrobne zdokumentovať.

Záver

Zo skúseností počas štyroch rokov existencie AG stanice sa potvrdilo, že zriadenie oddelenia pre agitovaných pacientov bolo nevyhnutné a veľmi prínosné.

Zminimalizovali sa napadnutia personálu, pacientov medzi sebou, ničenie zariadenia, úteky pacientov. Potvrdilo sa že i kumuláciou agitovaných pacientov na jednom oddelení, sa dá pracovať s pocitom bezpečnosti.

Negatívom je, že na oddelení sa nachádzajú dlhodobo pacienti so súdom nariadeným ochranným psychiatrickým liečením, ale i pacienti, ktorých nie je možné prepustiť do domáceho prostredia pre ich nepredvídateľné a nebezpečné správanie v exteriéri. Títo pacienti sú problematickí z hľadiska diagnostiky priebehu a ukončovania liečby.

Na našom mužskom oddelení z celkového počtu 140 pacientov, bolo hospitalizovaných ku dňu 1.8.2010 so súdom nariadeným ochranným psychiatrickým liečením 28 pacientov, z toho na AG stanici 9.

Títo pacienti si vyžadujú špeciálnu starostlivosť, dôvodom ich hospitalizácie je *detencia* – ochrana spoločnosti a jej členov pred páchatelmi, ktorí majú duševnú poruchu. Účelom detencie je umiestnenie pacienta v detenčnom ústave s osobitným liečebným režimom a následná izolácia od spoločnosti, ale zároveň mu pomôcť prekonať jeho problém. V Európskej únii sa detenčné pracoviská nachádzajú v Českej republike, Rakúsku, Maďarsku a patria do pôsobnosti ministerstva spravodlivosti.

V súčasnosti osoby, ktoré majú súdom nariadené ochranné psychiatrické liečenie sú umiestňované do jednotlivých psychiatrických liečební, pričom Zbor justičnej a väzenskej stráže nezabezpečuje ochranu týchto zariadení.

Pre dlhodobé ochranné liečby a „z neprepustiteľných“ pacientov je nutné zriadenie špecializovaného zariadenia, kde by i títo pacienti mali vhodnejšie podmienky.

Ochranné liečby na psychiatrických oddeleniach „ÁNO“ pre väčšinu pacientov, „NIE“ pre pacientov rizikových, násilných a nespolupracujúcich!

Zoznam bibliografických odkazov

Beer, D. M., Pereira, S., Paton, C.: Intenzívni péče v psychiatrii. Praha: Grada, 2005. 296 s. ISBN 80-247-0363-7, s. 39.

Marková, J., Venglářová, M., Babiaková, M.: Psychiatrická ošetrovateľská péče. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6, s. 57.

Uhláriková Andrea: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnava. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti u agitovaného pacienta. 2009. Magisterská práca

Kontakt na autora:

Mgr. Andrea Uhláriková

Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela

Malacká cesta 63, 902 18 Pezinok

e mail: uhlarikovaa@centrum.sk

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s agresívnymi prejavmi

Miloslava Bodnárová, Tatiana Hrindová

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.

Úvod

S agresívnym pacientom sa sestra na psychiatrii stretáva pomerne často. Zvládnutie násilia medzi jednotlivcami, v spoločnosti ako aj na psychiatrii je jedným z najzávažnejších problémov. Agresívne prejavy sa môžu vyskytovať pri viacerých psychických poruchách. V posledných rokoch sa i sebapoškodzovanie v širšom slova zmysle, vrátane suicídálnej aktivity považuje za prejavy agresivity zameranej voči subjektu.

Násilie medzi jednotlivcami alebo spoločnosťami sa vyskytuje od začiatku existencie ľudstva. Pre veľký výskyt násilia v médiách, najmä v televízii a vo filmoch, sa stávajú divákmi násilných činov ľudia všetkých vekových kategórií. Pretože sa násilie predstavované takou formou spoločensky prijíma, neprekvapuje, že sa zvládnutie násilia medzi jednotlivcami a v rodinách stalo jedným z najzložitejších problémov.

Agresivita je vlastnosť, ktorá je spoločná zvieratám aj ľuďom. Každý človek je agresor, aj keď sa značne odlišujeme v miere agresivity a vo forme akou ju prejavujeme navonok.

V priebehu posledných tridsať rokov sa výrazne zvýšila potreba pre najzávažnejšie chorých a agresívnych pacientov zriaďovať špecializované oddelenia s bezpečnou, intenzívnou ošetrovateľskou a lekárskou starostlivosťou.

Sestra pracujúca v psychiatrii musí mať o ošetrovateľskej starostlivosti o agresívneho pacienta dostatočné vedomosti a zručnosti, aby ich vedela akceptovať a zohľadniť v starostlivosti o duševne chorého agresívneho pacienta.

Agresiou a násilím môžeme označiť choré, nenormálne, všeobecne nežiaduce spoločenské javy. Násilie na človeku postihuje predovšetkým jeho sociálne správanie. Vyvoláva strach a obavy, aktualizuje existenčné obranné procesy. Doposiaľ je vymedzenie pojmu násilie veľmi nepresné.

Základom násilia je predovšetkým fyzické násilie. Jeho charakteristickým znakom je úmysel. Násilie nie je žiadnou "náhodou" ani "osudom". Je následkom istého druhu ľudského konania, ktoré je zámerné. Mnohí autori pokladajú i psychické násilie iba za formu obavy pred možným fyzickým, resp. telesným násilím. (Heretik, 1999)

Agresivita je teda prežívaný stav a agresia je pozorovateľné správanie, ktoré je vyjadrované fyziologicky vegetatívnym podráždením a smeruje k použitiu fyzického alebo psychického násilia proti osobám alebo veciam, bez toho, aby pre to existovali rozumné alebo adekvátne príčiny. (Hoschl, Libiger, Švestka, 2004)

K najčastejším diagnózam, pri ktorých dochádza k agitovanosti a agresii pacienta, môžeme zaradiť alkoholovú alebo drogovú závislosť, manický stav, paranoidnú schizofréniu, psychózu.

Akútny nepokoj zahrňuje: vyhrážky, násilie voči iným osobám, ničenie majetku, emocionálne reakcie, psychologickú tieseň, aktívne sebapoškodzovanie, slovné výhrady, halucinatórne správanie, stratu zábran, dezorientáciu, zmätené správanie a prehnanú fyzickú aktivitu. K ohrozovaniu sú používané predmety dennej potreby, napr. stolička, pohár, príborové nože.

Nepokojné správanie môže byť niekedy predpokladané – napríklad informovanie chorého o nútenom prijatí podľa zákona o duševnom zdraví, zamietnutím žiadosti o vychádzku, podanie medikácie proti vôli pacienta. (Boleloucký a kol., 1993)

Často je však akútne problémové konanie nepredvídateľné. Niektorí z personálu alebo pacientov povie alebo urobí niečo, čo si paranoidný pacient mylne vyloží a neúnosne sa tým rozruší. Myšlienkový proces vedúci k tomuto správaniu nemusí byť ostatným vždy jasný.

Psychiatrické ošetrovatel'stvo je zamerané na komplexnú ošetrovatel'skú starostlivosť o psychicky chorých. Ošetrovatel'ská starostlivosť poskytovaná metódou ošetrovatel'ského procesu sa ukázala ako veľmi účinná práve u pacientov s psychickým ochorením.

Psychiatrické ošetrovatel'stvo sa zakladá na intervenciách, ktorými sestra pomáha pacientovi konzistentne a kontinuálne využívať nové, resp. zdravé spôsoby správania. Úlohou sestier, ktoré pracujú s psychiatrickými pacientmi, je nielen pomáhať pacientom, ale počas terapeutickej intervencie monitorovať aj vlastné správanie a reakcie.

Ošetrovatel'ský proces je najefektívnejším prostriedkom riešenia problému a včlenenia prebiehajúcej introspekcie do koordinovanej a cielenej starostlivosti o pacienta.

Využitie modelu ošetrovatel'ského procesu má viaceré výhody. Jeho flexibilita a všestrannosť umožňujú, že sa dá aplikovať u rozličných pacientov odkázaných na zdravotnú starostlivosť. (Janosiková, Daviesová, 1999)

Posudzovanie

Agresívni pacienti majú sklon k poškodzovaniu seba alebo iných. U agresívneho pacienta si sestra všíma:

- pocity, ktoré sa viažu na hnev – nenávisť, zúrivosť, agresivita,
- vykrikovanie, nadávanie, hľadanie obetného baránka,
- požadovačnosť, vyhrážanie, ubližovanie.

K menej zreteľným prejavom zlosti patrí vtípkovanie na účet druhých, irónia, sarkazmus, podozrievavosť a neochota spolupracovať.

Diagnostika

Ošetrovateľská diagnóza obsahuje stručné pojmy, ktoré výstižne a efektívne charakterizujú pacientove potreby, problémy a ciele. Vzťahuje na súčasné pacientove problémy.

Plánovanie

V súvislosti s plánovaním starostlivosti o agresívneho pacienta sestra musí:

- priebežne kontrolovať verbálne a neverbálne prejavy v súvislosti s agresívnym správaním;
- monitorovať zmeny a striedanie nálad u pacienta;
- realizovať u pacienta individuálne pohovory so zameraním na následky nevhodného správania voči okoliu;
- informovať pacienta o nutnosti užívania liekov;
- pri každom výraznom zhoršení psychického stavu informovať lekára.

Zaistenie bezpečného prostredia

- Vo všetkých priestoroch oddelenia musí byť dobrá viditeľnosť.
- Poplašné zariadenie musí byť neustále ľahko dostupné.
- Reakcia personálu na alarm musí byť rovnaká.
- Na oddelení musí byť minimálne množstvo predmetov, ktorými sa dá pohybovať, tie musia byť veľké a bezpečne skonštruované.
- Na oddelení musí prebiehať program štruktúrovaných aktivít pre pacientov, napr. hry, vychádzky do záhrady.

Realizácia

Zvládnutie náhle vzniknutého nepokojného a problémového správania

K prevencii vzniku násilného a agresívneho správania používame techniky skludnenia:

- stojíme v bezpečnej vzdialenosti od pacienta a v dosahu únikového východu a poplašného zariadenia;
- zostaneme v klude, nerobíme žiadne prudké pohyby, svoje zámery oznamujeme jasne, isto a v predstihu;
- zapojíme pacienta do rozhovoru a snažíme sa ho presvedčiť;
- u odolávajúcich pacientov zvážime ďalší postup.

Vyhodnotenie

Vyhodnotenie pacientovej reakcie je základom prehodnocovania zmeny priorit a priebežnej revízie ošetrovateľského plánu.

Na všetkých akútnych psychiatrických oddeleniach musia byť spísané štandardy a spôsoby zvládania nepokojných pacientov.

Pacient môže byť v psychiatrickej starostlivosti obmedzený viacerými spôsobmi, k jeho "fyzickému obmedzeniu" patrí:

- mechanické obmedzenie – fixácia pohybu jedinca rôznymi pomôckami, napr. koženými pásmi, putami;
- manuálne obmedzenie – pacientovi v pohybe bráni ošetrovateľ.

Obmedziť pacienta pomocou manuálnej reštrikcie je prípustné, ak sa dá:

- predísť bezprostrednému ohrozeniu pacienta a ďalších osôb a všetky ostatné spôsoby zvládnutia pacienta sa ukázali ako neúčinné;
- umožniť aplikáciu nedobrovoľnej medikácie, ktorá je klinicky aj právne ospravedlňiteľná

Výchova akýmkoľvek obmedzením – je sporná a otvára problematiku o averzívnych behaviorálnych technikách a účinnosti negatívneho posilňovania. Vo väčšine prípadov je manuálne obmedzenie pacienta používané podľa rozhodnutia lekára pri neodkladných situáciách – pri potenciálnom nebezpečenstve a prebiehajúcim agresívnom incidente. Jeho rozhodnutie závisí na znalostiach o postihnutom jednotlivcovi, zdravotnom stave pacienta a zhodnotení rizika pre prítomné osoby. Obecným pravidlom je, že toto rozhodnutie musí byť vyvážené výhodami.

Ak musíme pacienta obmedziť z dôvodu podania medikácie a liečby, prevádzame to vo vhodnom čase, mieste a s náležitým množstvom a zložením personálu. Personál musí mať na pamäti riziko zranenia pri práci s rozrušeným pacientom.

Primeraná ošetrovateľská intervencia by mala zahŕňať tieto ošetrovateľské intervencie:

- chrániť pacienta pred poškodením seba a iných;
- umožniť pacientovi prejsť pocity zlosti verbálne, resp. iným bezpečným a sociálne prijateľným spôsobom;
- uľahčovať preskúmanie príčin hnevu a jeho ventilovanie bez toho, aby sa pacient musel obávať odsúdenia či odplaty;
- viesť pacienta tak, aby spoznal problémy ktoré spôsobujú jeho agresívne správanie.

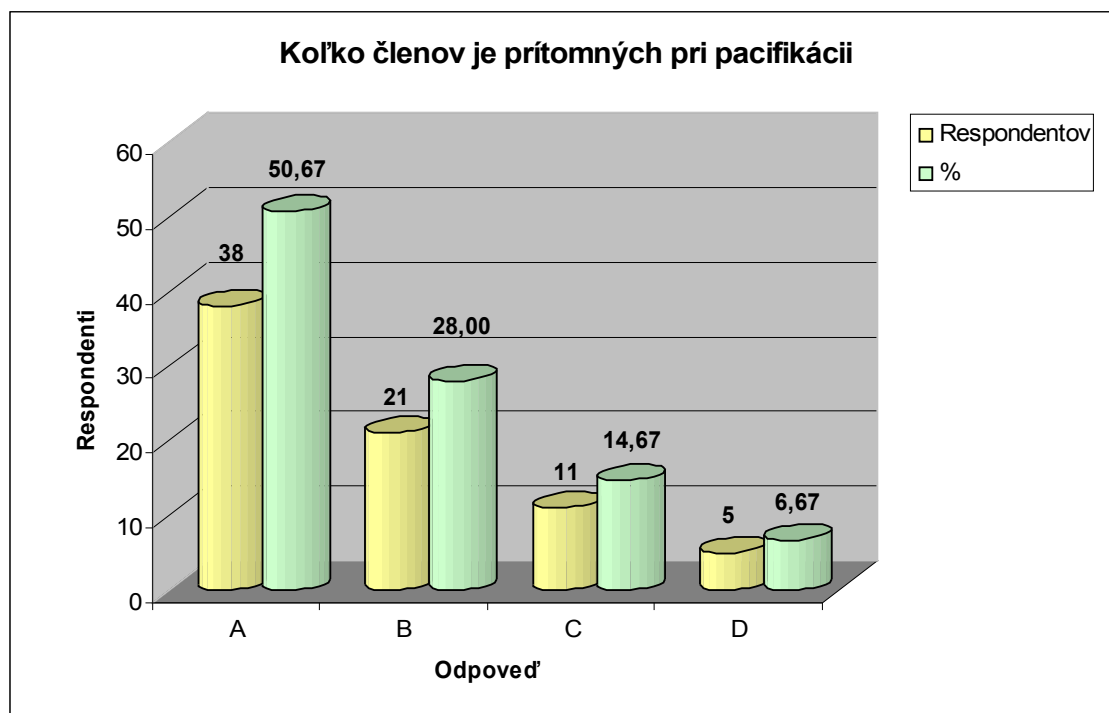
V našej práci sa zaoberáme problematikou ošetrovateľskej starostlivosti o agresívneho pacienta. Agresivita u hospitalizovaných pacientov s duševným ochorením nie je ničím neobvyklým, no napriek tomu sa o nej na verejnosti veľa nerozpráva. Cieľom prieskumu konaného v psychiatrických liečebniach a nemocniciach SR bolo poukázať, ako vnímajú sestry riziká spojené s ošetrovaním nepokojných a agresívnych pacientov. Prieskumom chceme zistiť, s akou najčastejšou formou agresie prichádzajú sestry do styku, zistiť ako sestry vnímajú počet personálu asistujúceho pri fyzickom obmedzovaní agresívneho pacienta, ako aj zistiť, či sestry cítia potrebu dozvedávania sa pri ošetrovaní *agresívneho pacienta*.

PRIESKUM

V čom vidia sestry nedostatky pri ošetrovaní agresívneho pacienta?

Otázka:

Koľko členov ošetrovateľského personálu je prítomných pri fyzickom obmedzení na vašom oddelení?



Z odpovedí vyplýva, že až u 38 respondentov – 50,7 % sú pri fyzickom obmedzení pacienta prítomní len 2 členovia personálu, u 21 respondentov, t.j. 28 % sú to 3 členovia, 4 členovia sa zúčastňujú pacifikácie u 11 respondentov, čo tvorí 14,6 %, 5 členov personálu asistuje u 5

respondentov – 6,7%. Z odpovedí na danú otázku vyplýva, že najčastejšie pri pacifikácii agresívneho pacienta asistujú len 2 členovia ošetrovateľského personálu, čím sa podceňuje využívanie fyzickej prevahy v praxi.

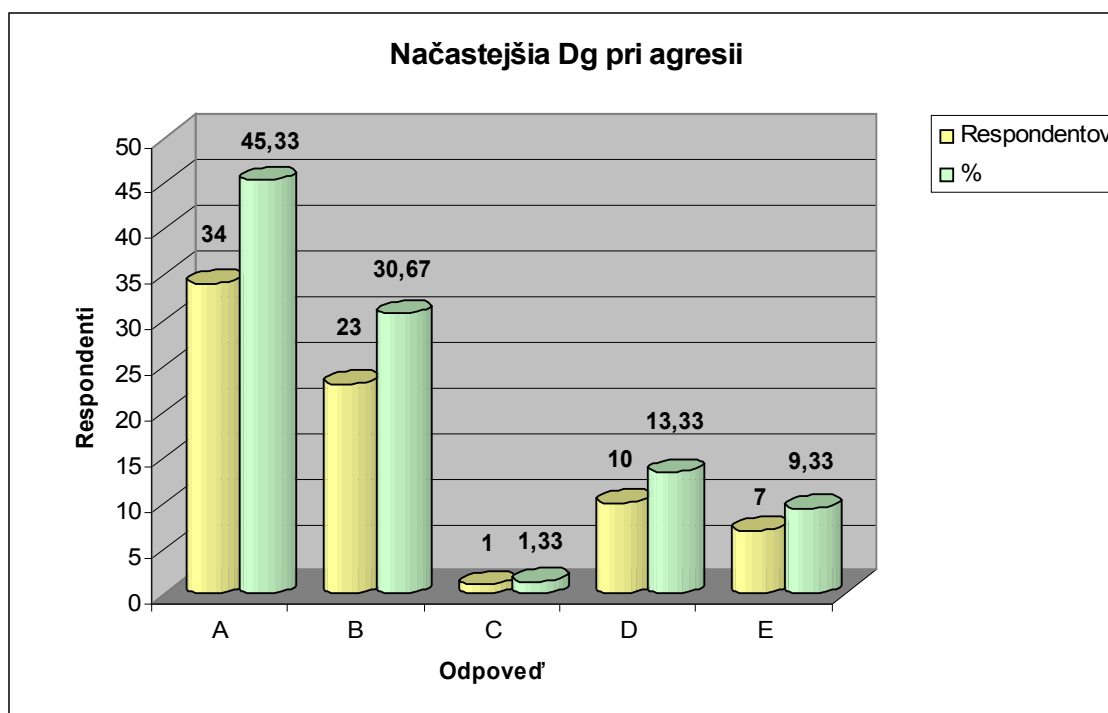
Z odpovedí na túto otázku vyplynulo, že najväčšie nedostatky vidia sestry v nedostatočnom počte personálu asistujúceho pri fyzickom obmedzovaní pacienta. Podľa výsledkov prieskumu pri fyzickom obmedzovaní agresívneho pacienta najčastejšie asistujú 2 členovia ošetrovateľského tímu. Ako ďalší dôvod sestry uviedli nevyhovujúce priestory.

S akou formou agresie sa sestry najčastejšie stretávajú vo svojej práci?

Otázka :

Pri akej diagnóze sa podľa vášho názoru najčastejšie vyskytuje agresia u pacientov:

- a) schizofrénia
- b) závislosť od alkoholu
- c) úzkostná porucha
- d) mánia
- e) iné



V tejto otázke až 34 respondentov – 45,3% uviedlo schizofréniu ako najčastejšiu diagnózu súvisiacu s agresívnymi prejavmi, 23 respondentov – 30,7% uviedlo závislosť od alkoholu,

1 respondent – 1,3% uviedol úzkostnú poruchu . Mániu ako najčastejšiu diagnózu pri agresii uviedlo 10 respondentov – 13,3%. Z odpovedí na túto otázku vyplýva, že najčastejšia diagnóza súvisiaca s agresiou je schizofrénia

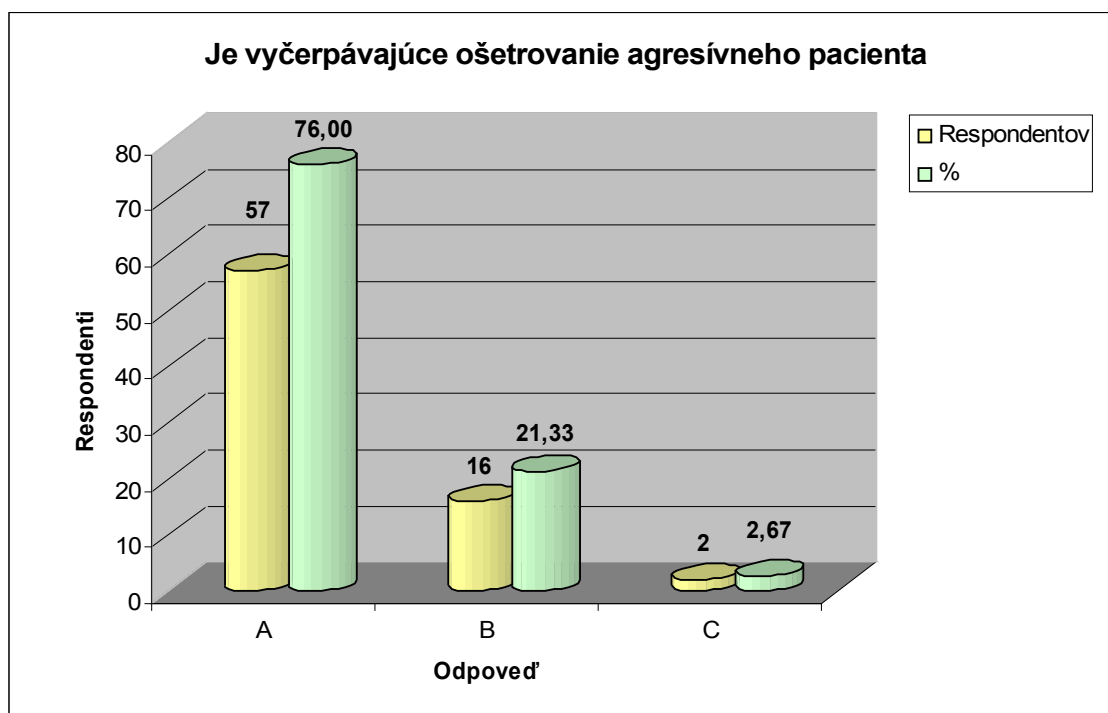
Z prieskumu vyplynulo, že sestry pracujúce v psychiatrických zariadeniach sa vo svojej práci najčastejšie stretávajú s verbálnou formou agresie, druhá najčastejšia forma je priama fyzická agresia. Tieto formy sa najčastejšie vyskytujú pri schizofróniach a najčastejšie sú ovplyvnené halucináciami a agresiou v afekte.

Je podľa sestier práca s agresívnym pacientom emočne vyčerpávajúca?

Otázka :

Je pre vás ošetrovanie agresívneho pacienta psychicky vyčerpávajúce?

- a) áno
- b) niekedy
- c) nie



Na túto otázku 57 respondentov – 76% uviedlo , že ošetrovanie agresívneho pacienta je pre nich vyčerpávajúce, 16 respondentov, t.j. 21,3% uviedlo , že ich táto práca vyčerpáva len niekedy.2 respondentov – 2,7% práca s agresívnym pacientom psychicky nevyčerpáva. Ošetrovanie agresívneho pacienta je psychicky vyčerpávajúce, čo potvrdilo až 76% respondentov.

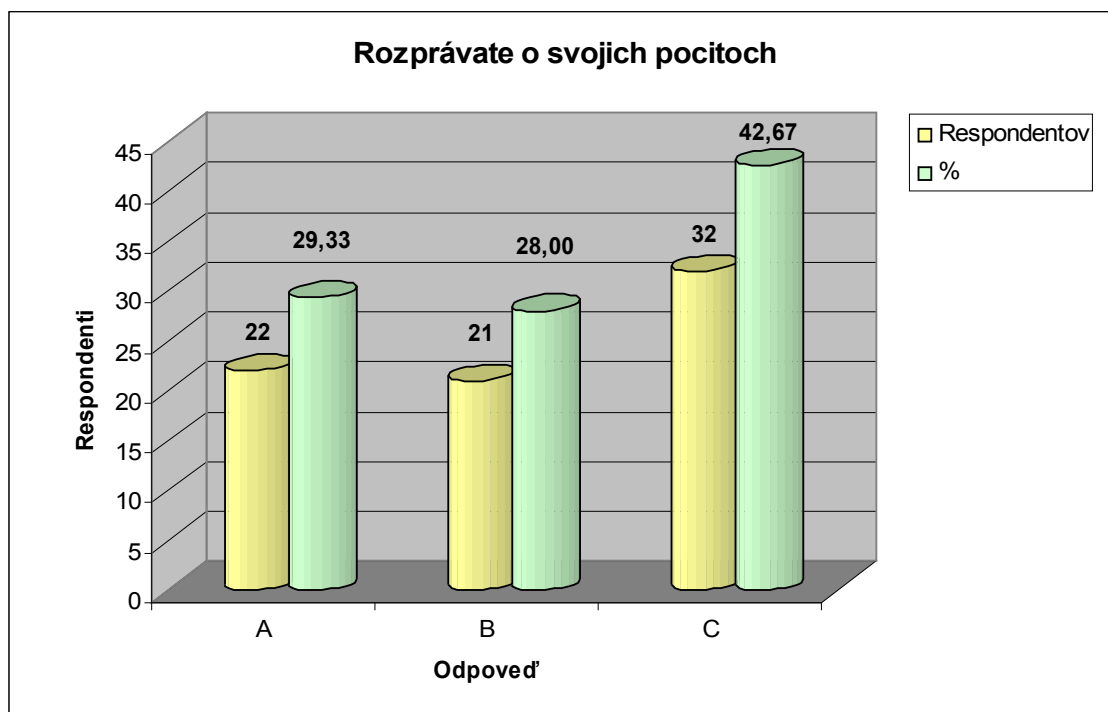
V dnešnej dobe agresia stúpa nielen v psychiatrických zariadeniach. Z odpovedí na túto otázku vyplynulo, že práca sestier s agresívnym pacientom je psychicky vyčerpávajúca, u väčšiny sestier sa po intervencii vyskytujú negatívne emócie.

Majú sestry potrebu rozprávať o svojich pocitoch po fyzickom obmedzení pacienta?

Otázka:

Zvyknete sa rozprávať o svojich pocitoch po fyzickom obmedzení pacienta?

- a) áno
- b) nie
- c) niekedy



O svojich pocitoch zvykne po fyzickom obmedzení pacienta rozprávať 22 respondentov – 29,3%, 32 respondentov, t.j. 42,7% o svojich pocitoch rozpráva len niekedy a 21 respondentov – 28% o svojich pocitoch po intervencii nerozpráva vôbec.

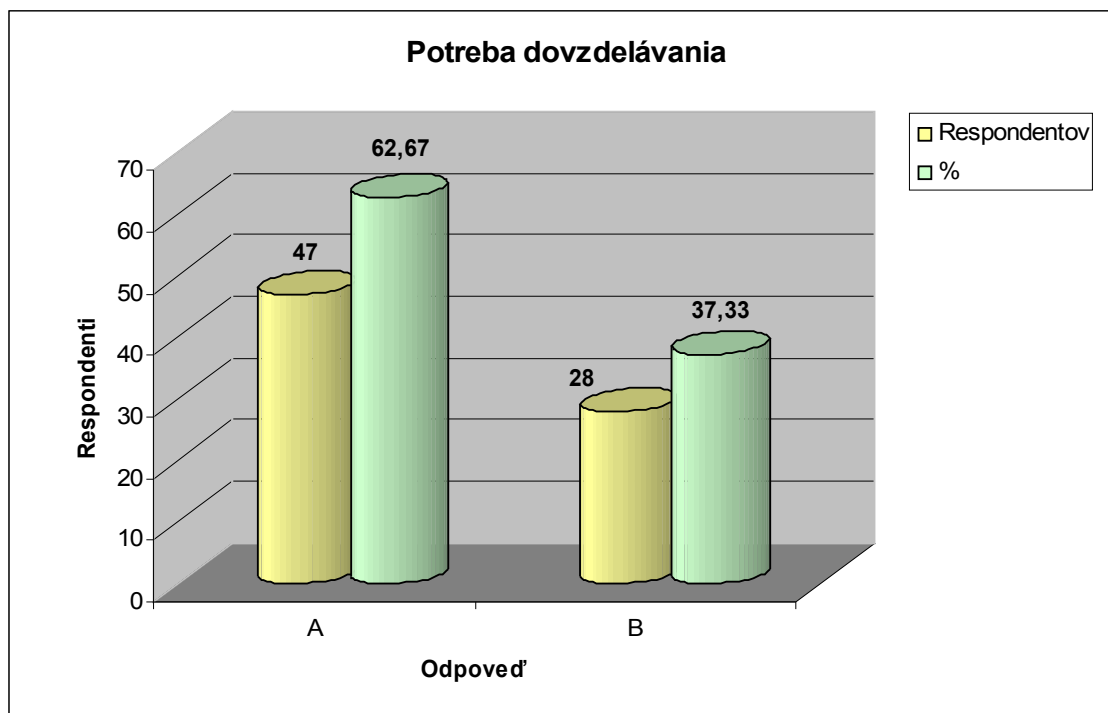
Rozprávať o svojich pocitoch po intervencii majú sestry len niekedy, záleží na okolnostiach súvisiacich s pacifikáciou agresívneho pacienta. Najčastejšie sa o svojich pocitoch po zásahu rozprávajú s kolegom na oddelení.

Cítia sestry potrebu ďalej sa vzdelávať v téme Ošetrovateľská starostlivosť o agresívneho pacienta?

Otázka:

Cítite potrebu vzdelávať sa v téme Ošetrovanie agresívneho pacienta?

- a) áno
- b) nie



K tejto otázke 47 opýtaných respondentov – 62,7 % uviedlo , že cíti potrebu dozvedelania sa v téme Ošetrovanie agresívneho pacienta, 28 respondentov – 37,3 % túto potrebu necíti. Ochota dozvedelania sa u 62,7 % potvrdzuje záujem o profesionalizáciu výkonu sestier, pri ošetrovaní agresívneho pacienta. Táto skutočnosť má hlboký význam z právneho, ale aj morálneho hľadiska poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Ošetrovateľská starostlivosť o agresívneho pacienta nesie so sebou aj mnohé riziká. Väčšina sestier cíti potrebu vzdelávania sa v danej téme. Sestrám by najviac vyhovovali názorné ukážky obmedzovania agresívneho pacienta.

Psychiatrické sestry trávajú s pacientom najviac času a sú vystavené mnohým špecifickým situáciám s etickým kontextom. Cieľom našej práce bolo poukázať na riziká s akými sa sestra pri práci s agresívnym pacientom často stretáva. Prieskum dokázal, že ošetrovateľská starostlivosť

o agresívneho pacienta je pre sestry psychicky vyčerpávajúca, často sú toho dôvodom personálne podmienky, t.j. nedostatočný počet personálu asistujúceho pri fyzickom obmedzení pacienta. Príčiny odlišností postojov sestier pri ošetrovaní agresívneho pacienta sú sprevádzané v závislosti od pracovného zaradenia a dĺžky praxe.

Patrí k profesionálnym schopnostiam sestier vedieť sa s neštandardnou situáciou vyrovnáť. Každý úspech je súčasne obohatený našou osobnosťou a rozšírením schopností.

Zoznam bibliografických odkazov

BOLELOUCKÝ, Z. a kol. *Hraniční stavy v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. 230 s. ISBN 80-7169-029.-5.

HERETIK, A. *Extrémna agresia I*. 1. vyd. Nové Zámky: AZ Print, 1999. 280 s. ISBN 80-968083-3-8.

HOSCHL, C.- LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2 vyd. Praha: Tigris, 2004. 883 s. ISBN 80-9001-307-4.

JANOSIKOVÁ, E. H.- DAVIESOVÁ, J. L. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*, 1. Slovenské vyd. Martin: Osveta, 1999. 551 s. ISBN 80-8063-017-8.

Kontakt na autorov:

Mgr. Miloslava Bodnárová

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

Areál psychiatrickej nemocnice, Stráňany, 071 01 Michalovce

email: nununa@centrum.sk

PhDr. Tatiana Hrindová

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

Areál psychiatrickej nemocnice, Stráňany, 071 01 Michalovce

email: hrindova@pnmi.sk

Použitia obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť

Alena Kršková

Psychiatrická nemocnica profesora Matulaya v Kremnici

Psychické poruchy sa vyskytujú u ľudí od nepamäti a sprevádzajú človeka počas celej známej histórie ľudstva. Každá spoločnosť sa musela zaoberať problémami, ktoré v oblasti duševného zdravia a ochorenia prinášala doba. Naše zdravotníctvo je v súčasnosti charakterizované rôznymi inováciami a legislatívnymi zmenami, ktoré by mali náš rezort stavať stále do lepšej pozície v našej spoločnosti. Špecifikom v našom zdravotníctve je práve psychiatria, ktorá postupom času prestala byť tabuizovaná a napriek nízkej popularite v spoločnosti musí čeliť tlaku verejnosti a riešiť také problémy, ako sú obmedzenia pacientov, čo v laickej verejnosti vyvoláva nedôveru voči tomuto odboru.

Človek ako taký, má svoju dôstojnosť a táto by nemala byť nikdy porušovaná. Človeka je nutné vnímať a rešpektovať v jeho celistvosti a vo všetkých jeho dimenziách, preto ak je to možné, má duševne postihnutý rovnaké práva ako človek s ochorením somatického charakteru. Má právo na humánne a dôstojné zaobchádzanie, na ochranu pred akýmkoľvek zneužívaním, pohrdaním, týraním a ponižujúcim jednaním.

Psychiatria je odbor, ktorý je zvlášť často skloňovaný s etickými dilemami, dodržiavaním a ochranou ľudských práv duševne chorých pacientov. Kontroverziou k týmto aspektom je obmedzujúca terapia. (Janosiková, Daviesová, 1999, s.498). Vo všeobecnosti sa v našej spoločnosti vytráca morálka, dôstojnosť, zmysel pre kultúrnosť a základné návyky slušnosti. Preto sa na našich pracoviskách pri práci s duševne chorými stretávame stále častejšie s agresivitou a ťažko usmerniteľnými osobami s možnosťou nepredvídateľných reakcií a incidentov. Zvládnuť takéhoto pacienta je možné len s využitím veľmi nepopulárnych opatrení a to použitím obmedzovacích prostriedkov. Ak hovoríme o obmedzovacích prostriedkoch máme na mysli najmä umiestnenie pacienta v izolačnej miestnosti, umiestnení v ochrannom lôžku, pripútanie pacienta k lôžku, použitie telesnej prevahy a použitie zábran v pohybe – ochranné pásy, parenterálne podanie psychofarmák. Použitie obmedzovacích prostriedkov považujeme za krajné riešenie v prípadoch, keď je to neodkladne nutné pre ochranu pacienta, bezpečnosť a ochranu ostatných pacientov a tiež ochranu samotného personálu psychiatrických zariadení. Môžeme k nim pristúpiť len vtedy, keď už boli vyčerpané ostatné možnosti. Je dôležité definovať dôvod prečo sa rozhodujeme pre použitie takýchto prostriedkov. Dôvodom nikdy nesmie byť uľahčenie starostlivosti alebo obyčajný nekľud

pacienta (Dušek, Večeřová-Procházková, 2005, s.161). Je vždy treba pátrať po príčinách problémového správania sa pacientov, po bolesti, po nepohodlí, vedľajších účinkoch liečiv, stresu, zlom vzťahu medzi pacientom a personálom a po iných ochoreniach. Použitie ochranných prostriedkov je možné iba vtedy, keď nemôžeme nájsť odstrániteľnú príčinu správania pacienta a v situáciách, keď je riziko zo správania pacienta príliš vysoké. Všeobecne platí, že prínos použitia obmedzenia musí byť vyšší než jeho riziko. (Vestník MZ SR z 29.mája 2009).

Indikácia použitia obmedzovacích prostriedkov je vždy v kompetencii lekára, ktorý je povinný urobiť zápis. Zápis musí obsahovať meno lekára, ktorý rozhodol o použití obmedzovacích prostriedkov, druh obmedzenia, dôvod použitia obmedzovacích prostriedkov, dobu v ktorej k obmedzeniu došlo, dobu ukončenia obmedzenia, frekvenciu kontrol pacienta zdravotníckymi pracovníkmi a lekárom, popis telesného a duševného stavu pacienta, kontrolu funkcií, ktoré je nutné sledovať. O každej zmene prejavov pacienta je zdravotnícky pracovník povinný informovať lekára. Zápis o použití obmedzenia eviduje dodatočne pri vizite primár oddelenia.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky k používaniu obmedzovacích prostriedkov u pacientov v zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich psychiatrickú starostlivosť nám tiež stanovuje v akých prípadoch je možné tieto prostriedky použiť. Jedná sa o zdravotné príčiny psychózy, organické poruchy, závažné poruchy správania spojené s agresivitou voči sebe alebo okoliu, pokračujúca suicidiálne konanie pacienta, akútne terapeutické intervencie, nevyhnutné vyšetrovacie úkony.

Obmedzovacie prostriedky je možné použiť iba výnimočne v prípadoch, keď sú iné možnosti vyčerpané. Pacient obmedzený takýmito prostriedkami musí byť kontrolovaný v pravidelných intervaloch, čo najviac chránený pred rizikom zranenia, zabezpečený aby u neho nedošlo k dehydratácii, podvýžive, podchladeniu a preležaninám. Nie je vhodné, aby bol pacient, u ktorého boli použité obmedzovacie prostriedky umiestnený v priamom kontakte so spolupacientmi, u ktorých tieto neboli aplikované. Po ukludnení pacienta je dôležité, aby s ním ošetrojúci lekár – pokiaľ je pacient schopný chápať zmysel a dôvod obmedzenia – prejednal dôvody a potrebu obmedzení, prípadne okolnosti, ktoré by mohli v budúcnosti viesť k mechanickému obmedzeniu. U osôb zbavených svojprávosti vyjadruje súhlas s obmedzením v primeranej dobe opatrovník, u pacientov mladších ako 18 rokov informuje dodatočne ošetrojúci lekár rodičov alebo zákonných zástupcov a vyžiada si ich súhlas.

Starostlivosť o psychicky chorých je nesmierne náročná a zodpovedná práca, v ktorej realizujeme aj také nepopulárne opatrenia ako je obmedzovanie pacientovej slobody. Takúto činnosť vždy konáme so základným etickým princípom beneficiencie – čiže konaním dobra a non-malaficiencie teda vyhýbaním sa konaniu zla a preto, všetko čo robíme, robíme v prospech pacienta

s plným rešpektovaním jeho súkromia, vierovyznania, vzdelania, rasy, národnosti, pohlavia a slobody.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DUŠEK, VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. Prvá pomoc v psychiatrii. Praha: Grada publisin, 2005, 176 ISBN 80-247-0197-9
2. JANOSIKOVÁ, E.H., DALESOVA, J.L. Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Martin: Osveta, 1999, 530 ISBN 80-063-017-8, ISBN 0-316-45752-3 /angl. orig/

Legislatívne dokumenty

Nové usmernenia a vyhlášky MZ SR (január – jún 2009)

Vestník MZ SR z 29. mája 2009

O použití obmedzujúcich prostriedkov v psychiatrii.

Kontakt na autora:

Mgr. Alena Kršková

Psychiatrická nemocnica profesora Matulaya

ul.ČSA 234, 967 01 Kremnica

Telefón: 045 6705515

e-mail: pelop@centrum.sk

Samovraždy a samovražedný pokus

Iveta Kukľová, Michaela Cubová

Psychiatrické oddelenie, NsP Sv. Jakuba, n.o., Bardejov

Úvod

Samovražda je jav, ktorý po celé storočia priťahuje pozornosť verejnosti. Vo viacerých krajinách sa zaraďuje medzi desať hlavných príčin úmrtia. Spoločenský a psychologický vplyv samovraždy na spoločnosť je nemerateľný a to hlavne v súčasnosti, pretože rozvoj a zvyšovanie životnej úrovne nesú so sebou aj zvýšené požiadavky na jednotlivca. Samovražda sa nepovažuje za chorobu, a nemusí byť ani jej prejavom, ale psychické poruchy sú hlavným faktorom, ktorý ju sprevádza a v psychiatrickom ošetrovatelstve sa s ňou stretávame často. Riešenie problémov, ktoré súvisia so samovražedným konaním a samovraždou si vyžaduje tímovú spoluprácu všetkých zainteresovaných odborníkov. Sestra, ktorá prichádza do kontaktu so suicidálnym pacientom by mala vedieť dešifrovať signály, ktoré pacient vysiela. To sa jej podarí iba ak pozná dostatočne problematiku samovrážd a samovražedného konania.

Charakteristika a vývoj

Samovražda (lat. suicídium) znamená zabitie seba. Ide o poruchu sebazáchovy, o vedomé a úmyselné ukončenie života, nech sú už príčiny akékoľvek. Suicidalita sa ako symptóm môže objaviť u všetkých psychiatrických ochorení, ale aj nezávisle na psychiatrickom ochorení pri vážnych životných krízach. Jednou z možností hľadania príčin samovražedného konania je odhaľovanie takých rizikových faktorov, ktoré sa javia ako motivácia tohto správania. Na základe štúdiá empirických poznatkov sú motivácie takéhoto konania vo vzťahu primárne buď k biologickým, alebo sociálne psychologickým rizikovým faktorom, alebo môžu byť ich kombináciou.

K biologickým rizikovým faktorom zaraďujeme: pohlavie, pokusy o samovraždu, depresívnu symptomatológiu, abúzus alkoholu a somatické choroby (život ohrozujúce, bolestivé alebo chronické ochorenia).

K sociálno – psychologickým faktorom zaraďujeme: vyčlenenie z rodiny, nezamestnanosť, strata sociálnej podpory, domáce násilie, pocit osamotenía a beznádeje pochádzajúcej z pokusov dosiahnuť dôležité životné ciele, čo následne vedie k reakcii sklamanía alebo k syndrómu demoralizácie. (Kafka et al., 1998)

Podľa MKCH 10 suicídium rozdeľujeme na dokonané samovraždy (suicídium) a samovražedné pokusy (tentamen suicidii). Samovraždu môžeme rozdeliť na biickú, kde motív vychádza z reality a patickú, kde je prítomná psychopatológia. Jednou z foriem biickej samovraždy je samovražda bilančná, ktorá sa objavuje skôr u starších ľudí. Patické samovraždy sú spojené napríklad s depresiou (hlboká depresia so suicidálnymi úmyslami, pocitmi viny, bludmi, beznádejou, negatívnymi očakávaniami od budúcnosti.), so schizofréniou (pocitmi prenasledovania, úľava od neznesiteľných bludov alebo halucinácií.), s alkoholizmom spojeným s depresiou, ťažkým abstinenčným syndrómom či alkoholovou halucinózou. (Marková et al., 2006)

Samovražedné konanie, samovražedný pokus (tentamen suicidii) je správanie, ktorým si človek vynucuje určitú pozornosť tým, že je pritom ochotný podstúpiť aj riziko smrti. (Kafka, 1998) Má väčšinou impulzívny charakter. Samovražedný pokus nemôžeme vždy jednoznačne hodnotiť ako nedokonanú samovraždu. Veľmi často môže ísť o takzvané volanie o pomoc, kde jedinec, ktorý sa cíti v zúfalej situácii, podstúpi samovražedný pokus, ktorým chce pripútať pozornosť okolia k pocitom bezvýchodiskovosti a zúfalstva. Hranica medzi samovraždou a samovražedným pokusom je veľmi neostrá. Samovražedné pokusy môžu nechtiac skončiť smrťou. (Hoschl, et al., 2004) Riziko opakovania samovražedného pokusu je najvyššie v prvých šiestich mesiacoch po pokuse, 20% jedincov zopakuje do roka svoj suicidálny čin a 10% ľudí zomrie do 10 rokov na dokonané suicídium. Suicidálne pokusy realizujú predovšetkým ženy, muži prevládajú pri dokonaných samovraždách. Samovražedné správanie vzniká postupne. Myšlienky na samovraždu spočiatku nemajú konkrétny obsah, jedinec sa im bráni a snaží sa ich potláčať. Ďalším stupňom sú suicidálne tendencie, tým sa jedinec už nebráni, ale má k nim zatiaľ pasívny a ambivalentný postoj. V ďalšom vývoji sa už stotožňuje s myšlienkami na koniec života, začína premýšľať o najvhodnejšom spôsobe smrti, objavujú sa suicidálne úvahy. Nasleduje rozhodnutie o realizácii suicidia, ktoré môže u človeka vyvolať ukludnenie a u okolia predstavu zlepšenia stavu jedinca. (Marková et al., 2006)

V úvode suicidálneho vývoja pozorujeme takzvaný Ringelov presuicidálny syndróm, ktorý tvorí:

– *zúženie subjektívneho priestoru* – obmedzenejšie prežívanie a vnímanie, jednostranné vnímanie reality, človek je bezmocný, nevie ako ďalej, izoluje sa, je prítomné ochudobnenie medziľudských vzťahov, osamelosť, emócie sú zamerané jednostranne, dominuje zúfalstvo, strach, bezmocnosť a úzkosť, chorý stráca schopnosť svoje emócie regulovať, niektoré životné oblasti strácajú na zaujímavosti, vidí len to, čo ho znehodnocuje,

– *zablokovanie agresivity alebo jej obrátenie voči sebe* – človek je stále viac presvedčený, že nemá kvality ani schopnosti, ktoré by mal mať, že sám zavinil celú situáciu z ktorej nie je

východisko, znehodnocuje sa, cíti k sebe nenávisť a hnev,

– *naliehavé samovražedné fantázie* – pranie byť mŕtvy, predstavy o samovražde, o spôsobe jej prevedenia, fantázie prinášajú úľavu sú stále lákavejšie, postupne vyzerajú ako jediná alebo najlepšia cesta riešenia situácie. (Marková et al., 2006)

Výber spôsobu samovraždy je vo väčšine prípadov podmienený možnosťami jednotlivca, preto je najfrekvencovanejším spôsobom porezanie žíl, obesenie, skok z výšky, hodenie sa pod vlak, použitie liekov alebo chemikálií, utopenie alebo použitie strelnej zbrane. Spôsob samovraždy závisí od dvoch faktorov, a to od samého samovraha a od prostredia či podmienok na vykonanie činu. Výber samovražednej metódy poukazuje na hĺbku motivácie samovražedného konania. Aby sme mohli správne odhadnúť riziko suicídia musíme si pozorne všímať prejavy pacienta. Najdôležitejším kritériom je suicidálny plán, pri ktorom hodnotíme štyri hlavné zložky:

- letalita metódy, ktorú pacient plánuje použiť,
- dostupnosť prostriedku,
- premyslenosť do detailov
- a príprava na smrť.

Rovnako je dôležité si všímať, či pacient neopisuje detaily suicidálneho plánu (kde, kedy, ako) a či napríklad už neurobil aj potrebné kroky, napríklad spísanie závetu, rozdanie svojich cenností a podobne, čo svedčí o vysokej pravdepodobnosti suicidálneho zámeru. Obesenie, alebo plánované použitie strelnej zbrane je letálnejšie ako úmysel použiť lieky či porezať si žily, pretože v posledných dvoch prípadoch zostáva čas na záchranu. Musíme posúdiť aj aktuálne stresory a pacientove schopnosti vysporiadať sa s nimi a prispôbiť sa im. Verbálne náznaky suicidálneho zámeru môžu byť nepriame alebo priame. Priame odkazy môžu obsahovať vety typu: „Chcem zomrieť.“, „Zabijem sa!“, nepriame sú miernejšie, napríklad „Keď sa vrátiš, už tu nebudem.“ Podobne aj náznaky v správaní pacienta môžu byť priame a nepriame. Najzreteľnejším príkladom priameho signálu v správaní pacienta je suicidálny pokus. Z psychických porúch musíme na suicidálne tendencie myslieť hlavne pri depresii, psychóze a agitovanosti. O závažnej depresii svedčí strata záujmov a apatia, sociálne utiahnutie sa, zníženie hmotnosti, porucha spánku, strata chuti do jedla (Janosiková et al., 1999).

Ošetrovateľská starostlivosť o suicidálneho pacienta

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je v prvom rade ochrana zdravia a života. Človeka s vysokým suicidálnym rizikom, ktorý sám nad sebou stráca pocit kontroly, je potrebné hospitalizovať. Pokiaľ však pacient nesúhlasí prípadne je diagnostikovaná hlboká depresia, alebo

iné závažné psychické ochorenie, je nutné pristúpiť k hospitalizácii v lôžkovom psychiatrickom zariadení, a to aj napriek odporu postihnutého. Akútne suicidálne nebezpečenstvo napĺňa kritéria nebezpečnosti sebe pre pobyt v zdravotníckom zariadení bez súhlasu pacienta. Cieľ starostlivosti o suicidálneho pacienta je zameraný na jeho ochranu pred sebadeštrukciou dovtedy, kým nie je pacient schopný opäť prevziať túto zodpovednosť na seba. Dôležité je aby sme poznali pocity pacienta so suicidálnymi myšlienkami. U pacienta, ktorému suicidálne myšlienky naháňajú strach, je suicidálne riziko menšie ako u pacienta, ktorý sa s nimi stotožňuje. O živote jedinca často rozhodujú aj zdroje v prostredí, v ktorom žije. Je dôležité poznať tie zdroje, ktoré môžu pôsobiť podporne, ako je napríklad rodina, príbuzní, priatelia. (Janosiková et al., 1999)

Príbuzní a priatelia sú významným zdrojom informácií, preto vhodným spôsobom zisťujeme údaje z rodinnej anamnézy a z predchádzajúceho správania pacienta. (Marková et al., 2006)

Zhodnotenie suicidálneho potenciálu sa u pacienta dopĺňa informáciou o jeho somatickom stave. Vysokorizikový môže byť pacient, ktorý má chronické invalidizujúce ochorenie, ktoré zapríčiňuje výrazné zmeny v jeho sebaobrazu a sebaopínaní. Aj pacient, ktorý trpí strachom z letálneho ochorenia sa môže intenzívne zaoberať smrťou a umieraním. Pacientovi musíme pomôcť, aby svoje agresívne a hostilné pocity vyjadroval konštruktívne a proti okoliu, a nie deštruktívne a ani proti sebe. Cieľom je pacientovi pomôcť nadobudnúť realistickejší a pozitívny pohľad na seba, posilniť jeho sebaúctu, akceptáciu druhými a pocit, že niekam patrí. (Janosiková et al., 1999)

Dôležité je zabezpečiť pacientovi bezpečné prostredie. Preto musíme skúmať prostredie, v ktorom sa pohybuje a musíme pátrať aj po možných rizikách. Všetky ostré alebo iné nebezpečné predmety (napr. nožnice, žiletky, kravaty, opasky, čistiace prostriedky) sa musia z jeho okolia vhodným spôsobom už pri prijímaní na oddelenie odstrániť. (Marková et al., 2006) Na druhej strane však prehnané bezpečnostné opatrenia môžu chorého upozorniť na to, čo všetko by mohol použiť na vykonanie suicídia. Preto musíme postupovať uvážene, aby sme zbytočne pacienta neohrozili. Hospitalizovaného suicidálneho pacienta po celý čas pozorne sledujeme, najmä v kúpeľni, kde by sa mohol utopiť alebo ublížiť si s predmetmi, ktoré sa v nej nachádzajú. Počas intenzívneho pozorovania má sestra jedinečnú možnosť pacientovi pomôcť, a to tým, že jej môže porozprávať o svojich pocitoch. Pre suicidálnych pacientov je najdôležitejšou potrebou byť akceptovaný a oceňovaný. Dôležité je stanoviť, čo má pre pacienta v danom momente zmysel, mali by sme sa vyhnúť vnucovaniu mu našich vlastných pocitov. Pacienti s vážnym suicidálnym zámerom môžu byť aktívne suicidálni bez ohľadu na preventívne opatrenia. Denný program by mal byť zameraný na činnosti, ktoré u pacienta zvyšujú pocit užitočnosti. Počas dňa sledujeme chorého, či sa neizoluje od kolektívu, či sa nezdržiava na miestach, kde je sám. Dôležité je aby sme dbali aj na jeho telesné

potreby, ktoré pre svoju nadmernú zaujatosť autodeštrukčnými myšlienkami zanedbáva. (Janosiková et al., 1999)

Zvýšenú pozornosť venujeme suicidálnemu pacientovi aj v noci, počas nočnej zmeny robíme časté kontroly pacienta v nepravidelných časových intervaloch, minimálne 1x za hodinu. Časový interval má byť nepravidelný, a to z dôvodu, aby si pacient nevedel vypočítať kedy sestra opäť príde na izbu. Je dôležité posudzovať aj interakcie pacienta s druhými.

Je potrebné vytvoriť vzťah medzi pacientom a ošetrovateľským tímom, pomáhať mu komunikovať o pocitoch, starostiach a ťažkostiach ktoré má. Podporujeme u pacienta jeho zodpovednosť za vlastné činy. Sestra je veľmi dôležitou osobou vytvárajúcou prepojenie medzi suicidálnym pacientom a tými, ktorí mu môžu poskytnúť trvalú podporu a rady nevyhnutné na jeho emocionálne zotavenie. Pretože smrť nie je jednoduchým únikom z nešťastia, človek pristupuje k jej definitívnosti s ambivalenciou. Prevencia suicídia je založená na rozpoznaní náznakov jeho hrozby a na reagovaní na ne. Sestra môže pacientovi so suicidálnym správaním pomôcť iba vtedy, ak vie rozpoznať náznaky hroziaceho suicídia a hlbší význam sprievodných prejavov v správaní a verbálnom vyjadrovaní. Nezainteresovanosť a ľahostajnosť jej znemožňujú odpovedať na pacientovo volanie o pomoc. Povedať pacientovi, že vyzerá lepšie bez toho aby sme počkali kým na to príde on sám je prejavom neporozumenia jeho bolesti. Snaha o presvedčenie pacienta, že skutočne chce žiť, môže byť zapríčinená tým, že sestra neakceptuje pacientovo pranie zomrieť. Ďalším neproduktívnym postojom sestry je vnímanie suicídia ako hriechneho a nelegálneho aktu, čo v konečnom dôsledku môže len prehĺbiť priepasť medzi sestrou a pacientom a obmedziť efektivnosť ich vzájomnej interakcie. (Janosiková et al., 1999)

Záver

Ošetrovateľská starostlivosť ktorá je poskytovaná psychiatrickým pacientom je veľmi náročná a vyžaduje od zdravotníckych pracovníkov profesionálny a humánny prístup. Je ťažké, a to hlavne pre zdravotníckych pracovníkov zaujať postoj k samovražde, pretože podľa toho aký máme sami postoj k samovražde pristupujeme aj k pacientovi. Neexistuje jednoduchý ani jednoznačný návod ako zasiahnuť pri pokuse o samovraždu, je však dôležité rýchlo zhodnotiť situáciu a nadviazať s pacientom kontakt.

Suicídiu nemôžeme vždy predísť, sme však povinní urobiť všetko pre to aby sme pravdepodobnosti jeho prevedenia čo najviac zamedzili. (Zvolský et al., 1998)

Zoznam bibliografických odkazov

HOSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha : Vydavatelství Tigris, 2004. ISBN 80-9001-307-4. s. 883.

JANOSIKOVÁ, H. E., DAVIESOVÁ, L. J. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1.vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 1999. ISBN 80-8063-017-8. s. 348- 350.

KAFKA, J. et al. *Psychiatria*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1998. ISBN 80-88824-66-4. s. 203-208.

MARKOVÁ, E., VENGLÁROVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6. s. 279-283.

ZVOLSKÝ,P. et al. *Obecná psychiatrie*. Praha: Vydavateľstvo Karolinum,1998. ISBN 80-7184-681-3. s. 149.

Kontakt na autora:

Mgr. Iveta Kukľová

NsP Sv. Jakuba, n.o., Bardejov

Denný psychiatrický stacionár

telefón: 054/478 84 81

e-mail: ivetakuklova@nsp-bardejov.sk

Ošetrovateľský proces u pacienta s diagnózou syndróm závislosti od alkoholu podľa Hallovej modelu

Dagmar Liptáková, Milada Michalovová, Anna Prokopovičová

Psychiatrická ambulancia, NsP sv. Jakuba, n.o. Bardejov

Súhrn

Cieľom príspevku je poukázať na závažnosť a stúpajúci trend závislosti od alkoholu a vhodnosti aplikácie Hallovej ošetrovateľského modelu na riešenie pacientových problémov. Autorka zdôrazňuje dôležitosť liečby a zapájanie príbuzných do liečebného procesu. Autorka sa zamerala na riešenie dvoch sesterských diagnóz, u ktorých je zdôraznená nevyhnutnosť podpory zo strany rodiny.

Úvod

„Musíme utekať tak rýchlo, ako len dokážeme, aby sme mohli ostať stáť na mieste“. Tento zdanlivo paradoxný výrok z knihy Alica v krajine zázrakov, očarujúceho výtvoru matematika a spisovateľa Lewisa Carolla, výstižne ilustruje ducha posledných rokov 20. storočia. Tempo, akým táto doba žije, nároky, ktoré na nás kladie, si naliehavo vyžadujú, aby sme hlbšie načreli do svojich možností. Negatívne spoločenské javy nemožno vysvetľovať iba minulosťou. Je zrejmé, že existujú materiálne i nemateriálne podmienky na udržiavanie a rozvoj pijanstva a alkoholizmu, existujú aktuálne, spoločnosťou vytvárané podmienky vzniku a reprodukcie týchto negatívnych javov. (Bútor, 1989)

Alkohol sa často označuje za drogu číslo jeden na Slovensku z dôvodu jeho hromadného rozšírenia a nekritického užívania a zneužívania. Na následky užívania alkoholu a rozvinutia závislosti od alkoholu zomiera veľké množstvo ľudí. Jeho následky zasahujú nielen zdravotnú, ale aj sociálnu oblasť. Abúzus koreluje s častejším výskytom nezamestnanosti, bezdomovectva, sociokultúrnymi problémami najrôznejšieho charakteru (rodinné konflikty, rozvodovosť, vyššia kriminalita, vyššia dopravná nehodovosť).

História alkoholizmu

História alkoholizmu poskytuje paradoxné poučenie – spoločnosť bola ochotná s alkoholizmom niečo robiť až vtedy, keď sa, obrazne povedané, aspoň v niektorých ohľadoch, „dostala na dno“. Sociálno-diagnostický obraz spoločnosti akoby tak pripomínal klinický obraz alkoholického pacienta – aby bol ochotný spolupracovať, aj on sa „musí k tejto spolupráci prepíť“:

musí poznať, že s jeho pitím niečo nie je v poriadku, že „pije inak“ ako bežný konzument, pocítiť, že takýto stav je ďalej neudržateľný. To všetko okolie zvyčajne spoznáva skôr ako sám pacient, ktorý bagatelizuje a racionalizuje. Preto si verejnosť zaslúži hlbšie štúdium problematiky alkoholizmu. (Bútora, 1989)

Prvotná formulácia alkoholizmu ako choroby sa pripisuje zakladateľovi americkej psychiatrie Benjaminovi Rushovi, ktorý alkoholizmus chápal ako „rozborenie vôle“ vedúce k chudobe, biede a zločinu. Znamenalo to určitý pokrok oproti pôvodným názorom, že alkoholizmus je zlozvyk. Thomas Trotter v Anglicku roku 1804 definoval opilstvo (ebrietu) ako duševnú poruchu, ktorej liečenie spočíva v totálnej abstinencii.

V roku 1960 americký vedec českého pôvodu profesor Jellinek definoval alkoholizmus ako „každé užívanie alkoholických nápojov, ktoré spôsobuje nejakú škodu jedincovi alebo spoločnosti“. (Bútora, 1989)

Z tohto vymedzenia vychádza definícia alkoholika ako „človeka, ktorému požívanie alkoholu spôsobuje trvalý problém v niektorej oblasti jeho života“. SZO túto definíciu spresnila takto: „Alkoholik je človek, u ktorého dosiahla závislosť od alkoholu taký stupeň, že mu spôsobuje zreteľné poruchy a ujmu v spoločenských vzťahoch, v spoločenskej činnosti a na telesnom i duševnom zdraví“. (Skála, Hampl, 1982)

Syndróm závislosti od alkoholu

Podľa Medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10) je syndróm závislosti skupina fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych fenoménov, u ktorých užívanie nejakej látky a triedy látok má u daného jedinca oveľa väčšiu prednosť než iné jednanie, ktoré si niekedy viac cenil. Základnou charakteristikou syndrómu závislosti je túžba (často silná) brať psychoaktívnu látku, alkohol alebo tabak. (Höschl et al, 2004)

Až v polovici 40. rokov nášho storočia Jellinek vypracoval ucelenú klasifikáciu alkoholizmu, v ktorej vyčlenil 4 štádia alkoholizmu. Túto klasifikáciu v roku 1952 prijala i subkomisia expertov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a v súčasnosti je najčastejšie používaná aj u nás. (Kunda et al, 1988)

Vývojové štádia podľa Jellineka:

štádium: iníciaľne, počiatkové

štádium: prodromálne, varovné

Prvé a druhé štádium závislosti radíme ešte do predchorobia. Vo chvíli, keď sa k príznakom druhého štádia pridružia okienka, je to neklamný dôkaz toho, že končí druhé štádium a začína tretie štádium – teda vlastná choroba.

štádium: kruciálne, rozhodné

štádium: terminálne, konečné

V roku 1960 Jellinek uverejnil svoju typológiu alkoholizmu, v ktorej rozlišuje 5 typov alkoholizmu a ktorá je rovnako rozšírená ako jeho klasifikácia. Typ gama pokladá za dominantný v USA a Kanade, typ delta vo Francúzku a ďalších krajinách s veľkou spotrebou vína. Aj keď táto typológia dopĺňa vývojové fázy, zdôrazňujúc sociálnokultúrne a etnické hľadisko, a zreteľne rozširuje ich hranice. Upozorňuje len na možnosť prechodu alkoholizmu od typu alfa a beta k typu gama. (Kunda et al, 1988)

Človek sa nestane alkoholikom po jednom napití. Výslednému stavu predchádza určitý proces, na ktorom sa zúčastňujú biologické, psychologické i sociologické premenné. Jellinek (1960, in: Bútorá, 1989) si všimol, že v kultúrach, v ktorých je zaužívaný denný konzum väčších dávok, môžu podľahnúť alkoholizmu aj ľudia s nízkou psychologickou zraniteľnosťou, naopak tam, kde denné pitie nie je pravidlom, tam si alkohol „vyberá“ do svojho područia iba zraniteľnejších jedincov. (Bútorá, 1989)

Liečba

To, že je alkoholik chorý, si uvedomí často až po upozornení rodiny alebo okolia. Alkoholik sa zo začiatku za chorého nepovažuje (je nekritický). Malo by mu byť zdôraznené, že pri ňom jeho blízki stoja, že ho majú radi, že mu chcú pomôcť, aby sa dostal z problémov. Rodina však musí na liečbe trvať a nesmie sa nechať „ukecať“ bagatelizáciou problémov alkoholika. Nátlak rodiny by mal byť veľmi dôrazný a ultimatívny. Liečba môže byť dobrovoľná alebo na základe príkazu súdu (pri detekcii). (Mlčoch, 2007)

Protialkoholická liečba môže byť ambulantná alebo ústavná. Na ambulantnú formu protialkoholickú liečby sú vhodní najmä pacienti motivovaní pre abstinenciu, bez vážnejších somatických a psychických komplikácií, s dobre spolupracujúcim rodinným zázemím. Na ústavnú protialkoholickú liečbu sú zase vhodní pacienti s vážnymi telesnými a psychickými komplikáciami alkoholizmu, s dlhotrvajúcim alkoholizmom, ako aj slabo motivovaní jedinci pre abstinenciu, so slabou rodinnou podporou. Pre parciálnu formu hospitalizácie zase pacienti, ktorí majú dobré a spolupracujúce rodinné zázemie, s ambivalentným postojom pacienta ku zmene – abstinencii, so zlyhaním v ambulantnej starostlivosti. Pre detoxikačnú ústavnú starostlivosť sú vhodní hlavne pacienti s fyzickou závislosťou a závažnými telesnými a psychickými príznakmi, kde však pacient nepredpokladá, že prestane piť bez dozoru. (Benkovič, 2007)

Neexistuje zatiaľ žiadna kauzálna liečba závislosti od alkoholu. Ochorenie má multikondicionálnu genézu, preto musí byť liečba komplexná.

V terapeutických cieľoch:

- kompenzujeme telesné a psychické poruchy, v dôsledku dlhodobého pitia,
- snažíme sa o zmenu postoja pacienta voči alkoholu,
- zvyšovať afektívnu a frustračnú toleranciu pacienta (možné dôvody recidív),
- zlepšovať sociálnu a profesionálnu integráciu, budovať nové vzťahy,
- reštituovať pôvodne autonómnu osobnosť, s ucelenou hierarchiou hodnôt.

Ošetrovateľský model podľa Hallovej

Hallová na základe štúdia teórií v psychiatrii a psychológii opísala vzťahy pacient – sestra. Vychádzala z filozofie Carl Rogersa založenej na liečbe zameranej na klienta. Teória je založená na vzťahoch bezpečia, ľudskosti a empatie k pacientovým pocitom a ich využití v komunikácii. Od Rogersa prevzala predovšetkým myšlienku, že pacient najviac získa cez proces edukácie.

Hallovej koncepcia je zameraná na dospelých pacientov, ktorí prekonal akútne štádium ochorenia. Cieľom pacienta je dosiahnuť prostredníctvom edukácie a rehabilitácie dobrý pocit z vlastného pričinenia na tomto procese a spokojnosť so sebou samým. (Farkašová et al., 2005)

Dôvod prijatia: ide o 42-ročného pacienta, ktorý bol doporučený na hospitalizáciu z psychiatrickej ambulancie v doprovode manželky, vybalený do nemocnice pre abstinčný stav pri užívaní alkoholu. Pacient od poslednej hospitalizácie (08/2008) abstinoval, t. č. pije asi 3 týždne“ kontrolovane“, dokázal aj sám od seba abstinovať 1 – 2 dni, ale opäť do toho spadol, pil tak aby ho nikto nevidel, teraz 3 dni pije v kuse, zväčša vodku až do 1,5 litra a 4 – 6 pív denne. Priznáva ranné popravky pre dyspepsiu, tremor HK, dyssomniu, okienka. Udáva, že teraz sa cíti dobre, najlepší je alkohol, nechce prestať piť, ale na to sa rozplače, že nedokáže abstinovať, stratil všetky záujmy. Pár dní poriadne nejedol, ale pije už menej, lebo ho bolí žalúdok. Udáva, že mal myšlienky na samovraždu – chcel skočiť pod vlak, alebo sa obesit', ale hneď to zahnal. Veľmi sa ľutuje, je bezradný...

Sesterská diagnóza číslo 1:

Deficit vedomostí (NANDA – 00126) o závislosti od alkoholu v súvislosti s neznalosťou dôsledkov pitia alkoholu prejavujúci sa recidívou.

Cieľ:

- podpora abstinencie (dlhodobý)
- pacient pozná podstatu svojho ochorenia, dokáže opísať slovami telesné, sociálne, ekonomické, psychické a duchovné dôsledky pitia do 10 dní

Výsledné kritériá:

- pacient sa aktívne zúčastňuje na edukácii do 1 dňa
- pacient hovorí o svojich problémoch a pocitoch do 2 dní

- pacient prehodnocuje svoj životný štýl do 3 dní
- pacient hovorí o svojich problémoch a pocitoch do 4 dní
- pacient si uvedomuje potrebu doplnenia vedomostí o závislosti od alkoholu do 5 dní
- pacient získa nadhľad nad svojím ochorením do 6 dní
- pacient dokáže opísať slovami dôsledky svojej závislosti do 7 dní
- pacient verbalizuje snahu abstinovať do 10 dní

Intervencie sestry:

- vytvoriť terapeutický vzťah s pacientom
- poskytnúť pacientovi podporu, pochopenie a vieru v jeho sily
- informovať pacienta o režime PAL, vysvetliť význam jednotlivých aktivít
- dosiahnuť, aby pacient aktívne spolupracoval na terapeutických postupoch pri sebauvedomovaní
- pri skupinovej terapii pomôcť pacientovi pochopiť vlastné reakcie a viesť ho k sebapoznávaniu
- motivovať ho k abstinencii
- vysvetliť pacientovi problematiku alkoholizmu a jeho dôsledkov prostredníctvom psychoedukácie
- informovať pacienta o dostupných podporných systémoch (A – klub)
- zapojiť do problematiky príbuzných, komunikovať s nimi

Vyhodnotenie:

Cieľ bol splnený čiastočne. Pacient získal dostatok vedomostí o závislosti od alkoholu, dokáže slovne vyjadriť bio-psycho-sociálne dôsledky pitia, získal nadhľad nad svojím ochorením, chápe nutnosť abstinencie. Na psychoedukácii pacient prejavoval záujem o problematiku, na skupinovej terapii sa konfrontoval s ostatnými členmi alkoholickéj komunity. Po stretnutí s abstinujúcimi alkoholikmi na A klube verbalizuje snahu abstinovať. Verí, že svoje problémy dokáže zvládnuť aj bez alkoholu. Naďalej je potrebné pokračovať v naplánovaných intervenciách, podporovať a povzbudzovať pacienta k abstinencii.

Sesterská diagnóza číslo 2:

Dysfunkčný život rodiny (NANDA – 00063) v súvislosti s alkoholizmom prejavujúci sa narušením vzťahov v rodine.

Cieľ: zlepšiť rodinné vzťahy (dlhodobý)

Výsledné kritéria:

- pacient pozná dôsledky alkoholizmu na rodinný život do 1 dňa
- pacient analyzuje vzťahy v rodine do 2 dní
- pacient sa kontaktuje s manželkou do 3 dní
- pacient sa snaží o obnovenie dôvery v rodine do 5 dní
- pacient sa pomocou psychodrámy snaží hľadať iné riešenia svojich rodinných problémov do 6 dní
- manželka sa zúčastní rodinnej terapie do 7 dní
- manželka je informovaná o syndróme závislosti od alkoholu, jeho následkoch, liečbe a prognóze do 8 dní
- manželka pravidelne navštevuje manžela s deťmi do 8 dní
- manželka chce manžela podporiť v abstinencii, vyjadruje ochotu zúčastniť sa na rodinnej posilňovacej liečbe v OLÚP Predná Hora do 14 dní

Intervencie sestry:

- vytvoriť atmosféru dôvery medzi sestrou a pacientom
- viesť s pacientom dialóg o vedomostiach, ktoré získal na psychoedukácii, zamerané na rodinnú problematiku
- nechať pacientovi priestor, aby prehodnotil svoj rodinný život
- umožniť a podporiť kontakt pacienta s manželkou
- nabádať pacienta, aby hľadal iné riešenia svojich problémov
- zabezpečiť, aby sa pacient aktívne zúčastňoval skupinovej terapie
- podporiť manželku v rozhodnutí dať šancu manželovi
- zabezpečiť manželke pacienta účasť na rodinnej terapii
- umožniť a podporiť kontakt pacienta s deťmi
- informovať manželku o možnostiach resocializácie

Vyhodnotenie:

Cieľ bol čiastočne splnený, pacient si uvedomil vplyv pitia na rodinné problémy. Je rozhodnutý abstinovať, počas hospitalizácie sa snažil skontaktovať s manželkou, ktorá je ochotná mu pomôcť v abstinencii. Dohodla si termín rodinnej terapie, ktorú by chcela absolvovať. Pacient na skupinovej terapii nachádza nové riešenia svojich problémov. Naďalej je potrebné pokračovať v plánovaných intervenciách a motivovať pacienta k abstinencii. A naďalej podporovať manželkine rozhodnutie aktívne sa podieľať na liečbe manželovej závislosti.

Záver

Alkoholizmus je ochorenie ako pre pacienta, tak aj pre samotnú rodinu, príbuzných, známych. Je preto veľmi dôležité edukovať pacienta o ochorení, ktoré sa ho týka a tiež aj príbuzných, aby vedeli včas rozpoznať recidívu a vedeli mu pomôcť prekonať ťažké životné situácie. Na Slovensku existujú svojpomocné skupiny zaoberajúce sa problematikou závislosti od alkoholu.

Odporúčania pre prax:

- včasná diagnostika a liečba pacientov so závislosťou od alkoholu (povinné preventívne prehliadky po dosiahnutí 18. roku života),
- edukácia pacienta a príbuzných o príčinách, prejavoch, dôsledkoch závislosti od alkoholu (cyklus edukácii počas letných festivalov, zabezpečiť edukačné stretnutia v spolupráci s psychiatrickým stacionárom pre širokú verejnosť, mobilný tím vytvorený na edukačnú prácu v teréne),
- potreba užšej spolupráce zdravotníckych a sociálnych sektorov (problematika sociálnej politiky a jednotlivých ministerstiev),
- doriešiť resocializáciu pacienta po jeho prepustení prostredníctvom sociálnych pracovníkov (vytvoriť pracovné zaradenie pre sociálnych pracovníkov v nemocniciach),
- podporovať pacienta k ochrane svojho fyzického a duševného zdravia (usmerniť pacienta na svoje koníčky, zdravý životný štýl).

V boji proti alkoholizmu sa podieľa prevažne zdravotníctvo, polícia, sudy a prokuratúry. Bolo by užitočné, keby sa v tejto problematike viac angažovali pedagógovia, kultúrny pracovníci, sociológovia a sociálni pracovníci, ktorí pri svojej terénnej práci môžu predísť vzniku závislosti od alkoholu už v jeho začiatkoch. Lepšie výsledky by mohla priniesť lepšia spolupráca sociálnych úradov a psychiatrických ambulancií v resocializácii odliečených pacientov.

Zoznam bibliografických odkazov

BENKOVIČ, J. Pacient – Alkoholik, zdravotné riziká, možnosti liečby v ambulantnej starostlivosti praktického lekára. In: *Via practica*, 2006, č.4, s. 197 – 201.

BÚTORA, M. 1989. *Mne sa to nemôže stať*. Martin: Osveta, 1989. 334 s. ISBN 80-217-0076-9.

FARKAŠOVÁ, D. et al. 2005. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.

HÖSCHL, C. et al. 2004. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2004. 883 s. ISBN 80-900130-7-4.

KUNDA, S. et al. 1988. *Klinika alkoholizmu*. Martin: Osveta, 1988. 256 s. ISBN 70-020-88.

MAREČKOVÁ, J. et al. 2006. NANDA domény v posouzení a diagnostické fázy ošetrovatelského procesu. 1. vydanie. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostrave, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 86 s. ISBN 80-7042-335-8.

Kontakt na autora:

Mgr. Dagmar Liptáková

9.mája 27, 085 01 Bardejov

e-mail: Liptakova.dagmar@zoznam.sk

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s delíriom tremens

Marta Noreková

UNLP – II. Psychiatrická klinika, Rastislavova 43, Košice

Alkohol je spoločensky tolerovanou drogou a pitie alkoholu má celý rad závažných, negatívnych následkov. Tento problém napriek stúpajúcemu trendu konzumácie alkoholu však podľa môjho názoru zostáva v úzadí pozornosti spoločnosti aj médií.

Na úvod som si vybrala nasledovnú citáciu, ktorá vystihuje podstatu problematiky alkoholizmu a jeho liečby.

„Aj keď nebudeme z alkoholikov robiť nezodpovedných ľudí, závislosť na alkohole musíme chápať ako chorobný stav. Postupne ako alkohol ovláda celý život alkoholika, je sloboda jeho rozhodovania stále obmedzenejšia a práve v tom zmysle sa alkoholizmus stáva chorobou, aj keď predtým ho bolo množné nazvať slabosťou alebo nerestou. Pojem alkoholizmu ako choroby uľahčuje často neúnosnú situáciu tým, ktorí sa rozhodnú prijať rolu pacienta, táto však nezbavuje zodpovednosti ale zaväzuje k spolupráci“. (Skála 1988)

Dôvody vzniku alkoholizmu

Vek ľudí závislých od alkoholu sa na Slovensku prudko znižuje. Podľa odborníkov je dnes situácia v tejto oblasti výrazne odlišná v porovnaní so stavom pred 15 až 20 rokov. Dnes už máme 17-ročných ľudí s delíriom a ďalšími plne rozvinutými príznakmi alkoholizmu, pričom ich počet neustále stúpa. Mládež považuje alkohol za vhodnú formu podpory a zábavy. Priemerný Slovák vypije ročne asi 8,6 litrov legálneho alkoholu. Na rozdiel oproti minulým rokom sa pije viac, pije sa spravidla lepší, čiže kvalitnejší alkohol, pije viac žien. Mnoho dospelých ľudí svoje deti nepriamo „pripravuje“ na dráhu alkoholika už v rannom detstve. Zároveň pribúda ľudí, ktorí si alkoholom riešia vlastnú prepracovanosť a stres. Nezanedbateľnou skutočnosťou ostáva, že viac ako 50% recidivujúcich trestných činov bolo spáchaných pod vplyvom alkoholu. Odlišnú pozíciu majú ľudia zo sociálne slabších skupín, najmä bezdomovci. Strácajú zmysel pre normálny spôsob života, a ani o liečbu, ktorú im systém umožňuje, nemajú záujem. Tí, ktorí ju absolvujú, sa zväčša vracajú na ulicu. Len niektorým sa podarí dostať sa na jeden až dva roky do resocializačného zariadenia. Alkoholikov tu však často neprijímajú, skôr ostatných drogovovo závislých. A nie všetci sú ochotní stotožniť sa s prísnyimi pravidlami a obmedzeným pohybom a slobodou.

Podľa prieskumov SZO Slovensko spolu s ostatnými krajinami strednej a východnej Európy patrí celosvetovo ku krajinám s najvyššou mierou konzumácie alkoholu, čo sa odráža aj v zdravotníckych štatistikách.

Uvádza sa, že na Slovensku je:

- 5 – 10 % mužov
- a 2 – 3 % žien závislých od alkoholu.

Tieto čísla však v skutočnosti môžu byť ešte vyššie, pričom je nutné si uvedomiť, že závislým sa, za istých predpokladov, môže stať každý z nás. Dostať sa, ale zo závislosti je práca na celý život.

Delírium tremens

Alkoholový odvykací syndróm, v minulosti nazývaný ako abstinenčný syndróm je častým dôvodom hospitalizácie na psychiatrickom oddelení. Každodenne sa s týmto problémom stretávajú aj lekári v ambulantnej praxi a na iných oddeleniach nemocníc. V priebehu hospitalizácie vzniká typicky u pacientov prijatých pre úraz, náhlu chirurgickú príhodu alebo iné akútne ochorenie a tiež prijatých na prerušenie pitia v ťahu. Jeho priebeh môže byť nezávažný od ľahkej vegetatívnej symptomatológie, ako je tras, potenie, úzkosť, zvracanie a tiež vysoký krvný tlak, až po delírium tremens s extrémnou hyperaktivitou autonómneho nervového systému a halucináciami.

Delirium tremens (DT) je osobitá forma alkoholovej psychózy, ktorá sa objavuje na vrchole vývoja závislosti od alkoholu, spravidla pri prerušení jeho konzumu.

Delírium tremens prebieha v troch fázach:

Štádium predzvesti (prodromálne)

DT nastupuje obyčajne po 24 až 72 hodinách. Chorý pociťuje nepokoj, tlak v hlave, hučanie v ušiach, zle spáva a trpí nechutenstvom, dostavuje sa nevoľnosť až zvracanie, celková slabosť, potenie, pocity úzkosti, tras celého tela. Niektorí chorí v tomto štádiu pociťujú odpor voči alkoholu. Predelirantný syndróm môže začínať tým, že pacient náhle netrafí do postele, je bezradný a neistý. Dôležité je, aby tieto príznaky boli včas odhalené a predišlo sa rozvinutiu delíria.

Štádium delíria

Delírium tremens je akútna, rýchlo prebiehajúca psychotická porucha. Vyskytujú sa prípady, kedy pacient na vrchole delíria zomiera v dôsledku fyzického vyčerpania, krvácania do mozgu, zlyhania obehu, alebo iných komplikácií. Pri vzniku delíria je potrebné pacienta okamžite hospitalizovať.

Prejavy delíria tremens

Delírium je všeobecné označenie pre akútne vzniknutú globálnu dysfunkciu mozgového metabolizmu, bez ohľadu na to, ktorá škodlivina (či aké poškodenie mozgu) takúto zmenu vyvolala. Klinicky sa prejavuje poruchami viacerých psychických funkcií, z nich základnou je kvalitatívna porucha vedomia. Kvalitatívna porucha vedomia je charakterizovaná zníženou jasnosťou vedomia, zhoršeným sebauvedomovaním a poruchami bdlosti. K nej sa pri delíriu pripájajú poruchy ďalších psychických funkcií, akými sú vnímanie, myslenie, afektivita, pozornosť, pamäť a sú prítomné aj poruchy vegetatívnych funkcií.

Klinický obraz delíria

Klinický obraz delíria tremens sa objavuje v literatúre prvýkrát v roku 1813. Bol popísaný Suttonom. V roku 1985 bolo Svetovou zdravotníckou organizáciou delírium tremens zaradené pod abstinenčný syndróm pri alkoholizme.

Typickým znakom delíria je náhly vznik. Počíta sa na hodiny, zriedkavejšie je to niekoľko málo dní. Zníži sa jasnosť vedomia, chorý nedokáže zreteľne rozpoznávať a uvedomovať si realitu, je však „bdelý“ (rozdiel napr. oproti zaspávaniu). Bdelosť a jasnosť vedomia tak nie sú v súlade a objaví sa aj porucha tretej zložky vedomia, sebauvedomovania. Vzniká preto nesprávne, chybové prijímanie a spracovanie informácie z prostredia. To sa stáva základom pre nesprávne, skreslené vyhodnocovanie situácie, v ktorej sa jedinec nachádza. Chorý nevie kde je, prečo tam je, nevie sa orientovať v čase, v ťažkých prípadoch nedokáže povedať ani základné informácie o sebe. Situácia, v ktorej sa ocitol, sa preňho stáva nejasnou, nezrozumiteľnou, často hrozivou a nepriateľskou. K takému postoju prispievajú aj poruchy vnímania. Chorý si zamieňa osoby okolo seba (ošetrojúca sestra je dcérou alebo manželkou), objavujú sa ilúzie (skreslené vnímanie jestvujúcich podnetov, napr. cudzí hlas na chodbe je hlasom príbuzného) a halucinácie – vnímanie bez reálneho podnetu, vidí hrozivé tváre, zrakové mikrozoopsie, má pocit, že po ňom lezú malé zvieratá a hmyz, počuje nepriateľské hlasy. Chorý nerozumie tomu, čo sa s ním deje, je napätý úzkostný, nepokojný, cíti sa ohrozený, snaží sa zo situácie odísť, uniknúť. Ak sa mu v tom prekáža, hrozí útokom, či skutočne útočí na okolie, na predmety, na ľudí. Zvyšuje sa mu krvný tlak, zrýchľuje akcia srdca a dychová frekvencia. Môže sa objaviť jemnejší či hrubší tras mihalníc, rúk. Pre chorobne zvýšenú bdlosť nie je schopný zaspáť, neustálym nepokojom sa vyčerpáva. Stav sa zhoršuje v noci, kedy klesá množstvo podnetov pomáhajúcich udržiavať kontakt s realitou. Práve kolísanie jasnosti vedomia v priebehu 24 hodín má za následok meniaci sa, kolísavý priebeh delíria, ktorý je dôležitým znakom poruchy. Súčasťou stavu je aj zvýšené potenie a zvýšená telesná teplota, až horúčka, znižuje sa vylučovanie moču. Pri dlhšom trvaní hrozí zlyhanie kardiovaskulárneho systému až smrť.

Štádium zotavenia

Aktívny priebeh psychózy najčastejšie končieva hlbokým, uzdravujúcim spánkom s dlhým trvaním. Chorý aj po vyspaní sa cíti celkovo vyčerpaný, je malátny, slabý a opäť sa môže začať prejavovať nespavosť. Stav delíria môže byť aj životu nebezpečný, ak sa osobe včas neposkytne odborná pomoc. V priebehu abstinenčného syndrómu sa môže prejavovať vo forme záchvatu aj alkoholická epilepsia. Delírium je problémom skupiny pacientov s chronickým škodlivým užívaním alkoholu, zvyčajne nižšieho sociálneho postavenia, často bez blízkych osôb so starosťou o pacienta, čo môže prispievať aj k menšiemu záujmu zo strany ošetrojúceho personálu. Pochybnosti sa môžu objavovať tiež z pohľadu ďalšej perspektívy pacienta po prekonaní delíria, ktorý neraz znovu podľahne závislosti na alkohole.

Ošetrovateľská starostlivosť

Pri charakteristike ošetrovateľskej starostlivosti možno súhlasiť s nasledovným tvrdením, ktoré stručne vystihuje jeho náročnosť.

„Psychiatrické ošetrovateľstvo je mimoriadne náročné, pretože okrem odbornej prípravy musia mať sestry aj schopnosť empatie. Ide v ňom o tzv. prosociálne správanie, ochotnú službu pre iného človeka. Jednou z funkcií ošetrovateľstva je uspokojenie potrieb závislého, čiže intervencia v prospech neho. Ošetrovateľská starostlivosť o závislých zvyšuje nároky na toleranciu, na ovládanie sa sestry, na trpezlivosť, a to najmä pri vypočutí si psychických zážitkov. Závislý môže navyše ohroziť nielen svoje okolie, ale aj seba.“ (Detková, 2003, s. 29).

Zásady ošetrovateľskej starostlivosti

Ošetrovateľskú starostlivosť môžeme zhrnúť do nasledovných bodov:

- uvedomenie si postoja k závislému – stigmatizovanie, nálepkovanie,
- špecificky, cielene poskytovať starostlivosť podľa charakteru poruchy a potrieb závislého,
- dôvera závislého, rodiny – nekritizovať, nebagatelizovať, nezosmiešňovať, zachovanie mlčanlivosti,
- problematika otázky autonómie závislého – zodpovednosť, samostatnosť v rozhodovaní,
- profesionálny postoj v náročných situáciách,
- informovanosť členov ošetrovateľského tímu,
- spolupráca s rodinnými príslušníkmi,
- sestra – ovládanie interpersonálne, komunikačné, základné, psychoterapeutické zručnosti,

- psychoedukácia – oboznámenie sa s charakterom ochorenia, zvýšenie ochoty spolupracovať, zameriavanie sa na zlepšenie starostlivosti o seba samého a na sebaovládanie, nadobúdanie sebaúcty a zmierňovanie obranných reakcií,
- režimové opatrenia.

Príjem pacienta na psychiatrické oddelenie

Samotná liečba je závislá od ochoty a vôle pacienta (výnimku tvoria komplikované psychiatrické komplikácie) , pričom dôležitou úlohou ošetrojúceho personálu je správna motivácia k takejto liečbe. Taktiež je nutné mať na pamäti, že takýto pacienti má často sklony k recidíve a teda aj ošetrojúci personál musí mať vôľu a ochotu takéto stavy recidívy tolerovať a neustále pacienta nabádať a motivovať k liečbe.

Príjem môže byť:

- Plánovaný
- Neplánovaný
- Dobrovoľný
- Nedobrovoľný – komplikované psychiatrické problémy

Pacient potvrdzuje svojim podpisom dobrovoľný príjem, a to, že sa podrobuje nemocničnému režimu. Prehlásenie podpisujú dvaja svedkovia. Dobrovoľný príjem sa môže zmeniť na nútený a to aj proti vôli závislého, ktorý je indikovaný len vtedy, keď ochrana okolia a samotného závislého je dôležitejšia ako zachovanie osobnej slobody (napr. ak ohrozuje seba – samovražda; ak ohrozuje druhých – agresia; pri neprimeranom správaní). Vtedy je nutné túto zmenu ohlásiť príslušnému okresnému súdu do 24 hodín. Súd rozhodne, či k prevzatiu a k obmedzeniu došlo zo zákonných dôvodov. To sa doručí závislému a ak nie je schopný chápať obsah takéhoto rozhodnutia, tak jeho zástupcovi.

Vzťah sestry k pacientovi:

„*Sestry pracujúce na psychiatrickom oddelení vedia, že komunikácia nie je len neodmysliteľnou súčasťou ich bežného života, ale patrí aj medzi ich každodenné ošetrovateľské činnosti*“. (Faborová, 2003).

Starostlivosť so závislým pacientom kladie na sestru vysoké nároky. Nemala by jej chýbať schopnosť empatie, porozumenie, osobná zrelosť a dobre ovládanie problematiky svojej práce. Kolísavé náladové zmeny často spôsobujú u sestier frustráciu, hnev a sklamanie, ak závislý nejaví

záujem o liečbu a nemá chuť zmeniť sa. Súhlasiť možno s nasledovným názorom: „Práca môže byť pre poskytovateľov starostlivosti náročnou, ale i užitočnou skúsenosťou, ak sú schopní kontrolovať vlastné pocity a akceptovať svojich pacientov ako ľudí, ktorí potrebujú pomoc“. (Jánosiková, 1999, s. 192).

Ošetrovateľský proces

Posúdenie:

Pri prijatí pacienta na oddelenie musí sestra posúdiť niekoľko oblastí.

- osobné údaje: zahrňujú identifikačné údaje (meno, adresa, vek, pohlavie, stav, zamestnanie),
- rodinná anamnéza: údaje o rodičoch, súrodencoch (dôležité sú psychologické a sociálne charakteristiky rodinného prostredia),
- osobná anamnéza: informuje o individuálnom vývoji pacienta/klienta (prekonané choroby, operácie, alergie).

Subjektívne hodnotenie: cieľom je získať čo najpodrobnejšie údaje ktoré pacient/klient popisuje (pocit tepla, chladu, bolesti svalov, gastrointestinálny diskomfort, nespavosť, zhoršené sústredenie, strata záujmov...).

Objektívne hodnotenie: sestra pri kontakte s pacientom/klientom si všíma celkový vzhľad, odev, hygienu, abstinenčné príznaky, stav vedomia, celkovú orientáciu, poruchy pozornosti, insomniu, hyperaktivitu, tachykardiu, problém s koordináciou, tremor, stav výživy, úbytok svalov, tkaniva, hmotností, príznaky deficitu vitamínov. Stav obehu sa overuje zisťovaním edémov, pulzových arytmií, stavom dýchania, teploty a na základe sfarbenia končatín.

Úlohy sestry pri prijíme pacienta na oddelenie

Príjem sa realizuje v príjmovej ambulancii, kde sa vypíše dokumentácia. Pacient na oddelenie prichádza nepokojný, cíti sa zneistený, má hlboko zakorenené predsudky voči psychiatrii, cíti sa byť vytrhnutý zo spoločnosti a zamestnania a teda dôležitým faktorom je prvý kontakt a prvý dojem. Nevyhnutná je taktiež:

- zdvorilosť, taktnosť a porozumenie zo strany sestry, to, čo pacient potrebuje, nie je súciť jeho okolia, ale sila a partnerstvo,
- potrebné je sa predstaviť, oznámiť mu meno ošetrojúceho lekára,

- zorientovať ho na oddelení, oboznámiť s liečebným režimom, pohybovým režim,
- uschovať odev, cenné veci (cennosti a peniaze sa uschovávajú do trezora na oddelení, alebo sa odovzdajú príbuznému, potrebný je podpis pacienta, sestry a príbuzného),
- kontrola všetkých osobných vecí a odobratie vecí, ktoré nemôže mať pri sebe (nožnice, ihlice na štrikovanie, opasky, pomôcky na holenie, manikúru, ihly na šitie, ovínadlá,...),
- trpezlivo vysvetliť priestory na oddelení (WC, kúpeľňa, fajčiareň,...), pomôcť sa zadaptovať,
- zaznamenanie váhy, TK, pulzu, prípadne očistná kúra, zistené poranenie na tele hlásiť lekárovi, ordinácie lekára,
- práca sestry s ošetrovateľskou dokumentáciou, slúži k zlepšeniu poznania pacienta, zber dôležitých informácií
- plnenie ordinácie lekára:
 - ◆ odber biologického materiálu (pozor na bezpečnosť – prípadne fixácia)
 - ◆ aplikácie liečiv parenterálne: nikdy nenechávať na izbe infúzne stojany mimo aplikácie infúzie;
 - ◆ podávanie liekov per os: pod dohľadom sestry plus kontrola dutiny ústnej

„Dôležitou úlohou sestry je stanoviť presné diagnózy a pomôcť pri zostavovaní najvhodnejšieho ošetrovateľského programu.“ (Janosiková, 1999).

Ošetrovateľská dokumentácia sa zameriava na *11 znakov zdravia* t.j.:

- vnímanie zdravia,
- výživa a metabolizmus,
- vylučovanie,
- aktivita a cvičenie,
- spánok a odpočinok,
- vnímanie a poznanie,
- sebakoncepcia a sebaúcta,
- plnenie rolí a medziľudské vzťahy,
- sexualita a reprodukčná schopnosť (nepýtame sa),
- stres a záťažové situácie,
- viera a životné hodnoty.

Pacient s delíriom by mal byť bezpodmienečne nepretržite sledovaný, adekvátnosť sedatívnej liečby by mala byť kontrolovaná lekárom prípadne kvalifikovanou sestrou najmenej každé 1–2 hodiny. Na liečbu ťažkostí vzniknutých vynechaním alkoholu a na liečbu alkoholového delíria tremens sú tradične a stále aj dnes odporúčané v prvom rade sedatíva, najmä benzodiazepíny, ďalej thiamín, infúzie glukózy, dôležitú úlohu má substitúcia často prítomného deficitu minerálov (Na, K, Mg, Ca, P), prípadného deficitu tekutín, podporná liečba a ošetrovateľská starostlivosť. Liečba pacientov s alkoholovým delíriom tremens je obzvlášť náročná. Nepokoj, nespôlupráca pacienta výrazne zvyšuje nároky na ošetrojúci personál. V rozvinutom delíriu si pacient vytrháva infúzne kanyly, cievky, nerešpektuje klúd na posteli, je ohrozený pádom. V prípade nutnosti je potrebné zaistiť bezpečnosť pacienta použitím ochranných prostriedkov. Pri komunikácii sa **vyhýbat' kategorickým zákazom a krikom**, ktorý pacienta ešte viac vydesí! Informácie podávať pokojným hlasom a jednoduchým spôsobom. **Ochranné prostriedky** (OP) indikuje zásadne lekár a sestra musí zabezpečiť komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, spočívajúcu v monitorovaní vitálnych funkcií a psychomotorickej aktivity, prívodu tekutín, infúzií, zabráneniu suicidálnym pokusom, zabráneniu úrazom pri epi záchvatoch, vytvorenia pokojného prostredia a starostlivosti o hygienu a vyprázdňovanie. V dokumentácii musí byť popísaný stav pacienta, čas indikácie OP, vrátane kontrol sestrou. Dôležitá je antidekubitárna prevencia a prevencia imobilizačného syndrómu. Ak sú použité popruhy, personál musí dbať na to, aby **nedošlo** k odreninám a utlačeniu tkaniva a sledovať cievne prekrvenie končatín! Všetky zmeny a odchýlky sa zapisujú do dokumentácie. **Použitie OP má byť použité v prípade, že boli vyčerpané iné možnosti a na čo najkratšiu dobu.**

Záver

Úloha sestry pri liečbe závislosti na alkohole v liečebnom režime je jedno z dôležitých ohniviek z reťazca liečby, držiaci most, po ktorom musí pacient prejsť, aby zvíťazil nad chorobou a sebou samým. Liečba závislostí je vždy dlhodobá a náročná, pretože pri nej nejde len o samotný liečebný proces, ale aj o doliečovanie, pri ktorom sa zdôrazňuje prehĺbenie, rozšírenie a upevnenie všetkého, s čím sa začalo počas aktívnej ústavnej či ambulantnej liečby. Pre úspešnosť protialkoholického liečby nestačí len pacientovo abstinovanie, ale musí tiež, a to zásadne, zmeniť svoj predchádzajúci spôsob života. Najlepšou prevenciou pri alkoholizme je vôbec nezačať piť alkohol. U detí a mládeže je to predovšetkým pozitívne využívanie voľného času, záujem zo strany rodičov a inštitúcií o deti a mládež a ich voľný čas a dostatočná informovanosť o drogových závislostiach. Zdravý, harmonický vývoj osobnosti, vyrovnanosť tela a ducha, pokojný a šťastný život detí – to sú nerealistické požiadavky v prípade závislých rodičov. Jedného, či oboch. Pred týmto by sme nemali zatvárať oči a tváriť sa, že sa nič nedeje.

Láskavé a dôstojné jednanie s pacientom nás nič nestojí a pomáha niekedy viac, ako lieky.

„Nebol by som skapal tak skoro – keby som nefajčil Marlboro.

Keby som si riekol nepijem – neznelo by mi dnes rekviem.“ (Kasarda Š.)

Zoznam bibliografických odkazov

DETKOVÁ, M., 2003. Ošetrovateľský proces na psychiatrii. In *Sestra*, 2003, roč. III, č.11, s.29 ISSN

FABOROVÁ, A., 2003. Komunikácia s pacientom. In *Sestra*, 2003, roč. III, č. 11, s.30.

JANOSIKOVÁ, E. H. et al. *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. 1999. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1999, 551s. ISBN 80-8063-017

KOLIBÁŠ, E. 2001. Psychické poruchy spojené s užívaním psychoaktívnej látky. In *Kurikulá pre vzdelávanie lekárov prvého kontaktu v starostlivosti o drogovu závislých*. Bratislava: Úrad vlády Slovenskej republiky, 2001, s. 7 – 9.

SKÁLA, J.,1988.až na dno,4 vydanie, Praha, Avicenum.

KALUŽAY, J.,2006 Ťažké delírium tremens komplikované rabdomyolýzou s akútnym renálnym zlyhaním. In *Psychiatrie pro Praxi*, 2006; č.4, s. 179–181.

Dostupné na internete: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/09.pdf>

Iné zdroje:

www.bedekerzdravia.sk

www.juko56.dobrosoft.sk

Kontakt na autora:

Marta Noreková

UNLP – II. Psychiatrická klinika, Rastislavova 43, 041 90 Košice

Telefón: 0905 125 897

e-mail: marta.norekova@gmail.com

Ošetrovateľská starostlivosť o drogovu závislého pacienta

Zdenka Melicharčíková, Veronika Končoková

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Banská Bystrica

Úvod

Život a zdravie sú dary, ktoré si má človek vážiť a ochraňovať. Nikto nemá právo aby s nimi hazardoval a obchodoval. Všetko čo robíme od jednotlivých maličkostí až k významným krokom v živote, je prejav všeobecnej túžby stať sa šťastnejším. Hľadáme svoju identitu, svoje pravé ja, svoje pravé miesto v živote. Niekedy sami rodičia sú negatívnym vzorom svojim deťom. Do detského sveta sa tak nevedome vkráda pochybná predstava o zmysle života. Aby bolo spokojné potrebuje byť zdravé, mať pocit bezpečia, cítiť lásku a sociálnu istotu. Túžba po okamžitom splnení často aj nereálnych predstáv a snaha zažiť niečo výnimočné privádza mládež na problémové chodníčky. Mladí sú pohodlní, aby dosiahli potrebné uvoľnenie prirodzenou cestou. Museli by vynaložiť námahu. Keďže po ruke je dostatok prostriedkov, pomocou ktorých môže rýchlo a bez námahy dosiahnuť uvoľnenie radšej siahne po látkach, ktoré majú vplyv na duševnú činnosť. Ich účinkom sa zdá byť všetko ľahšie, siahnu po droge.

DROGOU je akákoľvek látka, ktorá je schopná vyvolať akékoľvek zmeny v prežívaní, hlavne vtedy, keď sa necítíme dobre, máme svoj ČIERNY DEŇ. Dôležitý faktor je ten, že zlepšuje pocit prežívania, rúca zábrany, rozpušťa úzkosť. Siahne po nej zvyčajne človek emočne labilný, lebo sa nevie vyrovnáť s problémami všedného dňa.

Siaha po nej hlavne mládež. V tomto období často dochádza k rozkolísaniu nálad, je to zraniteľné obdobie bohaté na dramatické prežívanie. Mení sa vzťah k sebe, vzťah k rodičom. Mladý človek sa túži nepríjemného stavu zbaviť, rýchlo zistí že po požití drogy sa bude cítiť lepšie. Odmeňuje okamžite, len ju treba užiť. Spôsobuje však fyzickú a psychickú závislosť.

ZÁVISLOSŤ je silná, sýta túžba. Túžba nie je obyčajná, ale chorobná. Nezostáva priestor na žiadne iné vzťahy, len ku droge.

Závislosť oberá človeka o slobodu.

Pracujem v Centre pre liečbu drogových závislostí v Banskej Bystrici. V praxi pri liečbe drogových závislostí sa využíva rozdelenie závislostí podľa typu užívania psychoaktívnej látky. Na našom oddelení sa často okrem iných typov látkových závislostí lieči aj závislosť amfetamínového typu, najčastejšie zneužívanou látkou je **pervitin**.

Vynájdený bol Číne na vojnové účely. V dnešnej modernej dobe medzi najväčších producentov patrí Česká republika. Vyrába sa čisto nelegálne, takzvanými domácimi varičmi. Ako vstupný produkt pre výrobu sa používa EFEDRIN – stimulačná látka. Súčasný svetový trh údajne ročne spotrebuje 1000 ton efedrinu. Vyskytuje sa vo forme bieleho prášku, aplikuje sa šňupaním a vnútrožilovo. Je to **stimulačná droga**. Intravenózna injekcia vodného roztoku drogy má vysoký a prudký nástup účinku s veľmi intenzívnym prežívaním počiatočného účinku a silnej eufórie. Po požití má človek pocit akoby mal viac síl, pod jeho vplyvom je schopný vyšších výkonov vo všetkých oblastiach. Napriek stúpajúcej výkonnosti neprichádza únava. Je možné, že človek nepotrebuje spať aj dva dni po sebe. Častým prejavom je zvýšená chuť na sex, zato jedlo sa stáva zbytočnosťou. Toxikoman zo seba chfíli duchaplnosti, je komunikatívny, prítomné je rýchle hlasné rozprávanie. Je možné zachytiť známky psychickej nekonzistencie, povrchnú koncentráciu. Užívatelia sa neraz združujú do skupín, spoločne meditujú. Vysoké dávky sú takmer vždy sprevádzané halucináciami, môže sa vyvinúť paranoidná psychóza, až stav podobný pravej schizofrénii. Užívateľovi sa v stave takzvaného TRIPU zvyšuje TK, hrozí riziko zlyhania srdca, riziko poškodenia mozgu v dôsledku drobného krvácania do mozgu. V tomto stave sa odporúča podávať veľké množstvo tekutín, na 1 kubík pervitínu 1 liter vody. Je vhodné sa aj viac krát osprchovať aby telo získalo vodu aj cez pokožku. Má enormne zväčšené zreničky. Účinok trvá obvykle 3 – 12 hod, pri vyšších dávkach 24 – 48 hod. Pri predávkovaní sa prejavuje ťažká bolesť hrudníka, 1 – 2 hodinové bezvedomie, zvýšená teplota niekedy záchvaty kŕčov. Po vyprchaní účinku nastáva posledná fáza, takzvaný dojazd, ktorý sa prejavuje depresiami, strachom, podozrievavosťou, paranoiou a vyčerpaním.

Vedľajšie účinky

Medzi neželané účinky patrí potreba vykonávania činnosti, nepokoj, nespavosť, akné, depresia, impotencia, poruchy erekcie, poškodenie zubnej skloviny, imunitného systému, amfetamínová psychóza. Prejavuje sa paranoidno-halucinatórnym syndrómom. Ťažko sa dá diagnostikovať v úplnom začiatku. V okamihu, keď je porucha nápadná i ďalším osobám obvykle ide o rozvinutú psychózu. Sú prítomné sluchové halucinácie, postihnutá osoba sa cíti prenasledovaná, je veľmi vzťahovačná. Má pocit, že všetci sú proti nej zaujatí, že priatelia ju ohovárajú. Býva nekľudná, alebo naopak strnulá, prežíva abnormálne emócie, ktoré nemajú reálny základ. Bráni sa proti domnelému útoku, alebo sa dáva na útek pred niečím čo sa odohráva v jej mysli. Môže mať pocit, že je v kontakte s mimozemskými civilizáciami, že má telepatické schopnosti, silou vlastnej vôle že je schopná pohnúť predmetom. V tomto prípade je nevyhnutná hospitalizácia na špecializovanom psychiatrickom oddelení. Pervitín spôsobuje hlavne psychickú závislosť. Bez drogy je unavená, vybitá. Tento pocit ju núti dať si drogu opäť.

Drogovo závislí mladí ľudia prichádzajú na liečbu zvyčajne pod tlakom závažných zdravotných problémov, v zlej sociálnej situácii pod tlakom rodiny.

Aplikácia ošetrovateľského procesu zahŕňa dve štádia, **akútne a rehabilitačnú fázu.**

Akútne štádium

Pri prijímaní v intoxikovanom stave je zvlášť potrebné, aby sestra dôkladne posúdila potreby pacienta: stav vedomia, orientáciu v čase, priestore, mieste, vitálne funkcie, koordináciu pohybov, pozornosť, spánok, výživu, aktivitu, emotívne prejavy.

Ak pacient halucinuje, pozorne sa zameria na

- stav krvného obehu
- overuje prítomnosť edémov
- pulzových arytmií
- kvalitu dýchania
- hodnoty TT
- sfarbenie končatín.

Posúdenie je zamerané na podrobné vyšetrenie jaziev, vpichov po ihlách a abscesov.

Sestra na základe získaných informácií identifikuje pacientove problémy – **diagnostikuje.**

Počas akútneho stavu je pacient vyčerpaný, často sa stáva že spí aj viac dní. V tomto stave sestra dbá o jeho stravovanie, príjem tekutín. Často však máva opačný stav, spať sa mu nedá, sú prítomné kŕče. Pacientovi podá ordinovanú medikamentóznú liečbu. Je dôležité aby po odznení akútneho štádia bol v dobrom fyzickom stave, pretože ten je potrebný v ďalšom štádiu liečby.

Štádium rehabilitácie

Pozornosť je venovaná motivácii liečby a dôvodom pre ktoré pacient liečbu žiada. V prvom rade treba plánovať zmenu životných podmienok. Osobitne dôležité je pomôcť pacientovi prejsť obdobím liečby a vyskúšať rôzne druhy programov, ako aj zistiť dôvody v prípade prechádzajúcej neúspešnej liečby a možnosti lepšej terapie v budúcnosti. Akýkoľvek spôsob plánovania a samotná realizácia liečby prináša so sebou určité problémy. Zaslужujú si pozornosť ošetrovateľského personálu a holistický prístup ku každému pacientovi.

Prístupy sestry počas hospitalizácie pacienta

Pri realizácii nemocničných programov môže sestra aplikovať nasledujúce postupy:

- zaviesť a udržiavať terapeutické prostredie spolu s vysvetľovaním pravidiel režimovej liečby a bežných postupov,

- posúdiť pacientovu schopnosť ovládať stres a zúčastňovať sa liečby spolu s terapeutickým tímom,
- ostražito dbať na neužívanie drog, pretože pacient sa môže pokúšať o ich tajnú dodávku, Nepretržité posudzovanie fyzických a behaviorálnych charakteristík pomáha monitorovať abstinenciu.
- určiť nové normy interpersonálneho správania modelovaním rolí a konfrontáciou s neprimeraným správaním,
- zúčastňovať sa na skupinovej terapii, podporovať účasť pacienta, ostražito vnímať jeho pocity ktoré vyjadruje a pomôcť mu aby si ich vedel uvedomovať,
- poskytnúť rozvrh plný aktivít, podporiť nové záujmy a rozvoj potenciálnych schopností,
- podávať predpísanú medikáciu a uvedomiť si, že pacient môže hromadiť lieky, aby ich neskôr vo väčšom množstve užil, alebo môžu predstierať bolesť aby získali drogy, prípadne môžu vynechávať lieky, aby zabránili ich účinkom
- vyhodnocovať primeranosť pokračujúcej starostlivosti a posudzovať podľa indikácií.

Ošetrovateľská starostlivosť v liečbe závislého je vlastne liečbou človeka človekom. Liečebným prostriedkom je človek. Hlavné ťažisko spočíva v terapeutickom tíme, ktorého zložkou je aj zdravotná sestra, čiže budem hovoriť o svojom podiele na ošetrovateľskej starostlivosti

Na terapeutickom vzťahu je najdôležitejšia **dôvera**. Preto sa snažím aby pacient cítil že som človek kompetentný, aby cítil že ja, ani ostatní nie sme ľudia čo len predvádzajú že niečo vedia, ale že sme naozaj schopní pomôcť. Dôvera je **cieľ**, ktorý má naplniť celé spoločenstvo.

Na osobu terapeuta má pacient nároky, takže sa usilujem zvládnuť bežné ľudské vlastnosti. Nesprávam sa odviazane, ale ani neprechádzam jednotlivými situáciami s odmeranou tvárou. Mnohokrát sa nachádzam s pacientom v konfliktnnej situácii. Tieto nepríjemné situácie sa snažím kultivovane zvládnuť. Pacientovi dám pocítiť, že jeho agresivita sa mi nepáči, ale mal by vedieť, že naďalej ho akceptujem.

Do istej miery o nich rozhodujem, snažím sa však nesprávať ako sekera, nepodlieham túžbe dirigovať, ale svoju akúsi moc nad pacientom udržať v priateľnej miere. Chcem aby pacient pochopil, že režim ktorý platí pre neho, je platný aj pre mňa. Som schopná pacienta počúvať a o dôležitých veciach informujem lekára.

Naučila som sa prekonávať antipatie voči pacientovmu správaniu. Pochopila som, že takto ho vyformovala choroba a jeho nepríjemné správanie je jej prejavom.

Chcem aby sa na našom oddelení pacientom pomohlo, aby pochopili, že droga nemôže byť pre neho východiskom. Nikdy problém nerieši, len na krátko oddiali nevyhnutnosť jeho riešenia. Každá náhrada bytia drogou iba predlžuje nebytie...

Nosíme v sebe veľa slabostí, keď ich nemôžeme úplne premôcť, aspoň im nedovoľme aby získali nad nami prevahu, lebo svet umelého raja je lákavý. Nájdime skutočný pocit šťastia bez následkov.

Zoznam bibliografických odkazov:

MUDr. Norbert Moravský, ÚSL Jesseniovej LF UK v Martin

Drogový informačný portál: <http://sk.wikipedia.org/metamfetamín>

www.infodrogy.sk

Kontakt na autorov:

Zdenka Melicharčíková

Centrum pre liečbu drogových závislostí

Cesta k nemocnici 55, 974 04 Banská Bystrica

Mgr. Veronika Končoková

Centrum pre liečbu drogových závislostí

Cesta k nemocnici 55, 974 04 Banská Bystrica

Substitučná liečba – náplň práce sestry v metadonovom programe

Eva Luptáková, Zdenka Melicharčíková, Veronika Končoková

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Banská Bystrica

Poslaním našej práce je pomôcť všetkým, ktorí majú problémy s návykovými látkami, a tým, ktorí trpia látkovými závislosťami. Cielom je zlepšenie zdravia našich klientov, zlepšenie kvality ich života, ako aj snaha o jeho predĺženie.

V 90. rokoch 20 storočia sa drogová scéna na Slovensku vyvíjala smerom k vzniku epidémie užívania ilegálnych drog s prevahou heroínu. V tom období vláda Slovenskej republiky schválila v rámci Národného programu boja proti drogám zavedenie liečby metadonom.

Metadon je preparát, ktorý vynášli v Nemecku v čase druhej svetovej vojny. Ako liek na udržiavaciu liečbu závislých od heroínu ho v roku 1966 ako prví začali používať v New Yorku psychiatri Vincent Dole a Mary Nyswanderová. Postupne sa začal používať aj v Európe. Metadon (Metadonum hydrochlorikum) je opiátový agonista, látka rozpustná vo vode s polčasom eliminácie 30 hodín. Zbavuje závislého možnosti vzniku abstinčných príznakov, nenavodzuje eufóriu, blokuje túžbu po droge, ale pri dlhodobej substitúcii je to tiež návyková látka. Keďže nemá tzv. stropový efekt, pacient sa môže predávkovať a smrť nastáva útlmom dychového centra tak, ako pri heroíne.

Metadonová udržiavacia liečba sa poskytuje v sieti špecializovaných zdravotníckych zariadení odboru drogových závislostí, na Slovensku sa metadon podáva v CPLDZ Bratislave a v Banskej Bystrici. Od septembra 2005 sme v našom centre zahájili metadonový udržiavací program, ktorý je vhodný pre pacientov závislých od opioidov. Udržiavacia liečba metadonom patrí medzi základné terapeutické postupy, ktoré sú štandardne odporúčané v rámci EÚ. Hlavným cieľom metadonovej udržiavacej liečby je medicínska pomoc pacientom so závislosťou od opiátov, ktorá vedie nie len k zlepšeniu ich psychického a telesného zdravia, ale súčasne dochádza aj k úprave vzťahov v rodine, zlepšeniu ich pracovnej produktivity, sociálneho začlenenia, k redukcii kriminality spojenej s drogami a tým k zvýšeniu bezpečnosti celej spoločnosti. Nezanedbateľnú funkciu má metadonová udržiavacia liečba z hľadiska ochrany zdravia verejnosti pred šírením najmä vírusových infekčných ochorení akými sú HIV, infekčné hepatitídy, ale aj pohlavné ochorenia a TBC. Znižuje sa tiež riziko predávkovania.

Pacient, ktorý má záujem o metadonovú liečbu musí spĺňať určité podmienky. Podstatnou podmienkou na zaradenie do metadonovej udržiavacej liečby z medicínskeho hľadiska je príslušným odborným lekárom, psychiatrom stanovená a v zdravotnej dokumentácii dokumentovaná diagnóza

závislosti od opiátov. U týchto pacientov sú opakovane neúspešné, medicínsky dokumentované pokusy o detoxifikáciu a liečbu. Pacient by mal mať vek minimálne 18 rokov, na základe výnimky môže byť pacient zaradený od 15 rokov (musí to schváliť komisia, v ktorej zasadá psychiater, psychológ a dorastový lekár.) Pacienti pozitívny na HIV a tehotné ženy sú zaradení do programu prednostne, každý pacient podpíše písomný súhlas. Metadon nepôsobí toxicky na plod. Pacient pred zaradením do metadonovej udržiavacej liečby absolvuje odborné psychiatrické vyšetrenie, vyšetrenie internistom, EKG, psychologické vyšetrenie, toxikologické vyšetrenie moču, imunologické vyšetrenie na HIV – len zo súhlasom pacienta, hepatitídy a základné biochemické vyšetrenia. Nastavenie na metadon sa robí ambulantnou formou, pacient prichádza opakovane k lekárovi do centra na kontrolu zdravotného stavu. Zároveň sa pravidelne robia toxikologické vyšetrenia moču so zameraním na opiáty a metadon. Denná dávka metadonu sa určí na základe klinických prejavov a symptómov abstinénčného stavu. Podáva sa v zásade v jednej dávke pod kontrolou zdravotníckeho pracovníka vo výdajni metadonu v priestoroch CPLDZ. Metadon sa podáva vo forme roztoku pripraveného v lekární, má horkú chuť, podáva sa zriedený s džúsom. Dávkuje sa špeciálnym dávkovačom. Dávka metadonu sa v čase stabilizácie môže podľa potreby klinického stavu pacienta upravovať. Hlavným zámerom liečebného plánu je dosiahnuť abstinenciu od opiátov, prípadne od iných psychoaktívnych látok. Minimálna predpokladaná dĺžka liečby je 1 rok, maximálne trvanie nie je časovo ohraničené vzhľadom na individuálne bio – psycho-sociálne predpoklady pacienta na abstinenciu bez použitia metadonu. Pacient sa pravidelne kontroluje klinickými vyšetreniami lekárom, psychológom, súčasťou kontroly stavu pacienta sú povinné toxikologické vyšetrenia moču na prítomnosť psychoaktívnych látok a skupinová terapia. Pacienti majú 2x do mesiaca metadonovú skupinu pod vedením liečebného pedagóga, ktorá je zameraná na edukáciu drogovej závislosti, účinky metadonu a na vedenie pacientov k abstinencii.

Vydávanie dávok metadonu na domov – dennú dávku lieku je možné vydať pacientovi maximálne na tri dni mimo výdajne v zdravotníckom zariadení. To znamená, že v rámci metadonového udržiavacieho programu pacient musí prísť vo fáze stabilizácie užiť liek pod kontrolou minimálne 2x do týždňa do CPLDZ. Pri zahájení metadonového udržiavacieho programu pacient spolu s lekárom vyplní príslušný dotazník, podpíše písomný súhlas, že bude dôsledne rešpektovať zásady substitučnej liečby, s ktorými bol oboznámený.

Tieto zásady sú nasledovné.

1. Dôsledne rešpektovať režim substitučnej liečby s ktorým bol oboznámený, dodržiavať odporúčania a nariadenia zdravotníckeho personálu.
2. Denne na ambulancii užiť dávku metadonu pod dohľadom zdravotníckeho personálu, pred víkendom alebo voľnými dňami dostane pacient príslušný počet dávok na domáce užitie, maximálne však na tri dni.

3. Prísny zákaz užívania drog a alkoholu.
4. Prísny zákaz užívania iných ako lekárom ordinovaných liekov.
5. V prípade, že pacientovi ordinuje lieky iný lekár, je pacient povinný informovať ho o užívaní metadonu, je tiež povinný o užívaní iných liekov informovať lekára CPLDZ.
6. Podrobiť sa 3x týždenne odberu moču na toxikologické vyšetrenie.
7. Okamžite informovať lekára CPLDZ o každej zmene svojho telesného alebo psychického zdravotného stavu.
8. Prísny zákaz deliť sa alebo distribuovať metadon iným osobám.
9. Vyvarovať sa akýchkoľvek prejavov urážlivého alebo agresívneho správania voči zdravotníckemu personálu.
10. Uchovávať dávky na domov na bezpečnom mieste mimo dosahu detí.
11. Pacient v metadonovom substitučnom programe nesmie riadiť motorové vozidlá.

Pacient dostáva preukaz, do ktorého mu ambulatná sestra zapisuje podanie metadonu. Jej náplňou je viesť tiež opiátovú dokumentáciu, metadonový denník o výdaji, pravidelne zapisuje podanie metadonu do zdravotného záznamu pacienta, monitoruje u pacienta dodržiavanie režimu MUP.

Detoxifikácia – je konečnou fázou MUP, ale spravidla neznamená ukončenie celkovej liečby pacienta so závislosťou. Ukončenie MUP môže byť na žiadosť pacienta, alebo ordinovaná lekárom, väčšinou pri nedodržiavaní abstinencie od drog. Metadon sa pacientom vysadzuje znižovaním dávok podľa vypracovaného plánu lekárom. Pacient sa môže detoxifikovať ambulantne, alebo ústavne na oddelení. V rámci MUP sa zvýšená starostlivosť venuje tehotným ženám, matkám s maloletými deťmi, pacientom infikovaným vírusom HIV, hepatitídami a mládeži.

Ďalším liekom, ktorý sa používa na substitučnú liečbu je suboxon, tiež je určený pre pacientov závislých od opiátov. Užíva sa vo forme tabliet per os, pacientom sa predpisuje 2x do týždňa. Dennú dávku určí lekár podľa klinického stavu pacienta. Kritéria na zaradenie sú také isté ako pri metadone a pacienti sú povinní dodržiavať ten istý režim a zásady substitučnej liečby.

Záver

Na záver niekoľko hodnotiacich údajov, ktoré sme čerpali zo zdravotnej dokumentácie našich pacientov.

Počet pacientov v liečbe bol v roku 2006 – 6, 2007 – 18, 2008 – 27, 2009 – 28 pacientov, z toho približne jednu tretinu tvoria ženy. Štyri ženy boli zaradené počas gravidity a pokračujú v liečbe aj po pôrode, jedna z nich je gravidná už druhýkrát.

Čo sa týka infekčných ochorení zaznamenali sme pozitivitu na HCV a to v roku 2006 u 5 pacientov, 2007 – 9, 2008 – 13, 2009 – 2 pacientov. Pozitivitu na HIV sme zatiaľ nezachytili.

Význam substitučnej /udržiavacej/ liečby je nespochybniteľný i keď vedie k obmedzeniam v živote pacienta a nedosiahne sa ňou najoptimálnejšia uzdravenie. Pre tých, čo majú problémy a stále sa vracajú k drogám je mnohokrát jediným a život zachraňujúcim riešením. Je treba len veriť, že na Slovensku dôjde k reorganizácii distribúcie substitučnej terapie a že táto sa stane dostupná každému, kto ju bude potrebovať.

Kontakt na autorov:

Eva Luptáková

Centrum pre liečbu drogových závislostí

Cesta k nemocnici 55, 97 404 Banská Bystrica

Zdenka Melicharčíková

Centrum pre liečbu drogových závislostí

Cesta k nemocnici 55, 97 404 Banská Bystrica

Mgr. Veronika Končoková

Centrum pre liečbu drogových závislostí

Cesta k nemocnici 55, 97 404 Banská Bystrica

Prístup sestry k pacientom s obsedantno-kompulzívnou poruchou

Ján Dudáš

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o., Akútne psychiatrické oddelenie 1

Úvod

Obsedantno-kompulzívna porucha (OCD) bola v minulosti považovaná za pomerne vzácne ochorenie, v súčasnosti je však častou chorobou a trpí na ňu čoraz viac ľudí. OCD postihuje 4 – 5% populácie. Na celom svete je touto chorobou postihnutých viac ako 100 miliónov ľudí.

Špecifickou črtou tejto choroby je, že na ňu trpia väčšinou inteligentní ľudia, ktorí sú prehnane pantičkárski a majú chorobný zmysel pre poriadok a čistotu. Podstatný pokrok nastal v posledných 30 rokoch zavedením účinných liekov a kognitívno-behaviorálnej terapie.

Cieľom príspevku je vyzdvihnúť význam edukácie u pacienta s OCD, informovať ho o tomto ochorení, poskytnúť mu rady, ako má správne postupovať pri zvládaní svojich obsesí a kompulzií, ako má redukovať úzkosť, napätie a iné neželané sprievodné javy. U príbuzných pacienta s OCD je cieľom, aby si osvojili naučené vzorce správania sa v prístupe k svojmu príbuznému.

Medzi hlavné metódy, ktoré som uplatnil v príspevku patrí využívanie odborných knižných publikácií z oblasti medicíny a ošetrovateľstva, odbornej časopiseckej literatúry, odborných príručiek a internetových stránok.

Charakteristika obsedantno-kompulzívnych jedincov

Obsedantno-kompulzívna porucha (OCD) je charakterizovaná nutkavými myšlienkami, ktoré sa proti vôli človeka vtierajú do jeho mysle a spôsobujú mu výraznú nepohodu a tieseň a ktoré sa potom človek snaží zmierniť rôznymi spôsobmi nutkavého správania, kompulziami. V medzinárodnej klasifikácii ochorení je OCD zaradená medzi úzkostné poruchy, resp. neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom a somatoformné poruchy (Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 234).

Definícia OCD

„OCD je závažnou, štvrtou najčastejšou psychickou poruchou (po fóbickej poruche, abúze látok a rekurentnej depresívnej poruche) so začiatkom zvyčajne v detstve alebo adolescencii, s chronickým, kolísavým priebehom. Hlavnými symptómami sú obsesie a/alebo kompulzie, no aj napriek pomerne jasnému klinickému obrazu trvá v priemere 17 rokov, kým sa stanoví správna diagnóza. V liečbe sú najúčinnnejšie antidepresíva inhibujúce spätné vychytávanie serotonínu (SRI)

a kognitívno-behaviorálna terapia (KBT). Liečba je dlhodobá, často celoživotná“ (Pálová, 2008, s. 112).

Klinické prejavy

Obsesie sú myšlienky, predstavy alebo impulzy, ktoré sa opakovane vtierajú do mysle jedinca, obťažujú ho, jedinec si zvyčajne uvedomuje ich nezmyselnosť, napriek tomu im nedokáže odolávať. Sú vnímané ako vlastné, nie ako dané zvonku. Kompulzie sú opakované, stereotypné formy správania alebo aj duševné aktivity, ktorými sa jedinec zvyčajne snaží predchádzať určitým obávaným situáciám, aj keď si zvyčajne zreteľne uvedomuje nezmyselnosť a neprimeranosť takéhoto správania a konania. Obsesie a kompulzie sú pre pacienta nechcené a neželané, spôsobujú mu značný distress, sú zvyčajne časovo náročné (zaberajú viac ako 1 hodinu denne) a veľmi podstatne komplikujú existenciu jedinca (pracovnú, rodinnú, spoločenskú...). Najčastejšie formy obsesií a kompulzií sú uvedené v tabuľke č.1 (Pálová, 2008, s. 112).

Tabuľka č. 1 Najčastejšie formy obsesií a kompulzií v rámci OCD.

Obsesie	Kompulzie
Agresivity	Kontrolovanie
Kontaminácie	Umývanie/čistenie
Exaktnosti/symetrie	Opakovanie
Zhromažďovania	Počítanie
Sexuálne obsahy	Usporiadúvanie
Somatické	Zhromažďovanie
Religiózne	Zmiešané/mnohopočetné
Zmiešané/mnohopočetné	

Spracované podľa: Pálová, 2008, s. 112

Obsesie nie sú v populácií výnimočné, je mnoho ľudí, ktorí nevyhľadajú odbornú pomoc napriek tomu, že sa u nich obsesie objavujú. Od obsesií ľudí, ktorí vyhľadali odbornú pomoc, sa nelíšia formou ani obsahom, ale kvalitou a intenzitou.

Najčastejšie bežné obsesie u neliečených ľudí:

- myšlienka na nešťastie niekoho milovaného, blízkej osoby,
- myšlienka, že sa deťom prihodí zlé veci, najčastejšie zranenie formou úrazu,
- myšlienky na „neprirodzené“ sexuálne akty,
- nutkanie skočiť pod prichádzajúci dopravný prostriedok,
- nutkanie skočiť z vysokej výšky,

- myšlienka na riziko, že sa stanú obeťami leteckého nešťastia,
- suicidálne myšlienky,
- nutkanie napadnúť a zabiť zviera,
- nutkanie prerušiť ticho na zhromaždení (smiať sa, zakričať alebo hodiť nejaký predmet o zem).

Obsesie neliečených ľudí sú podobné s obsesiami, ktoré obvykle popisujú liečení obsedantno-kompulzívni jedinci (*Neurotické poruchy-Obsesie-Nutkavé stavy*. 2008).

Kompulzie sú opakované, úmyselné a účelové konania realizované podľa určitých pravidiel alebo určitým stereotypným spôsobom. Tieto činy smerujú k zníženiu úzkosti alebo predídeniu obávanej udalosti, či situácie. Postihnutý si uvedomuje, že jeho konanie je nezmyselné alebo prehnané. Obsesie úzkosť vyvolávajú, kompulzie ju dočasne znižujú. Kompulzie môžeme označiť za aktívnu ochranu proti úzkosti. Aj keď úzkosť krátkodobo znižujú, na druhej strane vedú k pocitom hanby a nezmyselnosti, čím pocit psychického napätia znova zvyšujú (Prašková, Praško, Ondráčková, Kosová, 1996, s. 11).

Vyhýbavé správanie

Takmer všetci ľudia trpiaci na OCD sa snažia vyhnúť situáciám, ktoré v nich vyvolávajú obsedantné myšlienky a nasledujúce úzkosti, ktoré musia neutralizovať kompulziami. Takéto správanie sa nazýva vyhýbavé. Existuje tiež skryté správanie ako je snaha nemyslieť na určité veci (Prašková, Praško, Ondráčková, Kosová, 1996, s. 15, 16).

Telesné príznaky

Telesné príznaky sú spojené s úzkosťou a výsledkom sú stresové reakcie. Aj keď nie sú nebezpečné, znamenajú hrozbu pre ľudí s OCD, ktorí sa ich snažia neutralizovať pomocou kompulzií. Telesné prejavy úzkosti sú uvedené v tabuľke č.2 (Prašková, Praško, Ondráčková, Kosová, 1996, s. 16, 1

Tabuľka č. 2 Typické telesné prejavy pri prežívaní úzkosti a napätia

- zrýchlenie srdcového pulzu alebo jeho zníženie
- zvýšenie krvného tlaku
- zúženie ciev na periférii
- rozšírenie ciev vo veľkých svaloch
- zvýšený svalový tonus
- zvýšená sekrécia potných žliaz
- zrýchlené a prehĺbené alebo plytké dýchanie
- pocity tlaku v žalúdku
- obstipácia alebo diarea
- silné chvenie alebo tras končatín
- pocity únavy
- závrate
- rozmazané videnie
- napätie a bolesť hlavy
- kŕče alebo necitlivosť v rukách a na perách
- návaly tepla alebo chladu

Spracované podľa: Prašková, Praško, Ondráčková, Kosová, 1996, s. 17

Správanie obsedantno–kompulzívnych jedincov

Určitá miera kontroly a opakovania patrí k prirodzenosti ľudského myslenia a konania. Každý pozná pocit znepokojenia po odchode z bytu, či vypol všetky elektrické prístroje, zhasol plyn, zatvoril vodovodný kohútik. Človek sa vracia späť, kontroluje byt. Napriek tomu sa po odchode z domu objavuje nepokoj a napätie, či je všetko v poriadku, či niečo neprehliadol alebo či nebodaj, niečo mimovoľne nezapol namiesto vypnutia. Mierna kontrola je zmysluplná a racionálna. Pri jej nadbytku môže dôjsť až k úplnej blokade myslenia a konania (Trenckmann, Bandelow, 1999, s. 31).

Príčiny OCD

Príčiny vzniku OCD nie sú celkom objasnené. Dôležitú úlohu pri vzniku obsesií majú zrejme biologické faktory. Predpokladá sa dedičná predispozícia, porucha neurotransmisie (najmä serotonínergickej), nesprávne fungovanie určitých častí mozgu (frontálna oblasť, bazálne gangliá). V procese vzniku a udržiavania poruchy sú rozhodujúce aj psychosociálne faktory (Ondriášová, 2005, s. 82).

Medzi psychosociálne faktory sa zaraďuje pracovné prostredie s veľmi zložitou problematikou, manželstvo a rodina s narušenými citovými vzťahmi, nesúlad v sexuálnych vzťahoch,

chronické preťažovanie vyššej nervovej činnosti, osobné a rodinné tragédie, oslabenie organizmu ťažkými chorobami a operáciami a typ osobnosti (Lizáková, Vranaiová a kol., 2008, s. 78, 79).

Zásady a liečba obsedantno-kompulzívnej poruchy

Optimálna liečba by mala zahŕňať kombináciu psychofarmák a kognitívno-behaviorálnu terapiu. Zodpovedajúca terapia by mala byť, okrem schopnosti redukovať symptómy, akceptovateľná pacientom a jeho rodinou, mala by zlepšovať kvalitu jeho života, vrátane funkčnosti, a mala by byť dostatočne rýchla a dostupná (Seifertová, Praško, Höschl, 2004, s. 238).

Liečba

Farmakologická liečba obsedantno-kompulzívnej poruchy sa zameriava na serotonínový systém, inhibítory spätného vychytávania serotonínu – SRI. Ide o klomipramin, fluvoxamin, sertralin, fluoxetin, citalopram a paroxetin. Priaznivý efekt serotonínových antidepresív sa objavuje do 5 týždňov po nasadení lieku, avšak k zlepšeniu dochádza i v ďalších týždňoch. Preto podávanie preparátu minimálne 10 týždňov býva opodstatnené. Po vysadení liekov aj po ich niekoľkomesačnom podávaní dochádza v priebehu niekoľkých týždňov k recidíve až u 80 – 90 % pacientov (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 129).

Tradične sú antidepresíva kombinované s anxiolytikami (rivotril, lexaurin).

Pri liečbe OCD sa využívajú tri základné princípy: hierarchia, expozícia a prevencia nežiadúcich odpovedí. Hierarchia vyžaduje, aby si pacient zostavil poradie situácií a činností, ktoré v ňom vyvolávajú strach, podľa ich intenzity. Expozícia znamená vystaviť pacienta situácii, ktorá v ňom vyvoláva strach. Prevencia nežiadúcich odpovedí znamená, že pacient sa vedome snaží zdržať sa kompulzívnych rituálov zameraných na zníženie úzkosti (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s.

Okrem farmakologickej liečby je veľmi dôležitá kognitívno-behaviorálna terapia (KBT), ktorá je založená na systematickom programe postupných krokov a je zameraná priamo na príznaky, ktoré postihnutý prežíva v súčasnosti a menej sa venuje ich príčinám v minulosti. Učí, ako zvládať iracionálne obsedantné myšlienky, ako sa vystaviť situáciám, ktoré vedú k obsesiám a ako odolávať kompulziám (Prašková, Praško, Ondráčková, Kosová, 1996, s.24).

Expresívne umelecké terapie sú najúčinnjšou formou pomoci pacientom, aby dosiahli zdravie, sebavyjadrovanie, poskytovanie významov komunikácie a interakcie. Ich použitie získava uznanie vo všetkých oblastiach duševného zdravia u rôznorodých pacientov. Aby sestra identifikovala problémové oblasti a stresory, musí spolupracovať s terapeutmi – špecialistami. Rozhodujúce sily a realistické ciele terapie možno zvýšiť pozorovaním, ako aj zhodnotením efektov

a výsledkov. Medzi expresívne umelecké terapie patrí arteterapia, muzikoterapia, tanečná a pohybová terapia, rehabilitácia (Janosiková, Daviesová, 1999, s. 464).

Ergoterapia je liečba zamestnávaním sa a je najviac využívaná spomedzi expresívnych umeleckých terapií. Za liečebné zamestnanie sa považuje každá telesná, či duševná činnosť, ktorá má osobitný cieľ, aby viedla k zrýchleniu vyliečenia chorôb. K tejto činnosti sa zaraďuje pracovné zaujatie, rekreačná činnosť a edukatívne ovplyvňovanie (Kafka a kol., 2004, s. 264).

Komunikačné zručnosti sestry

Komunikačné zručnosti sú pre sestru pracujúcu s psychiatrickým pacientom neodmysliteľné. Dobrá komunikácia medzi sestrou a pacientom podporuje dosiahnutie lepších liečebných výsledkov. Tým, že sestra trávi s pacientom podstatne viac času ako lekár, má omnoho viac príležitostí na komunikáciu. Predovšetkým však musí poznať klinickú diagnózu pacienta a zámer lekára, aby podporila vhodnú terapiu. Pri komunikácii s príbuznými musí byť obozretná a obhajovať predovšetkým záujem pacienta (Kafka a kol., 2004, s. 27).

Definícia edukácie

„Edukácia je celoživotné rozvíjanie osobnosti pôsobením formálnych výchovných inštitúcií a neformálneho prostredia; je to kontinuálny systémový proces. Cieľom edukácie je osvojenie si nových poznatkov, získanie nových vedomostí, nadobudnutie zručnosti, vytváranie hodnotových, postojoyých, citových či vôľových štruktúr osobnosti a dosiahnutie zmeny správania. V edukačnom prostredí sa výchova a vzdelávanie vzájomne prelínajú a podieľajú sa na rozvoji jedinca“ (Závodná, 2005, s. 9).

Edukačný leták pre pacienta s obsedantno-kompulzívnou poruchou

1. Charakteristika obsedantno-kompulzívnej poruchy (OCD)

OCD – psychická porucha, pri ktorej sa postihnutému vtierajú nutkavé myšlienky (obsesie) bez jeho vôle až do takej miery, že nie je schopný sa sústrediť a koncentrovať na inú zmysluplnú činnosť až do zrealizovania nutkavej činnosti – rituálu (kompulzie), čím sa čiastočne zredukuje obsesia.

Príčiny:

- rodinná predispozícia – dedičný faktor,
- narušené neurofyziologické a biochemické procesy v mozgu,
- behaviorálny faktor – myšlienka vyvolá nezvyčajnú a silnú tenziu (napätie), formuje sa v detstve vplyvom výchovy a spoločenských pravidiel,

- psychologické mechanizmy – protipóly emócií posúvajú chorého k nerozhodnosti, neistote a tieto symptómy redukuje obrannými mechanizmami,
- imunologický faktor – protilátky proti niektorým látkam mozgu,
- genetický faktor – gény, ktoré prispievajú k rozvoju obsedantno-kompulzívnej poruchy.

Príznaky

Obsesia – myšlienka, ktorá sa opakovane objavuje, napriek prianiu osoby vyhnúť sa jej alebo ignorovať ju.

Kompulzia – zrealizovaná obsesia a slúži na vyhnutie sa alebo zvládnutie úzkosti.

Typy:

- kompulzívne správanie,
- kompulzívne overovanie a kontrolovanie,
- obsesie bez zjavného kompulzívneho správania,
- primárna obsedantná pomalosť.

Typické prejavy

Obsesie – opakujúce sa myšlienky sprevádzané veľkou úzkosťou, strachom, napätím.

Kompulzie – zrealizovanie obsesií, dochádza k neutralizácii, eliminácii úzkosti.

Vyhýbavé správanie – vyhnutie sa situáciám, ktoré vyvolávajú obsedantné myšlienky a nasledujúcu úzkosť.

Telesné príznaky – sú spojené s úzkosťou. Ide o pestré vegetatívne prejavy, ako je zrýchlenie srdcového tepu, zvýšenie krvného tlaku, zvýšenie svalového tonusu, zvýšenie sekrécie potu, pocity tlaku na žalúdku, závrate, pocity únavy, bolesti hlavy a pod.

2. Ako čeliť obsesiám a kompulziám

a) Spojiť obsesie s emotívnou reakciou a následnou kompulziou:

situácia → myšlienka → emotívna reakcia → správanie

b) Rozpoznať obsesie a ich nadväznosť na situácie, ktoré sú spúšťačmi obsesií:

- pri obsesiách sa hodnotia situácie, ktoré majú zveličené závery,
- automatické myšlienky značne ovplyvňujú emotívne reakcie,
- negatívne automatické myšlienky neupútávajú pozornosť,

- vizuálne predstavy predstavujú hlavnú úlohu v úzkosti.

Návod na identifikáciu obsesií a kompulzií:

- identifikovať kompulzie (Čo som robil pre zníženie napätia?),
- identifikovať situácie, v ktorých sa kompulzie objavujú (Čo som robil, na čo som myslel?),
- identifikovať nepríjemné emócie (Čo som cítil?),
- identifikovať obsesie, ktoré predchádzajú nepríjemným pocitom (Čo mi prebiehalo hlavou? Nakoľko tomu verím?).

c) Testovať platnosť obsesií:

Testovanie obsesií na základe nasledujúcich otázok:

- Z čoho vychádza môj záver, aké mám dôkazy v tom, čo sa stalo?
- Prečo si myslím, že práve toto hodnotenie situácie je jediné alebo najpravdivejšie? Čo svedčí pre a čo proti takémuto hodnoteniu?
- Aké sú iné vysvetlenia?
- Ako tento záver ovplyvňuje moje emócie a správanie?
- Čo je pre mňa v tejto situácii príjemné a čo nepríjemné?
- Je táto situácia naozaj taká vážna, ako si myslím?
- Opieram svoj úsudok o to, ako sa cítim, alebo o to, čo vykonávam?
- Čo by si v takejto situácii myslel niekto iný?
- Nezabúdam na podstatné fakty, alebo naopak, nezveličujem nepodstatné fakty?
- Nepreceňujem mieru pravdepodobnosti, s ktorou nastane určitá udalosť?
- Nepodceňujem svoje možnosti, ako čeliť problémovej situácii?

d) Vytvoriť racionálnu odpoveď:

Ide o odpovede na predchádzajúce otázky:

- racionálna odpoveď by nemala byť prehnaná do extrému, mala by sa držať reality,
- pre úspešné zvládnutie obsesií je potrebné denne pracovať s racionálnymi odpoveďami,
- zmysel spočíva v hodnotení svojich myšlienok.

3. Návod na zabránenie myšlienkových kompulzií

a) Nahrať obsesie na audiokazetu:

- pozorne počúvať obsesie z kazety a zaznamenať na grafe alebo numerickej škále mieru napätia,
- cieľom je vydržať napätie alebo úzkosť, ktorú vyvoláva daná obsesia bez použitia kompulzívnych myšlienok.

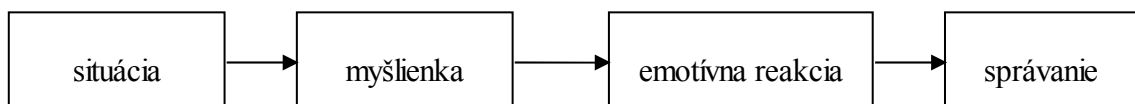
b) Opakovane si zapisovať obsesie na papier:

- ide o zapisovanie novovzniknutých obsesií,
- cieľom je zachovať krátku pauzu, pri ktorej nesmie byť vykonaná myšlienková kompulzia.

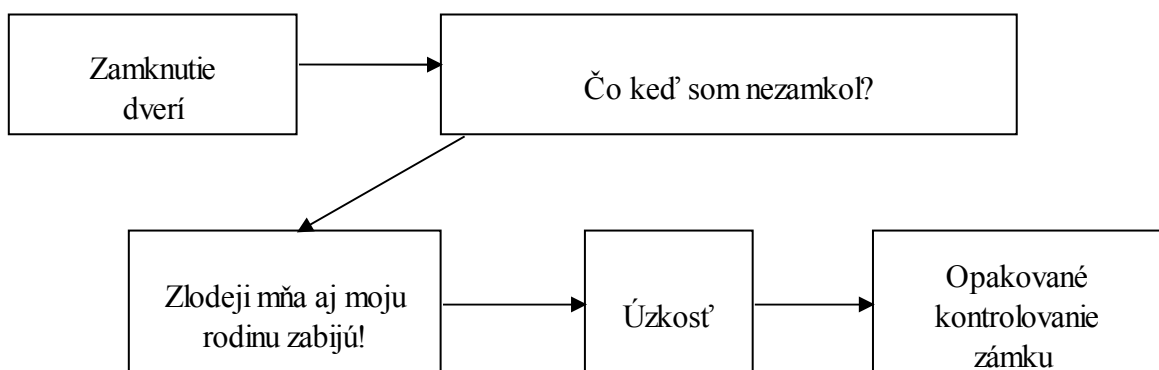
c) Úmyselné vyvolávanie obsesie s použitím techniky „STOP“:

- podstata spočíva vo vyvolávaní obsesií v pokojnom stave s použitím techniky hlasné „STOP“,
- pri tejto technike sa preruší sekvencia myšlienkových kompulzií.

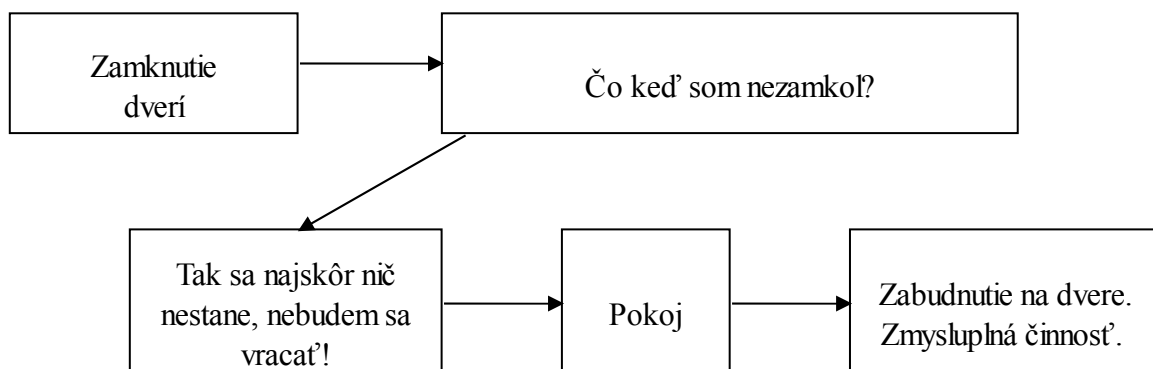
Najčastejšie prebiehaná sekvencia od situácie až k správaniu



Príklad bludného kruhu OCD



Príklad zdravej reakcie



Edukačný leták pre rodinného príslušníka pacienta trpiaceho obsedantno-kompulzívnou poruchou

Hlavné zásady a rady ako sa správať k svojmu príbuznému trpiacemu obsedantno-kompulzívnou poruchou

1. Pochopiť svojho príbuzného trpiaceho OCD, rozpoznať príznaky jeho choroby, neobviňovať ho.
2. Nenechať sa vtiahnuť do jeho rituálov.
3. Podporovať ho v terapii na zvládanie obsesií a kompulzií.
4. Podporovať pravidelnú liečbu u psychiatra a užívanie ordinovaných liekov, pri značnom zhoršení príznakov vyhľadať odbornú pomoc.
5. Nemoralizovať ho, ale naopak oceniť a pochváliť ho za každý pozitívny krok.
6. viesť pravidelné rozhovory a dostatočne ho zamestnávať prácou.
7. Byť vytrvalý a trpezlivý. Podľa možnosti, udržiavať harmonické rodinné prostredie.

Záver

OCD je závažné celoživotné ochorenie a ľudia, ktorí trpia na túto chorobu, si to uvedomujú. Neostáva im teda nič iné, ako sa naučiť žiť a čeliť negatívnym a vyčerpávajúcim vplyvom tohto ochorenia. Vytvorenie vhodných podmienok v rodine postihnutého jedinca umožňuje pacientovi lepšiu integráciu do spoločnosti, vytvára mu priaznivejšie podmienky pri príprave na budúce povolanie, umožňuje mu byť sebavedomejším i pri nadväzovaní a udržiavaní vzťahov so svojimi rovesníkmi, v rodinnom prostredí sa môže venovať svojim záľubám, rodina mu napomáha žiť plnohodnotný život. Rodina je kľúčovým faktorom pri liečbe a eliminácii obsesií a ich dôsledkov,

vhodným spôsobom prispieva k priaznivej kooperácii medzi pacientom, lekárom, psychológom a sestrou. Cieľom tohto príspevku je informovať a naučiť pacienta s OCD, ako má účinne zvládať neželané sprievodné javy a rodinu poučiť o vhodnom prístupe a správaní sa k svojmu blízkeму.

Návrhy pre prax

- zvýšiť informovanosť laickej verejnosti,
- všímať si správanie svojich blízkych,
- motivovať pacienta pozitívnymi výsledkami,
- vytvoriť priaznivé podmienky na komunikáciu s pacientom,
- pravidelne poskytovať edukačné stretnutia pacientovi s OCD,
- venovať edukačnému programu dostatok času a náležitú pozornosť,
- podávať pacientovi a ich príbuzným najnovšie informácie o tomto ochorení,
- poskytovať pacientovi a ich príbuzným dostatočné množstvo materiálov prostredníctvom príručiek, letákov, brožúr a edukačných listov,
- zabezpečiť kontakt pre pacienta a jeho príbuzných na občianske psychiatrické združenia (napr. „Vy kročme z hmly“, „Liga za duševné zdravie“ a pod.).

Zoznam bibliografických odkazov:

Neurotické poruchy-Obsesie-Nutkavé stavy. Psychosociálne centrum Košice. [online]. [citované 21. december 2008]. Dostupné na internete: <http://www.pscentrum.sk/Neuroticke%20poruchy%20-%20Obsesie.htm>

LIZÁKOVÁ, E., VRANAIOVÁ, K. a kol. 2008. *Psychiatrické ošetrovatel'stvo*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2008. 130 s. ISBN 978-80-8084-387-8.

ONDRIÁŠOVÁ, M. 2005. *Psychiatria*. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-199-9.

PÁLOVÁ, E. 2008. Liečba obsedantno-kompulzívnej poruchy. In *Psychiatria pre prax*. ISSN 1335-9584, 2008, roč. 9, č. 3, s. 112, 114.

PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKO J., ONDRÁČKOVÁ I., KOSOVÁ J. „*Trpíte nutkavými impulzmi, myšlenkami alebo chovaním?*“ Príručka pre chorých trpiacich na obsedantno-kompulzívnu poruchu. Praha: Lege Artis, 1996. 40 s.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. 2006. *Psychiatrie-minimum pro praxi*. 4 vyd. Praha: Triton, 2006. 212 s. ISBN 80-7254-746-1.

SEIFERTOVÁ, D., PRAŠKO J., HÖSCHL C. 2004. *Postupy v léčbě psychických porúch*.

Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. 479 s. ISBN 80-86694-06-2.

TRENCKMANN, U., BANDELOW, B. 2005. *Psychiatrie und psychotherapie*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005. 265 s. ISBN 80-89952-26-3.

ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. preprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

KAFKA, J. a kol. 2004. *Mentálne zdravie, psychiatria a ošetrovatel'stvo*. Košice: Mercury-Smékal, s. r. o., 2004. 286 s. ISBN 80-89203-01-9.

Kontakt na autora:

Bc. Ján Dudáš

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

Areál psychiatrickej nemocnice, Strážany, 071 01 Michalovce

Telefón: 056/6432005

E-mail: dudasjan@centrum.sk

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s insomniou

Marek Rabinčák, Ludmila Hubináková, Andrea Dzurová

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n.o.

Úvod

Ľudia už od pradávna považovali spánok za niečo veľmi dôležité, rozhodujúce a mystické. Aj v dnešnej uponáhľanej dobe spánok tvorí neodmysliteľnú súčasť existencie každého človeka. Sprevádza nás od prenatalného obdobia až po smrť. Tento fyziologický proces, je súčasťou dvadsaťštyri hodinového intervalu, ktorý sa vyskytuje v rôznej miere a intenzite. Je to stav zníženej mentálnej a motorickej aktivity človeka, slúžiaci na obnovu fyzických i psychických síl. Spánok a jeho vnútorná štruktúra má cyklický charakter. Tieto spánkové cykly tvoria dve spánkové fázy a to non-REM a REM fáza spánku.

Fyziológia spánku

Spánok patrí medzi základné ľudské potreby, je to univerzálny prejav spoločný pre všetky bytosti. Ide o pravidelne sa opakujúci reverzibilný stav organizmu s fyziologickou zmenou vedomia, pre ktorú je charakteristická minimálna fyzická aktivita, rôzna úroveň vedomia, zmenami fyziologických funkcií a zníženou odpoveďou na podnety z vonkajšieho prostredia.

Non-REM spánok

Je to prvá fáza spánku. Nazýva sa aj spánok pomalý, ortodoxný, telencefalický. V priebehu tohto spánku dochádza k regenerácii telesných i duševných síl, spiaci je pokojný, uvoľnený, dýcha pomaly, očné bulvy sa nepohybujú, dochádza k poklesu pulzu, systolického a diastolického tlaku. V tejto fáze sa popisujú štyri štádia.

Prvé štádium je charakteristické zaspávaním a veľmi ľahkým spánkom. Na EEG sa objavuje nízka pomalá aktivita s nízkou voltážou. Toto štádium sa častejšie vyskytuje v staršom veku ako v mladšom.

Druhom štádium dochádza k prehĺbeniu spánku a ďalšiemu spomaľovaniu frekvencie. V EEG zázname nachádzame špecifické prejavy, tzv. spánkové vretienka.

V treťom štádiu prebieha hlboký spánok s pomalou aktivitou mozgu a vysokou voltážou.

Pre štvrté štádium je charakteristický najhlbší spánok a pomalou aktivitou mozgu a ešte vyššou voltážou ako v 3. štádiu. V tomto štádiu dochádza k vyplavovaniu somatotrofného hormónu.

REM spánok

S prívlastkom spánok rýchly, desynchronizovaný, paradoxný. Pre túto fázu spánku sú typické rýchle očné pohyby, tlak klesá prudšie, činnosť srdca je nepravidelná, mení sa aj frekvencia dychu, prítomné môžu byť i telové záškľby. V tejto fáze prebiehajú sny, fixuje sa pamäťová stopa.

Jednotlivé cykly a fázy spánku sa počas života jedinca menia. Celková dĺžka a kvalita spánku je individuálna, geneticky daná, ovplyvňovaná vekom a jednotlivými životnými etapami. Priemerná dĺžka spánku novorodenca je 16 hodín, u starých ľudí je asi 6 – 7 hodín.

Patofyziológia spánku

Poruchy spánku rozdeľujeme na dyssomnie a parasomnie. V každej tejto skupine sa vyskytujú poruchy neorganické alebo organické.

Dyssomnie

Sú poruchy kvality, množstva alebo časovania spánku. Patrí sem insomnia, hypersomnia a poruchy spánku a bdenia.

Parasomnie

Charakteristické pre tieto poruchy sú abnormálne epizodické udalosti v priebehu spánku. Zaradujeme tu somnambulizmus – námesačnosť, noční des a nočne móry – pavor nocturnus, bruxizmus – škripanie zubami.

Insomnia

Insomnia – nespavosť, porucha spánku je jedným z najčastejších dôvodov vyhľadávania lekárskej pomoci. Často je táto porucha podceňovaná a neadekvátne liečená.

Nespavosť je stav, kedy nekvalitný, neuspokojujúci a neosviežujúci spánok v noci narušuje kvalitu denného fungovania. (Borzová 2009)

Na základe toho rozdeľujeme tri typy nespavosti:

- Včasná insomnia (porucha usínania)
- Stredná insomnia (časté prebúdzanie)
- Neskorá insomnia (skoré prebúdzanie)

Podľa dĺžky trvania rozdeľujeme insomniu na

- Akútnu – niekoľko nocí
- Krátkodobú – týždeň až mesiac
- Chronickú – viac ako mesiac. (Seifertová 2008)

Príčiny vzniku insomnií sú rôzne. Vznikajú na psychickom alebo somatickom podklade, ďalej je to užívanie drog, alkoholu alebo liekov.

Predstavujú veľký problém pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Nedostatok spánku sa prejavuje zhoršenou výkonnosťou, koncentráciou a zhoršenou adaptáciou na nové situácie. Nevyspaný človek sa stáva podráždeným, máva horšiu náladu, pociťuje únavu. Jeho sústredenie a výkonnosť sa znižuje. Dlhodobý nedostatok spánku môže pôsobiť ako neurotizujúci faktor zapríčiňujúci vznik depresie. Spolupráca takéhoto pacienta v rámci ošetrovateľského procesu a následná starostlivosť je veľmi sťažená a obmedzená. Všetky kroky zo strany ošetrovateľského personálu musia byť dobre naplánované a to v logickej a časovej postupnosti.

Terapeutické postupy

Problémy s nespavosťou možno riešiť mnohými rôznymi spôsobmi. Názor, že problémy so spánkom vyriešime jedine hypnotikami je zastaraný. Farmakoterapia je síce bežná, ale dôležitá je kombinácia s nefarmakologickými možnosťami liečby. Zvoliť cestu hypnotika, je tá najjednoduchšia cesta avšak nemusí priniesť vždy 100 % pomoc.

Ideálne hypnotikum neexistuje a každé so sebou nesie isté nežiadúce účinky. Ideálny stav je, ak je pacient ochotný spolupracovať aj na nefarmakologickej liečbe insomnie.

Predtým, ako sa začne samotná liečba, je dôležité zistiť správnu príčinu vzniku nespavosti, posúdiť dĺžku jej trvania a rozhodnúť a aký typ insomnie ide. Po dôslednom získaní a spracovaní anamnestických údajov nastupuje liečba, ktorá môže byť nefarmakologická a farmakologická.

Nefarmakologická liečba

Pri zvládaní nespavosti zohráva nezastupiteľnú úlohu. Mala by byť uprednostňovaná pred farmakologickou. Využíva sa hlavne kognitívno – behaviorálne psychoterapia, edukácia o spánkovej hygiene, rôzne relaxačné programy, ergoterapia. Ďalej sa môžu uplatňovať postupy z alternatívnej medicíny, a to fytoterapia, aromaterapia, hydroterapia, akupunktúra, homepatia. Niektoré terapeutické postupy sú predovšetkým v kompetencii sestry alebo terapeuta.

Spánková hygiena:

Ide o súbor pravidiel, ktoré prispievajú k maximálnej kvalite spánku. Spánková hygiena by mala byť tiež samozrejmosťou, ale so „samokontrolou“ už je to oveľa ťažšie.

- Pravidelné sa zobúdzanie v určitú hodinu
- Vynechanie spánku počas dňa

- Oddych a pokoj vo večerných hodinách, u starých ľudí spánok po obede max. 1 hodina
- 4 až 6 hodín pred spánkom neužívať kofeín, alkohol alebo iné povzbudzujúce látky.
- Pravidelný program tesne pred spaním
- Relaxačné techniky – sprcha, čítanie kníh a časopisov.
- Zabezpečiť pohyb počas dňa, nie tesne pred spánkom.
- Dodržiavať pravidelný čas ukladania sa k spánku
- Ísť spať iba, keď človek pociťuje únavu.
- Ak sa nedostaví spánok do 30 min. vstať z postele a venovať sa monotónnej činnosti.
- Dôležitá je úprava prostredia a samotnej postele pre spánkom
- Vynechanie ťažkých jedál

Kognitívno-behaviorálna psychoterapia

KBT je zdĺhavá, ale efektívna, vyžaduje si motiváciu a spoluprácu pacienta a považuje sa za najvhodnejší spôsob liečby nespavosti.

Tá však vyžaduje spoluprácu pacienta s lekárom alebo terapeutom, aj dôveru v úspech alebo aspoň v pokrok. Táto terapia sa snaží pracovať s postojom pacienta k samotnému spánku. Zníženie stresujúcich pocitov zahŕňa kognitívna zložka terapie. Strach z nezaspania a ranných následkov, ako je zaspanie alebo pokles výkonnosti napríklad v práci alebo v škole spôsobuje nepokoj, ktorý bráni v zaspávaní. Behaviorálna časť pracuje viac s konkrétnymi pravidlami spánkovej hygieny, reguláciou pravidelnosti spánku a jeho obmedzenia cez deň, zaľahnutie len pri pociťovanej únave, atď.

Najbežnejšími postupmi v rámci KBT sú metódy na:

- dosiahnutie telesného a myšlienkového uvoľnenia,
- kontrola stimulov,
- progresívna svalová relaxácia,
- reštrikcia pobytu v posteli,
- biofeedback

Farmakologická liečba

Pri úplnom zlyhaní nefarmakologických postupov je potrebné indikovať farmakoterapiu. Tá by mala byť krátkodobá a využívať by sa mali lieky, na ktoré nevzniká závislosť, nenarúšajú spánkovú architektúru a nežiadúce činky sú minimálne.

Medzi najčastejšie skupiny liekov používaných pri nespavosti patria:

- Hypnotiká (I., II., a III. Generácie)
- Barbituráty
- Benzodiazepinové deriváty
- Nebenzodiazepinové hypnotiká
- Neuroleptiká
- Antidepresíva
- Antihistaminiká
- Antipsychotiká

Záver

Výskyt nespavosti celosvetovo aj u nás stúpa. Vyskytuje sa u oboch pohlaví bez ohľadu na vek, pričom dolná hranica výskytu sa stále znižuje. Nespavosť pritom môže byť príznakom inej choroby alebo samostatný problém. Vysoké percento ľudí trpiacich nespavosťou sa k svojmu problému otvorene priznáva. Skúsenosti ukazujú, že chorý sa „lieči“ sám alebo problém ignoruje. Je to zlý a nesprávny krok. Spánok je natoľko určujúcim faktorom kvality života, psychického i telesného zdravia, že sa oplatí venovať mu patričnú pozornosť.

Zoznam bibliografických odkazov

BORZOVÁ, C. et al., Nespavosť a jiné poruchy spánku. Praha : Grada publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.

KOLIBÁŠ, E., Průručka klinické psychiatrie. Nové Zámky : Psychoprof, 2010. ISBN 978-80-89322-05-3.

SEIFERTOVÁ, D. et al., Postupy v léčbě psychických poruch. Praha : Academia medica pragensis, 2008. ISBN 80-86694-07-0.

SMOLÍK, P. et al., Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích. Praha : Společnost všeobecného lékařství, 2006. ISBN 80-86998-08-8.

Kontakt na autorov:

Marek Rabinčák

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

Areál psychiatrickej nemocnice, Stráňany, 071 01 Michalovce

email: marek.rabincak@orangemail.sk

Bc. Ľudmila Hubináková

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

Areál psychiatrickej nemocnice, Strážany, 071 01 Michalovce

e-mail: dusanahubinakova@azet.sk

Postoj sestier k využitiu zdravotnej dokumentácie v zariadení pre seniorov

¹Lubomíra Tkáčová, ²Dana Vetráková,

¹Zariadenie pre seniorov, Michalovce; ²Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

Zdravotná dokumentácia, ktorá sa dnes na Slovensku používa, má odborne a legislatívne kodifikovanú štruktúru a predpísané formy. Za vedenie zdravotnej dokumentácie v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti je zodpovedná sestra a preto nás zaujímalo, aký postoj majú sestry k využitiu zdravotnej dokumentácie v konkrétnom zariadení pre seniorov. Cieľom našej práce bolo zistiť, či majú sestry dostatok informácií o tom, ako správne viesť zdravotnú dokumentáciu, o odbornom usmernení MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie, ako píše zdravotnú dokumentáciu a aké zmeny boli zavedené v písaní zdravotnej dokumentácie. Výsledky prezentujeme v diskusii.

Úvod

Zdravotná dokumentácia je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Podľa zákona č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov je zdravotná dokumentácia súbor údajov o zdravotnom stave osoby, o zdravotnej starostlivosti a o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti tejto osobe. Údaje do zdravotnej dokumentácie v písomnej alebo elektronickej forme zaznamenáva ošetrojúci zdravotnícky pracovník v chronologickej postupnosti a v rozsahu ním poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

Dňa 24. septembra 2009 bolo schválené v gremiálnej porade ministra zdravotníctva SR Odborné usmernenie MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie, ktoré nadobudlo účinnosť dňom 15. októbra 2009. Súčasťou tohto odborného usmernenia je aj vedenie zdravotnej dokumentácie v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti. Účelom odborného usmernenia je zabezpečiť jednotnú obsahovú štruktúru vedenia zdravotnej dokumentácie zdravotníkmi pracovníkmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Ide vlastne o prepojenie lekárskej a ošetrovateľskej dokumentácie. O každom poskytnutí zdravotnej starostlivosti vykoná zdravotnícky pracovník zápis do zdravotnej dokumentácie, teda zaznamená všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali, ale aj všetky údaje týkajúce sa zmien zdravotného stavu osoby. Zápis terapie a zápis o zmene terapie je výlučne v kompetencii lekára.

Zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti, v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti a v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby vedie ošetrojúca sestra. Tvoria ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu

osoby a zápisy o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra pri prijíme osoby vyhotovuje ošetrovateľský záznam vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby. Súčasťou zdravotnej dokumentácie v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti je návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti a dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti.

Sestra pri prijíme zapíše do zdravotného záznamu vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby údaje o zdravotnom stave, potrebách a problémoch osoby na základe celkového posúdenia stavu osoby, pozorovania, informácií získaných od osoby, blízkych osôb a iných zdrojov. Správnosť získaných informácií potvrdí sestra, ktorá osobu prijímala čitateľným podpisom.

V rámci ošetrovateľskej starostlivosti sestra, alebo zdravotnícky asistent zapisuje do dekurzu v chronologickej postupnosti všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali vrátane podanej terapie a údaje o zmene zdravotného stavu osoby. Dekurz je denný záznam o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Je súčasťou zdravotnej dokumentácie.

Na každom dekurze sú uvedené osobné údaje osoby:

- a) meno,
- b) priezvisko,
- c) rodné číslo,
- d) poradové číslo strany dekurzu.

Zápis o vykonanom výkone obsahuje:

- a) dátum a čas,
- b) stručný popis výkonu a vyhodnotenie,
- c) čitateľný podpis sestry, alebo zdravotníckeho asistenta.

Zápis o zmene zdravotného stavu, potrebách a problémoch osoby okrem údajov obsahuje:

- a) dátum a čas,
- b) slovné vyjadrenie sesterskej diagnózy,
- c) stručný popis poskytnutého výkonu a vyhodnotenie,
- d) čitateľný podpis sestry.

Odborné usmernenie (a vzory zdravotných záznamov) predstavujú minimálny štandard vedenia zdravotnej starostlivosti v súlade so zákonmi Slovenskej republiky. Keďže poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach pre seniorov má svoje špecifiká, cieľom by malo byť

upraviť (podľa Odborného usmernenia) a rozšíriť zdravotnú dokumentáciu podľa potrieb každého zariadenia. V našom zariadení poskytujeme ošetrovateľskú starostlivosť klientom podľa ich zdravotného stavu a výšky zaopatrenia.

Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti vedieme nasledovnú zdravotnú dokumentáciu:

- **ošetrovateľský záznam** – pri prijatí klienta sestra urobí zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu klienta o jeho potrebách a problémoch na základe celkového posúdenia klienta, pozorovania, informácií získaných od klienta, blízkych osôb a iných zdrojov. Správnosť získaných informácií potvrdí sestra, ktorá klienta prijímala čitateľným podpisom, dátumom a časom.
- **kniha služieb** – do tejto knihy v rámci ošetrovateľskej starostlivosti sestra zapisuje všetky vyšetrenia na odborných ambulanciách, v chronologickej postupnosti všetky výkony, ktoré sa u klienta vykonali vrátane podanej terapie a údaje o zmene zdravotného stavu klienta.

Zápis o vykonanom výkone obsahuje: dátum, čas, stručný popis výkonu, vyhodnotenie a čitateľný podpis sestry.

- **zdravotná karta** – do karty sa na základe ordinácie a súhlasu lekára zapisujú naordinované a podané injekcie (i.m, s.c. a i.).

Zápis o vykonanom výkone obsahuje: dátum, čas, množstvo lieku, názov podávanej injekcie, spôsob podania (i.m, s.c) a čitateľný podpis sestry.

- **záznam o polohovaní klienta** – v prípade utvorenia dekubitu sa vedie záznam o polohovaní klienta každé 3 hodiny (ľavý bok, pravý bok, chrbát).

Zápis o vykonanom výkone obsahuje: dátum, čas, spôsob ošetrovania, čím bolo miesto ošetrené, označenie stupňa a miesta dekubitu, čitateľný podpis sestry.

- **dekurz** – je zavedený u všetkých klientov, kde je riziko vzniku dekubitov.

Zápis o vykonanom výkone obsahuje: dátum, čas, spôsob ošetrovania, čím bolo miesto ošetrené a čitateľný podpis sestry.

Diskusia k ankete

Cieľom ankety bolo zistiť skúsenosti, postoje a názory sestier k využitiu zdravotnej dokumentácie v zariadení pre seniorov.

Anketovú vzorku tvorilo 20 respondentiek – zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v zariadení pre seniorov v Michalovciach.

Pre získanie potrebných informácií od respondentiek bola ako metodický postup zvolená anonymná anketa, ktorá pozostávala zo 7 otázok. V ankete boli použité zatvorené otázky. Respondentky boli informované o celi ankety a oboznámené o potrebe pravdivých odpovedí. Anketa sa uskutočnila v júli 2010. Po získaní dostatočného množstva údajov boli údaje vyhodnotené bežnými štatistickými metódami a výsledky týchto hodnotení boli následne zdokumentované vo forme tabuľkových a grafických výstupov.

Na otázku koľko času zaberá písanie zdravotnej dokumentácie počas jednej služby (8 hod.), 30 % respondentiek odpovedalo menej ako 1 hodinu, 65 % respondentiek odpovedalo do 2 hodín a 5 % odpovedalo viac hodín.

V súčasnosti sa dajú údaje zaznamenať do zdravotnej dokumentácie aj elektronickou formou. Na otázku, či by dali prednosť písaniu zdravotnej dokumentácie elektronickou formou 65 % respondentiek odpovedalo áno, 25 % respondentiek odpovedalo nie a 10 % respondentiek sa nevedelo vyjadriť.

65 % respondentiek si myslí, že terajšie písanie zdravotnej dokumentácie v zariadení je neefektívne, 25 % sa nevedelo vyjadriť a iba 10 % respondentiek považuje terajšie písanie zdravotnej dokumentácie v zariadení za efektívne.

Pri otázke o informovanosti, ako správne viesť zdravotnú dokumentáciu, nám 35 % respondentiek uviedlo, že má dostatok informácií, 25 % odpovedalo, že má nedostatok informácií a 40 % respondentiek sa nevedelo vyjadriť.

Zistili sme, že až 75 % respondentiek si myslí, že neboli vytvorené podmienky na písanie zdravotnej dokumentácie podľa odborného usmernenia MZ SR o vedení zdrav. dokumentácie zo dňa 24. 9. 2009, 25 % respondentiek odpovedalo neviem a kladne sa nevyjadrila žiadna respondentka.

Na otázku „Boli zavedené zmeny za posledný polrok vo vedení zdravotnej dokumentácie vo vašom zariadení?“ odpovedali všetky respondentky kladne. Zmeny boli zavedené podľa Odborného usmernenia MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie, ktoré nadobudlo účinnosť dňom 15. októbra 2009.

Zaujímalo nás, či si sestry myslia že tieto zmeny v písaní zdravotnej dokumentácie prispeli k skvalitneniu ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení. 65% respondentiek odpovedalo nie, 20 % odpovedalo neviem a iba 15 % respondentiek sa vyjadrilo kladne.

Na základe získaných informácií prostredníctvom ankety sme zistili, že názory sestier k využitiu zdravotnej dokumentácie v tomto zariadení pre seniorov je diskutabilný. V zariadení pre

seniorov boli zavedené zmeny v písaní zdravotnej dokumentácie podľa Odborného usmernenia MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie, ktoré nadobudlo účinnosť dňom 15. októbra 2009. Zaviedli sa ošetrovateľské záznamy, dekurz a iné, ale napriek tomu sestry udávajú, že to neprinieslo skvalitnenie ošetrovateľskej starostlivosti. Písanie dokumentácie je neefektívne a zaberá im veľa času, ktorý by naopak mohli tráviť s klientom. Na druhej strane sme zistili, že sestry nemajú dostatok vedomostí, ako správne viesť zdravotnú dokumentáciu v zariadeniach pre seniorov. Názory na vedenie dokumentácie sú dodnes rozdielne.

Existujú dva systémy vedenia zdravotnej dokumentácie:

- one line systém – kde do jednej dokumentácie zaznamenáva sestra a lekár spoločne
- systém oddelenej dokumentácie – lekár a sestra dokumentujú oddelene

V súčasnej dobe rozvoja a pokroku elektroniky by sestry uvítali písanie zdravotnej dokumentácie v elektronickej forme. V zariadení majú zakúpené už aj počítače. Otázne ostáva, koľko sestier vie pracovať s počítačom.

Zoznam bibliografických odkazov

www.sksapa.sk

Zákon č.576/2004 Z.z o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Odborné usmernenie MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie, schválené dňa 24.septembra 2009 s účinnosťou od 15. októbra 2009

BOTÍKOVÁ, A. a kol. *Manuál pre mentorky v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2009. ISBN 978-80-8082-253-8. Kapitola 9, Zdravotná dokumentácia, s. 146 – 156.

Kontakt na autorov:

Mgr. Ľubomíra Tkáčová

Zariadenie pre seniorov

Hollého 9, 071 01 Michalovce

e-mail: luba.tkacova@orangemail.sk

Mgr. Dana Vetráková

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

Areál psychiatrickej nemocnice, Strážany, 071 01 Michalovce

e-mail: danka.ve@gmail.com

Pracovná terapia ako súčasť liečby psychiatrických pacientov

Beata Furdová

Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie

Súhrn

Ústrednou témou práca je ergoterapia – liečba prácou v Psychiatrickej nemocnici Veľké Zálužie. Miera jej realizácie, ako jednej z metód – pomoci klientom v zariadení psychiatrickej nemocnice pri ich liečbe a rehabilitácii. Práca poukazuje na dôležitú činnosť ergoterapeuta, jeho postavenie v zariadeniach psychiatrických nemocníc.

Úvod

Práca je prostriedkom k dosiahnutiu dôstojného a plnohodnotného života.

Historické korene ergoterapie

O povzbudivom vplyve práce, rôznych činností – aktivít vedeli už starovekí lekári. Ale ako liečebnú metódu ju po prvýkrát francúzsky psychiater Phillipe Pinel, ktorý začal uplatňovať pri liečbe osôb s duševným ochorením *morálnu liečbu a zamestnávanie*. Začal uplatňovať humanistický a ľudský prístup so zavedením pravidelného režimu dňa, do ktorého začlenil účasť pacientov na kreatívnych a rekreačných činnostiach. Účelom bolo obnoviť duševné zdravie prostredníctvom zamestnávania (Hopkins, Smith, In Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009). Pinel využíval pri liečbe čítanie, počúvanie hudby, telesné cvičenie a prácu ako spôsob liečenia emočných stresov a zlepšovania schopností zvládať každodenné aktivity. Pozoroval, že nedostatočné zamestnanie pacientov prispieva k rozvoju symptómov ochorenia. Overil si, že zamestnanie môže odvieť pacienta od bolestných myšlienok alebo halucinácií, ovplyvniť niektoré symptómy choroby, pôsobiť upokojujúcim efektom posilniť alebo zlepšiť jeho mentálne schopnosti (Peterson, In Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

U nás sa táto metóda rozšírila v 19. storočí prevažne v psychiatrických liečebniach alebo tuberkulózných sanatóriách. V šesťdesiatich rokoch sa vo francúzskej a belgickej literatúre začal objavovať termín ergoterapia (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Pre ergoterapiu máme niekoľko definícií.

„Ergoterapia je liečebná činnosť pre telesne, zmyslovo alebo duševne postihnuté osoby, ktorú predpisuje lekár individuálne pre každého chorého. Je to primerané využitie práce alebo rozličných činností podľa typu ochorenia a podľa stavu pacienta“ (Ištvánová a kol., 2005, s. 25).

„Ergoterapia je akákoľvek pre postihnutého vhodne zvolená aktívna alebo duševná činnosť,

ktorá je vykonávaná pod zdravotníckou kontrolou, ktorá má liečebnú hodnotu, napomáha návratu alebo náhrade stratených funkcií, zabraňuje zhoršeniu a umožňuje zlepšeniu miestneho i celkového stavu postihnutého" (Herchl, 2004, s. 8).

Pokiaľ však má byť práca liečbou, musí byť sústavná a cieľavedomá, teda musí sledovať pacientov návrat do života, obnoviť jeho pracovné návyky alebo vytvoriť nové (Hausner, 1981).

Program kondičnej ergoterapie sa zostavuje na základe záujmov klienta, jeho zdravotného stavu, veku, pohlavia a tiež vzdelania. V priebehu zamestnania a hier prichádza k nadväzovaniu kontaktu zdravotníckeho pracovníka s klientom, aj klientov navzájom. Vzniká i zdravá súťaživosť, ktorá motivuje k aktivite a pracovnej činnosti. Pracovník v priebehu terapie spoznáva svojho klienta z hľadiska osobnosti a jeho schopností, takže môže ľahšie rozvíjať jeho fyzické, psychické stránky, napríklad zručnosti, vedomosti, iniciatívu, vôľu (Kubínová, Křížová, 1997).

Ergoterapia v Psychiatrickej nemocnici Veľké Zálužie

V Psychiatrickej nemocnici vo Veľkom Záluží sa ergoterapii venujeme od roku 1980 na rehabilitačnom oddelení. O tom, ktorí pacienti budú indikovaní do rehabilitačnej dielne rozhodne primár alebo lekár oddelenia. Po prvýkrát privedie pacienta sestra z oddelenia s indikačným listom. Sú na ňom uvedené údaje: meno, priezvisko, dátum narodenia, diagnóza, kód poisťovne, a zaradenie do skupiny. Pacienti dochádzajú do pracovných dielní denne od 9:00 hod – 12:15 hod a poobede od 13:15 hod – 14:30 hod sú oboznámení s pracoviskom, s pravidlami a bezpečnosťou na pracovisku. Ergoterapeut zadelí podľa schopností a záujmu pacientovi prácu. O 10:00 hod majú pacienti pätnásť minútovú prestávku. Počas prestávky si krátko zacvičia pod dohľadom ergoterapeuta. Ak pacient nalieha a vyžaduje si častejšie hlavne „fajčiarske“ prestávky, terapeut mu ich umožní. Nezotrvanie na pracovisku ale spomenie vo svojom týždennom hodnotení. Hodnotenie sa zapisuje na rehabilitačný list. Na tomto liste si ergoterapeut zapíše vstupné vyšetrenie pacienta podľa chorobopisu na oddelení a vypracuje plán práce.

Do mužskej dielne môže byť z kapacitných dôvodov prijatých najviac 16 pacientov s rôznymi diagnózami (schizofrénia, mentálna retardácia, depresie, závislosti, tiež pacienti v ochrannej liečbe nariadenej súdom). Do dvoch ženských dielní sa môže prijať 28 pacientiek. Výnimočne sa do mužskej dielne zaradia ženy, alebo naopak do ženskej rehabilitačnej dielne muži. Záleží to od zručnosti a záujmov pacientov. V mužskej dielni sa ergoterapia zameriava na prácu s drevom, maľovanie, modelovanie a rôzne práce spojené s prírodnými materiálmi, ako sú koža, slama, papier, ... V ženských rehabilitačných dielňach pracujú s vlnou, pletú, vyšívajú, pracujú na šijacích strojoch...

Ak pacient po príchode na pracovnú terapiu nejaví záujem o prácu a nedá sa ani zmotivovať ergoterapeutom, odchádza naspäť na oddelenie. Väčšinou je preradený na prácu v záhrade. Liečba

prácou trvá približne 6 až 12 týždňov. Väčšina pacientov je s prácou na pracovnej terapii spokojná, na liečbu prácou sa tešia. Do dielni si môžu priviesť pozrieť sa svojich príbuzných, spolubývajúcich. Pochvália sa so svojimi výrobkami. Výrobky sa predávajú v priestoroch psychiatrickej nemocnice 1-krát do mesiaca. Nakupovať ich môžu pacienti nemocnice a personál psychiatrickej nemocnice. O výrobky je vždy veľký záujem. Výrobky sú inšpirované a zamerané na práve prebiehajúce sviatky počas celého roka, napr. Vianoce, Veľká noc, Valentín. Tieto výrobky sa stávajú aj symbolickou odmenou pre pacientov pri rôznych športových súťažiach usporiadaných v psychiatrickej nemocnici. Ceny výrobkov sú symbolické, prijateľné pre všetkých. Aj sociálne slabší pacienti si môžu kúpiť niečo na pamiatku, niečo čo vytvorili vlastnými rukami. Výrobky tiež slúžia aj ako prezentácia Psychiatrickej nemocnice Veľké Zálužie.

Pacienti, ktorí navštevujú rehabilitačné pracovné dielne môžu podľa záujmu každý deň navštíviť v poobedňajších hodinách knižnicu a zapožičať si knihy. Každý štvrtok sa spoločne muži aj ženy zúčastnia spoločnej vychádzky do dediny Veľké Zálužie. Môžu si vybaviť potrebné veci na pošte, zakúpiť tovar v obchodoch. Vo štvrtok poobede majú všetci pacienti psychiatrickej nemocnice možnosť zúčastniť sa diskotéky.

Rola ergoterapeuta

Ergoterapeut má na výber z rôznych metód pri svojej práci s klientom, napríklad:

- výklad a rozhovor,
- predvádzanie pracovných úkonov,
- precvičovanie pracovných úkonov (Herchl, 2004).

Dôležité sú i tzv. „*tri zlaté pravidlá ergoterapie*“ ako ich uvádza Herchl (2004) – každá práca, ktorú v ergoterapii používame:

- má klienta baviť,
- má mať zreteľný cieľ,
- má byť dovedená do konca.

Súčasť pracovnej náplne ergoterapeuta

- Zaevidovanie klienta.
- Pre každého klienta individuálne, podľa predpísaných, štandardných výrobkov pripraví prácu, oboznámi klienta s pracoviskom, pracovným poriadkom, určí mu pracovné miesto, sleduje klientov pracovný výkon, náladu, chovanie, vzťah k ostatným a k terapeutovi.

- Eviduje dochádzku klienta, vedie si denník.
- Týždenne vypracováva plán práce, vedie komunitu klientov.
- Výsledky svojej práce denne referuje, týždenne pravidelne písomne hodnotí klienta do rehabilitačného záznamu.
- Pripravuje nákresy, vzory výrobkov, pomôcky, inštruuje klientov o správnom technologickom postupe.
- Ergoterapeut pracuje spolu s klientom, sústavne sa venuje klientom, opravuje chyby výrobkov.
- Vedie klientov po stránke bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci.
- Zodpovedá za správny postup pri výrobe výrobkov a za ich výtvarnú úroveň.

Pracovná činnosť slúži k uspokojeniu, uvoľneniu, odreagovaniu, relaxácii, komunikácii. Psychiatrický klient sa naučí dodržiavať určitý denný, pracovný režim. Veľa psychiatrických klientov je talentovaných, na pracovnej terapii môžu predviesť svoje schopnosti, nadobudnúť stratenú rovnováhu, nájsť nový zmysel života. Práca je tá, ktorá ich odpúta a vytrhne zo starých návykov. Pomôže im prekonať strach z návratu do domáceho prostredia, zamestnania, nadobudnúť stratenú vieru v seba samého.

Cieľom práce bolo priblížiť význam liečby prácou – ergoterapiou ako jednej z dôležitej a efektívnej terapeutickéj činnosti.

Zoznam bibliografických odkazov

HAUSNER, M. 1981. *Duševně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1981. 126 s. ISBN 08-068-82.

HERCHL, Ján. 2004. *Ergoterapie a terapie v zariadeniach sociálnych služieb*. Banská Bystrica, 2004. 40 s.

HOPKINS, SMITH. 1993. *Willard and Spackman's Occupational therapy*, 8th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, In JELÍNKOVÁ, Jana – KRIVOŠÍKOVÁ, Mária – ŠAJTAROVÁ, Ludmila. 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

IŠTVÁNOVÁ, Eva a kol. *Komplexná rehabilitačná liečba*. In *Sestra*, 2005, č. 5, 18– 21 s.

JELÍNKOVÁ, Jana – KRIVOŠÍKOVÁ, Mária – ŠAJTAROVÁ, Ludmila. 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

KUBÍNOVÁ, D. – KŘÍŽOVÁ, A. 1997. *Ergoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého 1997. 135 s. ISBN: 80-7067-698-1

PATERSON, C. F. 1997. Rationales fot the use of occupatioon in 19th century asylums. *British journal of Occupational Therapy*. 1997, 60 (4), 179-183 In JELÍNKOVÁ, Jana – KRIVOŠÍKOVÁ, Mária – ŠAJTAROVÁ, Ludmila. 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.

Kontakt na autora:

Bc. Beata Furdová

Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie

Rínok 334, 951 35 Veľké Zálužie

telefón: 037/654 81 11

e-mail: admin@pnvz.sk

Význam skupinovej kinezioterapie v liečbe psychických ochorení

Peter Hreha, Marianna Mihal'ová

Psychiagtrická nemocnica Michalovce, n.o.

Úvod

Práca prezentuje význam skupinovej kinezioterapie, jednej z foriem podpornej liečby pri psychických ochoreniach. Cieľom skupinovej kinezioterapie je zlepšenie alebo zachovanie mobility a kvality života pacientov, ale aj jeho okolia na najvyššej možnej úrovni a to čo najdlhší možný čas, s následným ovplyvnením psychických zmien. Medzi najčastejšie metodiky využívané v rámci skupinovej kinezioterapie zaraďujeme: posturálne korekcie, pohybové a dychové cvičenia, nácvik relaxácie, nácvik bežných denných činností a edukačné programy. Cieľom kinezioterapeutických postupov je aktivizácia pacienta, možnosti autoterapie, docielenie praktického osvojenia a motivácia pacienta k správne prevádzaniu cvičenia.

Pohyb a psychika

Pohyb pre živé bytosti je základným prejavom života, je to aktívny proces vychádzajúci z vnútorného prostredia, prebieha podľa fyzikálnych zákonov a je riadený zámerom sledujúci cieľ, ktorý si bytosť sama určuje alebo podľa ktorého inštinktívne koná. (Véle, 1997) Pohyb je základnou jednotkou vesmíru už od jeho vzniku, je nevyhnutnou súčasťou ľudskej osobnosti. Patrí k jedným z faktorov, ktoré sa podieľajú na vytváraní seba koncepcie prostredníctvom vytvárania vedomia telesného „Ja“. Pohybový prejav je ovplyvňovaný biologickými, psychickými a sociálnymi potrebami jedinca. Kvalita pohybu je ukazovateľom aktuálneho psychomotorického stavu, zdravia ale aj choroby človeka.

Účinok pohybu

Pri záťaži telo produkuje endogénne opiáty. Z dlhodobého hľadiska pohybom predchádzame vzniku koronárnych ochorení, redukuje sa LDL-cholesterol, dochádza k zníženiu bazálnych hodnôt kardiovaskulárnych ukazovateľov, znižuje sa bazálny arteriálny tlak a srdcová frekvenciu. Súčasne pohyb odpútava pozornosť od príčiny napätia a zameraním sa na inú činnosť vedie k preladeniu organizmu.

Pohybová aktivita má krátkodobý ale aj dlhodobý účinok na psychickú pohodu. Priaznivo ovplyvňuje sebaúctu, úzkosť, depresiu, zlepšuje mentálne funkcie. Ak je pohybová aktivita prevádzaná pravidelne a dlhodobo výrazne ovplyvňuje reaktibilitu na záťaž.

Kinezioterapia

Kinezioterapia je liečba pohybom. Patrí medzi metódy, ktorá na liečbu rehabilitáciou využíva pohybovú energiu. Kinezioterapia je podporná liečba, ktorá pôsobí paralelne vedľa farmakoterapie, biologickej, fyzikálnej, psychologickéj a chirurgickej terapie. K dosiahnutiu liečebných výsledkov využíva prostriedky aktívne prevádzaného pohybu mimopracovnej povahy. Je odborom multidisciplinárnym. Pomáha človeku dosiahnuť pocit somatopsychickej normy. Počas terapeutického procesu terapeut napomáha pacientovi k úplnejšiemu sebapoznaniu a poznávaniu vlastných možností tak, aby ich mohol využívať k rozvoju svojej osobnosti, nárastu sebaregulácie a kvalitnejšiemu spôsobu života. (Hátlová,2002)

Podstata kinezioterapie

Kinezioterapia je somatoterapeutická aktivita, ktorá využíva modelované cielene zamerané pohybové programy. Pri ich realizácii sa vyžaduje aktívny prístup pacienta, pracuje nielen s biologickou zložkou osobnosti, ale aj so psychikou a sociálnymi vzťahmi. Pohybom sa snažíme získať prístup k pacientovi a prostredníctvom osobných zážitkov dosiahnuť ovplyvnenie psychiky v zmysle uvedomovania si vlastného psychosomatického „Ja“ a jeho možností. Podporuje aktivitu jedinca, zdôrazňuje neverbálne prvky a postupne vyvoláva potrebu komunikácie.

Psychiatrická rehabilitácia

Psychiatrická rehabilitácia ako celok je zameraná na všetky zložky osobnosti psychiky pacienta vrátane jeho fyzickej zdatnosti. Využíva všetky prostriedky rehabilitácie, podľa potreby a podmienok sa podieľa aj na ďalších formách psychiatrickej rehabilitácie ako je psychoterapeutická, socioterapeutická, alteterapeutická, ergoterapeutická liečba a športová a rekreačná činnosť. V rámci LTV na psychiatrii dodržiavame všetky princípy prevádzania LTV ako v iných odboroch. Využívame formy individuálnej alebo skupinovej LTV, pre ktoré je rozhodujúci typ psychiatrického ochorenia, fáza ochorenia a celkový stav pacienta. Cieľom LTV je rozvíjanie vlastností ako obratnosť, rýchlosť a sila, podpora odvahy, prekonávanie prekážok a neistoty. LTV posilňuje zdravé sebavedomie, zmysel pre zodpovednosť, spravodlivosť a poriadok. V psychiatrii volíme také metodiky, ktoré pôsobia na ochorenie kladne a vynechávame tie, ktoré môžu zhoršiť psychomotorický stav pacienta. Dodržiavame zásady: primeranosti, názornosti, systematickosti a stupňovanej záťaže. (Hromádková, 2002)

Pôsobenie kinezioterapie

Kinezioterapia – ako somato-terapeutická aktivita, pomáha psychiatrickým pacientom znovu nachádzať (Hátlová, Suchá, 2005):

1. Vedomie pohyblivosti

Uvedomovanie si vlastného tela, jeho možností a následne možnosti ovládania vlastného tela. Pozitívny zážitok pomáha rozvíjať a upevňovať telesnú schému.

2. Psychosomatickú jednotu

Pohyb je jedným zo spojovacích článkov vnútorného a vonkajšieho sveta. Zámerný a aktívne prevádzaný pohyb je súčasne aktivitou fyzickou a psychickou. Je prostriedkom, ktorý súčasne vyjadruje telo a psychika.

3. Obnovu pozitívneho seba prijatia

Objektívne telesné schémy sa veľmi často líšia od subjektívneho obrazu svojho tela. Ten je vytváraný na podklade vlastnej skúsenosti s vnútorným a vonkajším prostredím, vrátane medziludských vzťahov, ktoré nemusia byť pri psychických poruchách reálne. Aby došlo k reštrukturalizácii svojho obrazu v zmysle pozitívneho prijatia je potrebné voliť cvičenia s adekvátnou záťažou tak, aby pacient bol schopný vnímať a kontrolovať svoj pohyb. Nadmerne ťažké cvičenia by mohli aktivizovať obranné mechanizmy.

4. Seba prijatie a integrita

Pacient je v priebehu prevádzania telesných cvičení motivovaný k uvedomovaniu si vlastného tela, jeho polôh, priebehu pohybu, pôsobením vlastného pohybového prejavu a jeho významovej stránky. Vnímanie vlastných pohybov a pohybov druhých umožňuje nielen konfrontáciu, ale podnecuje k zámernej seba regulácii vlastných pohybov.

5. Telesnú symboliku

Pohyb a telesné polohy majú symbolický význam. Preto je možné vyjadrovať sa prostredníctvom pohybu využívané predovšetkým v tanečnej terapii.

6. Emočnú spontánnosť

Pacient je podmienkami svojho života často nútený potláčať prejav svojich emócií, ktoré sú spojené s potrebou vyjadriť svoje potreby a prania. V priebehu pohybu nie je obmedzovaný a vo viacerých kinezioterapeutických programoch je iniciovaný k emočnému prejavu, ktorý je chápaný ako adekvátna súčasť seba vyjadrenia.

7. Tvorivosť

Pohybové činnosti svojim priebehom iniciujú k spontánnosti a tvorivosti

Kinezioterapia v liečbe psychických porúch

Kinezioterapia je jedna z foriem podpornej liečby psychických porúch a ochorení. Farmakoterapia, biologická, fyzikálna a chirurgická terapia a psychoterapia sú štandardizovanými liečebnými postupmi v liečbe psychických porúch. Do denného režimu pacientov sú zaradované ďalšie formy činností, medzi najčastejšie využívané patrí ergoterapia a pohybové cvičenia. Pozitívny účinok je všeobecne uznávaný. Medzi pohybovými aktivitami má svoje postavenie kinezioterapia, ktorá nachádza svoje uplatnenie ako v oblasti liečby, tak aj v oblasti prevencie.

Formy kinezioterapií v liečbe psychiatrických pacientov

Podporné terapie, medzi ktoré patrí aj kinezioterapia, vedú pacienta k získaniu väčšej sebadôvery. Kinezioterapia vytvára programy, ktoré modelujú situácie v ktorých si pacient overuje a rozvíja svoje schopnosti, ktoré sa neustále transformujú do ďalších oblastí života. (Hátlová,2003)

Kinezioterapeutické programy vždy dodržiavajú podmienky, ktoré navodzujú dôveru a plný vzťah k terapeutovi, neohrozujúce prostredie a sú adekvátnej fyzickej a psychickej záťaže, ktorá sa postupne zvyšuje až na hranicu maximálne možnej tolerancie. Týmto prístupom je zároveň stimulovaný aktívny prístup pacienta, overovanie si vlastných síl a posudzovanie hranice vnímanie vlastných možností a kompetentnosti.

Integratívne zameraná forma kinezioterapie pracuje so zdravými zložkami osobnosti tak, aby sa podarilo vplyvom precítania vlastnej schémy ako neoddeliteľnej jednoty dosiahnuť zakotvenie vlastného „Ja“ vo vonkajšom svete. Kinezioterapeutický program využíva jednoduché gymnastické pohyby a polohy. Využívajú jednoduché gymnastické pohyby a polohy. Pacient je vedený k neustálemu uvedomovaniu si vlastného tela, jeho celistvosti a častí, postavenie častí tela navzájom a v priestore. Dôraz kladieme na kvalitu prevedenia pohybu a vlastnú sebakontrolu. Za najvýznamnejší považujeme zážitok celistvosti.

Koncentratívne zameraná kinezioterapia je cielená k vedomému sledovaniu prevádzaného pohybu a účinku pohybu na vlastné telo, reguluje dýchanie a napätie svalov. Podstata vychádza z poznatkov o existencii vzájomných vzťahov medzi psychikou a motorickou aktivitou a ich možnosťami vzájomného ovplyvňovania. Využíva prostriedky gymnastických cvičení, relaxačných a dychových cvičení a základných prvkov hathajógy. Vyžaduje si aktívnu spoluprácu pacienta. Dôraz je kladený na kvalitu prevedenia pohybu a prežívania vlastného pohybu a sebakontrolu.

Kinezioterapeutický program zameraný na **aktívnu relaxáciu** iniciuje kognitívne a emocionálne procesy. Programy využívajú prvky gymnastických cvičení, tanečné a výrazové prostriedky a prvky športu. Cvičenie je ľahko zvládnuteľné, nekladie vysoké nároky na výkon a kondíciu. Cieľom programu je navodiť pozitívne prežívanie seba samého pri ktorom dochádza

k uvoľnenie napätia. Podporované sú zdravé časti osobnosti tak, aby sa povzbudilo a posilnilo sebavedomie a dôvera v prostredie a prežitia príjemného a radostného. Dôraz kladieme na pozitívny emocionálny zážitok, presnosť prevádzania pohybu je nepodstatná.

Kinezioterapeutické **aktivizujúce** programy sa zameriavajú na iniciáciu kognitívnych procesov a motorických schopností. Programy využívajú manipulačné cvičenia, prvky športu, tanečné prvky, ktoré obnovujú a rozvíjajú pohybové schopnosti pacienta. Dôraz kladieme na presnosť prevádzania pohybovej štruktúry a pozitívny zážitok z cvičenia a zvládnutia pohybovej zručnosti.

Kinezioterapeutický program, ktorý je zameraný na **zvyšovanie sebadôvery a dôvery k druhým** iniciuje kognitívne a voľné procesy. Prostredníctvom prevádzania modelových cvičení s využívaním prvkov športu a hier dochádza k overovaniu si vlastných schopností a možností. Obsahová zložka je prispôbená potrebám pacientov, alebo je zameraná na nácvik zručnosti. Náročnosť jednotlivých cvičení sa postupne zvyšuje. Dôraz kladieme na zvládnutie danej úlohy.

Komunikatívne programy vychádzajú s predpokladu o čo najľahšie nadviazanie kontaktu prostredníctvom neverbálnej komunikácie. Zamerané sú na sociálnu dimenziu, vnímanie spoluúčasti a spolupráce, na iniciáciu kognitívnych a komunikačných procesov. Využíva prvky hier a pobytu v prírode. Dôraz kladieme na prežívanie, spoluúčasť a akceptáciu okolím.

Športovo zameraný kinezioterapeutický program využíva rôzne športové hry, gymnastické a tanečné cvičenia, bojové športy, posilňovňu, ktoré je zamerané na využívanie pravidiel pohybových cvičení, ktoré je potrebné dodržiavať a rešpektovať. Dôraz kladieme na presné dodržiavanie príkazov a zákazov. Pacient je vedený k možnosti vlastného tvorivého prístupu pri riešení herných situácií a pohybových úloh.

Zásady vedenia kinezioterapie u psychiatrických pacientov

Zmyslom kinezioterapie je dosiahnuť, aby jednotliviec začal pracovať na sebe samom, pomôcť pacientovi hľadať spôsoby, ako môže pristupovať k svojim problémom a nechať mu priestor nato aby to sám objavoval.

Pri vytváraní pozitívneho, na spolupráci založenom vzťahu, by mal terapeut venovať svoju pozornosť tomu, čo pacient od terapie očakáva, aká sú jeho predchádzajúce skúsenosti s terapiou a zoznámiť pacienta s priebehom terapie. Ďalším aspektom je schopnosť empatického postoja k pacientovým zážitkom. Za významný faktor sa považuje štýl, ktorý terapeut využíva pri svojej práci. Prístup terapeuta môže byť rozhodujúcim faktorom z hľadiska voľby zo strany pacienta odporu alebo zmeny.

Práca s psychicky chorými pacientmi kladie zvýšené nároky na terapeuta. Vyžaduje si svedomitú prípravu ako po stránke teoretickej, ale aj po stránke praktickej. Terapeut musí byť

pripravený prispôbiť sa s neobyčajnému prostrediu, naučiť sa ovládať vlastné reakcie na neobvyklé spôsoby myslenia a chovania pacientov spôsobené ochorením, správne voliť spôsoby a pomôcky tak, aby ich mohol využiť v danom prostredí a vylúčiť na možnosti poškodenia seba ale aj okolia. Musí byť pripravený na pravdepodobnosť výskytu neočakávaných situácií a byť schopný riešiť ich adekvátnym spôsobom.

Úlohou fyzioterapeuta je zaistiť cielený, bezpečný, zrozumiteľný pohybový program, ktorý zodpovedá aktuálnemu psychosomatickému stavu pacienta a ktorý rozvíja jeho psychické možnosti v žiadanom smere. Akékoľvek ďalšie liečebné aktivity sú prenechávané na odborníkov z daného odboru.

Záver

Telesné cvičenia vždy boli a sú vnímané ako významný doplňujúci prostriedok psychiatrickej liečby. (Hátlová,1998) Akceptovaný a oceňovaný je predovšetkým somatický účinok. Kinezioterapia vytvára konkrétne pohybové programy, ktoré účinnejšie akceptujú požiadavky liečby pacienta a majú účasť na jeho intenzívnejšej rehabilitácii, resocializácii a tým zvyšujú kvalitu života pacienta a jeho okolia.

Zoznam bibliografických odkazov

HÁTLOVÁ, Běla.: Tělesná cvičení a kinezioterapie: in. Česká a Slovenská psychiatrie: ročník 98, březen/2002, : 104-108s.:ISSN 1212-0383

HÁTLOVÁ, Běla : Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch : Praha 2003, Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 167 s., ISBN 80-246-0719-0

HÁTLOVÁ, Běla, SUCHÁ, Jitka, : Kinezioterapie demencií: Praha 2005, TRITTON, 108s., ISBN 80-7254-564-7

HROMÁDKOVÁ, Jana a kol. : Fyzioterapie : Nakladatelství H H, s.r.o. 1.vydání, 2002, 257 – 285 s., ISBN 80-86022-45-5

VÉLE, F.: Kineziologie,pro klinickou praxi, : Grada Publishing 1997, : 11-80s, : ISBN: 80-7169-256-5

Kontakt na autora:

Bc. Peter Hreha

Psychiatrická nemocnica Michalovce, n. o.

Areál psychiatrickej nemocnice, Strážany, 071 01 Michalovce

e-mail: hreha.fyz@centrum.sk