

ZBORNÍK PREDNÁŠOK



**z IX. celoslovenskej
konferencie sestier pracujúcich
v zariadeniach sociálnych služieb**

konanej dňa 5-6.10.2012
v Nových Zámkoch

ISBN 978-80-89542-24-6

Editor: doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

PhDr. Margita Kosturíková

Za odbornú a jazykovú stránku zodpovedajú autori.

ISBN 978 – 80 – 89542 – 24 - 6

Vydavateľ: Peter Husár – vydavateľské činnosti

OBSAH

DIABETES MELLITUS	3
<i>Bc. Martina Gallová</i>	
MANAŽMENT OŠETROVANIA DEKUBITOV	18
<i>Mgr. Eva Gubišová</i>	
HEPATITÍDA C.....	23
<i>Mgr. Katarína Gulišová</i>	
OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O KLIENTA S PEG V STAROSTLIVOSTI ZSS.....	28
<i>Mgr. Martina Haluzová</i>	
HISTÓRIA SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK	32
<i>Mgr. Zuzana Hudáková</i>	
PORUCHY KOMUNIKÁCIE U PACIENTA PO CPM	38
<i>Mgr. Zuzana Hudáková</i>	
OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V ZARIADENÍ SUBSIDIUM.....	43
<i>Mgr. Chocholová Ľubica</i>	
MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI A JEJ PERSPEKTÍVY V ZSS.....	48
<i>Mgr. Henrieta Ibošová</i>	
MANAŽMENT POSKYTOVANIA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB	52
<i>doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD., Mgr. Miriam Hoppanová</i>	
SESTRA V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PODĽA ZÁKONA O SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH	61
<i>doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.</i>	
SESTRY V ZSS ÁNO ALEBO NIE	69
<i>PhDr. Margita Kosturíková</i>	
KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA	78
<i>PhDr. Ladislav Mikuš</i>	
TÝRANIE SENIOROV AKO FORMA AGEIZMU Z POHĽADU SESTRY.....	80
<i>PhDr. Jana Otrubová, PhD.</i>	
OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V ZSS AKO FORMA KOMUNITNÉHO OŠETROVATEĽSTVA.....	88
<i>Bc. Renata Palacková, Mgr. Iveta Svetlanská</i>	
TEKUTÁ VÝŽIVA DO SONDY A PEG	90
<i>Tamara Starnovská</i>	

SATURÁCIA SOCIÁLNYCH POTRIEB U KLIENTOV HOSPICU	96
<i>PhDr. Lenka Štefáková, PhD.</i>	
OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V ZSS	113
<i>Bc. Eva Toldiová</i>	
TRACHEOSTÓMIA AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM	118
<i>PhDr. Veronika Vadkertiová</i>	
VALIDÁCIA PODĽA NAOMI FEIL.....	123
<i>Mgr. Mária Wirth, PhD</i>	
AKO ÚSPEŠNE PREZENTOVAŤ	127
<i>Mgr. Elena Zemanová</i>	

DIABETES MELLITUS

Martina Gallová

ABSTRAKT

Diabetes mellitus, je ochorenie metabolizmu cukrov, spôsobené poruchou tvorby inzulínu v slinivke brušnej, prejavuje sa zvýšením hladiny cukru v krvi. Príčiny vzniku diabetu sú rôzne, ale hlavným dôvodom prečo sa diabetes vyskytuje čoraz častejšie, je životný štýl, rýchly život a nedostatok oddychu ľudí vyčerpáva a s tým sa pridružujú rôzne ochorenia a vo väčšine prípadov je to práve diabetes mellitus.

Kľúčové slová: diabetes mellitus, klinický obra, terapia, fyzická aktivita, komplikácie.

DIABETES MELLITUS

Toto ochorenie rozdeľujeme do rôznych typov, diabetes mellitus I. typu, diabetes mellitus II. typu a tiež je to gestačný diabetes (tehotenská cukrovka). Dobrou správou však je, že samotný pacient môže ovplyvniť priebeh a vývoj choroby až v 75 – 85 %. Ochorenie zväčša nebolí, čo je však aj nevýhoda, pretože pacient nie je donútený zaoberať sa subjektívnymi ťažkosťami. Od diabetika sa očakáva, že bude mať pravidelný životný režim, nebude ponocovať, bude dodržiavať odporúčanú diétu, vzdá sa obľúbených jedál a nápojov, bude si strážiť hmotnosť, ak to bude potrebné, tak schudne, bude si realizovať selfmonitoring a pravidelne si pichať inzulín. Realita je však iná: 75 % sa nestravuje pravidelne, 75 % nekonzumuje predpísané potraviny, 77 % nerealizuje selfmonitoring, 58 % si aplikuje zľú dávku inzulínu, 45 % nedodržiava predpísaný čas podania lieku.

Klasifikácia:

Diabetes typu I. môže mať rôzne príčiny, od dedičnej predispozície a nesprávnej životosprávy až po vírusy. Len 10% postihnutých trpí diabetom 1 typu. Sú tu prevažne mladší ľudia, preto sa často hovorí aj o juvenilnom diabete (o diabete detského veku). Táto forma cukrovky sa zvyčajne spája s nadváhou. Diabetes sa často začína infekciou, jej priebeh býva väčšinou rýchly a veľmi dramatický, preto sa diabetes typu 1 rýchlo rozpozná. Dôvodom diabetu typu 1. je nedostatok inzulínu v tele. K príznakom diabetu typu 1 patrí malátnosť, nadmerné pitie, časté močenie, chudnutie, bolesti brucha, zvracanie

a opakované infekcie. Pri týchto prejavoch treba okamžite vyhľadať lekársku pomoc. Pacient musí byť od začiatku liečený inzulínom, podávanie inzulínu je 4 - 5 krát za deň (rýchlo účinkujúci inzulín pred každým jedlom a dlhodobo účinkujúci inzulín pred spaním a prípadne aj ráno). Neoddeliteľnou súčasťou liečby je diétny stravovací režim.

Diabetes typu 2. postihuje viac ako 90 % všetkých pacientov. V tomto prípade je podžalúdková žľaza schopná ešte produkovať inzulín. Diagnostikovanie diabetu 2 typu často trvá päť až desať rokov. Vyskytuje sa častejšie u starších ľudí, ktorí trpia aj inými ochoreniami. Pri cukrovke 2 typu telo produkuje vlastný inzulín, jeho účinok je však nedostatočný. Pri tomto type dochádza postupne k vyčerpaniu schopnosti buniek pankreasu produkovať inzulín. Príznaky pri diabete typu 2 sú menej výrazné ako pri DM typu 1, často sa zistí náhodne, pri odbere krvi alebo moču, pri predoperačnom vyšetrení ale príznakom sú aj zle hojace sa rany a podobne. V takomto prípade treba navštíviť odborného lekára, absolvovať diagnostické vyšetrenia a začať s liečbou. Základom liečby je vždy úprava diétnych a režimových opatrení (diéta, redukcia hmotnosti, pravidelná fyzická aktivita) . Okrem samostatných typov cukrovky sa môže prejaviť aj **gestačný tzv. tehotenský diabetes**. Je to porucha regulácie hladiny cukru v krvi, ktorý sa objavuje u tehotnej ženy, hoci predtým jej ochorenie nediagnostikovali. Tento typ postihuje 10 % tehotných žien. Hlavným dôvodom býva zvýšený rast plodu. Tým, že dieťa je veľké, je aj tehotenstvo ťažšie a pôrod komplikovanejší. Plod je ohrozený vnútromaternicovým odumretím a vznikom vývojových porúch. Matka má zvýšené riziko, že sa u nej prejaví diabetes 2 typu. Základným režimovým a liečebným opatrením je diéta. Pri gravidite sa zohľadňuje hlavne energetická potreba. Ak sú pacientky obézne, odporúča sa diéta s nižším energetickým obsahom, ak je hmotnosť primeraná, energetický obsah sa zvyšuje.

Klinický obraz:

Chorí na cukrovku často udávajú úbytok hmotnosti, svrbenie tela, najmä v rozkroku, nadmerný smäd, nadmerné močenie, slabosť, unavenosť. Tieto príznaky však nemusia mať starší ľudia. Jediným kritériom zostáva zvýšená hodnota v krvi – od jednorazového výsledku až po profil.¹

Liečba: A. Nefarmakologická: 1. Výchova, 2. Diéta, 3. Fyzická aktivita

B. Farmakologická: 1. Perorálne antidiabetiká, 2. Inzulín ²

¹ www. Diabetes Mellitus

² www. Diabets Mellitus

Výchova(edukácia) diabetika spočíva v dôkladnom informovaní pacienta o všetkých aspektoch jeho choroby. O diétnych opatreniach, liečebných možnostiach, selfmonitoringu a komplikáciách.

Diéta diabetika

Súčasťou správneho životného štýlu u diabetika je hlavne zdravé a racionálne stravovanie. Patrí k nemu pravidelný pohyb, športovanie podľa schopností, práca, zábava a radosť zo života. Racionálnym stravovaním si diabetik môže udržať dlhodobo uspokojivé glykémií a môže predchádzať alebo oddialiť nástup komplikácií. Energickú hodnotu stravy tvoria živiny – bielkoviny, tuky a sacharidy. Preferujú sa ryby, olivový olej, morské živočíchy, nemali by jesť slaninu, masné mäso, vnútornosti, ďalej sa môžu konzumovať vaječný bielok, kuracie a morčacie mäso, zo strukovín (hrach, fazuľa), celozrnný chlieb, pečivo, cestoviny, ovsené vločky, všetky druhy ovocia a zeleniny.

Diabetik s priemernou telesnou hmotnosťou by mal prijať v jedle toľko energie, aby si svoju hmotnosť dokázal dlhodobo udržať. Diabetik s nadváhou by mal postupne chudnúť. Nemali by mu chýbať znalosti v oblasti stravovania, sebadisciplína a dostatočná informovanosť o chorobe. Diabetici 1. a 2. typu by sa mali stravovať pravidelne a pacienti liečení inzulínom musia dodržiavať časový harmonogram stravovania. Mali by poznať po ktorých potravinách stúpa hladina krvného cukru rýchlo, po ktorých výrazne, ale pozvoľna a po ktorých zanedbateľne, alebo glykémiu vôbec neovplyvňujú. Celodenný obsah sacharidov je potrebné si správne rozdeliť v rámci dňa na jednotlivé porcie jedla tak, aby dávka inzulínu bola úmerná s množstvom prijatých sacharidových jednotiek. Potom sa glykémia bude pohybovať v normálnom glykemickom pásme. Namiesto troch veľkých hlavných jedál denne by mal diabetik zjesť radšej niekoľko menších porcií. Alkohol s mierou! Alkohol obsahuje cukor, ktorý extrémne zvýši hladinu krvného cukru. Diabetik by pri konzumácii alkoholu mal jesť jedlo bohaté na uhľovodany. Pri tejto kombinácii sa pacient vyhne riziku hypoglykémii, keďže uhľovodany hladinu cukru v krvi vyrovnávajú. Veľkou pomôckou pri stravovaní diabetika, hlavne 1. typu na začiatku nastavenia na liečbu inzulínom, je denník s údajmi o jedle a aktuálnom živote.

Fyzická aktivita je pre diabetika mimoriadne dôležitá, pretože svalová práca znižuje glykémiu. Treba ju správne dávkovať, pretože časté kardiovaskulárne komplikácie diabetikov môže nadmerná fyzická aktivita zhoršiť. Za fyzickú aktivitu sa u staršieho človeka považuje aj chôdza, či už po rovine, alebo po schodoch.

Perorálne antidiabetiká - Podávanie perorálnych antidiabetík je u starších ľudí indikované, keď liečba diétou a pohybovou aktivitou nevedie k primeranej úprave metabolického stavu. Vzhľadom na to, že diétne opatrenia sú často nepostačujúce, je potrebné včas zahájiť farmakologickú liečbu. Orálne antidiabetiká nie sú však vhodné, ak je diabetes komplikovaný infekciou, gangrénou, nadmernou obezitou, chorobami pečene či obličiek, prekomatóznym stavom a pred chirurgickou liečbou. Tablety tiež neodstraňujú potrebu dodržiavania diéty, ak sa nedodržia pravidlá stravovania, môžu byť príčinou hypoglykemických stavov.

Inzulín je hormón bielkovinovej povahy, ktorý tráviace šŕavy rozkladajú, preto nie je možné jeho podávanie ústami. Inzulín sa aplikuje inzulínovými perami do podkožného tkaniva brucha, stehna alebo ramena 30 minút pred jedlom. Prípravky inzulínu: *rýchlo pôsobiace inzulíny*: Actrapid HM, insulin HM R, Humulin R, Humalog sa podávajú trikrát denne. *Strednedobo pôsobiace inzulíny*. Humulín N, Insulin HM NPH sa podávajú jedenkrát denne, väčšinou o 21⁰⁰ hod. *Kombinované strednodobo a rýchlo pôsobiace inzulíny*: Mixtard HM MIX 30 sa podávajú dvakrát denne.

Akútne a chronické komplikácie Diabetes Mellitus

Hyperglykémia je vysoká hladina cukru v krvi. Jej najčastejšou príčinou je cukrovka, pri ktorej bunky nie sú schopné pre nedostatok inzulínu glukózu spracovať a využiť ako zdroj energie. Vysoká hladina cukru v krvi poškoduje citlivé štruktúry cievnej steny, spojivového tkaniva a v konečnom dôsledku má na svedomí všetky chronické komplikácie diabetu – poškodenie obličiek, očí, nervov srdca a aj obávanú diabetickú nohu. *Hypoglykémia* je naopak nízka hladina cukru v krvi. Je to chronický stav, ktorý vzniká pri znížení koncentrácie cukru. Opakované hypoglykémie môžu viesť aj závažným poruchám činnosti mozgu, ktorý je zvyknutý na prívod cukru krvou. Príčinou hypoglykémie môže byť chybná dávka inzulínu, perorálnych antidiabetík, hladovanie, vynechanie večerného jedla, intenzívnejší telesný pohyb popoludní a večer, po použití alkoholu, kedy sa znižuje vlastná produkcia glukózy, znížené vylučovanie inzulínu pri zlyhaní obličiek. Príznaky hypoglykémie sú úzkosť, pocit hladu, jemný tras, potenie, zrýchlená činnosť srdca, poruchy zraku, bolesti hlavy, nezvyčajné správanie, porucha reči, kŕče, zmeny nálady a pod. Diabetici 1. typu mávajú hypoglykémie najmä v noci, sú to tzv. tiché hypoglykémie. Príznaky takejto hypoglykémie sú intenzívne snenie, nočné mory, raňajšie bolesti hlavy, nepokojný spánok, chronická únava, depresie, nočné potenie, nočná triaška. Predchádzať takejto hypoglykémii vieme prevenciou a liečbou. Hlavne kontrolou glykémie

pred spaním, rýchlo účinkujúci cukor po ruke, príležitostné meranie glykémie počas noci. Pozor však na konzumáciu alkoholu a fyzickú námahu/ cvičenie. Nespoznané hypoglykémie sa vyskytujú mimo období bežného monitorovania glykémie. Takúto hypoglykémiu nazývame skrytá hypoglykémia. Na skryté hypoglykémie musia myslieť pacienti s nevyrovnanou glykemickou kontrolou, s výraznými výkyvmi a mnohokrát s paradoxnými príznakmi. Zvýšený pocit hladu nemusí vždy znamenať, že ide o hypoglykémiu. Takzvaná falošná hypoglykémia tiež môže vyvolať pocit hladu vtedy však netreba utekať po sacharidový pokrm. Hypoglykémiam sa dá predchádzať pravidelnou životosprávou, monitoringom glykémii, adaptáciou liečby na všetky záťažové situácie, zvlášť na choroby ako zvracanie a hnačkové stavy. Absolútny deficit inzulínu a zvýšené hladiny opačne pôsobiacich hormónov charakterizuje *ketoacidóza*. Je to stav kyslosti vnútorného prostredia, spôsobenej zvýšeným množstvom ketolátok v krvi. Tieto látky vznikajú pri nadmernom štiepaní tukov, ktoré sú využité na získanie energie namiesto glukózy. Príznaky ketoacidózy sa zvyčajne vyvíjajú niekoľko týždňov. Je to hlavne časté močenie, smäd, celková slabosť, úbytok telesnej hmotnosti, nižšia telesná teplota, acetónový zápach z úst, zrýchlená činnosť srdca a v ťažkých prípadoch hrozí kóma. *Kóma* je hlboký stav bezvedomia. V ťažkých prípadoch postihnutý nereaguje ani na bolestivé podnety. Príčinou tohto stavu môže byť aj neliečená cukrovka. Kóme možno predchádzať pravidelným monitoringom glykémii, zabrániť hyperglykémii a hypoglykémii.

Ku chronickým komplikáciám pri liečbe DM patrí postihnutie očí – retinopatia, postihnutie obličiek – nefropatia, postihnutie nervov – polyneuropatia, diabetická noha, zápaly močového mechúra, poruchy erekcie, poruchy žalúdočného a črevného traktu, poruchy srdcového rytmu. Diabetická retinopatia je jednou z najzávažnejších komplikácií cukrovky, Je to vlastne ochorenie sietnice oka.

Najčastejšie komplikácie diabetickej retinopatie sú: katarakta, glaukóm. Liečba diabetickej retinopatie: Laserová liečba, Vitreoretinálna chirurgia, Farmakologická liečba

Medzi ďalšie chronické komplikácie pri cukrovke patrí diabetická nefropatia, diabetická neuropatia.

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O GERIATRICKÉHO PACIENTA/KLIENTA S OCHORENÍM DIABETES MELLITUS

„Gerontologické ošetrovatel'stvo môžeme všeobecne definovať ako vednú a praktickú disciplínu zameranú na pomoc pri vykonávaní aktivít a uspokojovaní potrieb, ktoré vedú k upevneniu zdravia, zmiereniu ochorenia a dosahovaní sebestačnosti.“³

Základná diabetická starostlivosť by mala zahŕňať: poznanie chorobného procesu, inštrukcie o diéte, plán cvičenia, vedomosti o starostlivosti o nohy, raz do roka podrobné očné vyšetrenie, abstinenciu fajčenia, znalosti ohľadne glykémie, poznatky o liečbe diabetu - ovládať príznaky hypoglykémie pri liečbe perorálnymi antidiabetikami alebo inzulínom⁴

„Komplexná starostlivosť o seniorov vyžaduje multidimenzionálny, tímový prístup zahŕňajúci posúdenie a ovplyvnenie stavu telesného, duševného, funkčnej zdatnosti a náročnosti životného prostredia, sociálnej situácie, potrieb zdravotnej starostlivosti a pod.“⁵

Ošetrovateľskú starostlivosť o geriatrického pacienta/klienta s DM možno rozdeliť na: - ambulatnú starostlivosť, - nemocničnú starostlivosť.

Ambulantná starostlivosť

Úlohou praktického lekára je vykonávať skríning a dislipoproteínemie. Skríning sa vykonáva u pacientov, ktorí majú vysoké riziko diabetu II. typu na základe merania glykémie na lačno. Ak sú výsledky skríningového vyšetrenia v norme, test je potrebné zopakovať po roku. Po zistení patologických hodnôt glykémie klient má byť odoslaný na diabetologickú ambulanciu. Praktický lekár má poznať aj diagnostické hodnoty pre DM II typu, porušenú glukózovú toleranciu, pre hraničnú glykémiu na lačno a základné liečebné postupy pri cukrovke. Po skríningu, následnom vyšetrení a komplexnej edukácii klienta na diabetologickej ambulancii môže praktický lekár prevziať odporúčania diabetológa klientov do svojej starostlivosti. Kontrola diabetika u praktického lekára zahŕňa tieto vyšetrenia: glykémiu, moč, krvný tlak, ďalšie vyšetrenia podľa odporúčania diabetológa.

³ HOLMANOVÁ, E: Starnutie a staroba, interdisciplinárny prístup v starostlivosti o seniorov. In: Info sestra. Martin, 2002, roč.5, č. 1, s.5.

⁴ BALÁŽIKOVÁ, E: Hra na slepú babu, vzdelávanie diabetikov. In: Diabetik. Bratislava, 2003, roč. 2, č. 6, s. 12

⁵ HOLMANOVÁ, E: Starnutie a staroba, interdisciplinárny prístup v starostlivosti o seniorov. In: Info sestra. Martin, 2002, roč. 5, č. 1, s.4

Úlohy diabetológa a práca sestry

Úlohy diabetológa: diagnostika diferenciálna diagnostika diabetu, stratégia liečby, liečebný plán, vstupná a pokračujúca edukácia, monitorovanie metabolickej kompenzácie, zabezpečenie selfmonitoringu, starostlivosť a pridružené ochorenia a komplikácie, dispenzarizácia

Práca sestry: dostatočné odborné vedomosti a zručnosti- pozná problematiku endokrinológie, pomáha pri ošetrovaní a vyšetovaní chorých, má komunikačné schopnosti a ovláda psychologickú problematiku pacientov s diabetom, komunikuje s pacientom, uspokojuje psychické potreby pacienta, vedie dokumentáciu, odoberá biologický materiál. Plní ordinácie lekára., vie dokonale poskytnúť prvú pomoc, zabezpečuje depistáž a dispenzarizáciu, edukuje pacienta a rodinných príslušníkov

Ošetrovateľská starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu

„Ošetrovateľský proces je systematická, racionálna metóda plánovania a poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho cieľom je zhodnotiť pacientov zdravotný stav, skutočné, či potencionálne problémy starostlivosti o zdravie, vytýčiť plány na zhodnotenie potrieb a poskytnúť špecifické ošetrovateľské zásahy na uspokojenie týchto potrieb.“⁶

Ošetrovateľský proces pozostáva z 5 fáz: posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia, vyhodnotenie

Posudzovanie

Medzi charakteristické črty zaraďujeme: zhromažďovanie údajov, overovanie údajov, klasifikácia (organizovanie) údajov⁷

Cieľom posúdenia diabetického pacienta je vytvorenie databázy jeho odpovedí na zmeny, ktoré prináša choroba, na zdravotné problémy, na pridružené ochorenia so zreteľom na jeho potrebu ošetrovateľskej starostlivosti. Orientuje sa predovšetkým na tie potreby, ktoré boli chorobou alebo starobou modifikované, prípadne vznikli ako ich dôsledok.

Hlavnými metódami zberu údajov sú rozhovor zameraný na získanie sesterskej anamnézy, fyzikálne vyšetrenie a funkčné testy. Sestry nesmú zabúdať ani na výsledky laboratórnych testov a vyšetrení, ktoré informácie dopĺňajú.

⁶ ERBOVÁ, G. – KOZIEROVÁ, B. – OLIVIEROVÁ, R: Ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 1995, s. 166

⁷ NÁDASKÁ, I. – POLEDNÍKOVÁ, L: Ošetrovateľská péče o starého pacienta metódou ošetrovateľského procesu. In: Sestra. Praha, 2004, roč.14, č. 7 – 8, s. 50

Sesterská anamnéza

Sesterská anamnéza je prvoradým nástrojom zhromažďovania informácií u každého klienta. Vytvára tiež možnosť nadväzovania a udržiavania kontaktu s chorým, je dôležitým komunikačným prostriedkom. Na rozhovor s geriatrickým pacientom si sestra musí predovšetkým vyčleniť dostatok času. Je to dané objektívnymi okolnosťami spôsobenými jeho pomalou rečou, zmenami v sluchovom a zrakovom vnímaní prípadne poruchami pamäti. Sestra týmto okolnostiam musí prispôbiť komunikáciu s pacientom. Dôležité je hovoriť pomaly a nahlas, stáť tvárou k pacientovi, používať skôr jednoduché otázky, viackrát opakovať. Doporučuje sa využívať komunikáciu direktívneho a nedirektívneho rozhovoru s použitím uzavretých a otvorených otázok podľa situácie.

Sestra by mala svoj neverbálny prejav doplniť bohatou neverbálnou komunikáciou, viac využívať mimiku, hepatiku aj gestikuláciu. Vzdialenosť medzi sestrou a pacientom by pri rozhovore nemala byť väčšia ako meter.

Sesterská zdravotná anamnéza pre geriatrických pacientov by mala obsahovať všetky zložky anamnézy, teda osobnú, rodinnú anamnézu, anamnézu súčasného zdravotného stavu, pacientove problémy týkajúce sa jednotlivých častí tela. Zvlášť je dôležité zamerať sa na aktivity denného života – stravovanie, vyprázdňovanie, hygienu, pohyb a spánok.

Psychologická anamnéza obsahuje základné údaje o orientácii pacienta, správanie, stresové faktory, bežný spôsob ich zvládania a komunikáciu. Dôležité je poznať pacientove záujmy a záľuby.

V sociálnej anamnéze sú dôležité rodinné vzťahy, údaje o pacientovej ekonomickej situácii, prípadne sociálne prostredie v ktorom žije. Anamnestické údaje nemusia byť, zvlášť u starých pacientov, vždy správne a úplné, preto si ich sestra musí doplniť z iných prameňov.

Fyzikálne vyšetrenie

Fyzikálnym vyšetrením sestra doplňuje anamnestické údaje. Úlohou je získané subjektívne údaje objektivizovať a doplniť chýbajúce. Fyzikálne vyšetrenie sa vykonáva systematicky buď postupom od hlavy po päty alebo podľa systémov tela. Vyšetrenie by malo prebiehať v intímnom prostredí, najlepšie len za prítomnosti sestry a lekára. Miestnosť by mala byť dostatočne vyhriata. Sestra odhaľuje časti tela postupne. Pred vyšetrením je nutné pacientovi vysvetliť postup ako, a čo od neho pri vyšetrení očakávame.

Funkčné vyšetrenie

Funkčné vyšetrenie je neoddeliteľnou súčasťou vyšetrenia geriatrického pacienta. Je zamerané na zistenie fyzických a psychických schopností pacienta a jeho sociálnej situácie. Umožňuje posúdiť jeho sebestačnosť alebo jej poruchy a určiť stupeň vzniknutej závislosti. Na základe tohto zistenia sestra plánuje ošetrovateľskú starostlivosť.⁸

Špecifiká posudzovania

- stav výživ: nadmerný príjem potravy, nadmerná hmotnosť, obezita, zvýšené hodnoty BMI, polydipsia, neskôr chudnutie, vylučovanie: polyúria, nyktúria, zmeny v ústnej dutine: ťažká paradentóza, acetónový zápach, zmeny na koži a slizniciach: úvodný pruritus, vulvy u žien, zápaly predkožky a žalud'a u mužov, svrbenie tela, výskyt kožných infekcií, pohyblivosť: bolesti v dolných končatinách, únava, parestézie, zmeny v zmyslovom vnímaní: horšenie zraku, iné nálezy: zvýšená glykémia, glykozúria, zvýšená koncentrácia glukagolu, hypertenzia, hyperlipoproteinémia.⁹

Diagnostika

„ Sesterská diagnóza je klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny či komunity na skutočné alebo potencionálne problémy či životný proces. Sesterské diagnózy poskytujú základ pre výber ošetrovateľských zásahov na dosiahnutie výsledkov za ktoré je sestra zodpovedná. „ (NANDA 1990)

Sesterské diagnózy udávajú: - skutočné zdravotné problémy, - potencionálne (možné) zdravotné problémy¹⁰

Najčastejšie ošetrovateľské diagnózy u diabetika: zmenená výživa, deficit objemu tekutín, narušená adaptabilita, nedostatok vedomostí, bolesť, nedostatočná sebaopatera, obmedzená pohyblivosť, bezmocnosť, narušená integrita kože, strach, narušené vzťahy v rodine, narušená komunikácia sociálna izolácia, problémové plnenie roly, riziko infekcie, riziko poranenia, zhoršená pamäť, úzkosť, narušený spánok, únava, narušené zmyslové vnímanie, beznádej.

⁸ NÁDASKÁ, I. – POLEDNÍKOVÁ, L.: Ošetrovateľská péče o starého pacienta metódou ošetrovateľského procesu. In: Sestra. Praha, 2004, roč. 14, č. 7 – 8, s. 53

⁹ POLEDNÍKOVÁ, L. – VOROSOVÁ, G. a kol.: Interné ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 2000, s. 114

¹⁰ ERBOVÁ, G. – KOZIEROVÁ, B. – OLIVIEROVÁ, R.: Ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 1995, s. 190

Plánovanie

Plánovanie je uvážený systematický proces, nevyhnutný predpoklad kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra pri ňom využíva údaje, ktoré získala posudzovaním a nadväzuje na diagnostiku, ktorej výsledkom boli zistené ošetrovateľské diagnózy. Sestra si zaradí ošetrovateľské diagnózy do skupín podľa priority ich riešenia, pričom využíva niektorý ošetrovateľský model či teóriu. U geriatrických pacientov sa doporučuje model Hendersonovej alebo Oremovej model sebaopatery. Ďalším krokom vo fáze plánovania je stanovenie cieľov a výsledkov kritérií. Ciele bývajú vzhľadom k diagnózam častokrát dlhodobé, vzťahujú sa na celý proces hospitalizácie. Výsledné kritériá sú odvodzované od cieľov. Musia byť reálne, musia sa brať do úvahy pacientove schopnosti. Pri výbere ošetrovateľských zásahov si treba vyberať tie, ktoré starecký organizmus nezaťažujú.

Realizácia a vyhodnotenie

U geriatrických pacientov sa realizácia plánu ošetrovateľskej starostlivosti uskutočňuje rovnako ako u ostatných. Niektoré ošetrovateľské intervencie vyžadujú prítomnosť viacerých sestier alebo iných zdravotníkov, napríklad pri nácviku sedu, vstávania alebo chôdze, pri polohovaní. Prítomnosť viacerých osôb môže u starého človeka vyvolať ešte väčší pocit bezmocnosti alebo výčitky v ich dôsledku. Preto je dôležitý taktný prístup zdravotníkov, profesionalita a zohratosť tímu pri ošetrovaní a vhodné zapojenie pacienta do ošetrovateľského zásahu. Zvlášť starí ľudia, ktorí si pripadajú nepotrební, nachádzajú v aktívnom zapojení kompenzáciu stratených schopností. Do vlastnej realizácie môže sestra zapojiť aj členov rodiny starého pacienta, čo prispieva k atmosfére dôvery, upevňuje pocit pomoci postihnutej osobe, ale zároveň znamená i prípravu na väčšinou potrebnú kontinuitu starostlivosti po prepustení.

Vyhodnotením, ktoré je posledným krokom ošetrovateľského procesu, zisťujeme, či pacient reaguje na ošetrovateľskú starostlivosť a naznačuje progres, stagnáciu alebo akékoľvek porušenie v súvislosti s plánovanými výsledkami starostlivosti. Výsledkom hodnotenia je vyjadriť sa k dosiahnutiu cieľa, na ktorého základe sestra ošetrovateľský plán buď uskutoční, alebo v ňom bez zmeny pokračuje, alebo urobí jeho revíziu a modifikáciu. Vyhodnocovanie prebieha u všetkých, teda i geriatrických pacientov, buď priebežne – zisťujeme ako klient reaguje na ošetrovateľskú intervenciu alebo terminálne, kedy zisťujeme, či boli dosiahnuté stanovené ciele. Špecifikum geriatrického veku je

v tom, že pokrok tu býva často veľmi nepatrný a vyžaduje si zo strany pacienta aj ošetrovateľského personálu čas a trpezlivosť.¹¹

Kazuistika pacientky s ochorením Diabete Mellitus

Pacientka/klientka bola prijatá na oddelenie s ochorením Diabetes Mellitus. Cítila sa slabá, unavená. Hneď na začiatku sa u nej prejavila veľká neochota k zmene životného štýlu. Odmietala jedlo, diabetickú diétu. Pacientka/klientka veľmi málo prijímala tekutín, pretože mala obavy z častého močenia. Pri rozhovore zistujeme nedostatok vedomostí v súvislosti s diabetickou diétou a tiež aj nedostatok vedomostí o inzulíne a o jeho aplikácií. Odmietala odber krvi z prsta, pretože ju vpichy veľmi boleli. Nezapájala sa do aktivít, hnevala sa na všetkých.

Zoznam ošetrovateľských diagnóz

Zmenená výživa – menší príjem ako telesná potreba v súvislosti s porušením diabetickej diéty, prejavujúca úbytkom hmotnosti.

Porucha integrity kože v súvislosti s aplikáciou inzulínu testovaním glukózy v krvi, prejavujúca sa bolesťou na končekoch prstov a vznikom hematómov po vpichoch.

Intolerancia aktivity v súvislosti s ochorením, prejavujúca sa slabosťou a unavenosťou.

Deficit objemu tekutín vzhľadom na neadekvátny príjem tekutín a k obavám z častého močenia prejavujúci sa znížením turgorom kože a suchosťou slizníc.

Nedodržiavanie terapeutického režimu vo vzťahu k liečbe a diéte prejavujúca sa zvýšenými hodnotami glykémie.

Nedostatok vedomostí o diéte v súvislosti so zníženou potrebou informovanosti prejavujúci sa neadekvátnym prístupom k liečebnému režimu.

Ošetrovateľská diagnóza č. 1

/NANDA/ - Výživa zmenená – menší príjem ako telesná potreba

/PES/ - Zmenená výživa - menší príjem ako telesná potreba v súvislosti s porušením diabetickej diéty, prejavujúca úbytkom hmotnosti.

Cieľ: pacientka /klientka bude dodržiavať diabetickú diétu č. 9 do 24 hodín.

Výsledné kritériá:

- pacientka/klientka pozná vhodné a nevhodné potraviny diabetickej diéty

¹¹ NÁDASKÁ, I. – POLEDNÍKOVÁ, E: Ošetrovateľská péče o starého pacienta metódou ošetrovateľského procesu. In: Sestra. Praha, 2004, roč. 14, č. 7 – 8, s. 53

- pacientka/klientka prijíma iba naordinovanú diabetickú diétu a lieky per os podľa ordinácie lekára
- pacientka/klientka zodpovedne pristupuje k svojmu ochoreniu
- pacientka/klientka pozná dôsledky nedodržiavania diabetickej diéty č. 9

Plánovanie:

- vysvetliť nutnosť dodržiavať diabetickú diétu a užívania liekov podľa ordinácie lekára
- podávať diabetickú diétu do 30 minút po podaní inzulínu
- podávať druhú večeru o 21. hodine
- sledovať či pacientka /klientka dodržiava diétna opatrenia
- monitorovať a zapisovať telesnú hmotnosť 1 až 2 krát týždenne
- zistiť či pacientka/klientka pozná vhodné potraviny pre diabetikov
- zabezpečiť pre pacientku/klientku vhodný materiál (brožúrky, letáka, knihy a pod.) na edukáciu.

Ošetrovateľská diagnóza č. 2

NANDA/ - Koža, celistvosť narušená

/PES/ - Porucha integrity kože v súvislosti s aplikáciou inzulínu testovaním glukózy v krvi, prejavujúca sa bolesťou na končekoch prstov a vznikom hematómov po vpichoch.

Cieľ:

Pacientka/klientka bude tolerovať poruchu integrity kože do 3 dní nakoľko je to potrebné k jej liečbe a budú zachované zásady sterility.

Výsledné kritéria:

- pacientka/ klientka toleruje odbery krvi na glykémiu a aplikáciu inzulínu
- získa presvedčenie o nutnosti liečby inzulínom
- má záujem o informácie o inzulíne
- pacientka/klientka pozná zásady sterility pred a pri aplikácii inzulínu
- pacientka/klientka zodpovedne pristupuje k svojmu ochoreniu

Plánovanie:

- zistiť, ako pacientka/klientka je oboznámená so svojím stavom a liečbou
- odobrať krv na glykemický profil – inzulínový a zaznamenávať do chorobopisu
- aplikovať inzulín podľa ordinácie lekára
- dodržiavať zásady pri odoberaní glykémií z prsta a aplikácii inzulínu s. c.
- poskytnúť dostatok informácií o inzulíne, spôsobe aplikácie a pod.

Ošetrovateľská diagnóza č 3

/NANDA/ - Deficit objemu tekutín.

/PES/ - Deficit objemu tekutín vzhľadom na neadekvátny príjem tekutín a k obavám častého močenia prejavujúci sa znížením turgorom kože a suchosťou slizníc.

Cieľ:

Pacientka/klientka bude fyziologicky hydratovaná do 3 dní

Výsledné kritéria:

- hodnoty vitálnych funkcií sú vo fyziologickom rozmedzí, primerané veku pacientky/klientky
- pacientka/klientka má vyvážený príjem a výdaj tekutín počas 24 hodín
- pacientka/klientka dodržiava pitný režim (2,5 l za 24 hodín)
- pacientka/klientka má vlhké sliznice a veku primeraný turgor kože
- pacientka/klientka pozná účinky podávaných liekov, pozná ich vedľajšie účinky, ktoré by mohli ovplyvniť hydratáciu pacientky
- pacientka/klientka pochopila nutnosť dodržiavať pitný režim
- pacientka/klientka nepociťuje smäd

Plánovanie:

- sledovať príjem, výdaj tekutín za 24 hodín
- zabezpečiť dostatočný príjem tekutín (2500ml) per os
- sledovať, monitorovať stav kože a slizníc
- monitorovať vitálne funkcie 2 krát denne (TK,P)
- zostaviť pacientke/klientke pitný režim – čas, množstvo, druh tekutín + ponúkať tekutiny
- poučiť pacientku/klientku o dôležitosti dodržiavania pitného režimu
- udržiavať v izbe Pacientky/klientky primeranú teplotu a vlhkosť

Ošetrovateľská diagnóza č.4

/NANDA/ - Intolerancia aktivity

/PES/ - Intolerancia aktivity v súvislosti s ochorením, prejavujúca sa slabosťou a unavenosťou.

Cieľ:

Pacientka/klientka si bude zvyšovať toleranciu aktivity počas 5 dní.

Výsledné kritéria:

- pacientka/klientka verbalizuje ústup slabosti a únavy

- pacientka/klientka si udržiava normálne hodnoty fyziologických funkcií pri postupnom zvyšovaní záťaže
- nepocituje sťažené dýchanie
- je sebestačná pri výkonoch dennej hygieny

Plánovanie:

- zistiť stupeň intolerancie fyzickej aktivity
- zhodnotiť vplyv únavy a slabosti na výkon jednotlivých činností počas dňa
- upraviť aktivitu tak, aby nedochádzalo k preťaženiu pacientky/klientky
- znížiť intenzitu činnosti alebo prerušiť aktivity, ktoré spôsobujú nežiaduce zmeny fyziologických funkcií
- dopriať odpočinok pacientke/klientke medzi jednotlivými aktivitami
- upraviť prostredie tak, aby sa pacientka/klientka mohla lepšie a bezpečne pohybovať
- poučiť pacientku/klientku o bezpečných opatreniach na oddelení
- sledovať TK, P, D, bledosť ako odpovede na fyzickú aktivitu, porovnávať s údajmi v pokoji

Realizácia.

Rozprávala som sa s pacientkou/klientkou o stupni jej fyzickej aktivity. TK: 120/80, P 86 /min., pravidelný, D 18/ min .

Sledovala som na pacientke/klientke vplyv únavy pri rannej toalete.

Poučila som pacientku/klientku o dnešnom programe

Vypracovala som celodenný plán aktivít a odpočinku pacientke/klientke.

Rozprávala som sa s pacientkou/klientkou o ústupe únavy pri pravidelnom dodržiavaní odpočinku.

Vitálne funkcie po krátkej prechádzke po oddelení TK: 135/ 90, P: 92/min, D: 20/min.

Vyhodnotenie:

Cieľ splnený. Pacientka/klientka verbalizuje ústup únavy a slabosti pri pravidelnom oddychu, dýchavica sa u nej nevyskytla a fyziologické funkcie ostali v rámci normy jej zdravotného stavu.

Pacientka/klientka sa cíti oveľa lepšie ako pri príchode do zariadenia. Jej hladina cukru sa stabilizovala, je v medziach normy, pri pravidelnom podávaní inzulínu a pravidelnom stravovaní. Nechuť do jedla sa výrazne zlepšila. Tekutiny prijíma bez obáv a časté močenie sa vyriešilo absorpčnými pomôckami. Pri pravidelnom oddychu sa upravil aj stav únavy. Cíti sa oddýchnuto a spokojne, čo vidieť aj na jej výzore a správaní. Pacientka/klientka si

uvedomila aké je dôležité pravidelné dodržiavanie diabetickej diéty, vyhýbanie sa sladkým jedlám a nápojom.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. BALÁŽIKOVÁ, E: Hra na slepú babu, vzdelávanie diabetikov: In: Diabetik. Bratislava, 2003, roč. 2, č.6, s.12
2. DOENGES, M. – MOORHOUSE, M.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Praha, 2001, s. 47
3. ERBOVÁ, G. – KOZIEROVÁ, B. – OLIVIEROVÁ, R: Ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 1995, s. 166, 190
4. HOLMANOVÁ, E: Starnutie a staroba, interdisciplinárny prístup v starostlivosti o seniorov, In: Info sestry, Martin, 2002, roč.5, č.1,s. 4 – 5
5. NÁDASKÁ, I. – POLEDNÍKOVÁ, L: Ošetrovatel'ská péče o starého pacienta metódou ošetrovatel'ského procesu. In: Sestra. Praha, 2004, roč. 14, č. 7 -8, s. 50, 53
6. POLEDNÍKOVÁ, L. – VOROSOVÁ, G. a kol.: Interné ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta, 2000, s. 114
7. [www. Diabetes mellitus /Choroby/ primar.sme.sk](http://www.Diabetes mellitus /Choroby/ primar.sme.sk)

Kontakt:

Bc. Martina Gallová

Likava DSS a ZpS

034 95 Likavka č. 9

email: matavivien@azet.sk

MANAŽMENT OŠETROVANIA DEKUBITOV

Eva Gubišová

ABSTRAKT

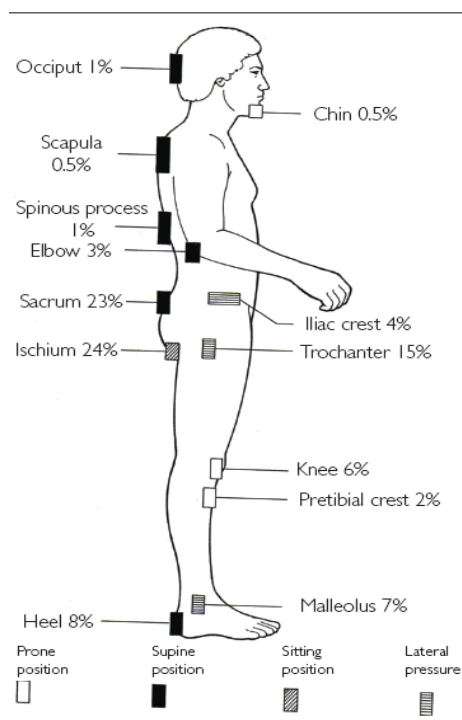
Autorka sa vo svojom príspevku zaoberá problematikou ošetrovania dekubitov, nakoľko v prvom polroku 2007 sa dekubity vyskytovali na geriatrických oddeleniach u 8,8% pacientov a u 14,87% pacientov na ODCH. V druhom polroku 2007 tomu zodpovedali čísla 11,48%, resp. 15,09% . V Zariadeniach sociálnych služieb sa vyskytujú dekubity u 1,7-2,9% klientov.

Kľúčové slová: dekubit, ošetrovanie, výživa, koža, liečba.

VZNIK DEKUBITOV

Hlavnou príčinou vzniku preležanín je stlačenie mäkkých tkanív medzi kosťou a tvrdou podložkou, kedy dochádza k nedostatočnému prekrvovaniu. Pokožka a svaly sú nedostatočne vyživované a chýba im kyslík, postupne nastáva odumieranie tkaniva.

obr.1 Predilekčné miesta na tele človeka



Pri vzniku dekubitu dochádza k poškodeniu kože a podkožných tkanív, pôsobením tlakom na hmatateľné kostné výčnelky povrchu tela, na ktorých spočíva najväčšia váha chorého.

Hodnotenie stavu dekubitu:

- ◆ Plocha
- ◆ Hĺbka, okraj
- ◆ Podmínovanie okrajov
- ◆ Typ nekrózy
- ◆ Rozsah nekrózy
- ◆ Typ exsudátu
- ◆ Množstvo exsudátu
- ◆ Farba okolitej kože
- ◆ Edém okolitej kože
- ◆ Indurácia okolitej kože
- ◆ Granulačné tkanivo
- ◆ Rozsah a vzhľad granulačného tkaniva
- ◆ Rozsah epitelizácie

Z praktického hľadiska je dôležitý typ nekrózy. Čierna nekróza (eschara) je odstrániteľná iba chirurgicky. Nažltlú nekrózu je možné odstrániť enzýmami. Hodnotenie stavu dekubitu s odporúča raz týždenne zlepšenie možno očakávať až po 2 týždňoch liečby.

- I. **st. dekubitu** - na neporušenej koži sa objavuje neblednúce sčervenanie, oblasť je opuchnutá, teplá a nebolestivá. Napriek tomu však chorý pociťuje pálenie, svrbenie pokožky.

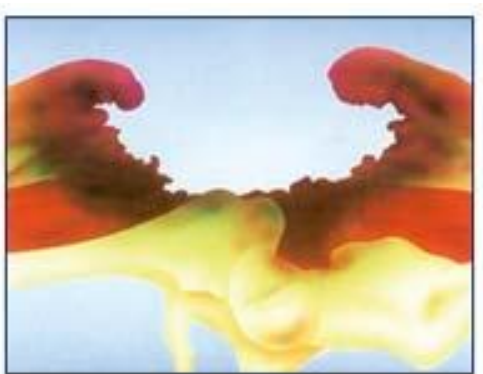


- II. **st. dekubitu**- dochádza k poškodeniu pokožky a kože, vytvárajú sa pľuzgiere. Táto fáza je veľmi bolestivá. Pľuzgiere obsahujú tekutinu – číra až hemoragická

- III. **st. dekubitu**- poškodenie zasahuje podkožnú vrstvu, v ktorej môže dochádzať k odumieraniu tkaniva. Tvorí sa hlboký vred, krytý čiernohnedou suchou krustou odumretých buniek. Objavuje sa zvýšená telesná teplota, nechutenstvo, bolesť, rozvíja sa v tele zápal.



- IV. **st. dekubitu** - odumiera svalové tkanivo, poškodená je i kosť. I táto rana môže byť pokrytá čiernohnedou krustou z buniek odumreté.



V USA sa používajú 2 dodatočné štádiá :

- ♦ Neklasifikovateľné štádium - Hĺbka sa nedá posúdiť pre povlak alebo escharu (býva to 3.4. stupeň)
- ♦ Suspektné poškodenie hlbokých tkanív - Purpurová alebo tmavočervená oblasť s intaktnou kožou alebo krvavým pľuzgierom, ktorá je bolestivá, tuhá, cestovitá, teplejšia alebo chladnejšia ako okolie.

Prevenia vzniku dekubitov: - Aktívnu mobilizáciu chorého, ak je možná. Polohovaním chorého podľa polohovacích hodín každé 2 hodiny. - Nikdy nie na boku !!!!!!! (sú zaťažené trochantery a členky)(obr. 2). - Vysádzaním chorého aspoň na 1 hodinu nepretržite.

- Pomôckami, ktoré podkladáme pod ohrozené miesta: *polohovacie valce* , *polohovacie podložky*, *polohovacie vankúše* , *antidekubitné kolesá*, *antidekubitné matrace* fungujúce na báze cirkulácie vzduchu, princípom je odľahčenie časti tela a obnovenie prekrvenia.
- Polohovanie - *Šikmé polohy (chrbát zvisia s podložkou 30st. uhol)*
- Odľahčenie výčnelkov (päty a členky sa nesmú dotýkať podložky !!!)
- Zabrániť sklzávaniu polosediaceho pacienta (obr. 3)
- Zabrániť macerácii kože.

Liečba dekubitov

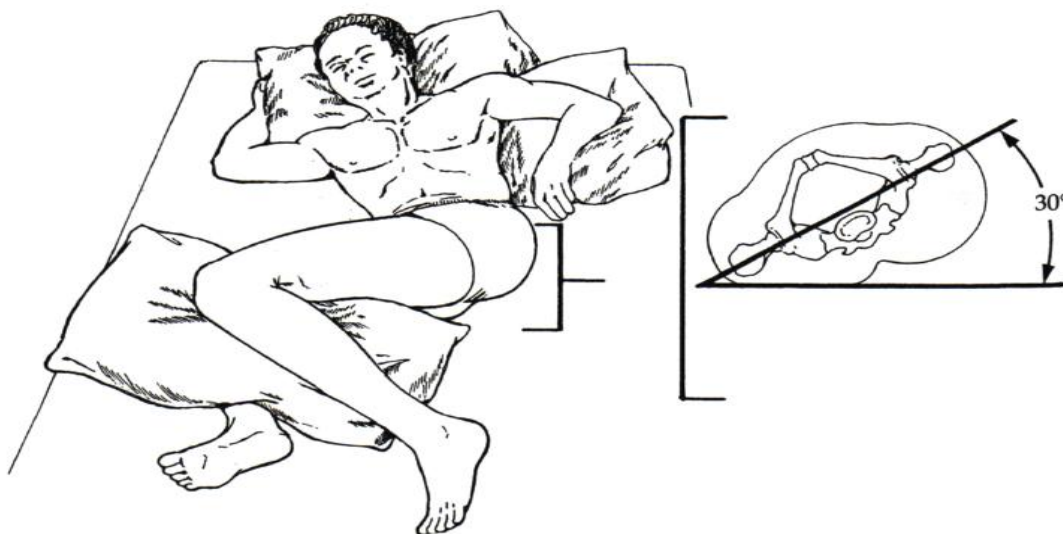
Závisí od atribútov, podľa ktorých hodnotíme status dekubitu. Odborná starostlivosť o dekubity patrí do rúk chirurgov avšak v ZSS sa snažíme od začínajúcich stupňov dekubitov zabrániť šíreniu sa dekubitu k vyššiemu stupňu.

Z fyzikálnej liečby sa využíva elektrostimulácia, elektromagnetická liečba a UV žiarenie. Na liečbu dekubitov 3. a 4 stupňa sa používa liečba negatívnym tlakom (Negative Pressure Wound Treatment). Negatívny kontinuálny alebo intermitentný podtlak aplikovaný na penovú výplň vredu odstraňuje exsudát a stimuluje granuláciu .

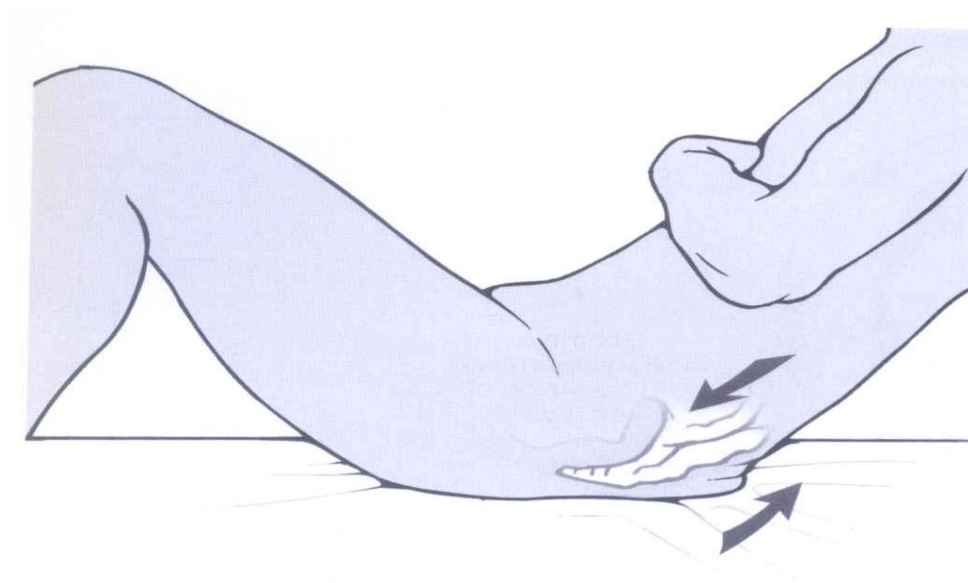
Čistenie urýchľuje aj mokré krytie, ktoré tiež urýchľuje hojenie a zabraňuje traumatizácii rany pri preväzovaní. . Na zvlhčovanie sa používa Ringerov roztok , ktorý na rozdiel od fyziologického roztoku nemaceruje okolitú kožu. K dispozícii je celý rad tovársky vyrábaných prípravkov.

Dôležité je aby klienta dekubit nezaťažoval., aby sme mu dokázali i pri už vzniknutých dekubitoch zabezpečiť komfortnú polohu, zmierniť bolesť a tým uspokojiť jeho potreby.

Obr. 2 Pre názornosť uvádzame vhodné polohy pri polohovaní klientov.



Obr. 3 Pri zvýšenej chrbtovej časti tela klienta je potrebné zabrániť treniu pokožky o podložku



Kontakt:

Mgr. Eva Gubišová

ZSS Zlatý vek o.z.

956 01 Bojná č. 209

Telefón zamestnanie: 038 531 33 74

HEPATITÍDA C

Katarína Gulišová

ABSTRAKT

Hepatitída C Je závažné zápalové ochorenie pečene, spôsobené vírusom / HCV/ ktorý nebol do roku 1989 známy. Pôvodcu hepatitídy C objavili až v r.1989. V r.1992 bolo zavedené plošné testovanie darcov krvi. Existuje v 6 hlavných formách, ktoré sa nazývajú genotypy. /1-6/. Genotyp neovplyvňuje závažnosť ohorenia, ale dĺžku liečby. Ochorenie prechádza z akútneho štádia, ktoré sa často nemanifestuje do chronického štádia, v ktorom dochádza k trvalému poškodeniu pečene – fibróze, cirhóze alebo karcinómu pečene.

Kľúčové slová: Hepatitída C, vírus, prenos, liečba.

ČO JE VÍRUS HEPATITÍDY C ?

V r. 1995 sa podarilo po 1. krát zobrazit' vírus pomocou elektrónového mikroskopu. Vírus hepatitídy C je mikroorganizmus, ktorý sa množí predovšetkým v pečeňových bunkách. Poškodzuje zdravé bunky a núti ich , aby vírus rozmnožovali. Spôsobuje zápal pečene, ktorý môže spôsobiť trvalé poškodenie pečene. Bez pečene nemôžeme žiť!

Ako sa ľudia infikujú vírusom Hepatitídy C?

Vírus hepatitídy C sa prenáša kontaktom s infikovanou krvou.

Najčastejšie spôsoby prenosu sú:

- krvnou transfúziou (do r.1992, kedy sa ešte nevyšetrovala prítomnosť protilátok anti HCV)
- i.v. užívanie drog – požičavanie striekačiek a nesterilných pomôcok..
- neodbornou tetovážou, akupunktúrou, piercingom
- požičavanie predmetov osobnej hygieny – zubné kefky, holiace potreby
- profesionálne nákazy / poranenie ihlou- zdrav. sestry /
- rizikové sexuálne správanie
- ošetrovanie u zubára

Rizikové skupiny: drogovu závislí, dialyzovaní pacienti, osoby zo zlých sociálnych pomerov, zdravotnícky personál, vrátane študentov medicíny a zdravotných škôl.

Ako sa chrániť pred infekciou Hepatitídy C ?

Vírus Hepatitídy C sa neprenáša kýchaním, kašľom, bozkávaním, spoločným používaním príboru, riadu, kúpeľne, toalety alebo prostredníctvom bežných každodenných činností. Je potrebné sa vyhýbať rizikovým činnostiam.

Čo sa deje pri Hepatitíde C?

Po infikovaní sa vírus dostáva do pečene, kde sa množí. Telo sa snaží bojovať proti infekcii. Väčšina ľudí nemá žiadne príznaky, niektorí ľudia môžu mať príznaky podobné chrípke alebo zožltnutie kože. U 10-30% pacientov sa vírus odstráni bez liečby, vlastným imunitným systémom akútna hepatitída C. Chronická hepatitída C sa diagnostikuje po 6. mesiacoch pretrvávania vírusu v tele. Pečeň môže vykazovať znaky zápalu, ktoré sa prejavujú zvýšenou aktivitou pečeňových enzýmov / AST, ALT / V ďalšom štádiu dochádza k odumieraniu pečeňových buniek a vytváraniu tzv. jaziev – fibróze pečene, ktorá prechádza do cirhózy / stvrdnutie pečene/ . Fibróza a cirhóza sa dajú liečbou spomaliť alebo zmierniť. Ak sa však nelieči, môže dôjsť k zlyhaniu alebo karcinómu pečene.

Diagnostika vírusovej hepatitídy C.

Základom diagnostiky infekcie vírusom hepatitídy C je vyšetrenie protilátok proti vírusu hepatitídy C / anti HCV/ v sére. Ich prítomnosť svedčí, že osoba bola, alebo je nakazená vírusom. Prítomnosť vírusu v organizme je možné dokázať vyšetrením HCV-RNA PCR metódou a to aj v prípade neprítomnosti protilátok. Skriningové vyšetrenie na prítomnosť vírusu by malo byť urobené hlavne: u pacientov, ktorí majú zvýšenú aktivitu ALT, u osôb z rizikových skupín

Rozhodovanie o liečbe

Lekár pred začiatkom liečby musí urobiť vyšetrenia, aby zistil, či bude liečba pre pacienta vhodná:

- Krvné testy / KO, biochémia, serológia /
- Biopsia pečene/ na základe toho sa zistí rozsah poškodenia pečene vírusom hepatitídy C.

Vzhľadom na celkovú náročnosť sa na Slovensku táto liečba realizuje na vybraných infektologických a hepatologických pracoviskách s osobitným zmluvným vzťahom s poisťovňami /CPLCHH/ Jedným z centier je aj hepatologická amb. pri KVL II. FNŠP N. Zámky. Vedúcim lekárom je Doc. MUDr. Zima Martin PhD. Prednosta kliniky.

Ako sa Hepatitída C lieči?

Na liečbu chronickej Hepatitídy C sa používa kombinácia dvoch liekov:

- interferón.- prirodzený proteín, ktorý vytvára telo, aby bojovalo proti infekcii spôsobené vírusom
- ribavirín- liek účinne brániaci rozmnožovanie vírusu.

V r. 2011 boli do praxe zavedené 2 nové antivirítika. Interferón a ribavirín môžu spôsobiť vrodené chyby a preto je dôležité sa vyhnúť gravidite pred liečbou, počas liečby a 6 mesiacov po liečbe.

Dĺžka liečby sa volí podľa genotypu vírusu, ktorí sa zisťuje pred začatím liečby:

- Genotyp 2,3 – liečba trvá 24 týždňov
- Genotyp 1,4,5,6 – liečba trvá 48 týždňov

Ak sa začne s liečbou, je veľmi dôležité, aby sa lieky užívali presne podľa predpisu!

Vedľajšie účinky

- Symptómy podobné chrípke – horúčka, bolesti svalov, slabosť
- Emočné problémy – depresia, úzkosť, zmeny nálady, problémy s pamäťou
- Krvné zmeny – anémia, trombocytopénia, leukocytopénia
- Ovplyvnenie funkcie štítnej žľazy
- Suchá, svrbíaca koža, vypadávanie vlasov

Vedľajšie príznaky sa zmiernia pri znížení dávky liekov, po ukončení liečby vymiznú. Čo bude ďalej? K úspešnej liečbe môže prispieť aj pacient, úplným dokončením liečby, absolvovaním potrebných vyšetrení a kontrol, dodržiavaním životosprávy, napomáha tomu: ľahké cvičenie, strava – pestrá, nízky obsah tukov, zelenina, ovocie, cereálie, udržiavanie telesnej hmotnosti, zákaz alkoholu a cigariet, fyzická a psychická podpora rodiny.

V rokoch 2008 až 2010 sme vykonali sledovanie na prevalenciu vírusových hepatitíd C a B na Slovensku v 4 resocializačných zariadeniach. Na Slovensku je ku dnešnému dňu registrovaných 23 resocializačných zariadení. Zapojili sa do nich centrá pre liečbu vírusových hepatitíd. Jedným z nich je aj centrum na Klinike vnútorného lekárstva II. FNsP N. Zámky. Vedúcim centra je Doc. MUDr. Zima M. PhD. V resocializačnom zariadení sú najmä osoby, ktoré si aplikovali drogy nesterilnými striekačkami, osoby v minulosti dlhodobo väznené, infikované HIV, závislé na alkohole. Tieto osoby

predstavujú významnú rizikovú skupinu z hľadiska výskytu chronickej hepatitídy C /CHC / chronickej hepatitídy B /CHB / a HIV.

Metódy prevencie

Aktuálne existujú efektívne metódy prevencie, diagnostiky a liečby CHB, CHC a ich následkov. Skriningové programy znižujú výskyt a následky infekcie HBV/HCV a sú i ekonomicky efektívne. Je preto nevyhnutné iniciovať koordinované aktivity a účasť všetkých relevantných inštitucionálnych partnerov na dosiahnutie týchto cieľov

Klienti a metódy

Vyhodnotili sme 132 klientov / 121 mužov a 11 žien / vo veku od 16 do 57 rokov, Charakteristika klientov je v tabuľke. Do sledovania boli zaradení klienti z nasledovných resocializačných zariadení:

- Veľké Kosihy / Nádej - Remenység /
- Bohunice / Pahorok /
- Palárikovo / komunita Ľudovítov /
- Krupina / Poloma /

Dotazník

Zber dát pozostával z vyplňania dotazníkov na rizikové faktory CHC a CHB. U klientov uvedených resocializačných zariadení s pozitívnou anamnézou drogovej závislosti sme vykonali skriningové vyšetrenie na prítomnosť protilátok proti hepatitíde B a C. Odbery sa robili priamo v resocializačných zariadeniach 4x po sebe po 3 mesiacoch v prípade pozitivity vyšetrenia sme doplnili vyšetrenie na prítomnosť vírusu B alebo C / HCV RNA, a genotyp, alebo HBV RNA /

Výsledky

- U 9 klientov sme zistili pozitívitu protilátok anti HCV a u 6 klientov sme dokázali prítomnosť vírusu HCV RNA PCR metódou. Vo všetkých prípadoch išlo o mužov.
- U 4 klientov bol dokázaný genotyp 1, genotyp 3 bol dokázaný u 2 klientov a HBV pozitivita nebola dokázaná ani u jedného z klientov.
- Popri markeroch vírusovej hepatitídy B a C sme vyšetrovali aj BWR a anti HIV.
- Pozitívitu na prítomnosť protilátok na HIV sme zaznamenali iba u 1 klienta.

Vznik hepatitídy C a B

Najčastejšie rizikové faktory boli i.v. užívanie drog, spoločné užívanie ihliel a náradia, kontakt s HCV pozitívnou osobou, tetovanie, nechránený sex, piercing. V rámci projektu sme vyšetrili aj 8 zamestnancov. U 1 osoby sme zistili pozitívitu anti HCV, PCR metódou sa pozitívita nepotvrdila.

Záver

Vyhľadávanie HCV RNA pozitívnych klientov, a ich včasná liečba po splnení kritérií nevyhnutných pre schválenie liečby zdravotnou poisťovňou predstavujú pozitívne medicínske / vysoká trvalá virologická odpoveď – vyliečenie pacienta / ako aj ekonomické aspekty / náklady spojené s liečbou / a zlepšujú kvalitu života.

Prínosom tohto projektu bola priebežná edukácia klientov v resocializačných zariadeniach o význame a prevencii krvou prenosných chorôb, záchyt konkrétnych osôb s infekciou CHC, CHB a ich následná liečba.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

Prof. MUDr. Kupčová V. CSc.- Ochorenie vírusom hepatitídy C informácie pre pacientov MSD

Porad'te sa so svojim lekárom- bulletin september 2012

Doc. MUDr. K.Gazdíková PhD.- resocializačné strediská pre drogové a iné závislosti v Slovenskej republike 2010.

Kontakt:

Mgr. Katarína Gulišová

FNsP- I. Interná klinika

Slovenská 11/A

940 52 Nové Zámky

email: gulisova@spnz.sk

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O KLIENTA S PEG V STAROSTLIVOSTI ZSS

Martina Haluzová

ABSTRAKT

Perkutánná endoskopická gastrostómia (PEG) je efektívnym liečebným postupom u ľudí s dysfágiou, kachexiou, úrazmi, ochoreniami tráviacej sústavy. V zariadeniach sociálnych služieb (ZSS) ako sú Domovy sociálnych služieb (DSS), či špecializované zariadenia, kde sú umiestnení klienti s rôznym stupňom telesného a mentálneho postihnutia, sú i klienti s gastrostómiou. Títo vyžadujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť zo strany personálu, sú úplne závislí na aplikácii enterálnej výživy sondou. Príspevok sa zaoberá objasnením problematiky PEG a štandardným ošetrovateľským postupom o klientov s PEG v starostlivosti ZSS.

Kľúčové slová: Klient. Gastrostómia. PEG. Starostlivosť. Sestra. Enterálna výživa.

Úvod

Za normálnych okolností človek prijíma potravu ústami. Je to jeden z predpokladov optimálneho fungovania organizmu. V živote nastanú situácie, keď človek nie je schopný zabezpečiť tento príjem a musí sa pristúpiť k náhradnému riešeniu prijímania potravy. Podľa predpokladanej dĺžky podávania enterálnej výživy sa pristupuje k zavedeniu žalúdočnej sondy alebo PEG-u. Je to bezpečná a efektívna cesta pre zabezpečenie prívodu potravy, tekutín a liekov priamo do žalúdka.

Analýza problematiky:

Perkutánná endoskopická gastrostómia (PEG) je kombinované chirurgické a endoskopické zavedenie vyživovacej sondy do žalúdka cez brušnú stenu. Je to tenká sonda, ktorej jeden otvor ústi na koži, druhý v žalúdku. Do kanálka, ktorý je dlhý 2 – 3 cm, je zavedený špeciálny set so sondou, ktorý slúži na podávanie stravy a zabraňuje jej úniku mimo žalúdka. Zavedenie PEG sondy je indikované pre tých, ktorí nemôžu prijímať potravu dlhodobo, kedy predpokladáme podávanie enterálnej výživy dlhšie ako 4 – 6 týždňov. Obchádza hornú časť tráviaceho systému a má menej komplikácií. Zásadným spôsobom nenaruša dovedajšiu kvalitu života.

Podľa Kotrlíkovej (2007) ide o nasledovné indikácie zavedenia PEG sondy:

- mechanicky podmienená dysfágia
- neurologicky podmienená dysfágia
- kraniocerebrálne poranenia, polytraumy
- tracheoezogagiálna fistula
- starecké a nádorové kachexie
- psychiatrické ochorenia
- potreba nutričného a elektrolytového príjmu
- žalúdočná dekompresia

Kontraindikáciou gastrostómie je nemožnosť zaviesť endoskop do žalúdka, srdcová instabilita, či nesúhlas klienta. Kontraindikácie PEG môžu byť absolútne ako sepsa, peritonitída, ileus, akútna pankreatitída, poruchy koagulácie, resekcia žalúdka, karcinóm žalúdka, nesúhlas klienta, alebo relatívne ako floridná Crohnova choroba, ascites, karcinózná peritonitída, , aktívny peptický vred, nespokoj pacienta.

Starostlivosť o PEG:

V prvých dvoch týždňoch sa PEG ošetruje každý deň, je potrebné si všímať všetky zmeny a prítomnosť príznakov zápalu, pod prítlačnú doštičku možno v prvých dňoch po zavedení vkladať sterilný štvorec. Po tejto dobe sa okolo setu utvorí väzivový kanálik a PEG bez obáv ošetrujeme len dvakrát za týždeň. Od 10. dňa môžeme jedenkrát týždenne otáčať setom gastrostómie. Sondy preplachujeme pred a po kŕmení, pred, po a medzi podávaním liekov dostatočným množstvom čistej prevarenej vody.

Podávanie stravy pomocou PEG:

Pri podávaní výživy je vhodné, aby pacient sedel alebo mal zvýšenú hornú polovicu tela a zotrval v tejto polohe ešte 30 – 60 minút po skončení podávania. Znižuje sa tým riziko, že sa výživa dostane zo žalúdka do horných dýchacích ciest. Po skončení podávania výživy je nevyhnutné set vždy uzavrieť, aby nedochádzalo k úniku výživy alebo žalúdočných štiav. Výživu môžeme podávať dvoma spôsobmi – v jednotlivých dávkach alebo nepretržite. Dávkový – bolusový spôsob podávania výživy, do žalúdka asi 300 ml v intervale 2 -3 hodín počas dňa, v noci ostáva žalúdok v kľude. Výživu aplikujeme pomocou Janettovej striekačky, ktorú vždy po podaní starostlivo opláchneme pod prúdom horúcej vody. Nepretržitý – kontinuálny spôsob podávania výživy je zabezpečený buď gravitačným setom alebo za použitia enterálnej pumpy zvyčajne rýchlosťou 100 až 150 ml za hodinu cez deň aj v noci rovnakou rýchlosťou.

Pri aplikácii enterálnej výživy cez PEG je nutné, aby bola strava v takej konzistencii, aby sondou bez problémov prechádzala a neupchávala ju.

V tejto súvislosti nie je vhodné podávať kuchynsky pripravenú potravu upravenú mixovaním, pretože táto nezabezpečuje dostatočný prísun živín. Preto sa odporúčajú prípravky klinickej enterálnej výživy, ktoré sú nutrične kompletne, vyvážené, špeciálne vyrobené na podávanie do sondy. Klinická enterálna výživa obsahuje všetky pre telo potrebné živiny – tuky, cukry, bielkoviny, vitamíny, minerálne látky, stopové prvky a to v optimálnom pomere. Do PEG možno aplikovať potrebné denné dávky klinickej enterálnej výživy s tekutinami. Táto výživa dáva istotu, že pacient s PEG dostane plnohodnotnú stravu, ktorá nie je ničím kontaminovaná a zároveň nedôjde k upchaniu sondy.

Komplikácie PEG:

- závažné – aspirácia, peritonitída, migrácia sondy, perforácia, gastrokutánná píšťala, krvácanie
- nezávažné – infekcia vývodu, vytekanie obsahu pozdĺž sondy, obštrukcia alebo poškodenie sondy.

V našom ZSS je zriadenie špecializované zariadenie pre ľudí s viacnásobným postihnutím, ktorí okrem mentálneho a telesného postihnutia majú iné pridružené ochorenie. V tomto zariadení máme umiestneného klienta s PEG. Ide o klientku vo veku 12 rokov s ťažkým stupňom mentálneho a telesného postihnutia, je imobilná, inkontinentná, nekomunikuje, svoj diskomfort hlási zmenou správania, plačom. Do nášho zariadenia bola prijatá v júni 2008, už so zavedenou PEG, ktorú mala vyvedenú v marci 2008 pre problémy s prehĺtaním a častým vracaním, pre celkový stav sa predpokladalo dlhodobé podávanie stravy sondou, tento stav pretrváva dodnes. Klientka je kŕmená 5x denne v pravidelných časových intervaloch v predpísaných dávkach enterálnej výživy lekárom. Dôležitú úlohu tu á sestra – špecialistka, ktorej príslušné právne predpisy umožňujú výživu pacienta sondou podľa vybraných zdravotných výkonov v podmienkach zariadenia sociálnych služieb. Sondou pred a po podaní výživy preplachujeme dostatočným množstvom prevarenej teplej vody. Štyri dávky tvorí farmaceuticky pripravovaná enterálna výživa, jednu, obednú dávku tvorí mäsovo-zeleninový príkrm podľa ordinácie ošetrojúceho lekára na odporúčanie gastroenterológa. Dôležitou súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti je starostlivosť o dutinu ústnu a samotnú gastrostómiu.

Záver

V živote sa človek môže dostať do situácie, kedy nemôže prijímať dostatočné množstvo potravy prirodzenou cestou. Keďže dostatočná výživa je jednou zo základných podmienok existencie ľudského organizmu, je v takomto prípade nutné nájsť náhradné riešenie, tým je podávanie enterálnej výživy, buď krátkodobo výživovou sondou alebo pre dlhodobé podávanie zavedenie PEG. V podmienkach ZSS je dôležitá úloha sestry v starostlivosti o klienta s PEG a podávaní enterálnej výživy sondou. Cieľom starostlivosti je, aby bola zabezpečená v maximálne možnej miere dostatočná kvalita života klienta s daným postihnutím.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. KOTRLÍKOVÁ, E. et al. 2007. Nutriční podpora u malnutrice – umělá výživa, parenterální a enterální výživa. In: Postgraduální medicína, roč. 9, č. 8, 2007. str. 917 – 923.

ISSN 13335-0099.

2. MIKULA, J., HLUCHOVÁ, L. 2005. Parenterálna a enterálna výživa. In: Via practica, roč. 2 (5), 2005. str. 253-255. ISSN 1336-4790.

3. www.vyzivavchorobe.sk

Kontakt:

Mgr. Martina Haluzová

ZSS „KAMILKA“

Nám. M. R. Štefánika 8

941 45 Maňa

email: tina.haluzova@gmail.com

HISTÓRIA SLOVENSKEJ KOMORY SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK

Mária Hudáková

ABSTRAKT

V príspevku sa snažíme o priblíženie histórie Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek pri príležitosti 20. výročia jej vzniku. História komory je bohatá nakoľko prešla veľkým vývinovým procesom, ktorý zaznamenáva prúd neustálych zmien na rôznych úrovniach. V ošetrovateľskej praxi sú to napríklad: podpora spoločnosti vo forme zákonov a vyhlášok, o ktoré sa môžu sestry oprieť pri realizácii zmien, ústretový prístup manažmentu nemocníc, dostatočné pracovné podmienky, dostatočný počet kvalifikovaných pracovníkov a podobne.

Kľúčové slová: Únia stredných zdravotníckych pracovníkov, Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek

História Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek

Predchodcom Slovenskej komory stredných zdravotníckych pracovníkov bola únia stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorá bola založená v roku 1989 jej predsedníčkou bola Viera Reptová. Jej nástupníckou organizáciou bola Slovenská komora stredných zdravotníckych pracovníkov, ktorej postavenie bolo v roku 1992 upravené zákonom, prijatým Národnou radou Slovenskej republiky (NR SR) č.14/1992 Z.z. Komora v súlade so zákonom prvý raz v histórii mala právne stanovené postavenie samosprávnej stavovskej organizácie, združujúcej všetkých stredných zdravotníckych pracovníkov, a to sestry, laborantov a rehabilitačných pracovníkov v súlade s platnou legislatívou v uvedenom období. Po prijatí zákona a vytvorení SK SZP sa prezidentku stala pani Marta Hrbeková, Ustanovujúci snem SK SZP sa konal v roku 1992 v Bratislave a zvolil si novú prezidentku pani Magdalénu Hadačovou. Už v tomto období sa začína rozvíjať ošetrovateľstvo, vidíme to najmä na projektoch, ktorými sa SK SZP zaoberala a podieľala sa na rozvoji ošetrovateľstva. Boli to projekty napr. Zdravie pre všetkých, projekt Lemon.

V ošetrovatelstve sa mení rola sestry, nastoľujú sa nové kroky ošetrovateľskej starostlivosti. Ošetrovatelstvo kladie zvýšený dôraz na ošetrovateľský proces ako spôsob myslenia, ktorý je základom samostatnej práce sestry.

V roku 1998 bol v Prešove volebný snem na ktorom bola znovuzvolená prezidentka pani M.Hadačová.

Vyhlásenie delegátov snemu:

- Zrušiť novelu zákona č. 277/1998 Z.z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
- Zmenu financovania slovenského zdravotníctva
- Doriešenie systému vzdelávania a ďalšieho vzdelávania SZP
- Zmeny vo vzdelávaní, prestavbu štatútu sestier, vymedzenie ošetrovatelstva a jeho ochranu vo forme zákona o ošetrovatelstve
- Presadzovať kolektívne vyjednávanie ohľadom úprav miezd
- Presadzovať zohľadnenie PŠŠ bez odrátania 5 rokov praxe
- Doriešiť vydanie vyhlášky MZ SR o kategorizácii ZP a ich kvalifikačných predpokladoch a vyhlášky o ďalšom vzdelávaní ZP

Tibor Šagát - minister zdravotníctva SR odovzdal najvyššie rezortné vyznamenania, medailu akademika Ladislava Dérera a cenu ministra zdravotníctva 42 vynikajúcim predstaviteľom slovenského zdravotníctva za zásadný prínos v liečebno-preventívnej, pedagogickej a vedeckej oblasti. Medzi ocenenými, ktorí dostali cenu ministra, bola aj prezidentka SK SZP Magdaléna Hadačová.

V roku 1999 oslávila Medzinárodná organizácie zdravotníctva 100 výročie založenia, pri tejto príležitosti bolo vytvorené nové logo ICN. Slávnostná konferencia z príležitosti MDS a 100 výročia sa konala v Piešťanoch. Symbolom konferencie bolo Biele srdce znázorňujúce myšlienku humanity, vedomosti a starostlivosti, ktorá je krédom a cieľom súčasného ošetrovatelstva.

SK SZP v úzkej spolupráci s ministerstvom zdravotníctva pracovala na príprave Zákona o povolani sestier a pôrodných asistentiek. Do zákona sa zapracovávala aj dlhodobá registrácia sestier. V rámci prístupových rokovaní Slovenskej republiky a Európskej Únie (EÚ) postupne dochádzalo k zmenám v legislatíve, a to v súlade s požiadavkami, vyplývajúcimi so smerníc EÚ, ktoré upravujú vzdelávanie a výkon regulovaných povolani v zdravotníctve v členských štátoch EÚ. NR SR v roku 2002 prijala zákon č. 311/2002 Z.z. o povolani sestry, o povolani pôrodnej asistentky, o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek. Uvedený zákon upravoval podmienky výkonu uvedených povolani, sústavné

vzdelávanie pri výkone povolání. V roku 2002 sa konal jubilejný 10. snem SK SZP v Bratislave, ktorého sa zúčastnilo aj niekoľko poslancov vtedajšej vlády. V živote každého človeka, spoločnosti a teda aj v našej stavovskej organizácii sú neopakovateľné chvíle. Medzi také patrilo aj ustanovujúci snem SK SaPA, ktorý sa konal 27.-28. septembra 2002 v Košiciach. Volila sa nová prezidentka a orgány SK SaPA. Prezidentkou sa stala Magdaléna Hadačová. Na Sneme SK SaPA bol schválený aj znak SK SaPA, ktorý reprezentuje sestry a pôrodné asistentky. Skladá sa z dvoch častí z lampy a plameňa. V dňoch 19.-21. mája 2002 poctila svojou návštevou SK SZP prezidentka ICN Christine Hancocková.

V roku 2004 schválila NR SR zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. V zákone je stanovená povinná registrácia všetkých regulovaných zdravotníckych povolání, teda aj vykonávateľov povolania sestry a pôrodnej asistencie.

Prezidentkou Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek je od roku 2006 PhDr. Mária Lévyová. Dvadsaťsedem rokov pracovala ako sestra pri lôžku v trojzmennej prevádzke a neskôr ako staničná sestra. Začala pracovať na internej klinike a potom na onkohematológii v Košiciach. Popritom bola celé roky pripútaná ku komore. Dve volebné obdobia bola prezidentkou regionálnej komory, členkou prezídia slovenskej komory a v roku 2006 bola prvýkrát zvolená do funkcie prezidentky Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek a v roku 2010 bola znovuzvolená na ďalšie obdobie.

Biele srdce sa stalo celosvetovým symbolom sestier v roku 1999 pri príležitosti stého výročia založenia Medzinárodnej rady sestier. Tvar srdca je prejavom ľudskej komunikácie a súčasne tým miestom, odkiaľ pramení kvalita ošetrovateľskej starostlivosti - teda zo srdca. Preto sa Biele srdce stalo na Slovensku formou ocenenia pre sestry. Biele srdce svojim symbolom spája a zjednocuje sestry na celom svete.

Poistenie právnej ochrany má určité benefity pre členov SK SaPA. Každý člen SK SaPA, ktorý má uhradené členské príspevky, má poistenie právnej ochrany v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti pri výkone zdravotníckeho povolania.

Poistenie právnej ochrany zahŕňa zabezpečenie komplexných právnych služieb v týchto oblastiach: trestné a správne konanie, priestupkové konanie, pracovnoprávne spory, zodpovednosť za škodu – náhrady trov spojené s občianskoprávnym konaním o náhradu škody (nie finančná náhrada spôsobenej škody), náhrady trov spojené s konaním o náhradu

škody, ktoré boli spôsobené zdravotníckym pracovníkom na pracovisku pri výkone povolania. Poistenie právnej ochrany pokrýva náklady až do výšky 4000 euro ročne. Mnohé sestry, ktoré majú problémy s uvedením zákona 62/2012 o MM s, túto pomoc teraz využívajú.

Chartu práv sestier a pôrodných asistentiek zostavila Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. Cieľom zostavenia charty bolo pozdvihnúť vedomie sestier.

Časopis, ktorý sa vydával Do konca roku 2002 ma názov Slovenský Zdravotník. Od roku 2003 je to Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia. Prvou predsedníčkou redakčnej rady bola PhDr. Mária Musilová. Neskôr štafetu prebrala a predsedníčkou redakčnej rady sa stala doc. PhDr. Boledovičová, PhD, ktorou je do dnes.

Zdravotnícky pracovník je povinný sústavne sa vzdelávať v súlade s rozvojom príslušných odborov po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania. Toto vzdelávanie zabezpečuje zamestnávateľ a komora, ktorá je povinná ho zhodnotiť. V rámci päťročného cyklu hodnotenia sústavného vzdelávania je sestra alebo pôrodná asistentka povinná získať 100 kreditov.

Dňa 9. júla 2010 v Prezidentskom paláci v Bratislave sa manželka prezidenta SR pani Silvia Gašparovičová stretla so zástupkyňami Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, pri tejto príležitosti jej odovzdali čestné členstvo v SK SaPA. Pani Silvia Gašparovičová sa zaujíma o dianie v SK SaPA, a mnohé podujatia komory sa dejú pod jej záštitou, *prostredníctvom jej nadácie Vzdelanie a zdravie pre všetkých sa zakúpilo už niekoľko dôležitých zdravotníckych prístrojov*, Prvá dáma odovzdala so svojej nadácie notebooky pre SK SaPA na pomoc zhodnocovania sústavného vzdelávania.

Zdravotné sestry a pôrodné asistentky na Slovensku vyhlásili Petíciu „Keď sa nepostaráme my o seba, kto sa postará o nás?“ Dňa 17.5.2011 bolo protestné zhromaždenie v čiernych tričkách pred NR SR. Na podporu našej petície sa vyzbieralo 250 000 podpisov. Petícia mala 7 bodov, ktoré sa odovzdali NR.

Predsedníčkou občianskeho združenia je PhDr. Anna Bullová .Poukázaním 2% z Vašich daní aj vy prispejete k rozvoju vzdelávania v oblasti ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie na Slovensku.

Ministerka zdravotníctva na Sneme v Poprade potvrdila platnosť zákona 62/2012 o minimálnych mzdách a prisľúbila dofinancovanie našich platov. Hovorila že je dôležité keď je spokojný zamestnanec pretože ten prinesie zisk.

Po prijatí zákona č. 62/2012 sa na Slovensku rozpútala silná vlna nevôle medzi zdravotníckymi pracovníkmi, ktorá viedla k tomu, že tento zákon bol Generálnou prokuratúrou pozastavený.

Na to aby sme mohli hájiť svoje požiadavky bolo založené Odborové združenie sestier a pôrodných asistentiek pracujúcich na celom Slovensku. Jeho predsedom je Viliam Záborský. Odborové združenie SaPA bolo založené z toho dôvodu, že SK SaPA nemá kompetencie odborovej organizácie /nie je kompetentná vyjednávať so zamestnávateľom, vládnymi organizáciami/. Ak chceme prinavrátiť účinnosť zákona č.62/2012 o MMN, zlepšiť status sestier, pracovné podmienky, dodržiavanie Výnosu Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno - technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, upevňovať sociálne istoty sestier a mnohé iné požiadavky nás sestier a pôrodných asistentiek - máme len jednu cestu a tou sú naše vlastné sesterské odbory.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. SK SaPA
2. SK SaPA Charta práv sestier a pôrodných asistentiek. ISBN 978-80-967818-7-4
3. Farkašová, D. et al. Ošetrovatel'stvo – teória. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 213 s. ISBN 80-8063-182-4
4. Hadačová, M.: Začala sa písať nová história stavovskej organizácie sestier a pôrodných asistentiek. In: Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistancia, ročník I. č. 1/2003. Nitra: ÚVTIP, 2003. s 1 a 5. 2907/2003
5. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. et al. Ošetrovatel'stvo I. II. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
6. Krištofová, M.: História ošetrovatel'stva a ošetrovatel'ského vzdelávania. In: Sestra, ročník I. apríl 2002. Bratislava, Stratégie na Slovensku, 2002. s. 14 - 15. ISS 1335-9444
7. Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z. ktorou sa určuje rozsah ošetrovatel'skej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom

8. *Vyhláška MZ SR č. 366/2004 Z.z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov*
9. *Zákon Slovenskej národnej rady č. 14/1992 o Slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o Slovenskej komore zubných technikov*
10. *Zákon NR SR č. 311/2002 Zb. z. o povolani sestry, o povolani pôrodnej asistentky, Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek a o zmene a doplnení zákona Slovenskej národnej rady č. 14/ 1992 Zb. o Slovenskej komore stredných zdravotníckych pracovníkov a o Slovenskej komore zubných technikov*
11. *Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov*
12. *Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*

Kontakt:

Mgr. Mária Hudáková

FNsP Oddelenie klinickej onkológie

Slovenská 11/A

940 52 Nové Zámky

email: hudakova.ma@googlemail.com

PORUCHY KOMUNIKÁCIE U PACIENTA PO CPM

Zuzana Hudáková

ABSTRAKT

Komunikácia v prirodzenom jazyku je nepochybne najrozvinutejším spôsobom prenášania informácie. Je prirodzenou ľudskou potrebou a predpokladom úspešnej spoločenskej existencie človeka. Vplyvom neustále vzrastajúceho počtu cerebrovaskulárnych nádorových a iných ochorení sa zvyšuje počet osôb, ktoré plnohodnotným účastníkom tohto procesu byť nemôžu, majú narušenú komunikačnú schopnosť.

Kľúčové slová: narušená komunikačná schopnosť, afázia, dyzartria.

Úvod

Komunikačná schopnosť človeka je narušená vtedy, keď niektorá rovina jeho jazykových prejavov (prípadne niekoľko rovín súčasne) pôsobí rušivo vzhľadom na komunikačný zámer. Ide o roviny: foneticko-fonologickú (úroveň hlások), morfológicko-syntaktickú (gramatika), lexikálno-sémantickú (slovná zásoba) a pragmatickú. Čo sa týka formy interindividuálnej komunikácie .môže ísť o jej hovorenú alebo grafickú formu. Z hľadiska priebehu komunikačného procesu môže byť narušená jeho produkcia alebo porozumenie reči. Narušenie komunikačnej schopnosti môže byť trvalé alebo prechodné. Môže sa jednať o vrodenú chybu alebo získanú poruchu. V celkovom klinickom obraze môže dominovať alebo byť príznakom iného ochorenia. Narušenie môže byť úplné alebo čiastočné a človek si svoju narušenú komunikačnú schopnosť môže alebo nemusí uvedomovať.

V súvislosti s CMP spomenieme 2 druhy narušenej komunikačnej schopnosti: afázia, dyzartria. Afázia je vážne narušenie komunikačnej schopnosti. Je to porucha už vybudovanej reči, ktorá vzniká následkom ložiskového poškodenia mozgu. Afázia je získané narušenie komunikačnej schopnosti zasahujúce všetky modalities reči (expresívnu aj receptívnu, hovorenú aj písanú reč) a v rôznej miere aj všetky roviny jazykového prejavu (foneticko-fonologickú, morfológicko-syntaktickú, lexikálno-sémantickú a aj pragmatickú). Afázia vzniká pri ložiskových poškodeniach mozgu ako následok systémového vplyvu na vyššie psychické funkcie človeka.

V reči afatikov sa vyskytujú typické príznaky, ktoré sú v klinickom obraze zastúpené v rôznej miere a kvalite.

- **Zmenená plynulosť** .Normálne tempo reči je okolo 90 slov za min. Afatici produkujú kratšie frázy, tempo reči je pomalšie, rečová produkcia ťažkopádna.
- **Porucha pomenovania-anómia**. Ťažkosti pri pomenovaní sa vyskytujú skoro stále pri každom type afázie. Pacienti často používajú významovo blízke slovo. Napr. kefa namiesto hrebeň, auto namiesto vlak.
- **Rečové automatizmy**. Mimovoľné, stereotypné opakovanie slabík, neologizmov (novotvarov) alebo fráz sa často vyskytuje pri ťažkých stupňoch afázie.(dade dade, neviem neviem).
- **Perseverácie**. Perseverácia je neadekvátne pretrvávanie alebo znovuzjavenie sa predchádzajúceho elementu (napr. odpovede) aj po zmene podnetu.(napr. nová otázka alebo úloha)
- **Agramatizmy**. Pri agramatizme ide o nedostatok alebo chýbanie určitej gramatickej štruktúry. Najčastejšie ide o poruchy skloňovania a časovania.
- **Parafázie**. V spontánnej rečovej produkcii afatikov sa veľmi často vyskytujú zámery foném (hlások),slabík alebo slov. Hovoríme o fonemickej parafázii(napr.dom-tom,ulica-ulisa) a sémantickej parafázii(napr.dievča-dcéra.žiačka).
- **Poruchy porozumenia reči** .U afatikov sa niekedy manifestujú iba pri detailnom vyšetrení, inokedy sú zjavné hneď pri prvom kontakte s pacientom. Poruchy môžu vznikáť v
- rozličných úrovniach, pri percepcii elementárnych prvkov reči ,porozumení slov alebo viet.
- **Poruchy písania a čítania**. Chyby a ťažkosti, ktoré sa vyskytujú v hovorenej reči afatika sa takmer vždy premietajú aj do modality písanej reči. Pri spontánnom písaní a hlasnom čítaní sa manifestujú rovnaké typy parafázií, agramatizmov, stereotypných výrazov ako pri spontánnej reči.

Diagnostiku pri afáziách tvorí vyšetrenie porozumenia reči, rečovej produkcie, opakovania, pomenovania, čítania a písania.

Klasifikácia afázií:

- **Brockova afázia:** ťažkopádna, agramatická reč s množstvom fonemických a verbálnych parafázií. Často sú prítomné perseverácie. Porucha aktualizácie slov výrazne spomaľuje tempo reči. Uvedené príznaky sa manifestujú aj do opakovania počutého. Porucha porozumenia sa objavuje iba pri cieleňom vyšetrení.
- **Wernickeho:** klinický obraz charakterizujú výrazné poruchy porozumenia reči. množstvo parafázií až neologizmov, odcudzenie zmyslu slova. Na otázku odpovedajú dlhými vetami, ktoré nezapadajú do kontextu.
- **Konduktívna:** tzv. prevodová afázia. Pacienti nahrádzajú hlásky inými hláskami (fonemické parafázie). Majú ťažkosti pri opakovaní, percepcia je len ľahko narušená. Pacienti robia množstvo zámen pri hľadaní správnej artikulačnej pozície jednotlivých hlások.
- **Anomická afázia** je klinicky najľahší typ afázie. Niekedy je označovaná aj ako amnestická afázia. Spontánnu reč charakterizujú početné anomické pauzy, keď pacient hľadá adekvátny výraz.
- **Transkortikálna motorická afázia:** narušená fluencia reči, opakovanie je relatívne lepšie.
- **Transkortikálna senzorická afázia:** reč pacientov je fluentná s množstvom sémantických parafázií. obsahovo prázdna, opakovanie je relatívne menej narušené.
- **Transkortikálna zmiešaná:** narušená spontánnu produkcia aj percepcia, opakovanie je najmenej postihnuté.
- **Globálna afázia:** je najťažší typ afázie, absentuje akákoľvek vôľová rečová produkcia. V spontánnej reči sa vyskytujú stereotypie.(napr. toto-toto).

Terapiu vykonáva klinický logopéd, ktorý úzko spolupracuje s ostatným personálom, upozorní ho na prípadné poruchy komunikácie u pacienta.

Dyzartria je narušenie artikulácie ako celku, vznikajúce pri organickom poškodení CNS. Okrem globálnej poruchy hláskovania sú v rôznej miere prítomné aj poruchy respirácie, fonácie- tvorba hlasu, rezonancie a prozódie. V prípade ľahkej až ťažkej poruchy sa používa termín **dyzartria**, pri úplnej neschopnosti sa používa termín **anartia**.

Pri dyzartriách sa vyšetruje: dýchanie, fonácia, artikulácia, rezonancia.

Afázia a dyzartria.

- Symptomatika niektorých druhov NKS je veľmi podobná. Z hľadiska topickej diagnostiky, ale aj z hľadiska intervencie treba odlíšiť afáziu predovšetkým od dyzartrie.
- Po obsahovej stránke je písmo pacientov s dyzartriou intaktné.
- Dyzartrickí pacienti nemajú poruchu vnútornej reči, sú schopní korigovať nesprávne napísané slová a vety.
- V reči dyzartrikov sa nevyskytujú parafrázie. Poruchy artikulácie môžu niekedy imponovať ako fonemická parafrázia.
- Ťažkosti v artikulácii sú konštantné.
- Pri dyzartrii sa nevyskytujú poruchy porozumenia reči.

Dyzartrie delíme na:

- bulbárnu
- spastickú alebo centrálnu
- ataktickú alebo mozočkovú
- hypokinetickú (extrapyramídovú)
- hyperkinetickú(extrapyramídovú)
- zmiešanú

Terapeuticky sa pôsobí na niekoľko oblastí:

- svalový tonus a relaxáciu
- obnovovanie hybnosti a svalovej sily v orofaciálnej oblasti
- dychové cvičenia
- fonačné a rezonančné cvičenia
- artikulačné cvičenia
- prozódii- rytmizáciu

Záver

Po CMP sa reč môže obnoviť rýchle. V priebehu niekoľkých minút, hodín, ale aj za niekoľko týždňov, mesiacov .Dospelí ľudia sú často zo straty schopnosti komunikovať depresívni, plachí, vyhýbajú sa spoločenskému kontaktu. Povinnosťou zdravotníckeho personálu je pomôcť prelomiť túto komunikačnú bariéru a dopomôcť pacientovi, aby sa stal čo najplnohodnotnejším účastníkom komunikačného procesu.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. Viktor Lechta a kol.: Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Osveta Martin 1995, ISBN 80-88824-18-4.
2. Viktor Lechta a kol.: Terapia narušenej komunikačnej schopnosti. Osveta Martin 2002., ISBN 80-8063-092-5.
3. Zsolt Cséfalvay. Pavol Traubner: Afaziológia pre klinickú prax. Osveta Martin 1996, ISBN 80-217-0377-6.

Kontakt:

Mgr. Zuzana Hudáková,
klinický logopéd,
ORL odd., FN sP
Slovenská 11/A
940 52 Nové Zámky
email: hudakovazuzu@gmail.com

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V ZARIADENÍ SUBSIDIUM

Chocholová Ľubica

ABSTRAKT

Chocholová Ľubica: Ošetrovateľská starostlivosť v zariadení SUBSIDIUM (Analýza zdravotných výkonov za mesiac jún 2012 - prezentácia).

Prezentácia približuje ošetrovateľskú starostlivosť v sociálnom zariadení SUBSIDIUM v Rožňave. Pozostáva z dvoch častí. Úvodná časť prezentuje zariadenie SUBSIDIUM a úsek zdravotný. Analyzujem zdravotné výkony podľa vyhlášky 244/2011, ktoré boli vykonávané sestrami klientom zariadenia v mesiaci jún 2012. V druhej časti sa venujem charakteristike bazálnej stimulácie a jej využitie v praxi. Zároveň predstavím integráciu niektorých prvkov bazálnej stimulácie do ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení SUBSIDIUM. Cieľom prezentácie je poukázať na potrebu sestier, ktoré v sociálnych zariadeniach vykonávajú ošetrovateľskú prax. Ďalším cieľom je odprezentovať zariadenie SUBSIDIUM, kde ako špecifikum do ošetrovateľskej starostlivosti sme zaradili niektoré prvky bazálnej stimulácie.

Kľúčové slová: Sestra, Ošetrovateľstvo, Zdravotné výkony, Bazálna stimulácia.

Úvod

Povolanie sestry, ošetrovateľstvo zahŕňa ochranu, rozvíjanie a úpravu zdravia, prevenciu ochorení i zmiernenie utrpenia pri starostlivosti o klienta, či už jednotlivca, rodiny, skupiny alebo spoločnosti. Potreba ošetrovateľskej starostlivosti je univerzálna a presahuje všetky národné, etnické, rasové, náboženské, kultúrne, politické, vzdelanostné, hospodárske, rozvojové, osobnostné, vôľové aj pohlavné rozdiely. Sestry sú v priamom kontakte s klientom celý svoj pracovný čas. Sú pri klientovi a s klientom keď spí, keď vstáva, pomáha mu pri uspokojovaní potrieb osobnej hygieny.

Tak, ako v nemocničnom prostredí sú sestry nevyhnutnou súčasťou multidisciplinárneho tímu tak aj v sociálnych zariadeniach majú svoje opodstatnené a nezastupiteľné miesto. V týchto zariadeniach žijú klienti ktorí trpia polymorbiditou

a mnohým klientom je diagnostikovaných 14 a viac lekárskech diagnóz, ktorí potrebujú odbornú ošetrovateľskú starostlivosť.

V zariadení SUBSIDIUM poskytuje ošetrovateľsko opatrovateľskú starostlivosť 37 zamestnancov úseku zdravotného, z toho 16 sestier, fyzioterapeuti, opatrovatelia, sanitári, ktorí pracujú v dvoch tímoch. Poskytujú ošetrovateľskú a opatrovateľskú starostlivosť, fyziatricko rehabilitačnú starostlivosť a do ošetrovateľskej starostlivosti sme integrovali niektoré prvky bazálnej stimulácie. Každý klient má vedenú ošetrovateľskú dokumentáciu. Sestry dokumentujú všetky intervencie, ktoré u klientov vykonávajú podľa odborného usmernenia MZ SR/2009 a vyhlášky 244/2011. Z týchto materiálov sme urobili analýzu zdravotných výkonov za mesiac jún 2012, ktoré sestry vykonávali v zariadenia SUBSIDIUM.

PREHĽAD VÝKONOV

Názov zariadenia: DSS

Počet klientov: 43

Počet klientov, ktorým sa poskytovali výkony: 43

kód výkonu	počet výkonov	minúty
3398	1.894	18.940
3399a	1	10
3400	144	1.440
3402	930	9.300
3407	158	1.264
3413	457	3.656
3416	272	2.176
3422a	1.410	14.100
3423b	15	150
3433	4	40

IX. CELOSLOVENSKÁ KONFERENCIA SESTIER PRACUJÚCICH V ZSS

Názov zariadenia: ŠZ

Počet klientov: 35

Počet klientov, ktorým sa poskytovali výkony: 33

kód výkonu	počet výkonov	minúty
3398	1.830	18.300
3400	334	3.340
3402	480	7.200
3407	99	990
3411	1	10
3413	3.534	24.738
3416	342	3.420
3422a	1.440	14.400
3422c	30	300
3423b	5	50
3433	15	150
3436	6	48
3635a	10	80

Názov zariadenia: ZpS

Počet klientov: 72

Počet klientov, ktorým sa poskytovali výkony:64

kód výkonu	Počet výkonov	minúty
3392a	22	176
3398	1.758	17.580
3400	18	180
3402	285	4.275
3407	215	2.150
3411	60	600
3413	435	2.175
3416	153	1.530
3422a	1.139	11.390

3422c	330	3.300
3426	28	280
3433	14	140
3436	8	80
3449	14	336
3461	28	196

Súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení SUBSIDIUM je aj bazálna stimulácia. Sestry, ako aj opatrovatelky a sanitárky, ktoré majú absolvovaný základný kurz bazálnej stimulácie ponúkajú klientom zariadenia niektoré jej prvky: somatickú stimuláciu /polohu hniezdo, múmiu/, orálnu, auditívnu, optickú, olfaktorickú, taktilno-haptickú. Bazálnu stimuláciu ponúkajú klientom s Alzheimerovou demenciou, demenciou rôznej etiológie, hemiplegickým klientom, nekludným klientom, klientom po CMP, klientom v terminálnej fáze života.

Skúsenosti s integráciou bazálnej stimulácie do ošetrovateľskej starostlivosti nám ukázali, že nočný spánok klientov je podstatne dlhší, dokážu prijať mnohokrát celú dávku jedla, sú pokojnejší, kludnejší a niektorí sa dokážu zapájať aj do voľnočasových aktivít.

ZÁVER

Analýzou zdravotných výkonov, ktoré sestry vykonávajú v zariadení SUBSIDIUM sme dospeli k názoru, že sestry v sociálnych zariadeniach sú potrebné, pretože počet odborných výkonov v zmysle vyhlášky 244/2011 je rozsiahly a keďže chceme poskytovať našim klientom kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť, sestry v týchto zariadeniach majú nezastupiteľné miesto.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

FRIEDLOVÁ, K. 2006. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči*, Skriptum pro certifikovaný základní kurz Bazální stimulace. Frýdek-Místek, Kleinwächter, 5. vydání, 2006. 29 s.

FRIEDLOVÁ, K. V. 2009. *Bazální stimulace*, Skriptum pro certifikovaný nástavbový kurz Bazální stimulace. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 7. vydání, 2009. 24 s.

FRIEDLOVÁ, K. VI. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovateľskej péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4

FRIEDLOVÁ, K. I. 2008. *Koncept bazální stimulace*. In: *Rezidenční péče*, 2008, vol. IV. č. 2, s. 18-19.

FRIEDLOVÁ, K. *Dynamika ošetrovateľství-Bazální stimulace*. *Sestra*, 2005, vol. XV. č.11. s. 30. ISSN 1210-0404

FRIEDLOVÁ, K. 2002. *Bazální stimulace, pojetí konceptu*. Sborník Multioborové, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovateľství. Olomouc: 2002, s.80-83. ISBN 80-247-0536-2

LEFEROVIČOVÁ, K.- KILIKOVÁ, M. 2010. *Integrácia konceptu bazálnej stimulácie v ošetrovateľskej praxi*. In: *Zdravotníctvo a sociálna práca* . ISSN 1336-9326, 2010, 1-2 /2010, s. 14-17.

UHURA, A. M. 2009. *Koncept bazální stimulace v péči o seniora s demencií*. In: *Bazální stimulace v ošetrovateľskej a pedagogickej praxi*. Sborník príspevku Historicky III. mezinárodného kongresu bazální stimulace. Frýdek-Místek: Kleinwächter, 2009. ISBN 978-80-254-5815-0, s.70.

Kontakt:

Mgr. Chocholová Ľubica

ŠZ, ZpS, DSS

SUBSIDIUM

Betlarská 18

048 01 Rožňava

Email: chocholakova@azet.sk

MANAŽMENT OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI A JEJ PERSPEKTÍVY V ZSS

Henrieta Ibošová

ABSTRAKT

Univerzálne pravidlo ako efektívne manažovať ošetrovateľskú starostlivosť v zariadení sociálnych služieb (ďalej ZSS) neexistuje, keďže každé zariadenie má svoje špecifiká. Môže byť umiestnené v určitom prostredí, zriaďovateľom môžu byť rôzne subjekty, má a možno aj nemá svoju históriu, cieľovú skupinu môžu tvoriť napr. seniori alebo zdravotne postihnutí. Proces riadenia a opatrenia, ktoré sú zavádzané v rámci zefektívnenia práce na úseku ošetrovania sú poznačené práve týmito špecifikami. V príspevku sa venujeme pozitívnym príkladom z praxe v zariadení v ktorom pôsobíme a zároveň sa zamýšľame nad ďalšími perspektívami uplatnenia ošetrovateľského procesu v ZSS.

Kľúčové slová: ošetrovateľská starostlivosť, zariadenie sociálnych služieb, kvalita, perspektívy.

Pilotný projekt

V rámci deinštitucionalizácie sociálnych zariadení bol v roku 2009 spustený v našom zariadení pilotný projekt schválený Košickým samosprávnym krajom. Podstatou týchto zmien bolo vytvorenie 6 integrovaných skupín v rámci zariadenia, podľa presne určených kritérií. Filozofiou celého projektu bola zmena objektu na subjekt, čoho podstatou je uspokojovanie potrieb človeka s komplexným a zároveň individuálnym prístupom. V tejto spleti zmien bolo potrebné zadefinovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení. Využili sme všetky doteraz získané odborné skúsenosti a vedomosti s cieľom zlepšiť efektívnosť a výkonnosť systému, k čomu bolo jednoznačne potrebné:

- Jasne formulovať cieľ (aké sú očakávania a predstavy)
- Spracovať analýzu pracovných pozícií (Ľudské zdroje sú dôležité)
- Pripraviť zamestnancov na zmenu (školenie, supervízia , ďalšie vzdelávanie)
- Získať podporu a uznanie zvonku (VÚC)
- Spracovať SWOT analýzu, nájsť v systéme negatíva aj pozitíva, príležitosti a ohrozenia

V rámci zadefinovania cieľa sme volili nasledovný postup:

- Identifikovať priority prijímateľa sociálnych služieb.
- Identifikovať priority zamestnancov a zamestnávateľa.
- Ujasniť priority v sociálnom zákone (nový zákon 448, môžeme ale nemusíme poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť, stačí ju zabezpečiť cez ADOS, licencované sestry, atď.).
- Nájsť medzi týmito prioritami kompromis.

§ 22 zákona č. 448/2008 Z.Z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisoch hovorí, že zariadenia uvedené v § 35,36,38 a 39 môžu okrem poskytovania sociálnych služieb podľa tohto zákona poskytovať aj zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti podľa osobitného zákona. Najvyšším cieľom nášho zariadenia je udržať čo najvyššiu kvalitu poskytovaných služieb k čomu nesporne patrí aj poskytovanie zdravotnej starostlivosti. Dôkazom sú výskumy (2010, Kosturíková, 19 zariadení, 2015 respondentov, 2010 Ibošová, 79 respondentov), ale aj samotný fakt, že prevažná časť umiestnených klientov je so stupňom odkázanosti V. a VI. Kumuláciu pracovných pozícií sestier v zariadení sme považovali za nezmysel. Výhodiskom bolo využitie odborného potenciálu a erudovanosti sestier. Kompromisom bolo zníženie počtu sestier, ktorému predchádzala analýza práce sestier s vykonanými časovými snímkami. Sestry v našom zariadení v plnom rozsahu zodpovedajú za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré vykonávajú metódou ošetrovateľského procesu a vedú dokumentáciu podľa OU MZ z r.2009. Všetky spĺňajú legislatívny rámec týkajúci sa vzdelania a zamestnávateľovi záleží na ich ďalšom vzdelávaní, čoho dôkazom je umožnenie 5 dní plateného voľna na vzdelávanie. Prijímatelia sociálnej služby, ktorým sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť, tvoria mobilnú skupinu, ktorá vychádza z ich aktuálneho stavu. V systéme manažmentu kvality máme spracované ošetrovateľské štandardy na jednotlivé úkony aj procesy v rámci poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. V súčasnosti pripravujeme zaviesť ošetrovateľské mapy v zariadení. Prioritou sú preventívne prehliadky a ošetrovateľská edukácia. Manažovanie ošetrovateľskej starostlivosti prebieha kontinuálne a plánovane (odovzdávanie služieb, sesterské vizity, dispenzarizácie, vyšetrenia u špecialistov, vybavenie ordinácií a objednávanie liekovej terapie a zdravotníckych pomôcok....).

Hlavné priority ošetrovateľskej starostlivosti v DSS JASANIMA

- Poskytovať kvalifikovanú zdrav. starostlivosť (odborná spôsobilosť sestier, sústavné vzdelávanie)
- Zavedenie systému manažmentu kvality (ďalej SMK) → zjednotenie dokumentácie (v rámci SMK v ZSS zavádzanie ošetrovateľských štandardov a auditov do praxe, oše.máp.)
- Elektronizácia ošetrovateľského procesu (s prepojením na komplexný spis klienta – sociálnu oblasť, IPRO)
- Podporovať dlhodobú starostlivosť v ZSS → prepojením sociálno- zdravotnej starostlivosti, ako aj v širšom kontexte (celospoločenskom) tak aj v priamej aplikácii v konkrétnych zariadeniach

Perspektívy v dlhodobej starostlivosti v ZSS z pohľadu ošetrovateľskej starostlivosti

- Kontinuálne poskytovanie ZS (vychádzajúc z reálnej analýzy) 12.-24.hod.
- Poskytovanie starostlivosti v prirodzenom prostredí
- Zavádzanie invenčných postupov (bazálna stimulácia, supervízia ..)
- Komunitná ošetrovateľská starostlivosť primárne zameraná na prevenciu, diagnózu a liečbu akútnych ochorení
- Participácia klienta na starostlivosti a jeho edukácia
- Zastúpenie pacientov v rôznych patientskych spoločnostiach ako aj ich rodinných príslušníkov a zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o klientov.

Záver

Jedným z indikátorov kvality poskytovania sociálnych služieb bude aj dostupnosť a kvalita ošetrovateľskej starostlivosti, pretože zo skúseností z praxe môžeme bez akýchkoľvek vedľajších pohnútok tvrdiť, že najčastejším dôvodom umiestnenia klienta v ZSS je zhoršenie jeho zdravotného stavu. Orientovať by sme sa mali predovšetkým na zmenu legislatívy, aby práca sestry bola adekvátne ohodnotená a aby sa ZSS stali poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, čo by znamenalo zmenu financovania. Sestry k výkonu svojho povolania, by mohli získať ešte viac kompetencií zo zákona (napr. predpis zdrav.pomôcok). Zdravotná (ošetrovateľská) starostlivosť sa musí stať integrovanou súčasťou komplexnej individuálnej starostlivosti o klienta v týchto zariadeniach, vychádzajúc zo základnej filozofie sociálneho zákona.

Kontakt:

Mgr. Henrieta Ibosová

JASANIMA DSS, Špitálska 7, 048 01 Rožňava

Email: iboshenriet@gmail.com

MANAŽMENT POSKYTOVANIA OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Monika Jankechová, Miriam Hoppanová

ABSTRAKT

Prepojenie sociálnej a zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb je dlhodobým problémom. Cieľom príspevku je popísať súčasné postavenie sestier v zariadeniach sociálnych služieb a analyzovať problémy súvisiace s manažmentom poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Predkladaný príspevok prezentuje výsledky prieskumu, ktorého objektom skúmania boli sestry pracujúce v zariadeniach sociálnych služieb. Cieľom prieskumu bola analýza zameraná na zistenie úrovne riadenia ošetrovateľskej starostlivosti, objasnenie kompetencií sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb a ich informovanosti o sociálnych službách a ošetrovateľskej praxi. Závbery majú pomôcť manažmentu v riadiacej činnosti a zefektívnení kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb.

Kľúčové slová: Manažment ošetrovateľstva. Sociálna služba. Zariadenia sociálnych služieb.

Úvod

V súčasnosti je aktuálny *Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov*, ktorý nadobudol platnosť od 1. januára 2009 a nahradil *Zákon NR SR č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov*. Uvedený zákon vymedzuje odborné činnosti, ktoré poskytujú zariadenia sociálnych služieb, teda aj ošetrovateľskú starostlivosť. Zdravotnícki pracovníci v zariadeniach sociálnych služieb sú sestry, zdravotnícki asistenti, sanitári, v niektorých zariadeniach pracujú i fyzioterapeuti, asistenti výživy, špeciálni pedagógovia a maséri. Podmienky na výkon zdravotníckeho povolania ustanovujú právne predpisy v *Zákone NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. *Nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho*

vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností, umožňuje všetkým sestram s príslušnou špecializáciou - špecializácia v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva, špecializácia v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite alebo špecializácia v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii - vykonávať ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb v súlade s *Vyhláškou MZ SR č. 244/2011 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa Vyhláška MZ SR č. 109/2009 Z. z., ktorá ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadení sociálnych služieb*. Sestry pracujúce v zariadeniach sociálnych služieb a realizujúce zdravotné výkony musia spĺňať odbornú spôsobilosť podľa *Nariadenia vlády SR č. 296/2010 Z. z.*

V prípade, ak sestry pracujúce v zariadeniach sociálnych služieb nespĺňajú legislatívne vymedzenú odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania, uskutočňujú odborné ošetrovateľské výkony agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. S klientmi zariadení sociálnych služieb má príslušná agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. *Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z.* umožňuje poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb aj sestram s licenciou na výkon samostatnej praxe, alebo s licenciou na výkon zdravotníckeho povolania, ktoré udeľuje Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. Problémom poskytovania zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb je spôsob uhrádzania zdravotných úkonov poskytovaných v spomínaných zariadeniach.

MZ SR v zmysle § 45 ods. 1, písm. b) Zákona NR SR č. 576/2004 Z. z. vydalo Odborné usmernenie č. 07594/2009 – OZS, ktoré bolo schválené 24. septembra 2009 a nadobudlo účinnosť 15. októbra 2009. Odborné usmernenie zahŕňa aj vedenie zdravotnej dokumentácie v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti.

Vestník MZ SR 42 - 48, roč. 57 zo dňa 15. októbra 2009 v čl. V stanovuje:

„(2) Zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v domoch ošetrovateľskej starostlivosti, v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti a v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby vedie ošetrujúca sestra alebo ošetrujúca pôrodná asistentka. Tvorí ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby a zápisy

poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra alebo pôrodná asistentka po prijme osoby vyhotovuje ošetrovateľský záznam vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 14. Súčasťou zdravotnej dokumentácie v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v domoch ošetrovateľskej starostlivosti, v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti a v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby je návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 15 a dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti, ktorej vzor je uvedený v prílohe č. 16“.

Komplexná starostlivosť poskytovaná v ZSS je zameraná na kvalitu života každej individuálnej bytosti. Podmienkou kvalitného poskytovania kontinuálnej ošetrovateľskej starostlivosti je trvalá prítomnosť sestry, ktorá je členkou multidisciplinárneho tímu v týchto zariadeniach.

Získané fakty poukazujú na potrebu empiricky zhodnotiť opodstatnenosť poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, získať relevantné informácie o úrovni manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti v rozsahu súčasných legislatívnych vymedzení, analyzovať kompetencie sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb, ich spokojnosť so spoločensko-profesijnou rolou a ich statusom, skúmať ochotu sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb kontinuálne sa vzdelávať ako aj hodnotiť informovanosť zdravotníckych pracovníkov o sociálnych službách a ošetrovateľskej praxi.

Metodika

V práci sme použili literárnu metódu, ktorá nám umožňuje efektívne štúdium prameňov a budúce využitie pri etape formulovania problému empirie. Pracovali sme so zdrojmi v printovej aj elektronickej forme, predovšetkým legislatívnymi normami zaoberajúcimi sa predmetnou problematikou.

V období od decembra 2010 do januára 2012 sme realizovali prieskum v ZSS v nitrianskom samosprávnom kraji, ktorých manažment súhlasil s realizáciou ošetrovateľského prieskumu. Výberový súbor prieskumu tvorilo 85 sestier pracujúcich v ZSS v zmennej prevádzke. Výber bol zámerný, respondenti museli spĺňať kritériá povolania v ZSS a súhlas so spracovaním údajov dotazníkovou metódou. Najpočetnejšiu skupinu výberového súboru tvorili sestry s ukončeným stredoškolským vzdelaním (42,35 %), ďalej sestry (30,59 %) so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská

starostlivosť v komunite, vysokoškolské vzdelanie I. stupňa nadobudlo 8,24 % sestier, vysokoškolské vzdelanie II. stupňa získalo 9,41 % sestier a obdobne vyššie odborné vzdelanie dosiahlo taktiež 9,41 % sestier. Prieskumu predchádzala pilotná štúdia. Štruktúrovaný dotazník z celkového počtu 23 položiek obsahoval 11 položiek zatvorených, 8 položiek pootvorených, 4 položky otvorené a 3 položky boli zamerané na demografické údaje.

Ciele prieskumu

- zistiť úroveň poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS,
- overiť možnosť sestier pracujúcich v ZSS uplatňovať rolu sestry,
- overiť ochotu sestier pracujúcich v ZSS sústavne sa vzdelávať,
- posúdiť spoluprácu sestier pracujúcich v ZSS s ošetrovateľským tímom a tímom sociálnych pracovníkov,
- zistiť spokojnosť sestier s personálnym zabezpečením zmennej prevádzky na výkon pracovných činností v ZSS,
- overiť evidovanie zdravotnej dokumentácie v ZSS,
- zistiť či manažment ošetrovateľskej starostlivosti realizuje kontrolu poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti,
- skúmať názory sestier pracujúcich v ZSS na ich motiváciu manažmentom ošetrovateľskej starostlivosti k aktívnemu a tvorivému plneniu úloh.

Výsledky

Zistili sme, že väčšina sestier pracujúcich v ZSS má dostatok vedomostí o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS. 84,71 % sestier uviedlo, že v ich zariadeniach sa klientom poskytuje ošetrovateľská starostlivosť. Viac ako polovica opýtaných tvrdí, že poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS je opodstatnené z dôvodu realizovania odborných výkonov a podľa legislatívneho vymedzenia, zdravotného stavu klientov, ktorí vyžadujú poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. 74,12 % respondentov preukázalo poznanie legislatívnych noriem vymedzujúcich poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS.

V hypotéze 2 prieskumu sme predpokladali, že väčšina sestier pracujúcich v ZSS hodnotí uplatnenie svojej roly v ZSS viac negatívne ako pozitívne. Väčšina opýtaných, 80,00 % respondentov uviedla potrebu odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania a potrebu ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. „Profesia je autonómna, ak

sama sebe reguluje a vytyčuje normy pre svojich členov. Pre sestry pracujúce v praxi autonómia znamená nezávislosť v práci, ale aj preberanie zodpovednosti za ňu“ (Kozierová et al., 2005, s. 8). Väčšina sestier (75,29 %) poznala svoje kompetencie, 24,71 % sestier čiastočne poznala svoje kompetencie. 56,65 % sestier poznalo *Vyhlášku MZ SR č. 109/2009, ktorá bola novelizovaná Vyhláškou MZ SR č. 244/2011, ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v ZSS vykonávajú zamestnanci ZSS s príslušnou odbornou spôsobilosťou (NV SR č. 296/2010 Z. z.)*. Realizáciu zdravotných výkonov v súlade s legislatívnou normou potvrdila tiež väčšina opýtaných sestier (78,82 %). Napriek uvedenému 60,00 % sestier uviedlo nespokojnosť s ich kompetenciami v ZSS. Hypotéza 2 sa potvrdila.

78,82 % sestier vyjadrilo pozitívny postoj k sústavnému vzdelávaniu. 68,23 % sestier sa stotožnilo s názorom na sústavné vzdelávanie, uviedli, že „je dôležité, nevyhnutné pre profesionálny rast a obhájenie potreby sestier v ZSS“, 31,77 % sestier uviedlo „sústavné vzdelávanie je primerané dôležitosti povolania“, žiaden respondent ho nepokladá za nedôležité. 85,88 % sestier vyjadrilo záujem o sústavné vzdelávanie.

Pracovné vzťahy spolu s pracovnými podmienkami sú zaraďované medzi kľúčové faktory bezprostredne vplývajúce na kvalitu pracovného života a následne na výkon zamestnancov. Cielená modifikácia a racionalizácia pracovného prostredia má ekonomickú návratnosť (Kachaňáková, 2008). Spôsob organizovania práce budovanej na spoločnom zapojení členov tímu, ich vzájomnej spolupráci, zodpovednosti pri plnení úloh a dosahovaní stanovených cieľov vyžaduje vzájomné pochopenie a rešpekt. Analýzou výsledkov prieskumu sme zistili, že 76,47 % sestier negatívne reaguje na spoluprácu so sociálnym pracovníkom. Považujeme uvedené zistenia za alarmujúce v súčasnej dobe, keď sa intenzívne hovorí o prepojení zdravotnej a sociálnej starostlivosti. K frekventovane uvádzaným dôvodom nespôlupráce sestier a sociálnych pracovníkov respondenti uviedli – absencia spolupráce, spolupráca existuje bez komunikácie a snahy v zmenu.

V hypotéze 5 prieskumu sme predpokladali, že väčšina sestier pracujúcich v ZSS je nespokojná s personálnym zabezpečením prevádzky ošetrovateľského úseku ako spokojná. 75,30 % sestier uviedla nedostatočné personálne zabezpečenie, i keď je dostatočne kvalifikovaný. Konštatujeme, že manažment ZSS by mal vytvárať optimálne pracovné podmienky a revidovať dodržiavanie personálneho zabezpečenia určeného v prílohe č. 1 *Zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách*. Konštatujeme však, že daný zákon vôbec nezohľadňuje podiel odborných činností k výberu odborných pracovníkov.

Prieskum realizovaný v ZSS nitrianskeho kraja preukázal, že väčšina sestier pracujúcich v ZSS dostatočne pozná, v praxi používa a dopĺňa zdravotnú dokumentáciu podľa odborného usmernenia, vzhľadom na špecifické aspekty poskytovanej starostlivosti a manažment ZSS disponuje hodnotením kvality ošetrovateľskej starostlivosti.

V zatvorenej položke 23 dotazníka sme zisťovali ako často manažment ZSS motivuje sestry k optimálnejším pracovným výkonom. 85,57 % manažérov – vedúcich sestier využíva motiváciu ako nástroj k optimálnejším ošetrovateľským výkonom, či už ide o motiváciu vždy, často alebo príležitostne. 31,37 % sestier uviedlo ako najúčinnější motivačný stimul k optimálnejším pracovným výkonom lepšie finančné ohodnotenie. Mzdový systém je efektívnym nástrojom na získanie a udržanie produktívnej pracovnej sily napomáhajúcej k uskutočňovaniu strategických zámerov organizácie (Sedlák, 2007, s. 187). Za dôležitý stimul motivácie 19,22 % sestier považuje lepšie medziľudské vzťahy. Domnievame sa, že práve medziľudské vzťahy sú významným atribútom života, majú dopad na zdravie a vnútornú rovnováhu. Podmienkou efektívnej tímovej spolupráce je pozitívna pracovná atmosféra so záujmom o klienta a kvalitu. Vhodná deľba práce členov tímu na uskutočňovaní cieľov, primeraná komunikácia, súdržnosť, tolerancia, efektívne riešenie konfliktov, konštruktívna kritika, podpora tvorivosti a participácia na rozhodnutiach môžu produktívne zlepšiť kvalitu poskytovaných služieb. 15,69 % sestier uviedlo ako najúčinnější motivačný stimul k optimálnejším pracovným výkonom lepšie pracovné podmienky a tiež zvýšenie pôsobnosti roly sestier v ZSS.

Prezentovaný prieskum sa zameriaval na analýzu súčasného stavu v danej oblasti. Naším cieľom bolo analyzovať informácie získané prieskumom a porovnať skutočnosť s možnosťami, ktoré vymedzuje legislatíva v oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Na báze štúdia literatúry a analýzy výsledkov prieskumu navrhujeme nasledovné odporúčania do praxe:

- poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb v súlade s aktuálnymi a vedecky podloženými poznatkami založenými na dôkazoch,
- podporovať manažment ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS k tvorbe štandardov pre zdravotné výkony realizované v zariadeniach sociálnych služieb podľa *Vyhlášky MZ SR č. 244/2011 Z. z. a metodických pokynov*,
- posilniť kontrolu ošetrovateľskej dokumentácie s cieľom rozšíriť ošetrovateľskú dokumentáciu slúžiacu k špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS,

- prehodnotiť a prispôbiť personálne požiadavky v jednotlivých kategóriách odborných pracovníkov zariadení sociálnych služieb,
- permanentne posilňovať ľudský potenciál, vytvárať pozitívne medziľudské vzťahy a budovať klímu tímovej práce - prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti,
- viesť sestry k aktívnemu a tvorivému plneniu úloh na základe dôslednej motivácie,
- motivovať sestry pracujúce v zariadeniach sociálnych služieb k sústavnému vzdelávaniu, aby boli dostatočne kompetentné šíriť informácie v teoretickej a praktickej oblasti manažmentu, ale najmä v oblasti komunikácie, počítačovej gramotnosti a v neposlednom rade najmä právnej oblasti, z ktorej vyplýva poznanie legislatívneho obhájenia a ich potreby v ZSS,
- podporiť novelizáciu legislatívy, ktorá by zabezpečila bezpečnosť poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb,
- prostredníctvom manažmentu zabezpečiť poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti a maximalizovať kroky smerujúce k upevneniu role sestry pracujúcej v zariadení sociálnych služieb, za účelom presadenia ich potreby pre zabezpečenie stabilnej a kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti,
- aktívne prezentovať informácie o sociálnych službách a sociálnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach, na konferenciách, kongresoch a odborných seminároch.

Záver

Transformácia legislatívy, kooperácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti, poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a inovácia rozsahu úkonov realizovaných v zariadeniach sociálnych služieb sú aktuálnou prioritou meniaceho sa systému poskytovaných služieb odborníkmi ošetrovateľstva v zariadeniach sociálnych služieb.

Uvedené tézy korelujú aj so závermi odborného seminára Asociácie poskytovateľov sociálnych služieb v SR (marec, 2011), účastníci seminára sa zhodli, že je potrebné: „prijať také legislatívne zmeny, aby mali zariadenia sociálnych služieb, po splnení všetkých podmienok, možnosť získať status zdravotníckeho zariadenia v odbore ošetrovateľstvo, aby boli zaradené do verejnej minimálnej siete zdravotníckych zariadení a aby s nimi boli zdravotné poisťovne povinné uzatvoriť zmluvu na úhradu zdravotnej starostlivosti“ (Dostál, 2011, s. 13).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. DOSTÁL, J. 2011. Impulzy pre zmeny. In *Sestra a lekár v praxi*, 2011, roč. 10, č. 3–4, s. 12–13.
2. KACHAŇÁKOVÁ A. 2003. *Riadenie ľudských zdrojov*. Bratislava: Sprint, 2003. 212 s. ISBN 80-89085-22-9.
3. KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIEROVÁ. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
4. KOZIEROVÁ, B. - ERBOVÁ, G. - OLIVIEROVÁ. 1995. *Ošetrovatel'stvo 2*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 1477 s. ISBN 80-217-0.
5. *Odborné usmernenie č. 07594/2009 – OZS o vedení zdravotnej dokumentácie*.
6. SEDLÁK, M. 2007. *Manažment*. Bratislava: Iura Edition, 2007. 360 s. ISBN 978-80-8078-133-0.
7. *Vestník MZ SR 42 - 48, roč. 57 zo dňa 15. októbra 2009* [online]. 2012. [cit. 2012-02-10]. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk>.
8. *Vyhláška MZ SR č. 244/2011 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 109/2009 Z. z., ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb*.
9. *Zákon NR SR č. 455/1991 Z. z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov*.
10. *Zákon NR SR 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*.
11. *Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*.
12. *Zákon NR SR č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*.
13. *Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov*
14. *Nariadenie vlády č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych*

pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

15. Zborník prednášok zo VII. celoslovenskej konferencie sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb s medzinárodnou účasťou konanej dňa 17. – 18. 09. 2010 v Nových Zámkoch (CD-ROM), Bratislava : SK SaPA, 2010.

Kontakt:

doc. PhDr. Monika Jankechová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

email: jankechova.monika@gmail.com

Kontakt spoluautor:

Mgr. Miriam Hoppanová

Stredná zdravotnícka škola - Egészségügyi Középiskola, Nové Zámky

email: hoppanovam@gmail.com

SESTRA V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PODĽA ZÁKONA O SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

Irena Kamanová

ABSTRAKT

Zariadenia sociálnych služieb podľa zákona o sociálnych službách patria medzi pobytové sociálne služby, ktoré sa delia do jednotlivých kategórií podľa cieľových skupín prijímateľov. Otázkou poskytovania zdravotníckej starostlivosti sa zaoberajú jednotlivé ministerstvách, komora zdravotných sestier a pôrodných asistentiek, vedeckí pracovníci, odborníci z praxe a široká verejnosť.

Kľúčové slová: Zariadenie sociálnych služieb, sestra, zdravotnícky asistent, potreby.

Úvod

Podľa zákona NR SR č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov sa v § 2 definuje sociálna služba ako: odborná, obslužná a ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností zameraných na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie..... Zákon definuje nepriaznivú sociálnu situáciu, krízovú sociálnu situáciu. Od § 12 sú spracované jednotlivé druhy sociálnych služieb. V našom príspevku sa budeme zaoberať Domovom sociálnych služieb (§ 38), Zariadením pre seniorov (§35), Zariadením opatrovateľskej služby (§36), Špecializovaným zariadením (§39) ako pobytovou sociálnou službou zo zameraním na § 22 ošetrovateľská starostlivosť v zariadení. Zariadenia sociálnych služieb môžu poskytovať zdravotnícku starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti.

Ošetrovateľská starostlivosť je podľa §2, zákona NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti.....zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe. Ošetrovateľská prax je praktické uskutočňovanie činnosti sestry - rozpracované v §2, ods. 13-18. Podľa týchto skutočností sa sestra radí medzi odborných pracovníkov pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb.

1 ZDRAVOTNÍCKE ODBORY

Na vysvetlenie potrebnosti-nepotrebnosti sestry v Zariadeniach sociálnych služieb si najskôr vysvetlíme jednotlivé profily absolventov získané z oficiálnych stránok stredoškolských, vysokoškolských škôl.

53257 diplomovaná všeobecná sestra - je kvalifikovaný zdravotnícky pracovník s vyšším odborným vzdelaním, ktorý je kompetentný vykonávať ošetrovateľské činnosti, vyžadujúce vysokoodbornú erudíciu, samostatnosť v práci i rozhodovaní. Musí byť schopný vykonávať riadiace, výskumné a výchovné činnosti. Spôsobilosť na výkon povolania diplomovanej všeobecnej sestry získaná diaľkovým vyšším odborným štúdiom predpokladá základné ošetrovateľské vzdelanie a ošetrovateľskú prax rozšírené o poznatky z ošetrovateľských, medicínskych a humanitných disciplín.

Diplomovaná všeobecná sestra je pripravená:

- zvládnuť vysokoodborné ošetrovateľské činnosti v rámci primárnej, sekundárnej a následnej zdravotnej starostlivosti,
- monitorovať ošetrovateľské problémy chorých a zabezpečiť komplexný ošetrovateľský proces,
- tvorivo pracovať v tíme a riadiť ošetrovateľský tím,
- tvorivo usmerňovať formovanie vlastnej osobnosti, hlavne v smere sebauvedomovania a správania sa, komunikovania, rozvoja odborných schopností a morálnych vlastností,
- zvládnuť metódy výchovy so zameraním na výchovu k zdraviu,
- zvládnuť sociálno-právne poradenstvo v starostlivosti o chorých vo všetkých vekových obdobiach,
- pracovať vo výskume v oblasti ošetrovateľstva ako odboru a v oblasti výchovy k zdraviu.

Absolvent študijného odboru sa uplatní ako diplomovaná všeobecná sestra v ošetrovateľskej praxi na lôžkových pracoviskách zdravotníckych zariadení, v primárnej starostlivosti, v riadení, vo výskume a vo výchove. Môže súkromne pracovať aj samostatne v rámci platných predpisov. Diplomovaná všeobecná sestra sa môže ďalej vzdelávať v špecializačnej príprave a v kontinuálnom vzdelávaní.

53566 zdravotnícky asistent - študijný odbor zdravotnícky asistent pripravuje zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú spôsobilí vykonávať základné ošetrovateľské, asistentské a administratívne činnosti v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach sociálnej starostlivosti.

Absolvent študijného odboru je pripravený:

- zabezpečovať plánované výkony základnej ošetrovateľskej starostlivosti v jednotlivých fázach ošetrovateľského procesu, hlavne pri uspokojovaní bio-psycho-sociálnych potrieb chorého, v spolupráci so sestrou,
- spolupracovať so sestrou v diagnostickom a liečebnom režime všeobecnej a zdravotnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti,
- podieľať sa na primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii,
- poskytovať odbornú prvú pomoc,
- vykonávať administratívne práce a viesť dokumentáciu.

Absolvent sa uplatní vo všetkých úsekoch zdravotnej a sociálnej starostlivosti, kde pracuje v ošetrovateľskom tíme. Odbornou praxou a ďalším štúdiom si zvyšuje kvalifikáciu.

53713 sanitár - študijný odbor sanitár na strednej zdravotníckej škole pripravuje žiakov na rutinné vykonávanie všetkých prác, ktoré sú náplňou činnosti zdravotníckeho pracovníka - sanitára, na všetkých úsekoch zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Absolvent si vie zvoliť správny pracovný postup, pripraviť si vhodný zdravotnícky materiál a pomôcky podľa konkrétnej činnosti. Pracuje v tíme alebo pod vedením vyššie kvalifikovaného zdravotníckeho pracovníka. Dodržiava zásady bezpečnosti práce a ochrany zdravia pri práci a hygieny práce. Správa sa v súlade so zásadami zdravotníckej morálky a etiky.

Všeobecno-vzdelávacia zložka profilu absolventa charakterizuje vedomosti a schopnosti potrebné na: správne používanie štátneho jazyka, osvojenie si vybraných základných fyzikálnych a chemických javov, pochopenie základných zákonov, ktorými sú podmienené prírodné a spoločenské javy.

Odborná zložka profilu absolventa je charakterizovaná schopnosťou kvalifikovane uplatňovať získané vedomosti a zručnosti v rámci vymedzených pracovných činností. Táto schopnosť je priamo úmerná úrovni získania a osvojenia si: poznatkov o základoch

organizácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, stručných poznatkov z anatómie, fyziológie, patológie a kliniky chorôb vybraných systémov, základných vedomostí z hygieny a epidemiológie, vedomostí a zručností zo základných činností a starostlivosti o pomôcky a prostredie vo všetkých úsekoch svojej pôsobnosti, vedomostí o základných a pomocných zdravotníckych materiáloch o základnom vybavení zdravotníckych a sociálnych zariadení, o jeho údržbe a najmä o spôsobe dezinfekcie a sterilizácie, vedomosti o organizácii práce sanitára na všetkých úsekoch svojej pôsobnosti: na lôžkových oddeleniach, v laboratóriách, v lekárenskej službe, na transfúznom oddelení, v pitevni, v centrálnej sterilizácii, v hygienickej službe, v detských zariadeniach na operačných oddeleniach, v sádrovni a v dopravnej službe.

Absolventi študijného odboru sanitár sú pripravení na to, aby po nástupnej praxi a po uplynutí zodpovedajúceho času zapracovania mohli vykonávať v plnom rozsahu činnosti sanitára na všetkých úsekoch svojej pôsobnosti.

Opatrovateľ

Opatrovateľom podľa zákona o sociálnych službách, § 84 môže byť fyzická osoba, ktorá má úplné stredoškolské vzdelanie v odbore so zameraním na opatrovateľstvo alebo absolvovaním akreditovaného kurzu v rozsahu 220 hodín.

Zručnosti absolventov v študijnom odbore 7.4.1 Ošetrovateľstvo

Absolvent absolvovaním študijného programu získa odborné vedomosti, schopnosti a praktické zručnosti na ktorých je založené ošetrovateľstvo, vrátane dostatočného pochopenia štruktúry fyziologických funkcií, správania sa zdravého a chorého človeka a vzťahov medzi zdravím človeka a jeho prostredím. Na základe získania odborných vedomostí a praktických zručností absolvent poskytuje samostatne individuálnu ošetrovateľskú starostlivosť jednotlivcom, rodine, skupine a komunitě v zdraví, chorobe a prispieva k zdraviu, uzdraveniu alebo pokojnému a dôstojnému umieraniu a smrti. Je spôsobilý v rámci celoživotného vzdelávania rozširovať si vedomosti a zručnosti v odbore. Profesionálna príprava je založená na výsledkoch vedy a výskumu.

Študijný program pripravuje profesionálneho pracovníka pre výkon ošetrovateľského povolania. Táto profesia sa považuje za kľúčovú v oblasti ochrany, podpory a prinávratenia zdravia človeka. Absolvent sa uplatní ako sestra v ústavných a ambulantných pracoviskách

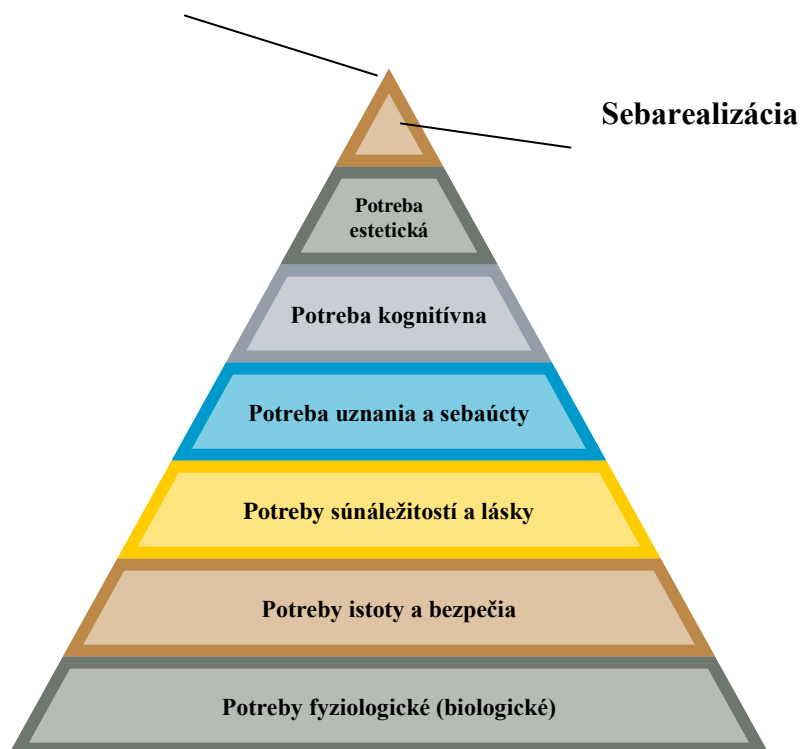
zdravotníckych zariadení, v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti a v sociálnej sfére. Podieľa sa na riadení ošetrovateľskej starostlivosti, na edukácii, vo výskume. Môže vykonávať nezávislú ošetrovateľskú prax v rámci platných legislatívnych predpisov. Absolvent po splnení zákonom stanovenej praxe má predpoklady pre pokračovanie v postkvalifikačnom a špecializačnom štúdiu.

2 Klient/ prijímateľ sociálnych služieb

Zákon o sociálnych službách v § 3 definuje prijímateľa sociálnej služby, ktorým môže byť občan SR alebo cudzinec za určitých podmienok. Občan SR sa stane prijímateľom sociálnej služby po podaní žiadosti o službu u konkrétneho poskytovateľa (VUC, obec, neverejný poskytovateľ). Na základe žiadosti je vypracovaná sociálny posudok, ktorý je podkladom na spracovanie Posudku o odkázanosti na sociálnu službu (spracováva posudkový lekár), kde je stanovený stupeň odkázanosti. Nami uvádzané zariadenia sociálnych služieb majú stupeň odkázanosti V.-VI. Ďalej je vypracované rozhodnutie na sociálnu službu a konkrétny typ zariadenia. Po príchode do zariadenia sociálnych služieb je uzatvorená zmluva o poskytnutí sociálnej služby a úhradu za službu. Prijímateľovi sa poskytuje odborná, obslužná a ďalšia činnosť podľa zákona o sociálnych službách a zdravotné výkony podľa Vyhlášky MZ SR č. 109/2009 Z.z. a novelou 244/2011 Z.z.

Jednotlivé potreby sa saturujú podľa humanistickej koncepcia Abrahama Harolda Maslowa, ktorý vo svojom teoretickom prístupe zdôrazňuje schopnosť aktivity človeka vzhľadom na vrodené dispozície k osobnostnému rastu pri uspokojovaní potrieb podľa modifikovanej hierarchie. Potreby človeka sú usporiadané hierarchickým systémom, podľa naliehavosti: základné potreby (fyziologické, psychologické: potreba istoty, lásky, súnalezitosti, uznania), metapotreby (potreby kognitívne a estetické), sebarealizácia a *vrcholný prožitok* (český výraz uvádzame zámerne vzhľadom na to, že slovenské ekvivalenty nevystihujú podstatu slovného spojenia). (In Soudková 2004).

Obrázok 1 Modifikovaná pyramída uspokojovania potrieb A. H. Maslowa



Zdroj: Soudková, 2004 a Malíková, 2011

Potreby fyziologické

Medzi fyziologické potreby radíme vitálne funkcie, medzi ktoré patrí: *telesná teplota, pulz, dýchanie a krvný tlak.* (Kozierová, 1995). Kód zdravotného výkonu 3406 podľa vyhlášky MZ SR č. 109/2009 Z.z. hovorí, že je to kontinuálne sledovanie klinického stavu pacienta za každé dve hodiny. Ako príklad si uvedieme posudzovanie vitálnych funkcií: dýchanie, meranie krvného tlaku.

Dýchanie - príjem kyslíka a výdaj oxidu uhličitého, mechaniku dýchania, posúdenie, faktory ovplyvňujúce dýchanie nami uvádzané zdravotnícke odbory: **diplomovaná všeobecná sestra** monitoruje ošetrovateľské problémy chorých a zabezpečuje komplexný ošetrovateľský proces. **Zdravotnícky asistent** - zabezpečuje plánované výkony základnej ošetrovateľskej starostlivosti v jednotlivých fázach ošetrovateľského procesu, hlavne pri uspokojovaní bio-psycho-sociálnych potrieb chorého, v spolupráci so sestrou.

Opatrovateľ- dokáže pomenovať vitálnu funkciu, ale akosť a charakter nedokáže posúdiť.

Sestra dokáže identifikovať faktory ovplyvňujúce frekvenciu dýchania, posúdiť dýchanie akosť a charakter dýchania, farbu kože, polohu - ktorú zaujme P/K (napr. ortopnoickú), všetky zmeny, ktoré by mohli poukazovať na cerebrálnu anoxiu.

Krvný tlak - krv sa dopravuje vlnami, preto rozoznávame dve miery krvného tlaku: systolický (kontrakcia komory) a diastolický (komory sú v pokoji). Pri sledovaní tejto vitálnej funkcie je dôležité vedieť aké hodnoty TK máva sledovaný klient. Hypertenziu, hypotenziu, faktory ovplyvňujúce krvný tlak (vek, cvičenie, stres, obezita, pohlavie, lieky, chorobné procesy..) nami uvádzané zdravotnícke odbory: **diplomovaná všeobecná sestra monitoruje ošetrovateľské problémy chorých a zabezpečuje komplexný ošetrovateľský proces. Zdravotnícky asistent - zabezpečuje plánované výkony základnej ošetrovateľskej starostlivosti v jednotlivých fázach ošetrovateľského procesu, hlavne pri uspokojovaní bio-psycho-sociálnych potrieb chorého, v spolupráci so sestrou.**

Opatrovateľ- dokáže pomenovať vitálnu funkciu, ale akosť a charakter nedokáže posúdiť.

Sestra dokáže identifikovať faktory ovplyvňujúce krvný tlak, realizovať auskultačnú metódu, identifikuje korotkoffove zvuky, posúdiť hodnotu krvného tlaku v súvislosti s vekom, používaním liekov a tak zabrániť vzniku rôznych ochorení.

Záver

Ako príklad sme si vybrali posúdenie dýchania ako najdôležitejšej vitálnej funkcie a meranie krvného tlaku, na ktorých sme chceli demonštrovať potrebnosť-nepotrebnosť sestier v zariadeniach sociálnych služieb. Jednoznačne nám z toho vyplýva, že sestra je veľmi potrebná na posúdenia zdravotného stavu prijímateľa sociálnej služby a vedenie ošetrovateľského procesu ako súčasť Individuálneho plánu klienta. Vyzdvihujeme potrebnosť tejto profesie (odboru) v multidisciplinárnom tíme. Ak vychádzame z výskumu Dr. Kosturíkovej (2011), ktorý realizovala v zariadeniach sociálnych služieb, tak zariadenia realizujú ošetrovateľský proces a vedú ošetrovateľskú dokumentáciu v 18 zariadeniach sociálnych služieb zo skúmaného súboru. Vzdelanie sestier SZŠ (69), VOV (16), Bc.(10), Mgr. (8), počet klientov v V. stupni odkázanosti 117, VI. stupni odkázanosti 595 z celkového počtu 1 131 klientov.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. Zákon NR SR č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.
2. Zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti...
3. Vyhláška MZ SR č. 109/2009 Z.z. výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, novela č. 244/2011 Z.z.
4. KOZIEROVÁ, B.: Ošetrovatel'stvo I. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
5. KOSTÚRIKOVÁ, M.: 2011. Výskum realizovaný v zariadeniach sociálnych služieb.
6. MALÍKOVÁ, E. : *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha : Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
7. SOUDKOVÁ, M.: *Psychologie pomáhá každodennímu životu*. 1. vyd. Brno : Doplněk, 2004. 168 s. ISBN 80-7239-164-X.

Kontakt:

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

Katedra sociálnej práce

Pedagogická fakulta

Katolícka univerzita v Ružomberku

email: Irena.kamanova@ku.sk

SESTRY V ZSS ÁNO ALEBO NIE

Margita Kosturíková

ABSTRAKT

Problematika poskytovania zdravotnej, ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb je dlhodobo neriešená, chýba legislatívne prepojenie zdravotno – sociálnej starostlivosti na Slovensku. Cieľom príspevku je poukázaním na výsledky prieskumov SK SaPA dokázať, že bez sestry pracujúcej v ZSS má klient nedostupnú zdravotnú – ošetrovateľskú starostlivosť.

Kľúčové slová: zariadenie sociálnych služieb, ošetrovateľská starostlivosť, sestra, klient

Úvod

V komplexnej starostlivosti o seniorov v dnešnom období stúpajú nároky nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale aj v zariadeniach sociálnych služieb. Hlavne v poslednej dobe sú do týchto zariadení prijímaní predovšetkým klienti imobilní, dementní často so závažnou psychiatrickou diagnózou a so stupňom odkázanosti 5-6 Bartelovho testu, ktorí sa po prekonaní ochorenia stali úplne závislými od pomoci druhej osoby. Ich stav je stabilizovaný, ale potrebujú intenzívnu sociálnu a ošetrovateľskú starostlivosť. Ak nie je možná domáca starostlivosť, býva takýto človek umiestnený do ústavnej starostlivosti.

V domovoch sociálnych služieb sú umiestnené deti rôznych vekových kategórií s vrodenými ochoreniami, s ťažkými mentálnymi a telesnými poškodeniami, ktoré si vyžadujú špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorú zákon o sociálnych služieb vôbec nediferencuje.

V súčasnosti sa menia požiadavky na kvalitu poskytovanej starostlivosti, odbornosť, počet a štruktúru zdravotníckeho personálu v týchto zariadeniach. Je potrebné zdôrazniť, že niektoré zariadenia sociálnych služieb /špecializované zariadenia, DSS, ZPS a domy opatrovateľskej služby) **sa čím ďalej tým viac podobajú na zdravotnícke zariadenia, akými sú napríklad: liečebne pre dlhodobo chorých, ošetrovateľské domy, či hospice.** Riešenie problematiky poskytovania zdravotnej - ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb sa neustále odsúva, a to hlavne z dôvodu jej financovania. Dlhoročné postoje zodpovedných ministerstiev sú dôkazom nezáujmu o

vytvorenie koncepcie zdravotno-sociálnej starostlivosti a vyriešenie systému financovania uvedenej starostlivosti. Dlhodobo neriešené problémy v oblasti poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti povedú v budúcnosti k nevyváženému stavu v oblasti ponuky a rastúceho dopytu, vzhľadom na demografické ukazovatele spojené so starnutím populácie, pričom bude ťažké v budúcnosti garantovať dostupnosť, kvalitu, bezpečnosť a spokojnosť občanov s úrovňou poskytovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb.

Klient v zariadení sociálnych služieb

Zariadenia sociálnych služieb teda slúžia na zabezpečenie dlhodobej a nepretržitej starostlivosti o ľudí, ktorí pre trvalé zmeny v sociálnom a zdravotnom stave potrebujú komplexnú starostlivosť, ktorú im z rôznych príčin nemôže zabezpečiť rodina a ani opatrovateľská služba či agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Dôvody pre podanie žiadosti do zariadenia sociálnych služieb sú rôznorodé, ale možno ich charakterizovať najmä:

- sociálnou situáciou, ktorá nedáva možnosť samostatne uspokojovať životné potreby človeka, napr. pre nesebestačnosť, osamelosť, veľkú vzdialenosť od rodiny a pod.,
- chronickým zhoršením zdravotného stavu, ktorý vyžaduje starostlivosť nad rámec a možnosti rodiny i nad rámec a možnosti opatrovateľskej služby či ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti,
- potrebami ochorenia, ktoré nemôže zabezpečiť rodina v domácom prostredí, napr. neustály 24 – hodinový dozor pre demenciu či iné závažné psychiatrické ochorenie, sústavnú ošetrovateľskú a opatrovateľskú starostlivosť pre imobilitu
- deti s vrodenými vývojovými ochoreniami, ťažkým duševným a telesným postihnutím

Pre súčasné obdobie by mala byť v ústavnej sociálnej starostlivosti charakteristická snaha o:

- skvalitňovanie životných podmienok klientov v týchto zariadeniach,
- rozširovanie odborných služieb (ošetrovateľskej, rehabilitačnej a psychologickej starostlivosti, sociálnej práce, výchovnej činnosti, ergoterapie a pod.)
- zvyšovanie odborného rastu zamestnancov a priberanie profesií ako psychológ, liečebný pedagóg, ergoterapeut,

Zdravotná skladba klientov v ZSS:

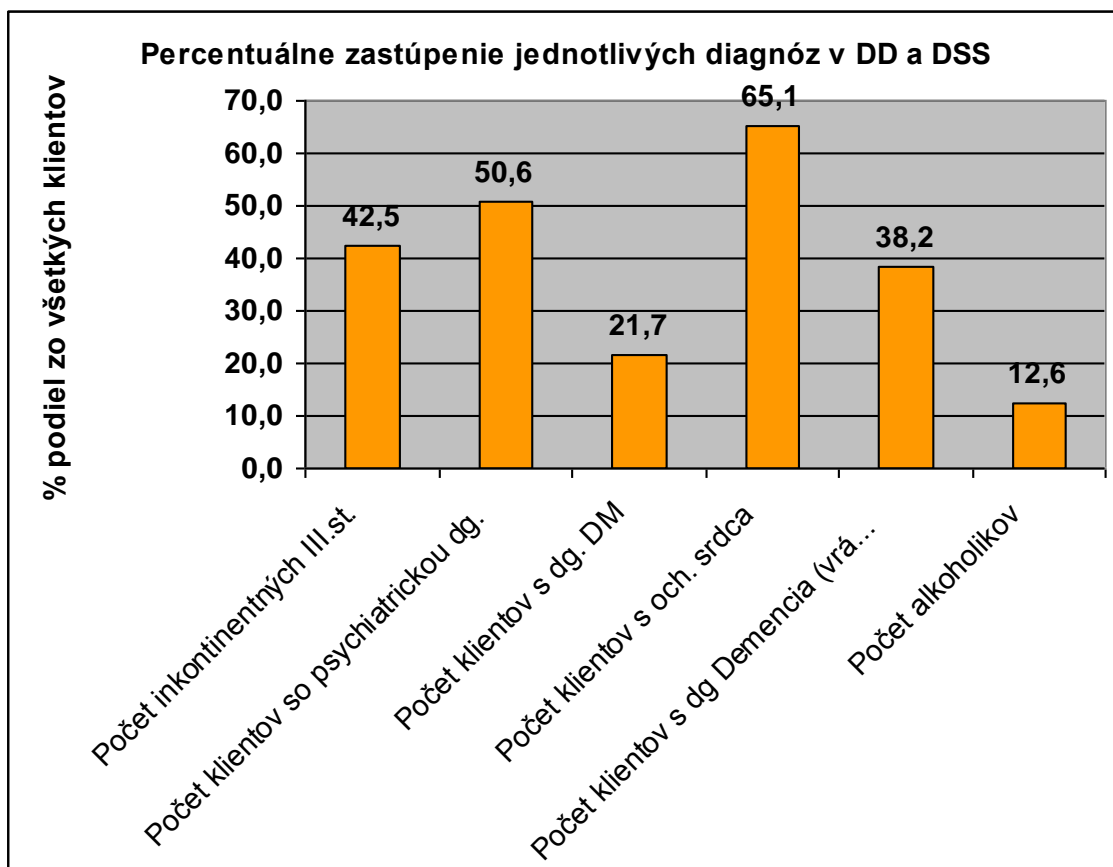
V zariadeniach sociálnych služieb je potrebné poskytovanie komplexnej sociálno-zdravotnej starostlivosti, pretože klienti, ktorí prichádzajú do zariadení sociálnych služieb sú ľudia:

- s Alzheimerovým ochorením a inými typmi demencie
- umierajúci
- po náhlych mozgových príhodách
- s ochorením pohybového aparátu
- so systémovými ochoreniami
- s cievnyimi ochoreniami
- s nádorovými ochoreniami
- s poruchami integrity kože
- s telesným postihnutím

Takáto skladba klientov v zariadeniach sociálnych služieb vyplýva už z celoslovenského prieskumu vo vybraných sociálnych zariadeniach, ktorý v roku 2007 vykonala /Kosturíková/ Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek za účelom dokázania nevyhnutnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v týchto zariadeniach.

Zdravotná skladba klientov v DD a DSS pre dospelých

Kraj	Počet zariadení	Počet klientov	Počet imobilných	Počet čiastočne imobilných	Počet mobilných	Počet inkontinentných III.st.	Počet klientov so psychiatrickou dg.	Počet klientov s dg. DM	Počet klientov s och. srdca	Počet klientov s dg Demencia (vrátane vaskulárnej)	Počet alkoholikov	DMO	Mentálna retardácia	Poruchy správania	Epilepsia
ŽSK	8	1115	346	322	447	594	814	258	892	668	174	2	29	55	29
BBSK	9	940	236	304	400	403	381	192	612	317	125	0	0	16	0
KSK	3	401	104	115	202	193	230	78	266	130	25	0	0	0	0
NSK	9	851	167	218	466	305	301	187	444	228	88	69	7	5	6
TRSK	3	457	86	86	285	176	259	116	287	131	61	0	1	0	6
PRSK	1	100	28	40	32	33	51	22	83	51	21	0	0	0	0
TTSK	3	349	33	121	195	88	97	62	160	85	35	0	0	0	0
Spolu:	36	4213	1000	1206	2027	1792	2133	915	2744	1610	529	71	37	76	41
%		100,0	23,7	28,6	48,1	42,5	50,6	21,7	65,1	38,2	12,6	1,7	0,9	1,8	1,0



Z tohto prieskumu jasne vyplýva, že v DD a DSS až:

- 52% klientov má problémy s mobilitou
- 38% klientov trpí niektorým druhom demencie
- 50% klientov má závažnú psychiatrickú diagnózu
- 42% je inkontinentných III. stupňa.

Tento prieskum SK SaPA poskytla MPSVaR SR, MZ SR aj Rade vlády pre seniorov. Môžem konštatovať, že zdravotná skladba klientov v zariadeniach sociálnych služieb sa zhoršuje ako dokázal celoslovenský prieskum z roku 2011, ktorého sa zúčastnilo 131 zariadení z celého Slovenska, ktorých kapacita bola 12 216 klientov a z nich až 70% malo stupeň odkázanosti 5 – 6. Týmto prieskumom sme jasne dokázali, že vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb /ŠZ,DSS,ZpS aZOS/ je nevyhnutné poskytovať klientom okrem sociálnej aj ošetrovateľskú starostlivosť.

Ošetrovateľská starostlivosť v ZSS - legislatíva

- Zákon NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách, v ktorom je zaradená medzi odborné činnosti a jej poskytovanie v zariadeniach sociálnych služieb je upravené v § 22 Zariadenie uvedené v § 35, 36, 38 a 39 môže okrem poskytovania sociálnych služieb podľa tohto zákona poskytovať zdravotnú starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti podľa osobitného predpisu.24)
- Výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach vykonávajú zamestnanci zariadenia uvedeného v odseku 1 spĺňajúci podmienky na výkon zdravotníckeho povolania, ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, ktorý vydá Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len "ministerstvo zdravotníctva") po dohode s ministerstvom.

Jeho súčasné znenie je však nedostatočné, pretože dáva štatutárom sociálnych zariadení možnosť neposkytovať zdravotnú starostlivosť. Snahou štatutárov je zaradiť kvalifikovanú sestru na pozíciu zdravotníckeho asistenta alebo opatrovateľa, aby tak za menej peňazí potichu poskytovala komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť. Očakáva sa, že sestry budú aj naďalej poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v pracovnom zaradení zdravotnícky asistent či opatrovateľ – dokazujú nám to inzeráty v tlači alebo na internete, keď do ZSS hľadajú zdravotnú sestru na pozíciu zdravotnícky asistent alebo opatrovateľ. Štatutári zariadení takto priznávajú, že sestru potrebujú, ale aby ju nemuseli zaplatiť ako aj priznať v Štatúte, že poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť /potom nemôže tam robiť kontrolu ÚPD/. Ak už nemajú sestru je úplnou samozrejmosťou vo viacerých sociálnych zariadeniach, že ošetrovateľské výkony robia neodborne opatrovatelia.

Kto dopláca na tento systém najviac?“ Samozrejme, že je to klient umiestnený v zariadení sociálnych služieb, telesne alebo duševne postihnutý, polymorbidný senior, alebo zomierajúci.

- Zákon NR SR 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov – v ktorom je uvedené kto je zdravotnícky pracovník, tiež možnosť poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb sestre s licenciou na výkon samostatnej praxe alebo na výkon

povolania /licenciu vydáva SK SaPA/ , je však potrebné uzavrieť zmluvu so zdravotnou poisťovňou, aby sestry boli preplatené vykonané zdravotné výkony.

Zatiaľ vieme o jednej sestri, ktorá takúto zmluvu so zdravotnou poisťovňou má.

Pokiaľ nebudú ZSS, v ktorých sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť zaradené medzi poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, nie je možné aby ZSS žiadali zdravotné poisťovne o úhradu za zdravotné výkony, ktoré sú vykonávané sestrami v týchto zariadeniach.

Dnes poskytovaná zdravotná – ošetrovateľská starostlivosť je financovaná na úkor poskytovaných sociálnych služieb, z rozpočtu jednotlivých pobytových sociálnych zariadení aj keď by mala byť hrazená zo zdravotného poistenia.

- Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z.z o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, systave špecializačných odborov a systave certifikovaných pracovných činnosti.

Odborne spôsobilá je aj sestra s ukončenou SZŠ ak túto ukončila podľa predpisov platných do 27 marca 2002. /§77, 78 odst. 3, 79 odst. 7.

- Zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, kde je v § 2 odst. 13 uvedené, že ošetrovateľská starostlivosť sa môže poskytovať aj v ZSS / podľa osobitného predpisu /.

Pokiaľ sa ošetrovateľská starostlivosť v ZSS iba „môže“ poskytovať – dovedy sa bude obchádzať.

- Vyhláška MZ SR č. 109/2009, ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb, ktorá bola novelizovaná vo vyhláške MZ SR č. 244/2011 s účinnosťou od 01.08.2011 – v ktorej je uvedené 45 zdravotných výkonov, ktoré v ZSS môže vykonávať sestra a je v nej už uvedené nariadenie vlády 296/2010 o odbornej spôsobilosti, ktorým sa určuje odborná spôsobilosť aj pre sestry pracujúce v ZSS.

Dovedy odbornú spôsobilosť sestry pracujúcej v ZSS bola stanovená vo vyhláške č.109/2009.

- Vyhláška MZ SR č. 159/2011, ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktorej účinnosť je od 01.06.2011.

Vzdelanie sestier

Z prieskumu SK SaPA z roku 2011 sme zistili, že v 131 zariadeniach pracuje:

- 157 sestier má VOV
- 116 sestier má Bc.
- 84 sestier má Mgr.
- 4 sestry majú PhDr
- 465 sestier má niektorú zo špecializácii

Prieskumom sme dokázali, že sestry pracujúce v ZSS sa ďalej vzdelávajú, preto je nevyhnutné zrovnoprávnenie postavenia sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb so sestrami pracujúcimi v zdravotníckych zariadeniach.

Sestry v zariadeniach sociálnych služieb rozhodne ÁNO

Hlavnou úlohou sestry v ZSS je

- udržať a podporovať optimálny zdravotný stav klienta
- uspokojovať jeho telesné, psychické, sociálne a duchovné potreby
- prevencia chorôb komplikácii, podpora zdravia
- vykonávanie odborných zdravotných výkonov
- pozorovanie, ktorého cieľom je –
 - získanie nových poznatkov o klientovi
 - pozorovanie všetkých zmien u klienta
 - pochopenie správania sa klienta
 - rozpoznanie príznakov chorôb

Zariadenia sociálnych služieb často „suplujú“ geriatrické a doliečovacie oddelenia či psychiatrické liečebne. Sestry pracujúce v takomto zariadení sa starajú o polymorbídnych, často imobilných a inkontinentných, psychicky chorých a ťažko prispôsobivých klientov. Preto si táto práca vyžaduje univerzálne odborne zameranú sestru, úzko spolupracujúcu so sociálnymi pracovníkmi a s rodinou klienta ako aj ošetrojúcim lekárom.

Financovanie zdravotnej – ošetrovateľskej starostlivosti

- Zdravotná starostlivosť na ktorú má každý občan nárok na základe čl. 31 Listiny základných práv a slobôd, ako i Ústavy SR a ktorá je poskytovaná klientom v ZSS by mala byť hrazená zo zdravotného poistenia.

Zdravotným poisťovníam veľmi vyhovuje daný stav - nedostatočná legislatíva im umožňuje, že v súčasnosti nemusia platiť za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v ZSS – čím výrazne poškodzujú práva klientov na dostupnú a odbornú starostlivosť a zvyšujú nároky na rozpočty VÚC, miest a obcí.

Záver

Z uvedených prieskumov, z monitoringu zdravotných výkonov v minulosti napr. v Banskobystrickom či Žilinskom kraji, ktoré má SK SaPA k dispozícii jednoznačne vyplýva, že klientom umiestneným vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb /DSS, ZpS, ŠZ,ZOS/ **je nevyhnutné poskytovať a poskytujú sa ošetrovateľská starostlivosť**. Túto im poskytuje sestra zamestnaná v danom zariadení, nakoľko poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom ADOS nestačí.

Poskytovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti klientom umiestneným vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb /DSS, ZpS, ŠZ,ZOS/ si vyžaduje zmenu legislatívy na **prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti**.

SK SaPA sa už roky snaží na všetkých úrovniach /MZ, MPSVaR, médiá, petícia, ombudsmanka/ o prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Poukazujeme na to že:

- v ZSS sa zvyšuje priemerný vek klientov
- zhoršuje sa ich zdravotný stav
- zvyšuje sa ich polymorbidita
- **znižuje sa počet lôžok v zdravotníckych zariadeniach.**

Na záver je potrebné povedať, že bez sestier poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť v ZSS by sa táto stala pre nich nedostupná, dochádzalo by k ohrozeniu života klientov, a to napríklad pri náhlych stavoch ohrozujúcich život, ako sú ťažké EPI záchvaty či bezvedomie, pri vzniku závažných zdravotných komplikácií, napr. kontraktúry a atrofie svalstva, alebo k zhoršovaniu závažnosti choroby alebo jej prechodu do chronického štádia, napr. imobilita. Dochádzalo by k diskriminácii klientov v zariadeniach sociálnych

služieb pri zabezpečení ich rovnakého prístupu k zdravotnej, ošetrovateľskej starostlivosti, na ktorú má každý občan právo na základe Čl. 31 Listiny základných práv a slobôd.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

POLEDNÍKOVÁ, L.: *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*, Martin: Osveta, 2006, ISBN 80-8063-208-1.

SK SaPA, *Zdravotná skladba klientov v zariadeniach sociálnych služieb*, 2007

ČEMBOVÁ, M.: *Komplexná starostlivosť starostlivosti o seniorov v domove dôchodcov*, Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia, ročník V. 6/2007, s.VII.

SK SaPA, *Stupeň odkázanosti klientov v zariadeniach sociálnych služieb, dekubity, počet sestier v ZSS, ich veková štruktúra a vzdelanie 2011*

NR SR.: *Zákon 448/2008 Z.z. o sociálnych službách*

NR SR.: *Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti*

NR SR.: *Zákon 578/2004 Z.z o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve*

NR SR.: *Nariadenie vlády Slovenskej republiky 296/2010 Z.z o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činnosti.*

NR SR.: *Vyhláška MZ SR 109/2009, ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb*

NR SR.: *Vyhláška MZ SR 159/2011, ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately vykonávajú zamestnanci zariadenia*

Kontakt: PhDr. Kosturíková Margita
Viceprezidentka SK SaPA pre NZ
Likava DSS a ZpS
034 95 Likavka č. 9
Email: margita.kosturikova@gmail.com

KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA

Ladislav Mikuš

ABSTRAKT

Riziko kardiovaskulárnych chorôb v staršom a stareckom veku je dosť vysoké. Proces starnutia sprevádzajú morfológické a funkčné zmeny na srdci a cievach. Choroby srdca a ciev patria medzi hlavné príčiny smrti a hospitalizácie starých ľudí. ICHS- Sem zaradujeme: infarkt myokardu, anginu pectoris a náhlu smrť.

Kľúčové slová: IM, ICHS, starnutie.

Komplikácie akútneho infarktu myokardu

Menšie infarkty sa väčšinou nekomplikovane hoja jazvou. Stredné a väčšie infarkty môžu mať celú radu komplikácií od banálnych až po fatálne. Arytmie- v priebehu srdcového infarktu sa môžu vyskytovať všetky bežné arytmie –malígne komorové arytmie, komorová tachykardia, fibrilácia komôr, bradyarytmia, početné extrasystoly, môžu byť známkou úspešnej reperfúzie.

Kardiogénny šok zostáva hlavnou príčinou úmrtia chorých s akútnym infarktom myokardu. Dochádza pri ňom ku kritickému zníženiu perfúzie periférnych tkanív a orgánov v dôsledku závažnej poruchy srdcovej funkcie – najčastejšie dysfunkcie ľavej komory. Vedie k systémovej hypoxémii a acidóze. Pokiaľ kardiogénny šok trvá dlhšie než 120 minút, obvykle prechádza do ireverzibilného štádia a jeho mortalita je prakticky 100 percent. Najčastejšou príčinou kardiogénneho šoku je akútny infarkt ľavej komory. Klinicky sa kardiogénny šok prejavuje poklesom systolického krvného tlaku pod 90 torrov s tachykardiou a so znakmi obehovej nedostatočnosti /periférna vazokonstrikcia, pokles diurézy pod 20 ml/h, studený pot, bledosť či cyanóza. Pri hypotenzii je vždy nutné vylúčiť iné príčiny poklesu krvného tlaku ako je: hypovolémia, vagová hypotenzia, vedľajší efekt liekov – napr. nitroglycerin, fentanyl, arytmie, alebo elektrolytové poruchy.

Ošetrovateľský proces pri ochoreniach srdca a ciev

Z nešpecifických príznakov sú to: extrémna únava, slabosť, kašeľ, závraty, mdloba, poruchy vedomia, potenie – studený pot, bledosť palpitácie, zmätenosť, bolesť hlavy a brucha, anorexia, vracanie, dyspepsia, nespavosť, ascites, poruchy močenia – oligúria,

anúria, nyktúria. Špecifické príznaky: bolesť v prekordiu - menej intenzívne ako v mladšom veku s vyžarovaním.

Diagnostika

Diagnostika sa opiera o klinický obraz, fyzikálne vyšetrenie, RTg hrudníka, biochemické vyšetrenie, krvný obraz, vnútorné prostredie, EKG a ECHO, Holter, scintigrafia myokardu, koronarografia, angiokardiografia, CT, nukleárna magnetická rezonancia

Liečba

V prvom rade je dôležitý pokoj na posteli, ortopedická alebo Fowlerova poloha a oxygenoterapia, farmakoterapia, analgéza, v prípade indikácie chirurgická liečba. Akútna nedostatočnosť ľavého srdca: Vzniká ako dôsledok napr. akútneho infarktu myokardu, chlopňové vady, hypertenzia, zápal srdcového svalu a pod. Akútna nedostatočnosť pravého srdca. Vzniká pri mikro, alebo makroembolizácii do artérie pulmonalis. Akútna porucha tepenného prekrvenia končatiny. Akútna porucha tepenného prekrvenia končatiny je závažná náhla tepenná príhoda. Nastane prudká až šokujúca bolesť, končatina je bledá, chladná, s poruchou citlivosti a pohyblivosti. Pri hlbokjej žilovej trombóze ide o uzáver hlbokých žíl dolnej končatiny trombom, s následným rôznym stupňom zápalovej reakcie žilovej steny. Ošetrovateľské problémy u klientov s ochorením kardiovaskulárneho systému: -Bolesť, -Úzkosť, strach, -Riziko narušenej adaptácie, -Intolerancia aktivity, -Riziko intolerancie aktivity, -Nedostatočná sebaopatera, -Narušená verbálna komunikácia, -Anticipačný smútok, -Dysfunkčný smútok, -Narušený spánok, -Zmenená výživa.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. Poledníková, E.: Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo, Martiin: Osveta ,2006, -ISBN 80-8063-208-1
2. Souček , M.: Vnútorné lekárstvo pre stomatólogov, GRADA Publishing, 2005, - ISBN 80-247-1367-5

Kontakt:

PhDr. Ladislav Mikuš, dipl.s.,

ZpS, D.D. – Santovka, Okres Levice

TÝRANIE SENIOROV AKO FORMA AGEIZMU Z POHLADU SESTRY

Jana Otrubová

ABSTRAKT

Počet starších v spoločnosti stúpa, seniori zohrávajú významnú rolu a ovplyvňujú verejný, spoločenský aj politický život, ako i ekonomiku krajiny. So starnutím populácie, chudobou, nárastom kriminality, nedostatočnou sociálnou sieťou, ale najmä ignorovaním problému spoločnosťou sa zanedbávanie, zneužívanie a týranie seniorov stáva závažným problémom. Násilie páchané na staršom človeku môže byť realizované na verejnosti, v domácnostiach, ale i v inštitúciách poskytujúcich starostlivosť. Ošetrovatelstvo by nemalo ostať pri riešení problematiky násilia na starších ľuďoch v tieni iných vedných odborov. Jednou z možností je aj intenzívna snaha poukázať na potrebu uvedomenia si tohto problému našej modernej spoločnosti.

Kľúčové slová: Týranie. Zanedbávanie. Ageizmus. Senior. Sestra.

Úvod

Starnutie patrí medzi špecifické obdobia života človeka. Vyžaduje si osobitné potreby, požiadavky a práva. Jedným zo závažných problémov sa stáva stále častejšie sa vyskytujúci problém týrania, zneužívania a zanedbávania starších, ktorý je potrebné riešiť nie len na národnej, ale i európskej úrovni. Charta základných práv Európskej únie v článku 25 uznáva a rešpektuje právo starších osôb na dôstojný a nezávislý život a na účasť na spoločenskom a kultúrnom živote. V Európe sa počet obyvateľov nad 65 rokov a starších značne zvyšuje. Výzvou a úlohou do budúcnosti je tieto demografické zmeny pozitívne riešiť a nevnímať jav dlhovekosti ako záťaž pre spoločnosť, ani ako hrozbu pre jednotlivca. K tejto výzve a úlohe patrí aj potreba zaoberať sa problematikou nevhodného zaobchádzania so staršími ľuďmi, ktorá sa stane čoraz diskutovanejšou témou odbornej verejnosti. Vysoko rizikovú skupinu tvoria starší ľudia, ktorí sú závislí na opatere.

Analýza problematiky

V domovoch pre seniorov a iných pobytových zariadeniach žijú klienti, ktorí sú krehkí a odkázaní na pomoc inej osoby. Tieto inštitúcie sú často miestom, v ktorom hľadajú seniori pokoj a ochranu. Každý senior bez ohľadu na svoj zdravotný stav a

sociálnu situáciu má právo na to, aby boli rešpektované jeho práva a bolo s ním zaobchádzané s rešpektom a úctou. Je potrebné si tieto rizikové faktory uvedomiť a zamerať sa na ne v preventívnych programoch.

Starší ľudia predstavujú zraniteľnú skupinu a v starobe sú časté situácie, ktoré môžu mať negatívny vplyv na ich život. Syndróm násilia je jedným z nich. Vyskytuje sa v každom sociálnom prostredí, v skupinách i vrstvách bez ohľadu na pôvod, vzdelanie alebo vek. Vývoj starostlivosti o gerontov prešiel od tradične rodinnej starostlivosti, cez stredoveké starobince, chudobince, chorobince až k novodobým formám ústavnej a domácej starostlivosti. V súčasnosti participuje na starostlivosti o starších ľudí rodina spolu s rôznymi zdravotníckymi a sociálnymi inštitúciami (Juhásová, 2010, s.10).

Násilie na senioroch patrí do skupiny geriatrických sociálnych syndrémov. Senior je len veľmi ťažko schopný rýchlej a účinnej adaptácie na neočakávané zmeny životných podmienok alebo zmeny svojho zdravotného stavu. V našom štáte seniori tvoria početnú skupinu prevažne chorých, nemajetných a bez úspechov žijúcich ľudí. Ich sociálny status patrí do znevýhodnenej kategórie, v starobe klesá počet sociálnych pozícií a senior stráca prestíž (Kavlach, 2004).

Násilie je jednou z foriem ageizmu, teda nepriateľského postoja voči starším ľuďom. Koval (2001, s. 24) definuje ageizmus ako vykreslenie istých stereotypov a iných škodlivých negatívnych tendencií zameraných proti starším ľuďom. Môže viesť k vekovej segregácii, vyčleňovaniu zo spoločnosti. Ageizmus sa môže zameriavať proti staršiemu jedincovi, ale aj proti populačnej skupine seniorov ako celku. Je podporovaný ekonomicko-sociálnymi problémami a spoločenskými predstavami podceňujúcimi starobu (Tošnerová, 2002).

Týranie, zneužívanie a zanedbávanie sa môže týkať jedincov hlavne v závislom postavení, osôb duševne chorých, invalidných, či mimoriadne závislých z dôvodov ekonomických, etnických a iných úmerne k ich bezbrannosti, neschopnosti sa sťažovať, izolovanosti a verejnej nechránenosti.

Podľa Gálisovej, 2012 násilie zamerané na seniorskú populáciu možno deliť na zneužívanie, zanedbávanie či týranie, ktoré majú rôznu formu, rôznu stupeň ohrozenia a rôzny rozsah spoločenskej závažnosti.

Týranie znamená spôsobenie ujmy na zdraví inej osobe v mentálnej sfére alebo v spoločenskom uplatnení. Môže byť fyzické, psychické alebo spoločenské. Ide

predovšetkým o zlé zaobchádzanie so zverenou osobou, vyznačujúce sa vyšším stupňom hrubosti a bezcitnosti, neúcty až ponižovania.

Gálisová, 2012 uvádza k formám týrania a zanedbávania starých ľudí:

Fyzické ubližovanie je chápané ako zámerné pôsobenie bolesti, zraňovanie, alebo zámerné odopieranie základných životných potrieb. Ide nielen o fyzické napádanie, bitie, či iné agresívne výpady, ale tiež o rafinovanejšie spôsoby - vystavovanie chladu, odopieranie jedla, liekov, ošatenia, nezabránenie hroziacemu poraneniu, zámerné neodstránenie rizík, neposkytnutie pomoci. Telesné týranie vedie k mnohým a opakovaným poraneniam, k podvýžive. Možno ho predpokladať aj vtedy, keď sa zjavili nevysvetliteľné pády či poranenia – rany na koži, odreniny.

Psychické týranie sa môže uplatňovať slovnými výpadmi, vyhrážkami, ignoranciou, zosmiešňovaním, podceňovaním až vylučovaním z rodinného života. Zahŕňa verbálnu agresivitu, urážky, hrozby, zastrašovanie, ponižovanie, obmedzovanie rozhodovania o sebe samom, znižovanie ich sebavedomia a sebaúcty, zdôrazňovanie nepotrebnosti, nadbytočnosti a príťažze seniorov. Časté je vyhrážanie prest'ahovaním, vyst'ahovaním, umiestnením v zariadení. Citové týranie a vydieranie môže byť aj likvidovanie, či poškodzovanie predmetov s emočným významom.

Ekonomické zneužívanie seniorov je dobre známe najmä sociálnym a zdravotníckym pracovníkom, keď príbuzní prichádzajú navštíviť svojho blízkeho do zariadenia v deň výplaty dôchodku, vymáhajú od neho rôzne darčeky. K tejto forme zneužívania patrí i vymáhanie vysokých platieb za služby, neoprávnené nakladanie s ich finančnými prostriedkami, prisvojovanie si dôchodku. Často dochádza k nátlaku napísať závet, nevýhodné prevody majetku na rodinných príslušníkov, ale i iných osôb vrátane bytov, obmedzovanie vlastníckych a užívateľských práv.

Zanedbanie starostlivosti chápeme ako zlyhanie osoby zodpovednej za bezpečnosť a uspokojovanie primeraných potrieb závislej osoby. Zanedbanie nastáva, ak nesebestačný človek zostáva nezabezpečený. Typické prejavy zanedbávania sú poruchy výživy a hydratácie, prechladnutie, hrubé nedostatky v osobnej hygiene a v oblečení, poranenie z pádov, hnisajúce rany, dekubity, výrazná zanedbanosť odevu a príbytku.

Systémové ponižovanie (druhotné týranie) je chápané ako utrpenie spôsobené spoločenskými normami, inštitúciami, postupmi a často priamo systémom, ktorý bol založený na pomoc a ochranu postihnutých. Ide o upieranie práva byť vypočutý a podieľať sa na rozhodovaní o sebe samom, rozhodovanie o podstatných záležitostiach nielen bez

súhlasu ale často i bez primeraného informovania seniorov (postupy v rámci zdravotníckych služieb, premiestňovanie v rámci ústavov), nerešpektovanie rozhodnutí seniorov, nerozvinutie mechanizmov smerujúcich k ochrane záujmov a práv dementných osôb. Inou formou je i nedostupnosť či zlá kvalita služieb umožňujúcich osobám s poruchami sebastačnosti pobyť v obvyklom domácom prostredí, či vytváranie neprirodzeného prostredia v ústavoch dlhodobej starostlivosti.

Niektoré nežiaduce formy ošetrovania nezapadajú do žiadnej z uvedených skupín (napr. nevhodné či nadmerné podávanie tlmivých psychofarmák). Nevhodným zaobchádzaním sú i všetky formy neprimeranej profesionálnej starostlivosti – nežiaducej medicinalizácie starostlivosti, taktiež upieranie patientskej role ošetrovateľsky náročným dlhodobým pacientom.

Inou formou je zbavovanie sa závislých členov rodiny ich odložením do nemocníc, či odmietaním prevziať ich do domácej starostlivosti.

Ani *sexuálne zneužívanie* seniorov nie je zriedkavé. Haškovcová 2002 uvádza, že najmä staršie ženy sú nútené k sexuálnym aktivitám hrubým spôsobom a to partnermi, ľuďmi z okolia alebo deviantnými osobami.

Rozpoznať týranie je citlivý problém. Sestra by na zanedbávanie, zneužívanie a týranie mala myslieť pri každom ošetrovaní geriatrického pacienta patriaceho do rizikovej skupiny:

- ženy a vdovy vo veku 70 – 80 rokov,
- ženy s nižším ako stredoškolským vzdelaním,
- dôchodcovia na hranici chudoby,
- starí ľudia bývajúci v spoločnej domácnosti s príbuznými,
- bezbranné a zraniteľné osoby s fyzickým a mentálnym postihnutím (Koval, 2001).

Podozrenie na týranie by mali vzbudiť najmä tieto skutočnosti (obzvlášť ak sa vyskytujú opakovane a v kombinácii):

- podvýživa, dehydratácia, hypotermia,
- mnohopočetné poranenia,
- časté hospitalizácie,
- neochota rodiny prevziať chorého z nemocničnej do domácej starostlivosti,

- prevoz nesebestačného pacienta na ošetrovanie či hospitalizáciu bez sprievodcu,
- podozrenie na podávanie neindikovaných liekov (utlmujúcich, hypnotík),
- úzkosť, depresia, apatia,
- kožné zápal, neošetrené defekty a rany, preležaniny,
- syndróm degradácie, nízka osobná hygiena,
- neudržiavané oblečenie, zanedbaný, v zime nevykurovaný byt (Gáliková, 2012).

Dôležité je každý prípad násillia na staršom človeku posudzovať individuálne. Sestra si musí uvedomiť, že veľa obetí sa hanbí za svoju ponižujúcu situáciu, za správanie svojej blízkej osoby – partnera alebo detí, tiež neverí na možnosť prijateľného riešenia, bojí sa pomsty udaného vinníka, má obavy, že bude musieť opustiť svoj domov alebo nechce vystaviť svoje deti odsúdeniu okolia. Veľmi často sú postihnutí priamo závislí na páchatel'ovi a majú k nemu citový vzťah.

Základom pre optimálny postup sa stáva citlivá komunikácia, ktorá má dôverný charakter, rešpektuje seniora a je orientovaná na jeho problémy. Veľmi dôležitá je empatia sestry a absolútna dôvera pacienta k nej (Kristová, 2002). Komunikáciu so seniormi ovplyvňujú mnohé faktory: zmyslové poruchy, poruchy pamäti, pozornosti, poruchy hybnosti, emocionálna labilita, aktuálny psychický stav, kultúrne a spoločenské normy, ageizmus, postoj rodiny a blízkych, izolácia, sociálna maladaptácia. Do procesu komunikácie vstupujeme s predstavami o druhých, o ich schopnostiach, vôli, motivácii. Tieto predstavy sú do určitej miery objektívne (Matišáková, 2009, s.155). Pri posudzovaní treba zväžiť i výskyt chorobnej podozrievavosti u starnúcich, paranoidné poruchy či podozrievavosť pri demencii (Kavlach, 2004). Ako i výskyt duševných porúch. Tie prebiehajú spravidla dlhodobo. Nepriaznivo ovplyvňujú a zhoršujú kvalitu života jedinca i kvalitu rodinných, partnerských a sociálnych vzťahov (Cetlová, 2010, s.150). Vždy musíme myslieť i na účelové skreslenie anamnestických údajov od pacienta alebo rodiny. Ďalej sestra hodnotí nejasné a náhle psychické zmeny depresívneho typu s plačom, bojazlivou komunikáciou, nervozitou hlavne pred samotným ošetrovateľom, city bezmocnosti, utiahnutosť. Sestra si všimá nevysvetliteľné zranenia, neošetrené rany, modriny, jazvy, popáleniny na takých miestach, kam si senior sám nedočiahne, zlomeniny, vytrhané vlasy, podvýživu alebo opakovanú dehydratáciu. Pri podozrení na fyzické týranie je vhodné kontrolovať dokumentáciu so zameraním na frekvenciu zranení, ošetrovaní a rehospitalizácií v ostatnom období. Súčasťou diagnostiky je hodnotenie psychického stavu a sociálneho prostredia

seniora. Základnou metódou zisťovania násilia je komplexné geriatrické hodnotenie. Z uvedeného vyplýva, že na diagnostike ako i pri riešení problematiky by sa mal podieľať celý multidisciplinárny tím (Mühlpachr, 2008). Komplexná starostlivosť o kategóriu starších ľudí predstavuje spojenie oblasti zdravotnej, sociálnej, psychologickkej, ale aj ekonomickej starostlivosti.

Sestry sú dôležitými členmi multidisciplinárnych tímov, pomáhajú zabezpečiť komplexnú starostlivosť aj o kategóriu vekovo starších ľudí. Sestry majú možnosť odhaliť, prípadne pomôcť riešiť tento problém násilia. Od ich odbornej pripravenosti, obsiahlych ošetrovateľských vedomostí z oblasti geriatrického ošetrovateľstva a iných súvisiacich odborov závisí úspech či neúspech riešenia problému násilia (Juhásová, 2010, s.12).

Riešenie prípadov týrania a zanedbávania je zložitým problémom. Ako vyplýva z poznatkov zo Senior linky a riešenia konkrétnych prípadov je jasné, že táto problematika nie je riešená dostatočne. Pokiaľ postihnutý navrhovanú pomoc akceptuje, môžu byť učinené nasledujúce opatrenia :

- poučenie postihnutého o jeho právach, možnostiach riešenia a pomocných inštitúciách,
- sprostredkovanie kontaktu s týmito inštitúciami,
- pomoc rodine vrátane ošetrovateľského poradenstva,
- psychoterapia postihnutého,
- aktivizácia sociálnej pomoci a miestnych úradov,
- aktivizácia ošetrovateľských a sociálnych služieb,
- aktivizácia občianskych, predovšetkým seniorských iniciatív,
- dočasné premiestnenie týraného z rizikového prostredia,
- zaistenie dlhodobej ústavnej starostlivosti, či zmena jej typu (Gálisová, 2012).

Z dlhodobého hľadiska je rozhodujúce sociálne poradenstvo. V prípade akútneho ohrozenia obeť je najvhodnejšie prerušenie kontaktu, obyčajne formou hospitalizácie zanedbávaného seniora. Pri jeho dobrom zdravotnom stave možno zvažovať aj umiestnenie v sociálnom alebo azylovom zariadení. Ak sa starší človek rozhodne byť doma a nie je zbavený svojprávnosti, jeho rozhodnutie akceptujeme. Okrem medializovaných prípadov Kalvach a Koval neodporúčajú kriminalizáciu vinníkov. Perspektívnejšie sa javí:

- dispenzarizácia a kontinuálne sledovanie geriatrického chorého,
- sledovanie interakcií medzi obeťou a opatrovateľom,

- zabezpečenie služieb na redukcii stresu v rodine pri veľkom zaťažení, (striedanie členov rodiny pri zabezpečovaní starostlivosti, prechodné umiestnenie geriatrického chorého v zdravotníckom či sociálnom zariadení.),
- priblíženie fyziologických zmien starnutia a staroby členom rodiny a opatrovateľom,
- zapájanie i samotného geriatrického chorého do starostlivosti o seba podľa jeho funkčného stavu tak, aby nebol pasívnym prijímateľom starostlivosti,
- poskytovanie rád opatrovateľovi o jednotlivých ošetrovateľských postupoch, ktoré ho enormne zaťažujú a ktoré nezvláda,
- poskytnutie informácie obeti o krízovej pomoci – o linke dôvery, špeciálnych poradenských centrách.

Záver

Problém ageizmu je problémom modernej spoločnosti. Na začiatku 21. storočia sa črtá potreba zvládnutia úloh, ktoré charakterizuje narastajúci počet starších ľudí, a to nielen vo vyspelých, ale aj v rozvojových krajinách, čo prinesie zmenu vekovej štruktúry obyvateľstva. V súčasnosti je zrejmé, že jednou z nich bude aj odstránenie diskriminácie starého človeka.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. CETLOVÁ, L., KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J. 2010. *Péče o nemocné v psychiatrické léčebně*. In zborník príspevkov z konferencie: Zdravie a kvalita života. Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita Ružomberok, 2010,. s. 150. ISBN 978-80 8084-532-2.
2. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. České ošetrovatelství 10. Brno:
3. IDVZP, 2002, s. 72. ISBN:80-701-33-635.
4. JUHÁSOVÁ, I., ILIEVOVA, E. 2010. *Násilie páchané na starších ľuďoch v systéme starostlivosti*. Ošetrovatelstvo a pôrodná asistancia, 6, 2010, s. 10-12. ISSN 1336-183X.
5. KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2004. s.864. ISBN 80-247-0548-6.
6. KOVAL, Š. 2001. *Týranie starých ľudí*. Košice: Pont s. r. o.2001. s. 148. ISBN 80-967611-2-9. 3.

7. KRISTOVÁ, J. a kol. 2002. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2002. 211 s. ISBN 80-8063-107-7.
8. MATIŠÁKOVÁ, I. 2009. *Špecifická komunikácie so seniormi*. In: Komunikačné a psychoterapeutické prístupy v ošetrovatel'stve : Vedecká konferencia s medzinárodnou účasťou. November 19,2009, Trnava, SR. - Trnava : Trnavská univerzita, 2009. - ISBN 978-80-8082-308-5. s.155-160.
9. MÜHLPACHR, P. 2008. *Základy gerontológie*. Brno : MSD, 2008. 203 s. ISBN: 978-80- 7392-072-2.
10. TOŠNEROVÁ, T. 2002. *Ageismus: prívodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vydání. Praha:
11. Ambulance pro poruchy paměti. 2002. ISBN 80-238-9506-0.
12. GÁLISOVÁ, L. 2012. *Týranie a zanedbávanie starých ľudí*. [Online]. [cit. 2012-08-17]. Dostupné na www.forum.seniorov.sk/Tyranie%20starsich%20ludi.doc

Kontakt:

PhDr. Jana Otrubová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Námestie 1. mája č. 1, 810 00 Bratislava

mobil: 0918 855 581

e-mail: jana.otrubova@gmail.com

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V ZSS AKO FORMA KOMUNITNÉHO OŠETROVATEĽSTVA

Renáta Palacková

ABSTRAKT

Práca sa zameriava na ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb (ZSS) ako jednu z foriem komunitného ošetrovateľstva. Empirickú časť príspevku tvorí prieskum, v ktorom sme skúmali formy poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS. Na základe výsledkov prieskumu, ktorý sa realizoval v 19 ZSS nitrianskeho kraja sme zistili skladbu odborného personálu, kde úlohou bolo zistiť s akými lekárskymi diagnózami sú klienti umiestňovaní v ZSS. Práca sa zaoberá analýzou vedenia zdravotnej dokumentácie, vzdelanostnou úrovňou sestier a zdravotníckeho personálu.

Kľúčové slová: Zariadenia sociálnych služieb, komunitné ošetrovateľstvo, integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Ošetrovateľská starostlivosť v ZSS ako forma komunitného ošetrovateľstva.

Rok 2012 je vyhlásený Európskym rokom aktívneho starnutia a solidarity medzi generáciami. Vzájomná pomoc by mala byť samozrejmosťou na každom úseku starostlivosti o staršie osoby nielen v tomto roku. V záujme spoločného cieľa je potrebné zvyšovať úroveň a kvalitu zdravotnej a sociálnej starostlivosti našich starších a starých občanov, ktorým právom patrí naša úcta, pokora a vďaka. Jej cieľom je zachovať v čo najväčšej možnej miere zdravie starších ľudí a ich schopnosť žiť kvalitný a nezávislý život, čo najdlhšie v prirodzenom prostredí. Záleží aj od zdravotníkov, či človek dožije svoj život s vedomím, že nie je nikomu ľahostajný, a že sa o neho starajú s patričnou úctou, ktorá mu právom patrí. Našou prácou sme sa snažili zistiť úroveň a kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb.

Po vykonaní prieskumu v 19 zariadeniach sociálnych služieb sme zistili, že práca sestry v zariadeniach sociálnych služieb je opodstatnená, nakoľko najväčší počet klientov s ťažkými zdravotnými postihnutiami je umiestňovaných do domovov sociálnych služieb, kde sa im poskytuje odborná ošetrovateľská starostlivosť. Z uvedeného vyplýva, že pre

poskytovanie tejto odbornej ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné neustále vzdelávanie sestier.

Záver

Prieskumom sme chceli poukázať na význam roly sestry v ZSS a poukázať na uplatňovanie platnej legislatívy v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Ako sme zistili, je nevyhnutné zmeniť súčasnú legislatívu s nadväznosťou na úhradu zdravotných výkonov z prostriedkov verejného zdravotníctva. Týmto spôsobom by sa malo zaistiť dostatok finančných prostriedkov na zvýšenie kvality poskytovanej ZS a efektívnejšie finančné ohodnotenie práce sestier. Týmto nevyhnutnými krokmi sa zvýši spoločenský status sestier a dosiahne sa rovnoprávne postavenie sestier v sociálnych službách so sestrami v zdravotníckych zariadeniach.

Kontakt:

Bc. Renáta Palacková
DSS a ZpS
941 43 Dolný Ohaj č. 222j
email: domseniorov@centrum.sk

Spoluautor:

Mgr. Iveta Svetlanská
email: ivetasvetlanska@gmail.com

TEKUTÁ VÝŽIVA DO SONDY A PEG

Tamara Starnovská

ABSTRAKT

Autorka vo svojom príspevku poukazuje na liečebnú výživu podávanú sondou a Pegom, rizikami, spracováva všeobecné problémy pri pripravovaní stravy.

Kľúčové slová: Výživa, stravovanie, sondy, Peg.

Úvod

Motto: Každý starostlivý pozorovateľ chorých bude súhlasiť, že tisícky pacientov **zomrie hladom uprostred hojnosti** a blahobytu pre nedostatok pozornosti venovanej vyhľadaniu spôsobu, ktorý by im umožňoval prijímať potravu.

Florence Nightingale (1820–1910)

Poskytovateľ liečebnej, preventívnej a ošetrovateľskej starostlivosti má povinnosť zaistiť pravidelnú dostupnosť výživy primeranej veku pacientov/klientov, ich kultúrnym a stravovacím zvykom a plánovanej zdravotnej starostlivosti. Tento aspekt starostlivosti vo väčšine zariadení nie je naplnený. Liečebná výživa je neoddeliteľnou súčasťou liečebno-preventívnej a ošetrovateľskej starostlivosti. Významne ovplyvňuje štruktúru liečebného postupu a napomáha k znižovaniu nákladov na medikamentóznou liečbu. Riziká plynúce z nekvalitne poskytnutej liečebnej výživy sú porovnateľné s nekvalifikovane poskytnutou liečbou.

Malnutrícia je stav, kedy organizmus nedostáva také množstvo nutričov, aby naplnili jeho potrebu. Môže k nej dôjsť nedostatočným prívodom, zvýšenou potrebou či kombináciou oboch.

Diéta – je súbor výživových opatrení, ktorých uplatnenie zlepšuje kompenzáciu ochorení, zmierni alebo odstráni ťažkosti pacienta/klienta (napríklad vylúčením zaťažujúcich potravín či ich súčastí). Do tohto súboru patria ako nutričné špecifikácie danej diéty, tak aj vhodné technologické postupy a rozbor surovín s ohľadom na vhodné, nevhodné a za určitých podmienok použiteľné. Súčasťou realizovanej nutričnej

starostlivosti je tiež **pre užívateľov bezpečné a jeho potrebám zodpovedajúce poskytovanie stravy.**

Tekutá výživa ako všeobecný pojem je jednou z variant mechanickej úpravy stravy. Je však nutné si uvedomiť, že bezpečnou a plnohodnotnou stravou je len v jednom prípade a to je situácia, kedy je tekutou stravou materské mlieko a jej konzumentom vlastné dieťa dojčiacej matky. Vo všetkých ostatných situáciách, ktoré vyžadujú tekutú stravu, je potrebné najskôr zhodnotiť skutočné potreby konzumenta a podľa týchto kritérií potom zvažovať optimálnu formu tekutej stravy. Vždy keď ide o podávanie dlhšie než tri dni, vždy, keď je nutričný stav klienta/pacienta nedostatočný, alebo keď sú jeho nutričné nároky zvýšené je jedinou bezpečnou variantou priemyselne vyrobená tekutá výživa a to buď ako doplnková, alebo ako základná (enterálna výživa, sipping).

Pre bezpečnosť podávanej stravy nie sú dôležité iba kritéria hygienickej nezávadnosti. Podávaná strava je bezpečná len v prípade, že zodpovedá nutričnej potrebe a konzumačným možnostiam pacienta/klienta a je súčasne upravená v takej forme, ktorá je esteticky, dávkovaním a množstvom akceptovateľná. Kritériom bezpečnosti podávanej stravy je samozrejme aj bezpečnosť s ohľadom na riziko vzniku zdravotných komplikácií či ťažkostí.

Tekutá strava je z princípu svojej výroby veľmi riziková forma stravovania. Pri jej príprave je značné riziko kontaminácie (mixovanie, cedenie, riedenie, preprava), a pretože ide o tekutinu obsahujúcu živiny, je tiež veľmi riziková pri akomkoľvek poklese teploty pod hygienicky bezpečnú hranicu (stanovuje HaCCP). V takej chvíli sa stáva ideálnym živným roztokom pre množenie baktérií. Pokiaľ u tekutej stravy chceme zaistiť vyššie energetické hodnoty v menšom objeme, je potrebné využívať zložky (najmä tuky), ktoré sú veľmi rizikové pre možnosť vyvolania hnačiek, ale i iných zažívacích ťažkostí (napríklad žlčnkových). Tekutá strava často obsahuje mliečne zložky a to je nevýhodné vo všetkých prípadoch intolerancie laktózy, (ktorá je častá najmä u klientov/ pacientov vo vyššom veku a u všetkých pacientov v ťažšom stave).

Pre každú stravu podávanú v pobytočných zariadeniach, či pri hromadnom stravovaní platia základné pravidlá – dodržanie potrebnej teploty pri servírovaní a podávaní a maximálna doba použiteľnosti po dohotovení, čo sú štyri hodiny. Dohotovením je však samozrejme myslené dokončenie pokrmov pri výrobe, nielen jeho následná mechanická úprava. Dôležité je tiež výsledné množstvo podávanej stravy, pretože nie je

možné vychádzať z bežne pripraveného pokrmu a predstavovať si, že ho proste mechanicky upravíme do tekutej formy. Niektoré jedlá, či potraviny nie je možné do tekutej formy spracovať (paštéta, vyprázaný rezeň, halušky, karfiol) a niektoré je nezmyselné takto spracovávať (napríklad knedle, rožky, chlieb, ...).

Samostatnou kategóriou je mechanicky upravená tekutá strava, najmä pokiaľ je potrebné aby bola dostatočne riedka (čo do ktorejkoľvek sondy a PEG byť musí). Taká strava musí byť veľmi jemne pomletá a veľmi riedka. To znamená, že je potrebné bežne mechanicky upravenú a riedenú tekutú stravu ešte precediť, mnohokrát opakovane. Tým je však jej výsledná nutričná hodnota výrazne nižšia než u stravy klasickej (z dôvodov mechanického spracovania a riedenia), najmä je veľmi znížené množstvo bielkovín, ktoré je potrebné takmer úplne odcediť, aby bolo možné dosiahnuť potrebnú tekutosť a nedochádzalo k zanášaniu sondy.

Ďalej je treba zvážiť, aké dávky je reálne možné klientovi/pacientovi podávať (obvykle medzi 200 a 800 ml ± preplach). Strava, najmä v tekutej forme nemôže byť podávaná bez predchádzajúcej pasterizácie, či sterilizácie v priebehu dlhšej doby (napríklad postupne počas 4-6 hodín). Pretože kuchynsky pripravenú stravu je potrebné podať v relatívne krátkom intervale po uvarení, nie je reálne podať celkový pripravený objem takejto stravy do štyroch hodín po dokončení tepelnej úpravy. Pri minimálnych časových oneskoreniach môžeme predpokladať cca 30 minút na mechanickú úpravu pokrmov, potom cca 15-30 minút na potrebnú tepelnú regeneráciu na bezpečné hodnoty a cca 15 minút na distribúciu ku konzumentovi. Aplikácia ihneď nie je možná – je to problém teploty, je potrebné aby do PEG bola teplota podania zodpovedajúca bezpečiu pacienta/ klienta, teda výrazne menej než 60 stupňov. To je ale teplota, ktorá je požadovaná pri uvarenej strave v dobe podania kvôli hygienickej bezpečnosti. Poklesom teploty na prijateľnú hodnotu však vystavujú pacienta/klienta riziku zdravotných ťažkostí z možnej kontaminácie stravy – nie je nikdy dodaná v takom balení, ktoré by tieto riziká vylúčilo (pokiaľ nie je pasterizovaná). Z vyššie uvedeného vyplýva taktiež fakt, že je možné podať maximálne jednu dávku pred uplynutím doby použiteľnosti – stravu po dodaní môžu použiť maximálne po dobu dvoch hodín a to neumožňuje podanie viac než jednej dávky. V reálnych podmienkach teda obdrží klient/pacient cca 800 ml (niekedy ale aj 1400 ml) tekutej stravy, z tejto dávky je možné spotrebovať maximálne 300 ml a to s mnohými vyššie popísanými rizikami, ostatné je nutné zlikvidovať (a to v súlade so zákonom o odpadoch, nie je možné teda na oddelení jednoducho vyliat' do odpadu).

Nutričné zloženie a energetická hodnota takto pripravenej stravy sú veľmi nevyvážené, zvyčajne úplne nedostatočné pokiaľ ide o základné živiny (bielkoviny, tuky, sacharidy). Pokiaľ ide o vitamíny, väčšinu minerálnych látok a mnohé nevyhnutné nutričné komponenty (ako n-3, n-6 mastné kyseliny, vlákninu a pod.) je takáto strava úplne nedostatočná. Pritom práve pacienti/klienti, ktorým je táto strava podávaná, majú zvýšenú potrebu mnohých z týchto nutričných komponentov (napríklad antioxidanty, zinok, nenasýtené mastné kyseliny...)

Na podklade osobného testovania rôznych variant kuchynsky pripravenej mixovanej stravy môžeme zhrnúť tieto všeobecné problémy:

- nutričná hodnota do 1500 kcal, za podmienky celkového objemu cca 3l denne
- s výrazným rizikom hnačiek či nevoľností (nutné využitie oleja pre doplnenie energetickej hodnoty)
- s nedostatkom bielkovín
- podľa podielu a druhu použitých sacharidov býva problém aj s osmolalitou a tým ovplyvnené hnačky
- absencia ďalších vyššie zmienených zložiek
- celkovo vysokým hygienickým rizikom z kontaminácie počas podávania
- hygienicky úplne neprípustná je akákoľvek manipulácia na oddelení, napríklad ďalšie riedenie
- nikdy nie je možné stanoviť, aké pacient/klient dostane skutočne množstvo energie, dávky základných živín a už vôbec nie minerálnych látok a vitamínov
- nie je možné preto garantovať, že dostáva svoje potrebné adekvátne množstvo živín
- nutričné dávky v jednotlivých dňoch výrazne kolísajú, nie je možné teda predpokladať ani stabilné zloženie v priebehu ďalšieho obdobia podávania

Jediným bezpečným, skladbou živín garantovaným spôsobom tekutej výživy do sond a PEG, ale aj pri dlhšej potrebe tekutej stravy popíjanej, je podávanie farmaceuticky pripravených výrobkov enterálnej výživy. Pri tejto forme tekutej výživy nie sú žiadne z vyššie uvedených rizík. Pri ich použití nielenže vieme bezpečne, koľko akých živín a energie pacient/klient získa, ale dodáme mu aj komplexné zastúpenie potrebných zložiek (vrátane minerálnych látok a vitamínov) vo vzájomne vyváženom pomere. Formy farmaceuticky pripravených výrobkov enterálnej výživy môžeme samozrejme rôzne kombinovať, aby bol príjem živín pre konzumenta optimálny v danej situácii.

Pokiaľ ide o aplikáciu stravy do „čerstvej“ PEG, je to vždy dané štandardom pracoviska, ktoré PEG zavádza. Obvykle je ako prvý podávaný čaj v malých dávkach a cca po 24 hodinách sa začína podávať strava – pochopiteľne dávky veľmi malé a postupne zvyšované podľa tolerancie.

Situáciu s EV a mixovanou stravou by som prirovnala k variante, kedy na liečbu rozsiahleho dekubitu 3. stupňa nepoužijem zodpovedajúci druh krytia, ale zmes prachu, ktorú som si pripravila celkom nesterilným spôsobom s argumentáciou, že je to lacnejšie. V oboch prípadoch by totiž došlo k rovnakému výsledku, stav by sa zhoršil v dôsledku non lege artis použitej metódy. Došlo by k poškodeniu pacienta/klienta a to je dôvodom pre trestné stíhanie.

Pokiaľ ide o ekonomické hodnotenie, cena tekutej stravy, kuchynsky pripravenej sa musí počítať v celkových nákladoch (teda nie len surovinových, ale aj výrobných), pokiaľ chcem porovnávať s hotovým, zakúpeným výrobkom. Z takéhoto porovnania vyjde nutrične nevyvážená a karenčná celodenná strava približne rovnako (podľa aktuálneho jedálneho lístka a nákupných a výrobných nákladov v mieste). Hodnota oboch variant je samozrejme neporovnateľná:

Enterálna klinická výživa	Tekutá kuchynsky pripravená strava
Jasne definovaná a garantovaná energetická hodnota prípravku (napr. u izokalorického prípravku 2000 kcal/2l).	Pri dodržaní hygienických pravidiel a teda podanie vždy len jednej dávky z pripraveného množstva, je možné očakávať energetickú hodnotu za celý deň cca 600-800 kcal, čo je veľmi intenzívna redukčná diéta (cca 600 kcal bola hodnota stravy v koncentračných táboroch).
Jasne definovaný a garantovaný obsah jednotlivých živín (napr. 60-80 g bielkovín/deň v základnej verzii prípravku).	Obsah základných živín je veľmi variabilný, vždy však veľmi karenčný (napr. do 20g bielkovín/deň).
Jasne definované a garantované zloženie živín, vitamínov a minerálnych látok vo vhodnom vzájomnom pomere.	Zanedbateľné až žiadne množstvo minerálnych látok, vitamínov a ďalších zložiek
Hygienická bezpečnosť	Hygienické riziká

Kontakt:

Nutricia s.r.o.

Apollo business center II, budova A

Prievozska 4

821 09 Bratislava

e – mail: informacie@nutricia.com

SATURÁCIA SOCIÁLNYCH POTRIEB U KLIENTOV HOSPICU

Lenka Štefáková

ABSTRAKT

Príspevok približuje problematiku starostlivosti o nevyliciteľne chorých pacientov v rámci hospicovej starostlivosti. Popisuje zdravotnícke zariadenie - hospic, paliatívnu starostlivosť ako aj jej jednotlivé formy. Pozornosť upriamuje na nevyhnutnosť uspokojovania všetkých potrieb, vrátane sociálnych potrieb u nevyliciteľne chorých ľudí. Príspevok tiež približuje úlohy jednotlivých členov multidisciplinárneho tímu, v ktorom každý člen zastáva dôležité miesto pri uspokojovaní potrieb chorého. V závere stručne popisuje výsledky realizovaného prieskumu zameraného na uspokojovanie sociálnych potrieb klientov hospicu.

Kľúčové slová: Hospic. Hospicová starostlivosť. Multidisciplinárny tím. Paliatívna starostlivosť. Potreby. Sociálne potreby.

1 Hospic

Hospic je samostatné zdravotnícke zariadenie paliatívnej starostlivosti, prípadne funkčne integrovaná samostatná časť v rámci nemocnice. Označuje taktiež filozofiu starostlivosti o chorého na konci života, ktorá je zameraná na zvýšenie kvality života nevyliciteľne chorého. Poskytuje sa tu zdravotná starostlivosť tým, ktorí trpia nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou vedúcou k smrti. Hospic nie je len budova, je to prístup k zomierajúcim, prístup, ktorý je komplexný, zohľadňujúci všetky potreby chorého (Krišková a kol., 2006; Svatošová, 2001).

WHO definuje hospicovú starostlivosť: „ako integrovanú formu zdravotnej, sociálnej a psychologickkej starostlivosti poskytovanú klientom všetkých indikačných, diagnostických i vekových skupín, u ktorých je prognózou ošetrojúceho lekára predpokladaná dĺžka života v rozsahu menej než 6 mesiacov“ (Mojtová, 2008).

Hospicová starostlivosť je filozofia holistickej starostlivosti o umierajúceho, ktorý čelí vlastnej smrti a hľadá útočisko. Ide o systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti s cieľom obnoviť dôstojnosť a zmysel osobného naplnenia nevyliciteľne chorého:

- dôraz sa kladie viac na klienta a jeho rodinu, ako na chorobu,

- princípom je holistická filozofia života a umierania,
 - cieľom je zvýšenie kvality života umierajúceho.
- Zásady poskytovania hospicovej starostlivosti:
- prijať blížiacu sa smrť, pričom jej skracovanie ani predlžovanie nie je prípustné,
 - rešpektovanie základných etických princípov a princípu spravodlivosti (dostupnosť paliatívnej a hospicovej starostlivosti všetkým, ktorí ju potrebujú),
 - cieľom je najlepšia možná kvalita života umierajúceho,
 - holistický prístup,
 - starostlivosť vedená tímom, v ktorom má každý člen vymedzené kompetencie (Kasanová, 2009b; Zamboriová, 2008).

Uvedená starostlivosť sa poskytuje v zdravotníckych zariadeniach - v hospicoch. Lôžkové hospice sa vyvinuli do dvoch foriem: ako nezávislé budovy, teda lôžkové hospice a vo forme oddelení pri nemocniciach, ako paliatívne oddelenia. Križanová (2003) tvrdí, že hospice a paliatívne oddelenia sú alternatívne organizačné formy paliatívnej starostlivosti. Riadia sa koncepciou paliatívnej starostlivosti a sú obsahovo rovnocenné.

Nezávislé lôžkové hospice sú malé jednotky s menšou kapacitou lôžok (približne 20 lôžok), starostlivosť je tu poskytovaná 24 hodín denne prostredníctvom multidisciplinárneho tímu. Do hospicu sú prijímaní chorí bez rozdielu na pohlavie, vek, rasu, národnosť, náboženstvo, sociálne postavenie. Hlavným kritériom je zdravotný stav chorého. Chorý musí prichádzať do hospicu dobrovoľne, nikdy nesmie byť k tomu donútený. Návštevné hodiny nie sú v hospici stanovené, to znamená, že trvajú nepretržite. Hospic ponúka možnosť ubytovania rodinných príslušníkov priamo v budove, niektoré izby sú dokonca vybavené aj prístelkou. Domáca atmosféra sa tu prejavuje v priestorovom usporiadaní pripomínajúce útulný byt. Nielen interiér, ale aj okolie hospicu je upravené tak, aby sa klienti cítili ako doma, nie ako v nemocnici. Režim v týchto zariadeniach sa líši od režimu v nemocnici. Pre samotných klientov sú dostupné rôzne pomôcky uľahčujúce každodenný život (polohovateľné postele, antidekubitné podložky, zdviháky, pojazdné vane a iné).

2 Uspokojovanie potrieb nevyliciteľne chorých

Každý z nás má v priebehu svojho života isté potreby. Niektoré z nich sú nevyhnutné pre ľudskú existenciu, kým iné prispievajú k príjemnejšiemu a bohatšiemu

prežívaniu nášho života, teda vytvárajú pocit fyzickej a psychickej pohody. Ľudské potreby sú určené spoločenskými podmienkami života. I keď vývoj potrieb každého jednotlivca závisí od podmienok jeho života, je určovaný spoločenskými vzťahmi a miestom, ktoré jednotlivec zaujíma (Farkašová a kol. 2005; Kadučáková, Kamanová, Moraučíková, 2008).

Dôležité je nezabúdať na to, že ťažko chorý má tiež svoje potreby, ktoré môžeme zaradiť do okruhov a to: biologické, psychologické, sociálne a spirituálne. Ak si ich takto zoradíme, ľahšie si uvedomíme, čo pre chorého môže urobiť lekár, čo môže urobiť zdravotná sestra, sociálny pracovník, či kňaz a v konečnom dôsledku, čo pre seba môže urobiť samotný klient, buď sám alebo s našou pomocou. Práve na samotného chorého nesmieme zabúdať, pretože i on si môže vlastným pričinením svoj údel uľahčiť, alebo naopak sťažiť. Priorita potrieb sa mení nielen v priebehu života, ale aj v priebehu choroby. Na začiatku sú prvoradé potreby biologické, v záverečnej fáze sa často dostáva do popredia potreba spirituálna (Centková, Balogová, 2007).

Faktory brzdiace uspokojovanie potrieb:

- vývinové štádium človeka,
- individualita človeka (osobnosť človeka),
- narušenie medziludských vzťahov (väčšinou k blízkym),
- choroba brániaca pri uspokojovaní potrieb,
- okolnosti, za ktorých vzniká choroba.

Vývinové štádium modifikuje signalizáciu, spôsob uspokojovania potrieb a ich psychickú odozvu. Jednotlivec ľahšie dosiahne naplnenie základných potrieb, pocit istoty a bezpečia, ak splní vývinovú rolu. Trachtová (2004) uvádza, že každý jedinec sa musí počas vývoja naučiť dôverovať ľuďom, pretože táto schopnosť im pomôže ľahšie dosiahnuť napĺňanie pocitu istoty a bezpečia.

Individualita človeka – osobnostné vlastnosti modifikujú potreby, ich vyjadrenie, spôsob uspokojovania a taktiež psychickú odozvu. Určujúcou je typológia človeka, odolnosť voči stresu, záťaži, emocionálna stabilita alebo labilita. Narušená sebakoncepcia jedinca nielenže oslabuje schopnosť uspokojiť základné potreby, ale aj schopnosť uvedomiť si, či vôbec boli alebo neboli uspokojené.

Narušenie medziludských vzťahov taktiež spôsobuje narušenie uspokojovania potrieb. Do týchto vzťahov vstupuje aj zdravotnícky personál, pretože je v kritickom čase

pri pacientovi. Môžu tak pomôcť chorému, aby si uvedomil potreby a navodil zdravý spôsob ich uspokojovania.

Choroba taktiež modifikuje spôsob vyjadrenia potrieb jedinca a možnosti ich uspokojovania. Zdravotnícky personál pomáha pacientom s uspokojovaním fyziologických, psychických a sociálnych potrieb. Psychická odozva na neuspokojenú potrebu výživy je odlišná u pacienta po operácii apendixu a odlišná u pacienta po amputácii dolnej končatiny. Až vtedy, keď sú uspokojené fyziologické potreby, chorý chce uspokojiť potreby vyššej úrovne.

Okolnosti, za ktorých vzniká choroba, ovplyvňujú nielen potreby, ale aj ich psychickú odozvu. To znamená, že chorý človek odlišne vyjadruje a uspokojuje svoje potreby v primárnom prostredí (domácom) a inak v zdravotníckom zariadení. Potrebné je nezabúdať na špecifické situácie, ako napríklad ochorenie matky malého dieťaťa, prípadne ochorenie mimo domova (Farkašová a kol., 2005; Trachtová a kol., 2004).

Rovnako ako sa menia ľudia, tak sa menia aj ich potreby a z toho dôvodu je potrebné zaradiť potreby do priorít:

- chorý spolu s členom zdravotníckeho personálu si musia ujasniť, čo je v danej situácii najdôležitejšie a na základe toho zoradiť potreby do priorít,
- prioritu majú vždy potreby, ktoré vychádzajú zo situácie ohrozujúcej život,
- podľa situácie sa môžu uspokojovať chorému potreby ihneď, alebo po častiach, pričom sa potom postupuje od jednej k ďalšej,
- v prípade, že nie je jednoznačné, ktorá potreba má väčšiu prioritu, je potrebné zvážiť viaceré faktory, napríklad zdravie, názor chorého a podporných osôb,
- spôsob, akým jednotlivec zoraďuje potreby, je ovplyvňovaný kultúrnymi a socioekonomickými pomermi (Farkašová a kol., 2005).

Hospicová starostlivosť poskytovaná či už v domácom prostredí, stacionári alebo v špeciálnom lôžkovom zariadení - hospici, je vždy prínosom pre spoločnosť. Aby to tak naozaj aj bolo, musí ísť o poskytovanie komplexnej starostlivosti, pričom musia byť uspokojované všetky potreby klienta, to znamená, že sa musí realizovať holistický prístup. Ide o komplexnú starostlivosť o klienta, ktorá ho berie ako bio-psycho-sociálnu jednotu. Teda je dôležité nezabúdať okrem biologickej stránky aj na psychickú, duchovnú a sociálnu dimenziu. Komplexná starostlivosť nezahŕňa iba starostlivosť o samotného

klienta, ale aj o jeho príbuzných, ich vzájomné vzťahy, potreby a problémy. Ide o starostlivosť rešpektujúcu potreby tela a zároveň aj mysle a ducha (Mojtová, 2008).

„Uspokojiť všetky potreby umierajúceho a vytvoriť okolo neho atmosféru lásky a pokoja nemôže iba jeden človek. Je potrebná tímová spolupráca zdravotníkov, psychoterapeuta, duchovného, ale i chorého a jeho rodiny a priateľov“ (Hudáková, 2008, s. 42).

3 Uspokojovanie sociálnych potrieb

Keďže je človek spoločenská bytosť, potrebuje ľudský kontakt a rovnako ako nežije izolovane, nechce ani izolovane trpieť či dokonca umierať (Lukacková, 2012).

Uspokojovanie sociálnych potrieb sa zameriava hlavne na:

- minimalizáciu sociálnej izolácie - je to umožnené neobmedzenými návštevými hodinami,
- účinnú komunikáciu s klientom, zabezpečenie sociálnych kontaktov,
- riešenie problémov súvisiacich so stratou zamestnania, starostlivosť pri doliečovaní a možnosti ďalšej seberealizácie (Farkašová a kol., 2005).

Významnú úlohu u umierajúcich zohráva hlavne rodina, priatelia a podporné osoby. Ak si rodina želá podieľať sa na terminálnej ošetrovateľskej starostlivosti, treba jej to umožniť. V prípade potreby ich treba usmerniť, poradiť, čo konkrétne môžu urobiť pre svojho chorého príbuzného. Veľmi dôležité je, aby bola rodina nablízku, keď to bude umierajúci potrebovať. Chorí väčšinou majú záujem o návštevy, ale nie o všetky a nie vždy. Vzhľadom k tomu má umierajúci právo usmerňovať svoje návštevy a toto právo by mal každý rešpektovať. Okrem sociálnych kontaktov, ktoré sú klientovi zabezpečované, je nevyhnutné, aby bola chorému poskytovaná aj sociálna podpora, ktorá pomáha klientovi napĺňať svoje sociálne potreby. Sociálnu podporu je možné zvýšiť aj prostredníctvom podporných skupín zahŕňajúcich emocionálnu podporu, informácie o ochorení, nácvik schopností, ako zvládať ochorenie, zvládanie bolesti prípadne invalidity. Práve sociálna podpora môže priaznivo pôsobiť na fyzické zdravie klienta, pretože stimuluje imunitu a naopak neprítomnosť sociálnej podpory je opäť ďalším stresorom pre chorého (Lukacková, 2012).

Na uspokojovaní sociálnych potrieb sa podieľajú lekári, zdravotné sestry, ošetrovatelia, sociálny pracovník, psychológ, psychiater, rodina, priatelia a kamaráti,

dobrovoľníci a taktiež duchovný. Výsledky výskumu, ktorý sme realizovali nám ukázali, že v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíne sa na uspokojovaní týchto potrieb priamo podieľajú najmä: rodina, priatelia, kňaz, dobrovoľníci a zdravotné sestry. Sociálny pracovník sa podieľa skôr nepriamo na uspokojovaní sociálnych potrieb, to znamená, že väčšinou zabezpečuje ich uspokojovanie. Veľkú časť práce sociálneho pracovníka v tomto hospici tvorí hlavne administratívna práca a práca s rodinou klientov (Červeňová, 2012).

Centková, Balogová (2007) uvádzajú, že sociálny pracovník je spojkou medzi umierajúcim, jeho rodinou, zamestnávateľom a odborníkmi. Všetkým pomáha prekonať komunikačné bariéry, riešiť problémy, poprípade vzniknuté konflikty, pomáha jednotlivcom vyrovnávať sa s meniacou sa situáciou. Taktiež zaisťuje spirituálnu starostlivosť, uspokojovanie jeho duchovných potrieb a v prípade záujmu klienta zaisťuje realizáciu aktivít podľa jeho výberu.

Výsledky výskumu nám taktiež potvrdili vysokú mieru uspokojovania sociálnych potrieb klientov daného hospicu. Dokázalo sa, že uspokojovanie nielen sociálnych potrieb závisí od zdravotného stavu klientov, ale aj od fázy umierania, ktorou práve prechádzajú. Preto je veľmi dôležité rešpektovať prania klienta a brať na vedomie jeho aktuálne potreby.

4 Multidisciplinárny tím

Na zabezpečovaní saturácie klientových potrieb sa podieľa multidisciplinárny tím. Multidisciplinárny tím tvoria: riaditeľ hospicu, hospicoví lekári, hospicové sestry, ošetrovatelia, hospicoví sociálni pracovníci, psychológ, duchovný, dobrovoľní hospicoví pracovníci, koordinátor pre zaškoľovanie dobrovoľníkov v hospici, ďalší špecialisti podľa potrieb chorého a možnosti hospicu.

Každý člen multidisciplinárneho tímu plní svoje špecifické poslanie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a ich úlohou je pristupovať k umierajúcemu ako k človeku, nie ako k objektu starostlivosti. Práca v hospici si vyžaduje od lekárov, sestier a ostatných pracovníkov vysokú odbornosť, samostatnosť, fyzickú i psychickú odolnosť, empatiu i toleranciu. Sestry a ošetrojúci personál sú s chorým i jeho rodinou v úzkom kontakte po celú dobu pobytu a tiež pri jeho odchode zo sveta. Napriek tomu, že je to práca veľmi náročná, prináša istú mieru uspokojenia, mnoho nových podnetov, motivuje k pokračovaniu v práci a zlepšovaniu kvality poskytovanej starostlivosti. Od hospicových

pracovníkov sa vyžaduje odborné doškoľovanie v hospicovej problematike a sledovanie vlastnej duševnej stability pri tejto službe (Kasanová, 2009c).

K tomu, aby činnosť multidisciplinárneho tímu bola úspešná, je potrebné vybrať vhodných členov. Do tímovej spolupráce sú zahrnutí aj samotní klienti a ich príbuzní. Vzťahy v tíme sú nedirektívne, pričom do popredia vystupuje ľudská stránka pracovníkov. Voči klientovi a jeho rodine tím uplatňuje nedirektívny prístup, čo znamená, že pranie klienta je prvoradé a partnerský vzťah je zárukou dobrej spolupráce.

Jednotlivci, ktorí sa chcú starať o ťažko chorých a umierajúcich, musia mať na pamäti nasledovné princípy:

- *„Kto chce umierajúcich opatrovať, musí zaujať postoj k sebe samému.*
- *Starostlivosť o umierajúcich vyžaduje postoj k vlastnej smrti.*
- *Kto opatruje umierajúcich, musí byť úprimný.*
- *Kto chce umierajúcim pomáhať, musí byť pravdovravný.*
- *Kto chce opatrovať umierajúcich, musí byť pripravený brať druhých takých, akí sú a zriecť sa akéhokoľvek hodnotenia“ (Magurová, Longauerová, Wiczmandyova, 2007, s.7).*

Medzi hlavné výhody multidisciplinárneho tímu zaradujeme:

- komplexnú a vysoko profesionálnu starostlivosť,
- holistické poňatie klienta,
- kolektívnu prácu,
- spoločný cieľ zameraný na klienta.

Úlohy členov multidisciplinárneho tímu

„Je veľmi dôležité, aby lekári, sestry, zdravotnícky personál zvládali nielen techniku, ale aj etiku starostlivosti o zomierajúcich pacientov. To kladie vyššie nároky na ich osobnostné vybavenie, ich charakterové vlastnosti, charakter, schopnosť vcítania sa, zodpovednosť“ (Proněková, 2009).

Hospicový lekár

Je významnou osobou v živote klienta, musí byť informovaný o všetkých problémoch a zmenách stavu chorého. Základnými úlohami lekára sú:

- rozhoduje o tom, či chorý spĺňa indikácie pre prijatie do hospicu,

- indikuje hospicovú starostlivosť u klientov, kde sa predpokladá prognóza života na menej ako 6 mesiacov,
- zabezpečuje priebežné kontroly klienta,
- sleduje úroveň poskytovanej komplexnej starostlivosti,
- hodnotí potrebu liečby, robí ordináciu a stratégiu analgézie,
- poskytuje medicínsku kontrolu bolestí a symptómov,
- sleduje, či stav klienta i naďalej zodpovedá indikácii starostlivosti formou hospicu, zodpovedá za stanovenie smrti klienta (Magurová, Longauerová, Wiczmandyova, 2007).

Hospicová sestra

Práca sestry v zariadení paliatívnej starostlivosti alebo hospici je veľmi náročná, z profesionálneho hľadiska ide o najnáročnejšiu prácu sestry po stránke fyzickej, psychickej, etickej, sociálnej, duchovnej i manažérskej. Hospicová sestra musí byť ucelená bytosť, ktorá je vysporiadaná sama so sebou, citovo vyrovnaná, empatická, komunikatívna, vľúdna, schopná samostatne pracovať. Poslaním práce hospicovej sestry je doprevádzanie, ktoré vychádza z uvedomenia si, že ide o posledný úsek života pacienta, vysporiadanie sa so životom a smrťou, zmierenie, poďakovanie, rozlúčka s blízkymi. I keď je kľúčovou osobou v tíme, nemá väčšiu právomoc ako ostatní jeho členovia. Medzi základné úlohy hospicovej sestry patria:

- vykonáva komplexné vyšetrenie bio-psycho-sociálneho stavu chorého z ošetrovateľského hľadiska,
- pripravuje individuálny plán starostlivosti,
- spolupracuje s ostatnými členmi tímu,
- sleduje psychosomatické symptómy sprevádzajúce bolesť, aplikuje analgéziu podľa ordinácie,
- sleduje, zaisťuje diétny a pitný režim chorého,
- stanovuje stupeň inkontinencie klienta,
- zabezpečuje prevenciu dekubitov, ošetruje ich, polohuje klienta,
- zaisťuje klientovi pomôcky pre lepší komfort,
- edukuje rodinu, príbuzných (o starostlivosti o umierajúcich, problematike umierania, smrti),
- je psychickou, duchovnou oporou pre umierajúceho i jeho rodinu,

- musí mať komunikačné zručnosti (vedieť viesť rozhovor, ovládať verbálnu i neverbálnu komunikáciu, aktívne počúvať, vypočuť).

V niektorých hospicioch pracujú aj asistenti sestry. Ich úlohou je pomáhať pri ošetrovateľských činnostiach, vykonávať základnú starostlivosť pri uspokojovaní potrieb klienta. Rolu, ktorú sestra vykonáva je i rola sociálneho pracovníka a to vtedy ak v danom zariadení nie je zamestnaný sociálny pracovník. Sestra v niektorých prípadoch zastupuje aj rolu psychológa, čo znamená, že musí mať vedomosti aj z odboru psychológie, musí poznať niektoré psychoterapeutické a relaxačné techniky. Využíva emocionálnu psychoterapiu (rozhovor o klientových ťažkostiach s ochotou počúvať), rozhovor podľa Rogersa (ide o vypočutie klienta; sestra povzbudzuje klienta, aby sa vyrozprával), alebo logoterapiu podľa Frankla (vedie klienta k životnému zmyslu; snaha dostať na vedomú úroveň psychiky to, v čo verí) (Proněková, 2009; Magurová, Longauerová, Wiczmandyova, 2007).

Duchovný

Medzi členmi multidisciplinárneho tímu nie je súperom, ale spolupracovníkom. Nie je tu len pre veriacich, ale pre všetkých klientov. Jeho práca je zameraná na samotného klienta, rodinu, blízkych, personál hospicu a tiež na inštitúciu. Úlohy duchovného:

- vníma duchovné potreby klienta,
- počúva, podnecuje klienta k prehodnoteniu svojho života,
- pomáha vyrovnať sa s ľútosťou pri hľadaní zmyslu života,
- vykonáva pastoračnú starostlivosť (prichádza ku klientovi a vedie s ním pastorálny rozhovor),
- uspokojuje spirituálne potreby,
- sprevádza rodinu pri smútku a strate blízkeho,
- spolupracuje s personálom,
- povzbudzuje lekára, sestry, ponúka im osobné rozhovory,
- vysluhuje sviatosti, bohoslužby (Magurová, Longauerová, Wiczmandyova, 2007, Prášilová, Heninová, 2005).

Do hospicu prichádza kňaz raz do týždňa, ak je to potrebné aj častejšie. V sobotu poobede sa v ekumenickej miestnosti vysluhuje svätá omša, na ktorej sa zúčastňujú nielen

chodiaci klienti, ale aj klienti na polohovateľných posteliach. Kňaz vysluhuje aj sviatosti, často vedie rozhovory s chorými, modlí sa s nimi.

Dobrovoľník

O dobrovoľníctve sa na Slovensku začalo viac hovoriť až po roku 1989 a čím ďalej, tým viac sa u nás tento pojem udomácňuje. Zapájanie sa občanov do dobrovoľníckych aktivít má vo vyspelých demokratických krajinách svoju tradíciu a je i každodennou praxou (Mydlíková, 2002). Staršie generácie vnímajú pojem dobrovoľník väčšinou negatívne pravdepodobne po skúsenostiach z čias reálneho socializmu. Ľudia produktívneho veku pokladajú často dobrovoľníka za čudáka, ktorý je ochotný v dnešnej nie ľahkej ekonomickej situácii robiť niečo zadarmo. Existuje mnoho definícií pojmu dobrovoľník, napríklad: „dobrovoľník je človek, ktorý venuje svoj čas, námahu, svoje zručnosti a vedomosti pomoci iným, bez nároku na finančnú odmenu“ (Čejková, 2005, s. 82). Tošner, Sozanská (2006) vo svojej publikácii uvádzajú nasledovnú definíciu: „Dobrovoľník je človek, ktorý bez nároku na finančnú odmenu poskytuje svoj čas, svoju energiu, vedomosti a zručnosti v prospech ostatných ľudí či spoločnosti.“

Vekové zloženie dobrovoľníkov pre Západnú Európu je od 34 do 50 rokov. Na Slovensku je veková hranica odlišná, väčšina dobrovoľníkov má od 16 do 30 rokov. Každá veková kategória má svoje pozitíva i negatíva. Spoločné črty dobrovoľníkov sú ako uvádza Mydlíková (2002) ochota pomôcť, venovať svoj čas, altruizmus, empatia, komunikatívnosť, potreba seberealizácie.

Matoušek (2003) tvrdí, že dobrovoľníkmi sa najčastejšie stávajú:

- študenti, najmä tí, ktorí sa pripravujú na pomáhajúce profesie,
- nezamestnaní ľudia, ktorí chcú byť nejakou užitoční,
- ženy starajúce sa o rodinu a deti, ktoré ešte nechcú nastúpiť do práce a chcú sa spoločensky uplatniť mimo domu,
- ľudia v dôchodkovom veku, ktorí sa cítia málo užitoční,
- ľudia, ktorí vnímajú svoju prácu ako jednostrannú a nie sú pri nej v kontakte s inými ľuďmi, čo im chýba.

Rozlišujeme tri typy motivácie pre dobrovoľnícku prácu: konvenčná motivácia (človeka k tejto práci vedú isté morálne normy; dobrovoľníkmi s konvenčnou motiváciou sú najčastejšie veriaci a starší ľudia), recipročná motivácia (človek hľadá v dobrovoľníckej práci prvky, ktoré sú užitočné pre neho samého - získavanie nových skúseností, uplatnenie

svojich zručností, nové kontakty; väčšinou ide o mladých ľudí s ateistickým svetonázorom) a nerozvinutá motivácia (pre človeka je dôležitá dôvera v organizáciu, pre ktorú pracuje a presvedčenie o zmysluplnosti danej práce; ide o vysokoškolákov a ľudí strednej a staršej vekovej kategórie) (Čejková, 2005).

Ak hovoríme o dobrovoľníkoch v paliatívnej starostlivosti, väčšinou si predstavíme osobu, ktorá sedí pri lôžku zomierajúceho a sprevádza ho určitou fázou jeho života (ide o tzv. sprevádzaciu službu).

Avšak dobrovoľnícka práca v paliatívnej starostlivosti zahŕňa aj mnoho iných činností:

- získavanie finančných prostriedkov pre činnosť organizácie,
- poskytovanie odborných rád (právných, ekonomických, sociálnych),
- vytváranie a spravovanie webových stránok,
- rôzna pomoc v administratíve,
- práca vo výboroch a správnych radách,
- transport klientov,
- organizovanie rekreačných aktivít pre členov organizácie, pre dobrovoľníkov a klientov a iné (Čejková, 2005).

Sociálny pracovník

Svoju činnosť nesústreďuje iba na klienta, ale aj na jeho rodinu. Pomáha im pri riešení osobných i sociálnych problémov, ktoré súvisia s chorobou a blížiacou sa smrťou, taktiež je pre nich psychickou oporou.

Úlohy sociálneho pracovníka v hospíci sú nasledovné:

- zisťuje sociálnu situáciu umierajúceho, pripravuje a realizuje individuálny plán sociálnej pomoci,
- formuluje potreby klienta, rodiny, definuje sociálnu diagnostiku, realizuje sociálnu starostlivosť,
- v prípade záujmu zabezpečuje pre klienta a jeho rodinu spirituálnu starostlivosť,
- vybavuje náhradné finančné zdroje,
- zabezpečuje akékoľvek služby a starostlivosť, ktorá sa týka podpory rodiny pred smrťou klienta a po jeho smrti približne jeden rok (ak rodina neustále trpí) (Magurová, Longauerová, Wiczmandyova, 2007).

Starostlivosť o umierajúceho a jeho rodinu

Človek, ktorý sa dozvie o nevyliciteľnej chorobe, ktorá spôsobuje jeho postupné zomieranie, psychicky umiera oveľa skôr ako fyzicky. Hospicový lekár spolu so zdravotníckym personálom sa starajú o zmiernenie príznakov choroby (bolesť, nauzea, problémy s dýchaním, vylučovaním a pod.). Keďže choroba mení aj psychiku chorého, môže dôjsť k narušeniu vzťahov medzi klientom a jeho rodinou, priateľmi. Toto poznanie je potrebné k pochopeniu, že o chorého sa treba začať starať skôr, aby nedošlo k sociálnej smrti. Pod pojmom sociálna smrť sa rozumie „stav, kedy človek síce žije, ale je neodvratne vzdialený od sociálnych a interpersonálnych vzťahov“ (<http://www.hospice.sk>). Najčastejšie sa prejavuje nezáujmom o spoločenské dianie, o komunikáciu s blízkymi. Dôležité je nedopustiť, aby došlo k tomu, že človek zomrie skôr psychicky a sociálne, ako fyzicky. Preto je nevyhnutná blízkosť rodiny a priateľov, ktorí klienta poznajú oveľa lepšie a môžu mu poskytnúť emočnú podporu.

Počas choroby klienta príbuzní a jeho priatelia zohrávajú dôležitú úlohu a ich správanie má vplyv na to, ako reaguje sám klient na svoju chorobu. V hospicoch teda nejde iba o sprevádzanie umierajúceho, ale aj jeho rodiny, ktorá trpí spolu s ním a taktiež prechádza jednotlivými fázami vyrovnávania sa so smrťou. Podľa E.K.Rossovej (In Levická, Mrázová, 2004) ide o nasledovné fázy: 1.šok, popieranie, 2.hnev, 3.vyjednávanie, 4.zúfalstvo, depresia, 5.zmierenie sa so smrťou. Rodina hospicového klienta sa súčasne ocitá v dvoch roliach:

- je klientom hospicu, pretože trpí spolu s chorým,
- je nezastupiteľným členom multidisciplinárneho tímu.

Na to, aby rodina zvládla tieto role, je potrebné poskytovať rodine potrebnú starostlivosť, správne ju viesť, podporovať a pomáhať jej, vysvetliť jednotlivé fázy zomierania, ktorými prechádza ich chorý príbuzný. Tak pochopia jeho správanie, budú schopní mu pomôcť a nedopustia sa zbytočných chýb. Rodina sa mnohokrát bojí pohľadu na umierajúceho a prežíva okrem smútku aj vnútornú tenziu a pocity viny z nevyriešených problémov, vzťahov, či udalostí. Úlohou sociálneho pracovníka je poskytovať citovú oporu, povzbudzovať príbuzných k tomu, aby sa snažili porozumieť svoju blízkemu, tým, že sa pokúsia predstaviť si ako sa cíti, ako myslí, čo prežíva. Veľmi dôležité je upozorniť rodinu na nutnosť pomôcť umierajúcemu pri bilancovaní života, pomôcť mu vyjasniť si

problémové vzťahy v rodine, vzájomne si odpustiť, zmieriť sa. Ak sa to umierajúcemu a príbuzným podarí, umožní im to prežiť pekné a hodnotné rozlúčenie.

Dôležité je, aby rodina nebránila umierajúcemu odpútať sa a pokojne zomrieť. V praxi sa však stáva, že sám klient sa nachádza v poslednej fáze umierania, teda je zmierený s vlastnou smrťou, ale jeho príbuzní sú vo fáze popierania, negácie, čím komplikujú odchod umierajúceho. V takýchto prípadoch častokrát klient nezomiera v prítomnosti rodiny, ale v prítomnosti zdravotníckeho personálu (Levická, Mrázová, 2004; Mojtová, 2008).

Starostlivosť o pozostalých

Neoddeliteľnou súčasťou práce sociálneho pracovníka je starostlivosť o rodinu aj po úmrtí klienta. V tomto období je potrebné venovať pozornosť aktu rozlúčenia sa. Rodina má možnosť fyzicky sa rozlúčiť so svojim zomrelým v miestnosti posledného rozlúčenia, takouto miestnosťou je vybavený každý hospic. V akútnej fáze žiaľu sa niekedy príbuzní potrebujú vyrozprávať, preto by tu mal byť niekto, kto dokáže prejavíť porozumenie a empatiu, či už je to lekár, sestra, sociálny pracovník alebo kňaz (Levická, Mrázová, 2004).

Smútok je prirodzená subjektívna emocionálna odpoveď na stratu a je nevyhnutný pre dobré duševné i fyzické zdravie. Aj napriek tomu, že môže mať negatívne účinky, väčšina ľudí smútok časom prekoná a psychický stres sa postupne vytratí. Dôležité je, aby sociálny pracovník odhalil, ktorí členovia rodiny majú problém vyrovať sa so smrťou blízkej osoby a tak sú ohrození negatívnymi dôsledkami. Na základe tohto poznania udržiava kontakt s rodinou. Kontakt môže byť prostredníctvom korešpondencie, udržuje sa rôzne dlho podľa odozvy rodiny. Alebo ide o osobný kontakt, to znamená, že príbuzní sa prídu osobne porozprávať do hospicu (s lekárom alebo sociálnym pracovníkom, kňazom), prichádzajú na spomienkové akcie, napríklad na „slávnostný zápis do knihy živých“, kde si spomínajú na svojich drahých zosnulých, navzájom sa povzbudzujú a podporujú (Levická, Mrázová, 2004; O'Connor, Aranda, 2005).

Saturácia sociálnych potrieb v hospici - výsledky prieskumu

V roku 2012 sme dokončili realizáciu prieskumu, ktorým sme zisťovali, aké sociálne potreby majú nevyliciteľne chorí v hospici, ktoré z týchto sociálnych potrieb sú

uspokojované v hospici, v akej miere a možnosti uspokojovania sociálnych potrieb klientov.

Čo sa týka výsledkov, klienti majú záujem najmä o nasledovné sociálne potreby: potreba niekam patriť, kontakt s rodinou a kamarátmi, návštevy, potreba komunikácie a rozhovorov, potreba interakcie, informovanosť o zdravotnom stave, informovanosť o dianí vo svete, potreba súkromia, sprevádzanie.

Po vyhodnotení všetkých odpovedí, ktoré sme položili na zistenie informácií o uspokojovaní sociálnych potrieb a miery ich uspokojovania môžeme konštatovať, že všetky sociálne potreby, o ktoré majú klienti záujem, sú aj uspokojované z ich subjektívneho pohľadu. Keďže i sociálne potreby sa menia a ich uspokojovanie závisí od zdravotného stavu klienta i od toho, v akej fáze umierania sa nachádza, je toto uspokojovanie rešpektované.

Čo sa týka miery uspokojovania sociálnych potrieb, po zhrnutí odpovedí klientov uvádzame, že klienti sú vo veľkej miere spokojní s ich uspokojovaním. Sociálne potreby v hospici sa uspokojujú v čo najvyššej možnej miere, to znamená, že lekári, zdravotnícky personál, dobrovoľníci i rodinní príslušníci sa snažia, aby sa klienti cítili čo najlepšie a aby poslednú etapu svojho života prežili, čo najplnohodnotnejšie.

Z odpovedí, ktoré sme dostali od klientov môžeme konštatovať, že na uspokojovaní sociálnych potrieb sa podieľajú najčastejšie podľa názoru klientov: rodina, priatelia, kňaz, dobrovoľníci a zdravotné sestry.

Klienti sú so zdravotným personálom veľmi spokojní, najmä so starostlivosťou o pitný režim a za prístup, s akým pristupujú ku klientom.

Prostredie a využívanie voľného času bolo klientmi hodnotené kladne. Klientom sa páči prostredie pretože na nich pôsobí skoro ako domáce. Viacerí klienti hodnotia pozitívne možnosti využitia svojho času. Môžu si vybrať ako ho budú tráviť. Keď sú unavení, alebo sa necítia dobre, môžu si oddýchnuť, pospať si, môžu požiadať, aby k nim vtedy dobrovoľníci neprišli. A naopak, klientom je umožnené aktívne využívať svoj čas.

Po zhrnutí a následnom zhodnotení realizovaného prieskumu je možné konštatovať, že klientom hospicu sú uspokojované všetky sociálne potreby, o ktoré majú chorí záujem, pričom sa rešpektuje sloboda klientov a berie sa do úvahy zdravotný stav klientov a fáza umierania, v ktorej sa momentálne nachádzajú.

Sociálne potreby sa uspokojujú aj prostredníctvom dobrovoľníkov, čím sa dosahuje minimalizovanie sociálnej izolácie hlavne u klientov, o ktorých sa rodina nezaujíma alebo rodinu nemajú. Tieto výsledky ukazujú to, že sa všetci zainteresovaní, teda celý multidisciplinárny tím snaží o to, aby umierajúci prežívali pokojné, radostné a plnohodnotné posledné chvíle svojho života.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- CENTKOVÁ, M., BALOGOVÁ, B. 2007. *Filozofia sociálnej starostlivosti o terminálne chorých*. 1.vyd. Prešov : Akcent Print, 2007. 167 s. ISBN 978-80-89295-01-2.
- ČEJKOVÁ, M. 2005. *Dobrovoľníci v paliatívnej starostlivosti*. In *Zborník príspevkov z 3.Ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti*. Bratislava : Oto Németh, 2005. 348 s. ISBN 80-88949-84-X.
- ČERVEŇOVÁ, M. 2012. *Uspokojovanie sociálnych potrieb u klientov v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíne*. Diplomová práca. PF KU v Ružomberku.
- FARKAŠOVÁ, D. a kol. 2005. *Ošetrovatelstvo- teória*. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- HATOKOVÁ, M. a kol. 2009. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Dobrovoľníctvo v nemocniciach a paliatívnych zariadeniach*. Bratislava : DON BOSCO, 2009. 215 s. ISBN 978-80-8074-095-5.
- HENINOVÁ, L., PRÁŠILOVÁ, M. 2005. *Prečo je výhodné mať duchovného v zariadení?* In *Zborník príspevkov z 3. Ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti*. Bratislava : Oto Németh, 2005. 348 s. ISBN 80-88949-84-X.
- HUDÁKOVÁ, Z. 2008. *Sprevádzanie pozostalých*. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2008, roč. VII, č.3-4, s.42.
- INTERNÝ MATERIÁL 1: *Prevádzkový poriadok strediska Hospic Milosrdných sestier*. schválil: Chlebana V., 2006.
- INTERNÝ MATERIÁL 2: *Školenie dobrovoľníkov v Hospici Milosrdných sestier v Trenčíne*. schválil: Chlebana V., 2006.
- INTERNÝ MATERIÁL 3: *Pracovná náplň sociálnej sestry*. schválil: Chlebana V., 2006.
- KADUČÁKOVÁ, H., KAMANOVÁ, I., MORAUČÍKOVÁ, E. 2008. *Zdravotná a sociálna starostlivosť o človeka*. Ružomberok : Katolícka univerzita v Ružomberku, Edičné stredisko Pedagogickej fakulty, 2008. 159 s. ISBN 978-80-8084-369-4.

- KASANOVÁ, A. 2009b. *Až za hranice života II. diel. Hospicová a paliatívna starostlivosť b kontexte zdravotného a sociálneho systému*. 2.vyd. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva. 2009. 82 s. ISBN 978-80-8094-526-8.
- KASANOVÁ, A. 2009c. *Až za hranice života III.diel. Starostlivosť o zomierajúcich*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre. Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva, 2009, 98 s. ISBN 978-80-8094-527-5.
- KRIŠKOVÁ, A. a kol. 2006. *Ošetrovateľské techniky- metodika sesterských činností*. 2.vyd. Martin : Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-202-2.
- KRIŽANOVÁ, K. 2003. Predchádzať utrpeniu a zmierňovať ho: Asociácia hospicovej a paliatívnej starostlivosti po novom. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477, 2003, roč. 8, č. 39, s. 4.
- LEVICKÁ, J., MRÁZOVÁ, A. 2004. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava : SAP, 2004. 124 s. ISBN 80-89104-35-5.
- LUKACKOVÁ, V. Osobnosť a potreby paliatívneho pacienta. [www.florence.cz]. [citované 20.2. 2012].
- MAGUROVÁ, D., LONGAUEROVÁ, A., WICZMÁNDYOVÁ, D. 2007. Rola členov multidisciplinárneho tímu v rámci hospicovej starostlivosti. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*. ISSN 1336-9326, 2007, roč. 2, č. 1, s. 5-7.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha : Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MOJTOVÁ, M. 2008. *Sociálna práva v zdravotníctve*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2008. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0.
- MYDLÍKOVÁ, E. a kol. 2002. *Dobrovoľníctvo na Slovensku alebo „čo si počať s dobrovoľníkom“*. Bratislava : ASSP, 2002. 55 s. ISBN 80-968713-0-7.
- O`CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. *Paliatívni péče. Pro sestry všech oborů*.1.vyd. Praha : Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- PRONĚKOVÁ, M. 2009. Úvod do hospicovej problematiky a odporúčania pre prax z pohľadu zdravotnej sestry. In: [www.prohuman.sk]. [citované 10.2.2012]. Dostupné z: www.prohuman.sk.
- SVATOŠOVÁ, M. 2001. *Hospic umenie sprevádzať*. Bratislava : Lúč, 2001. 157 s. ISBN 80-7114-335-9.

TOŠNER, J., SOZANSKÁ, O. 2006. *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizáciách*. 2.vyd. Praha : Portál, 2006. 152 s. ISBN 80-7367-178-6.

TRACHTOVÁ, E. a kol. 2004. *Potrěby nemocného v ošetrovateľskom procese*. 2. vyd. Brno : NCO NZO, 2004. 186 S. ISBN 80-7013-324-4.

ZAMBORIOVÁ, M. 2008. *Podpora hospicovej starostlivosti v interakcii s verejnosťou*. In *Povolania v hospicovej starostlivosti. Vedecké a odborné príspevky z II. medzinárodnej konferencie pracovníkov v hospicovej starostlivosti*. Martin : Hospice o.z., 2008. 131 s. ISBN 978-80-970088-1-9.

Kontakt na autora

PhDr. Lenka Štefáková, PhD.

Katedra sociálnej práce,

PF KU v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, Ružomberok

e-mail: lenka.stefakova@ku.sk

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O KLIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU V ZSS

Eva Toldiová

ABSTRAKT

Alzheimerova choroba (ACH) je chronické progresívne neurodegeneratívne ochorenie, pri ktorom dochádza v mozgu k zániku neurónov, čo sa v klinickom obraze prejavuje syndrómom demencie (kognitívne a behaviorálne poruchy, zlyhávanie v bežných denných činnostiach).

Kľúčové slová: Alzheimerova choroba, klinický obraz, diagnostika, sesterská dg.

Úvod

Rozpoznanie ACH od príznakov fyziologického starnutia zo začiatku nemusí byť jednoduché, pretože obdobiu, keď sa choroba prejaví naplno predchádza tzv. preklinické štádium, v ktorom dochádza k využívaniu mozgovej rezervy, kedy sú ešte zachované normálne funkcie. S postupom chorobného procesu však dochádza k vyčerpaniu rezerv a objavujú sa prvé kognitívne poruchy, hlavne poruchy epizodickej pamäti, s charakteristickým zabúdaním každodenných udalostí.

Počiatkové štádium trvá asi 1-4 roky od začiatku ochorenia. Prejavuje sa hlavne poruchou schopnosti učiť sa nové informácie, staropamäť je relatívne zachovaná. Chorý zabúda a stráca predmety, zabúda telefónne čísla, pri nákupe si nevie spomenúť čo chcel kúpiť a pod. Má problémy s pozorovaním, vštepovaním a vybavovaním si nedávnych udalostí a bežných informácií. Zabúda mená osôb, nevie si spomenúť na správny výraz, hľadá slová, narúša sa plynulosť reči. Môžu sa objaviť prvé poruchy orientácie v mieste aj čase. Pamäť a pozornosť sa postupne zhoršujú, oslabuje sa aj abstraktné a logické myslenie, čo sa pomaly prejavuje aj na bežných denných činnostiach. Môžu sa objaviť aj známky depresie a ojedinele poruchy myslenia, bludy.

Stredné štádium trvá 2-10 rokov od začiatku ochorenia. Vyznačuje sa už závažnými poruchami pamäti. Ešte sú zachované hlboko vštepené a dobre známe obsahy staropamäti, avšak nové informácie sa dajú vštepiť len výnimočne a aj to len na krátku dobu. Pacient je dezorientovaný, stráca sa aj v známom prostredí, nevie si spomenúť na svoju adresu, na mená známych V tomto štádiu sú výrazné poruchy pamäti, poruchy úsudku, výrazné

poruchy časovej a priestorovej orientácie. Vyskytujú sa afektívne poruchy, poruchy spánku, myslenia a vnímania a iné. Môžu byť prítomné prejavy agresivity. Poruchy správania v tomto štádiu môžu byť už výrazné a začínajú predstavovať záťaž pre rodinných opatrovateľov. Objavujú sa poruchy reči a praktických zručností. Pacienti už zväčša strácajú sebestačnosť a sú odkázaní na pomoc.

Posledné štádium trvá 7-14 rokov od začiatku ochorenia. Vyznačuje sa takmer úplnou stratou pamäti a neschopnosťou vštiepiť si nové informácie. Chorí si vybavujú iba nesúvislé útržky predtým získaných informácií. Nepoznávajú blízke osoby, sú úplne odkázaní na pomoc druhej osoby v otázkach základnej sebaobsluhy, môže sa objaviť už aj inkontinencia. **V terminálnom štádiu** sú chorí už úplne nesebestační, imobilní a inkontinentní. Imobilizácii predchádzajú poruchy chôdze, pády, poruchy koordinácie. Pacienti napokon umierajú na pridružené choroby (najčastejšie pneumónie, sepsy z dekubitov alebo urosepsy, kardiálnu dekompenzáciu, dehydratáciu).

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť sa ako plánovaná a organizovaná činnosť realizuje metódou ošetrovateľského procesu, ktorý umožňuje stanoviť zameranie a štruktúru poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti tak, aby zodpovedala zdravotným potrebám a stavu jedinca, rodiny i spoločnosti a riešila ich biopsychosociálne problémy. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť identifikuje aktuálne a potencionálne zdravotné problémy, stanovuje priority ošetrovateľstva a definuje špecifickú zodpovednosť a autonómiu sestier pri jej poskytovaní. (Farkašová, 2009, s.192).

Pri posudzovaní zdravotného stavu získava sestra informácie od príbuzných, blízkych osôb pacienta, zo zdravotnej dokumentácie, od zdravotníckych pracovníkov, ako aj posudzovacích škál. Informácie od pacienta treba vždy verifikovať z ďalších zdrojov. Sestra sa pri fyzikálnom vyšetrení zameriava predovšetkým na pohybový systém, motorické funkcie, nervový a zmyslový systém a na štádium ochorenia. Posudzuje sa aj schopnosť verbálnej a neverbálnej komunikácie, schopnosť plniť sociálne roly a sociálne interakcie (prejavy zvýšenej podozrievavosti voči iným osobám, neskôr poruchy pamäti a emociálna nestabilita s následnou stratou sociability a sociálnou izoláciou pacienta (Slezáková, 2006).

Základom pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s Alzheimerovou demenciou je posúdenie schopnosti sebestačnosti a zhodnotenie kvality pamäti a orientačných schopností. Opakované použitie MMSE napomáha objektivizovať databázu údajov, umožňuje monitorovať zmeny kognitívnych funkcií u pacienta

s demenciou, a na základe výsledného skóre cielene usmerňovať výber ošetrovateľských intervencií zameraných na rehabilitáciu kognitívnych funkcií a na tréning sebaobslužných činností. (Tomagová, 2008, s. 63).

Diagnostika: prejavy ACH sú individuálne, čo svedčí o rôznorodosti ošetrovateľských diagnóz. Používanie ošetrovateľských diagnóz (NANDA TAXONÓMIA II) v klinickej praxi napomáha v špecifickom výbere ošetrovateľských intervencií, komplexnejšom, individuálnejšom plánovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Sesterské diagnózy:

00109 Deficit sebaopatery pri obliekaní/ úprave zovňajšku, **00108** Deficit sebaopatery pri kúpaní/ hygiene, **00014** Inkontinencia stolice, **00015** Riziko zápchy, **00095** Narušený spánok, **00021** Úplná inkontinencia moču, **00102** Deficit sebaopatery pri jedle/ stravovaní, **00110** Deficit sebaopatery pri vyprázdňovaní, **00025** Riziko nevyváženého objemu telesných tekutín, **00085** Narušená pohyblivosť, **00088** Narušená chôdza, **00040** Riziko imobilizačného syndrómu, **00154** Potulovanie sa, **00127** Narušená interpretácia okolia, **00122** Narušené zmyslové vnímanie, **00128** Akútna zmätenosť, **00129** Chronická zmätenosť, **00131** Narušená pamäť, **00130** Narušené myslenie, **00051** Narušená verbálna komunikácia, **00121** Narušená osobná identita, **00125** Bezmocnosť, **00124** Beznádej, **00120** Situačne znížená sebaúcta, **00118** Narušený obraz tela, **00056** Neefektívne plnenie roly, **00052** Narušená sociálna interakcia, **00114** Stresový syndróm po premiestnení, **00148** Strach, **00146** Úzkosť, **00074** Zhoršené zvládanie záťaže rodinou, **00004** Riziko infekcie, **00031** Neefektívne čistenie dýchacích ciest, **00039** Riziko aspirácie, **00155** Riziko pádu, **00047** Riziko narušenia kožnej integrity, **00138** Riziko násillia voči iným, **00053** Sociálna izolácia.

Plánovanie: Sestra stanovuje reálne ciele plánu oše. starostlivosti. Zamerala sa na narušené kognitívne funkcie, udržiavanie orientácie v čase, mieste, osobe, správanie pacienta. V spolupráci s pacientom zahrnie do plánu denné aktivity na podporu sebestačnosti a zaistenie čo najväčšieho komfortu pre pacienta.

Realizácia: sestra zabezpečuje, realizuje a deleguje naplánované ošetrovateľské intervencie a zaznamenáva ich do ošetrovateľskej dokumentácie, podľa možnosti aj s efektom danej činnosti a to v časovej a logickej postupnosti.

Vyhodnotenie: sestra vyhodnotí plnenie očakávaných výsledkov, v prípade potreby reviduje ošetrovateľský plán.

Počas starostlivosti o klienta dodržiavame zásady starostlivosti o chorého s demenciou.

- pri starostlivosti o chorého s demenciou s ním zaobchádzame vždy s rešpektom a dôstojne, napriek tomu, že má skreslené chápanie reality.
- postihnutí s demenciou, ktorých mentálne schopnosti sa zhoršujú sa postupne stávajú zraniteľnejší a potrebujú oporu a povzbudenie.
- treba si uvedomiť, že každá osoba s demenciou je jedinečná, individuálna so svojimi vlastnými potrebami a pocitmi aj vlastnými názormi na to čo sa jej páči a čo nie.
- ľudia s demenciou si často pamätajú minulosť oveľa lepšie ako súčasnosť a sú šťastní ak môžu spomínať.
- je dôležité sa uistiť, že tí ktorí oslovujú pacienta to robia jemu vyhovujúcim a zrozumiteľným spôsobom.
- s pacientom je dôležité komunikovať vždy ako s dospelým človekom, zdvorilo, zohľadňujúc stupeň demencie.
- nikdy nehovorme „ponad hlavu“ pacienta, akoby tam nebol.
- nehovorme o pacientovi pred ním ak ho nezapojíme do rozhovoru.
- nehádajme sa s pacientom, nekritizujme ho , pretože ho to môže ponížovať.
- hľadajme pre pacienta úlohy a činnosti, ktoré zvláda a má z nich radosť.
- chváľme a povzbudzujme pacienta za všetko za čo sa len dá.
- robme veci spolu s ním a nie za neho.
- pacient bude mať pocit, že vykonal úlohu, aj keď vykonal iba časť.
- treba si nájsť čas počúvať pacientov, porozprávať sa s nimi a prejavíť im primeranú spoluúčasť a radosť z ich prítomnosti.

Starostlivosť o pacientov s kognitívnymi poruchami je veľmi náročná a je potrebné ju prispôbiť ich špeciálnym potrebám. Práca sestier si vyžaduje profesionalitu, ochotu, ľudskosť, schopnosť stáleho vládneho a trpezlivého jednania s pacientom. Je potrebné k pacientovi pristupovať trpezlivo, akceptovať jeho stav, snažiť sa zistiť čo potrebuje, byť pozorný, empatický, verbálne a neverbálne komunikovať, rešpektovať jeho dôstojnosť. Usilujeme sa, aby bol čo najmenej konfrontovaný so svojou nesebestačnosťou. V rámci uspokojovania bio-psycho-sociálnych potrieb vystupujú do popredia uznanie, bezpečnosť, istota, láska, spolunáležitosť a sebarealizácia (Holmerová a kol., 2007).

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. Farkašová D. Ošetrovatel'stvo teória. Vydavateľstvo: Osveta,2009, ISBN: 978-80-8063-322-6
2. Holmerová I., Jarolímová, Suchá a kol.. Péče o pacienty s kognitívni poruchou, 2007. ISBN: 978-80-254-0177-9.
3. Poledníková I., a kol., Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo. Vydavateľstvo: Osveta, 2006, ISBN: 80-8063-208-1.
4. Slezáková Z., Neurologické ošetrovatel'stvo. Vydavateľstvo: Osveta, 2006, ISBN: 80-8063-218-9.
5. Tomagová M., Bóriková I., Využitie MMSE v diagnostike a plánovaní starostlivosti o pacienta s demenciou. 2008.
6. Tomagová M., Bóriková I., Potreby v ošetrovatel'stve, Vydavateľstvo: Osveta, 2008, ISBN: 978-80-8063-270-0.

Kontakt:

Bc. Eva Toldiová

VEK NÁDEJE ZSS

Šoltésovej č. 2

940 59 Nové Zámky

e – mail: eva.toldi@gmail.com

TRACHEOSTÓMIA AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM

Veronika Vadkertiová

ABSTRAKT

Tracheotómia je chirurgický zákrok, pri ktorom sa vytvorí dočasný alebo trvalý otvor na priedušnici nazývaný tracheostómia. Znamená pre organizmus aj pre pacienta vždy veľký zásah a z ošetrovateľského hľadiska vyžaduje špecifický prístup. V príspevku analyzujeme východiskové poznatky k danej problematike, charakterizujeme výkon, popisujeme indikácie a špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s tracheostómiou. Vypracovali sme návrh na edukáciu pacienta – Informačný leták. Popisujeme v ňom zvlhčovanie a odsávanie tracheostómie, pomôcky pri čistení kanyly a správne ošetrovanie okolia tracheostómie. Podávame komplexné informácie o tom, ako predchádzať komplikáciám a vzniku problémov pri ošetrovaní tracheostómie.

Kľúčové slová: Tracheostómia, tracheostomická kanyla, edukácia, komplexná ošetrovateľská starostlivosť, prevencia komplikácií.

Úvod

Voľné dýchacie cesty sú predpokladom zabezpečenia jednej zo základných životných funkcií – dýchania. Ošetrovateľská starostlivosť o dusiaceho sa pacienta alebo o pacienta s tracheostómiou sa týka nielen odboru ošetrovateľstva, ale je úzko spätá s odborom otorinolaryngológie, anesteziológie, urgentnej a úrazovej medicíny. Správne ošetrovanie týchto pacientov vo veľkej miere vplýva na nižší výskyt včasných i neskorých komplikácií a výrazne ovplyvňuje vznik hnisavých komplikácií. Práve preto platí výrok Francise Bacona „Môžeme len toľko, koľko poznáme“.

TRACHEOSTÓMIA

- *Tracheostómia* je stav, keď je priedušnica spojená s povrchom tela umelo vytvoreným otvorom. Jedná sa o stav po tracheotómii alebo tracheopunkcii. S tracheostómiou sa v prevažnej väčšine stretávame u onkologických pacientov.
- *Tracheotómia* je chirurgický výkon, pri ktorom je vytvorený otvor do priedušnice, ktorý je spojený s povrchom tela (krku). Tracheotómia sa vykonáva pri urgentných stavoch (dusenie, cudzie telesá ...).

- *Tracheostomická kanyla* je pomôcka určená k zabezpečeniu priechodnosti tracheostómie. Rozoznávame dve veľké skupiny kanýl: kanyly z plastických materiálov (s manžetou, bez manžety), a rigidne kovové kanyly.

Tracheostómia aj tracheotómia znamenajú pre organizmus aj pre pacienta vždy veľký zásah a z ošetrovateľského hľadiska si vyžadujú špecifický prístup. (Hybášek,1999)

Z praktického hľadiska rozlišujeme:

- *definitívnu (trvalú) tracheostómiu* (napr. po totálnej laryngektómii)
- *dočasnú tracheotómiu*
- *urgentnú (akútnu) tracheotómiu.*

Indikácie tracheostómie:

- **obštrukcia dýchacích ciest** (rozsiahle tumory, vrodené anomálie, ťažké traumy, zápalové opuchy hrtana, cudzie telesá hltana alebo hrtana, stenóza hrtana alebo priedušnice)
- **zabezpečenie dlhodobého podporného dýchania** (úrazy mozgu, neurologické ochorenia, dlhodobá endotracheálna intubácia)
- **zabezpečenie adekvátnej toalety dýchacích ciest** pri výraznej sekrécii a nedostatočnom odkašliavaní (ťažké stavy chronickej bronchitídy, nedostatočná ventilácia po brušných a hrudných operáciách, zabezpečenie dýchacích ciest po rozsiahlych výkonoch v oblasti hrtana a hltana)

Výhody tracheostómie: odsávanie sekrétov, kontinuálna dlhodobá ventilácia.

Nevýhody tracheostómie: značne obmedzená možnosť rozprávať, osídlenie dýchacích ciest baktériami. (Černý a kol.,1995)

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s tracheostómiou:

Ošetrovateľský proces a postupy týkajúce sa starostlivosti sestier o dusiaceho sa pacienta a o pacienta s tracheostómiou, nie sú stále docenené a sú nedostatočne systematicky popísané. Týkajú sa štyroch základných oblastí:

- medicínsko – ošetrovateľskej,
- psychosociálnej,
- organizačnej,
- edukačnej.

Vzhľadom na závažnosť operačného zákroku, ktorý ovplyvní a zmení životný štýl pacienta, je ošetrovateľská starostlivosť zameraná na dôkladnú a cieľavedomú **predoperačnú prípravu a pooperačnú starostlivosť**.

Predoperačná starostlivosť pri plánovanej tracheostómii zahŕňa: kompletne predoperačné vyšetrenie, psychickú prípravu pacienta, edukáciu o možnosti komunikácie po operácii, prípravu operačného poľa, vhodnú polohu pacienta pri výkone, dostatočné prístrojové vybavenie pracoviska, tracheostomický set a dostupný tím erudovaných odborníkov. (Kozierová a kol., 1995)

V **pooperačnej fáze** sa zameriavame na: preklad na oddelenie/JIS, monitorovanie vitálnych funkcií, sledovanie stavu vedomia, naviazanie kontaktu, sledovanie okolia tracheostómie, sledovanie drénov (napr. po laryngektómii), sledovanie funkčnosti nazogastrickej sondy, elimináciu bolesti, toaletu dýchacích ciest, prevenciu obštrukcie dýchacích ciest (hlien, koagulá v kanyle), a na zvlhčovanie vdychovaných látok (prevencia vysušenia slizníc dýchacích ciest).

Starostlivosť o samotnú tracheostómiu – dôležitá je prevencia infekcie, čiže aseptické ošetrovanie operačnej rany, podloženie kanyly rozstrihnutým mulovým štvorcem (sací materiál, výmena podľa potreby), používanie ochranných pást (prevencia macerácie kože v okolí tracheostómie).

Výmena tracheostomickej kanyly:

- *pomôcky*: teplá voda, kefka, papierové vreckovky, zrkadlo, prostriedok na dezinfekciu – aerodesin, štvorčeky gázy, nožnice, masť s dezinfekčným účinkom, 3% Peroxid vodíka, mäkká vata,
- po vybratí vyčistiť pod tečúcou vodou vložku kanyly špeciálnou kefkou a vydezinfikovať,
- okolie tracheostómie očistiť mäkkou vatou namočenou do 3% Peroxidu vodíka a červenú pokožku jemne natrieť masťou s dezinfekčným účinkom,
- štvorček gázy v strede nastrihnúť a vsunúť gázu z oboch strán k vonkajšiemu plášťu kanyly,
- zaviesť stred kanyly späť a zabezpečiť, aby pri kašľaní nevypadol (Hájek a kol., 2000)

Chyby pri ošetrovateľskej starostlivosti o tracheostómiu: nedostatočná kontrola, sledovanie a monitorovanie pacienta, zlá, alebo nedostatočná technika odsávania, nedostatočná starostlivosť o tracheostomickú kanylu, podcenenie prvej výmeny kanyly, zlé zavedenie alebo vypadnutie kanyly, nedostatočné fixovanie tracheálnej kanyly, nadmerne, alebo dlhší čas nafúknutá manžeta tracheostomickej kanyly.

Ošetrovateľské problémy - vykonaním tracheostómie dochádza nielen k narušeniu hrtanových funkcií, ale i k množstvu ďalších somatických a psychických ťažkostí:

- obavy z ohrozenia života,
- narušený obraz tela,
- poruchy prehĺtania,
- následné ošetrovanie tracheostómie,
- trvalé zavedenie tracheálnej kanyly,
- strata rodinného zázemia či zamestnania,
- strata dýchania cez nos a fyziologických funkcií nosa,
- častejší gastroezofageálny reflux,
- bolesť a nepríjemné pocity pri výmene kanyly,
- prechodná strata či obmedzená fonácia,
- porucha verbálnej komunikácie. (Doenges a kol., 1996)

U pacienta s tracheostómiou dochádza k poruche verbálnej komunikácie. Práve preto venujeme veľkú pozornosť **edukácii**, ktorej cieľom je zmiernenie obáv z poruchy komunikácie, nácvik nového spôsobu komunikácie, vytvorenie alternatívnych spôsobov komunikácie pacienta s okolím a v neposlednom rade získanie aktívnej spolupráce pacienta.

Záver

Napriek tomu, že existuje veľké množstvo literárnych prameňov, zaoberajúcich sa históriou, indikáciami, technikou výkonu a komplikáciami tracheostómie z pohľadu medicínskeho, nie je otázkam ošetrovateľskej starostlivosti o takto postihnutého pacienta venovaná dostatočná pozornosť. Je na nás, zdravotníckych pracovníkoch, aby sme svojou asertivitou a empatickým prístupom maximálne skvalitnili komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť o takto chorých pacientov.

Dnes je možnosť na uzdravenie veľa, preto závisí aj od nás, do akej miery sa podpíšeme pod osudy ľudí, ktorí dostali druhú šancu na život.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. ČERNÝ, J. A KOL.: Špeciálna chirurgia. Vydavateľstvo Martin:Osveta, 1995. s. 107.
ISBN 80-217-0471-3
2. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F.: Kapesní průvodce zdravotní sestry. Vydavateľstvo Praha 1 : Grada s. r. o., 1996. ISBN 80-7169-294-8
3. HÁJEK M., DRÁBKOVÁ J., HARUŠTIAK S., MAREL M., VOMELAJ.: Kritická onemocnění průdušnice a jejich léčba. Praha, Grada, 2000: 136.
4. HYBÁŠEK, I.: Ušní, nosní a krční lékařství. Vydavateľstvo Praha: Galén, 1999. s. 220 ISBN 80-7262-017-7
5. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G. , OLIVIEROVÁ, R.: Ošetrovateľstvo 1,2. Vydavateľstvo Martin: Osveta, 1995. s. 166 - 169 ISBN80-217-O528-0

Kontakt:

PhDr. Veronika Vadkertiová

ORL oddelenie

FNsP Nové Zámky

Slovenská 11/A,

940 34 Nové Zámky

Tel.: 0908 716 124

email: veroni@nspnz.sk

VALIDÁCIA PODĽA NAOMI FEIL

Mária Wirth

ABSTRAKT

V literatúre, ale aj v praxi sa stretávame so širokou škálou terapeutických prístupov, ktoré sú zamerané na ľudí s Alzheimerovou chorobou. Všetky majú spoločný základ a to orientáciu na postihnutého človeka na jeho bio-psycho- sociálnu jednotu. Odlišujú sa však v cieľoch a vo formách. Niektoré sa zameriavajú viac na stimuláciu pozitívneho myslenia klienta, ale sú aj také, ktoré pracujú s negatívnymi emóciami a prežívaním.

Kľúčové slová: terapeutický prístup, potreby, validácia, Alzheimerova choroba.

HISTÓRIA

Zakladateľkou je Naomi Feil, ktorá vyrastala v domove dôchodcov v Clevelande v štáte Ohio, kde boli zamestnaní jej rodičia. V rokoch 1963-1980 rozpracovala metodiku prístupu k starým ľuďom so zameraním na ľudí postihnutých demenciou. Spolu so svojimi odbornými spolupracovníkmi neustále rozpracováva metodiku validácie a ponúka vzdelávacie kurzy po celom svete.

Slovo validácia znamená uznanie, potvrdenie. Ide o uznanie hodnoty človeka bez ohľadu na to do akej miery je orientovaný a o potvrdenie emočného prežívania jednotlivca. Validácia je metóda komunikácie s dezorientovanými starými ľuďmi. Spracováva vývinovú teóriu E. H. Ericksona, ktorá hovorí o tom, že pri postupnej strate prítomnosti a nedávnej minulosti, ktorou trpí človek s Alzheimerovou chorobou, je jeho snahou dosiahnuť rovnováhu. Túto snahu môžeme vidieť ako prejavy smútku, stereotypné správanie, odchádzanie domov, blúdenie a pod. Ich riešenie mu prinesie spokojné a vyrovnané prežívanie staroby a umieranie. V neposlednej rade je validácia spôsob, ktorý umožňuje starému človeku uspokojovať základné ľudské potreby. Vychádza z teórii hlbinných a humanisticky orientovaných prístupov.

Pre praktické využívanie v každodennej práci s klientmi validácia umožňuje určiť fázu dezorientácie, odhadnúť typ správania dezorientovaných starých ľudí a ponúka jednoduché praktické techniky komunikácie a zabráni prepadnutiu do štádia vegetácie.

Prostredníctvom validácie získajú dezorientovaní empatické aktívne počúvanie, neodsudzovanie, ale práve naopak akceptovanie ich hľadiska reality. V tomto rozmere, v ktorom rastie medzi klientom a validujúcim opatrovateľom dôvera, sa odstraňujú pocity strachu a nutnosť klienta obmedzovať. V konečnom dôsledku je vedomie postihnutého človeka znovu posilňované ľudskými hodnotami a zlepšujú sa telesné a sociálne funkcie. Princípy validácie boli vytvorené samotnou autorkou a vzťahujú sa na dezorientovaných starých ľudí. Pomáhajú nám v našom jednaní a sú základom pre udržanie správneho používania validácie v praxi. Celkovo ich je 11.

Naomi Feil vychádzala zo psychologických teórií ako sme uviedli vyššie. Snažila sa o to, aby validácia ako metóda bola postavená na základoch, ktoré môžu slúžiť aj pre iné národnosti. To dokazuje aj fakt, že Validácia Naomi Feil má svoje zastúpenie autorizovanej organizácie v 9-tich krajinách sveta od Spojených štátov amerických cez Európu až po Japonsko.

Jeden z prvých princípov je, že dezorientovaní starí ľudia majú hodnotu a sú jedineční. V praxi často vidíme ako opatrovateľ v zariadení oslovuje klienta napríklad „teta“, alebo „babka“, prípadne bez mena „moja“. Podľa validácie zaobchádzame so starými ľuďmi s rešpektom a ku každej osobe pristupujeme individuálne. Táto teória vychádza hlavne z humanistickej orientovanej psychológie ako napríklad A. Maslowa, C. Rogersa. Ako hovoria „Považuj svojho klienta za výnimočnú osobnosť.“ Domnievam sa, že napriek tomu, že je tento princíp na prvý pohľad veľmi prozaický, vo vzťahu ku klientovi má nesmierny význam. Na vytváraní dôvere medzi klientom a opatrovateľom, zdôrazňujeme na vzájomnej dôvere, ktorá platí aj opačne, je základným kameňom ľudskosť. Objaviť v dezorientovanom dementnom človeku ČLOVEKA je aj pre niektorých profesionálov žiaľ problém. Ak ho však vieme objaviť u seba, tie prvky človečenstva, vidíme ich aj na tých ostatných. Ľudský vzťah nie je postavený na tom, či ma ten druhý dobre počuje, či si pamätá naše meno a vie kde býva. Ľudský vzťah je väzba, sú to city, ktoré ju pevne držia. Nepotrebuje slová, fakty ani pamäť. Je založená na absolútnej prítomnosti dvoch ľudí. Aj keď to vyznieva tak trochu pateticky, práve ľudia s Alzheimerovou chorobou sú príkladom toho, že túto väzbu dokážu vnímať absolútne intaktné. Tak ako je dôležitá pre nás je dôležitá aj pre nich.

Druhý princíp hovorí o tom, že akceptujeme starého dezorientovaného človeka, takého aký je. Nesnažíme sa ho zmeniť. Napríklad ak 90 ročná pani si žiada opäť raňajky, lebo je presvedčená, že ešte ich nedostala, opatrovateľ ju zvyčajne opraví. Oboznámi ju

s tým, že tie raňajky už dávno zjedla a že už nemôže byť hladná. Opatrovateľ, ktorý používa validáciu ako metódu vie, že pani trpí psychologickým hladom, pod ktorým sa myslí hlad po svojej rodine, láske, kontaktoch. Takže reaguje nasledovne „Čo Vás nasýti?“ Nesnažíme sa o zmenu jej správania, ale akceptujeme ju a snažíme sa o uspokojovanie individuálnych potrieb jednotlivca, ktoré sú vyjadrené v správaní klientky. Humanistická teória hovorí o tom, že je dôležité klienta akceptovať bez toho, aby sme ho odsudzovali. Sigmund Freud dopĺňa danú teóriu, že terapeut nemôže dosiahnuť žiadnu zmenu v správaní klienta, pokiaľ samotný klient nie je na zmenu pripravený alebo nemá kognitívnu kapacitu na získanie nadhľadu nad svojou situáciou.

Pre ucelenosť uvádzam aj ďalšie princípy validácie tak ako ich interpretuje Naomi Feil:

- Empatia a spolucítenie vedie k dôvere, znižuje sa strach a posilňuje sa dôstojnosť.
- Bolestivé pocity, ktoré boli spracované a prijaté a od dôverného opatrovateľa validované sa vyskytujú v menšom množstve. Bolestivé pocity, ktoré ignorujeme a potláčame, sa stanú ešte silnejšími.
- Existuje dôvod, prečo sa starí ľudia tak správajú.
- Správanie dezorientovaných starých ľudí môže vychádzať z jednej alebo viacerých neuspokojených ľudských potrieb.
- Skôr naučené správanie sa opäť objavuje, keď sa vytrácajú verbálne schopnosti a zlyháva krátkodobá pamäť.
- Osobné symboly, ktoré používajú dezorientovaní starí ľudia, sú ľudia alebo predmety v prítomnosti, ktoré reprezentujú ľudí, predmety z minulosti a sú nabité emóciou.
- Dezorientovaní starí ľudia žijú na rôznych úrovniach vedomia, častokrát v rovnakom čase.
- Ak starým dezorientovaným ľuďom slabnú zmysly, stimulujú sa sami, pričom používajú svoj „vnútorný zmysel. Ak videnie slabne, začnú vidieť vnútornými očami. Ak im už sluch slabne, počúvajú tóny z ich minulosti.
- Príhody, emócie, farby, zvuky, pachy, chute a obrazy tu a teraz spúšťajú emócie, ktoré sú podobné emóciám z minulosti.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. Feil, N., Vicki de Klerk-Rubin: Validation Ein weg zum Verständnis verwirter alter Menschen, 2005, 8. vydanie, Ernst Reinhardt, GmbH& Co KG, München, ISBN 3-497-01794-9
2. Neu, H.: Validation nach Naomi Feil Skriptum Lehrerausbildung, 2004, Wiener Rotes Kreuz Ausbildungszentrum

Kontakt:

Mgr. Mária Wirth, PhD

Púpavova 30

Bratislava

841 04

Tel: +4210905738212

Email: validacia@gmail.com

AKO ÚSPEŠNE PREZENTOVAŤ

Elena Zemanová

ABSTRAKT

Cieľom prednášky je poskytnúť návod, ako pripraviť úspešnú prezentáciu, ktorá zaujme publikum. Autorku k príprave tejto prednášky viedli skúsenosti z konferencie sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb organizovanej vo Zvolene v roku 2011. Jej cieľom je zvýšiť úroveň prezentovaných príspevkov po formálnej stránke. Prednáška predstavuje formu a obsah prezentácií. Vymedzuje čas trvania prednášky. Zaoberá sa vystupovaním prezentujúceho a poukazuje na najčastejšie chyby pri tvorbe prezentácií. Zahŕňa malú ukážku vytvorenia prezentácie v programe PowerPoint.

Kľúčové slová: prezentácia, prednáška, hodnotenie, PowerPoint

Úvod

Sústavné vzdelávanie sestier patrí k základným predpokladom poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Samoštúdium obohatené o účasť na odborných seminároch či konferenciách je zdrojom nových poznatkov a výmenou skúseností. Motívom účasti na odborných podujatiach - aktívnej či pasívnej, organizovaných SAPA či inými odbornými organizáciami je často „len“ získanie kreditov do systému sústavného vzdelávania. Často sa pritom stáva, že prezentované prednášky nemajú dostatočnú obsahovú či formálnu úroveň. Prednášajúce sestry majú prednášky napísané iba na papieri, pričom úroveň prednesu je slabá. Chýba sprievodná prezentácia prednášanej témy pripravená napr. v programe PowerPoint. V niektorých prípadoch obrazová prezentácia nechýba, ale je spracovaná neodborné. Často sa stretávame s výberom nevhodného – nevýrazného alebo naopak krikľavého pozadia. Zvolené písmo a spôsob jeho použitia niekedy pripomína skôr estrádu ako odbornú prednášku. Veľkosť písma je často veľmi malá, stránky preplnené nečitateľným textom. Chýba ilustračné foto, či zoznam použitej literatúry. A tak niekedy zaujímavá a odborne dobre zvolená téma poslucháčov nezaujme, resp. neprítiahne dostatočnú pozornosť.

Preto je dôležité položiť si pred prípravou svojej prednášky otázku: Kto budú moji poslucháči? Čo im chcem povedať? Aký je môj cieľ? Čo chcem dosiahnuť? Aký časový limit mám na prednášku? Je v prednáškovej miestnosti technika na spustenie

obrazovej prezentácie? Následne je potrebné zvoliť názov, ktorý by už samotný vzbudil záujem poslucháčov.

Potom nasleduje samotná príprava prednášky. Prednášku prednášajúci prednáša formou verbálneho prejavu, ktorý môže byť doplnený použitím pomôcok ako Flip-chart (vizuálna pomôcka na ktorú môžeme kresliť a písať), spätný projektor, PC, diapojektor, DVD a pod. Najčastejšie využívaným prostriedkom je prezentácia vytvorená v programe PowerPoint, ktorá prednášajúcemu slúži ako pomôcka pri prednášaní a poslucháčovi poskytuje vizualizáciu prednášanej témy. Pomáha lepšiemu zapamätaniu témy a obsahu prednášky.

Na prezentáciu vytváranú v programe PowerPoint je potrebné zvoliť vhodné pozadie. Odporúča sa modrá farba s bielym, prípadne žltým písmom. Štandardné písmo (Arial, New Roman a pod), primeranú veľkosť písma je potrebné zvoliť tak, aby na jednotlivých slidoch bolo heslovite znázornených 3-5 viet. Nie je vhodné použiť možnosť programu s tzv. skackajúcimi písmenami, vyvarovať sa efektov estrádneho typu a pod. Použitie vhodného vtipu či ilustrácie naopak môže prezentáciu urobiť pútavou a osvieži pozornosť poslucháčov.

Je chybou ak je text nezaujímavý, príliš jednoduchý, poslucháča podceňujúci, a tým neprínosný. Naopak, príliš zložitá prezentácia poslucháča tiež môže odradiť, ak nie je schopný sledovať myšlienkové pochody prednášajúceho.

Na prednášku je potrebné sa vhodne obliecť. Nie je žiaduce spoločenské oblečenie, ale ani krátke športové nohavice sa k odbornej prezentácii nehodia. K primeranému oblečeniu patrí upravený účes. Vystupovanie nie prehnane sebavedomé, avšak ani zakríknuté tiché nezrozumiteľné a nevýrazné vyjadrovanie nie je vhodné.

Sprievodcom u mnohých prednášajúcich je tréma, spojená so suchom v ústach, trasom hlasu, častým preglgáním a pod. Tieto prejavy je dobré eliminovať dobrou prípravou, z ktorej pramení sebaistota. Sucho v ústach pomáha riešiť fľaška s vodou a neustále popíjanie po dúškoch. Osvedčeným prostriedkom je aj pravidelné hlboké dýchanie. Je dobré, aby bol prednášajúci oddýchnutý, dobre vyspatý, večer pred spaním alebo ráno pred prednáškou môže pomôcť šálka bylinkového čaju s ukludňujúcimi účinkami (medovka lekárska, ľubovník bodkovaný a pod.). V deň prednášky je dobré vstať načas, v kľude sa naraňajkovať, a tým eliminovať časový stres.

Pred začatím podujatia je potrebné overiť si fungovanie audiovizuálnej techniky, dohodnúť s obsluhujúcim personálom, kto bude prezentáciu ovládať, vyskúšať si použitie svetelného ukazovátka a pod.

Samotnú prednášku je potrebné začať pohľadom do obecnstva, pokojným dýchaním, predstavením seba a témy prednášky. Sprievodný úsmev spríjemní atmosféru a dodá prednášajúcemu odvalu. Nie je dobré byť úplne závislý na pomôckach, slúžia na doplnenie vystúpenia

Hotovú prednášku je potrebné si opakovane prečítať, prezentáciu si skontrolovať a nahlas niekoľko krát zopakovať. Dobrou pomocou je prednášku predniesť doma pred zrkadlom. Je potrebné sledovať časový limit. Ak je to možné, je dobré prednášku odprezentovať niekomu z priateľov či kolegov. Dôležité je svojej prednáške rozumieť a pripraviť sa na prípadné otázky.

V prípade, že sa počas prednášky vyskytnú chyby, drobné je dobré ignorovať. Pri väčších problémoch s technikou alebo s prejavom je potrebné sa ospravedlniť. Netreba sa však ospravedlňovať za chyby, za ktoré prednášajúci nemôže.

Okrem formálnej stránky je dôležitá obsahová stránka, ktorá má vychádzať z odbornej literatúry. Je dobré prekonzultovať prednášku osobne s odborníkom v danej oblasti- ak je to možné.

Výsledkom je odborne i formálne správna, kvalitná, zaujímavá a pre poslucháča prínosná prednáška.

Záver

Prezentácia informácií je súčasťou kvalitnej prednášky. Okrem obsahu je dôležitá aj forma. Pri príprave prezentácie je dôležité vedieť, aké bude naše publikum a akú techniku môžeme používať. Efekty, ktoré ponúkajú programy je potrebné používať rozumne. Pozadie a písmo majú byť kontrastné a dobre čitateľné. Dôležité je vyskúšanie si prezentácie a dodržiavanie časového limitu.

Nadviazanie kontaktu s poslucháčmi zvýši pozornosť. Ovládnutie témy je dôležitou súčasťou prednášky.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

1. KATUŠČÁK, Dušan: Ako písať záverečné a kvalifikačné práce Enigma (2007),
2. MEŠKO, Dušan, KATUŠČÁK, Dušan a kol. : Akademická príručka, OSVETA 2005

Kontakt:

Mgr. Elena Zemanová

Farský úrad ECAV

Riaditeľka ZpS Kanaán

Lazorová č. 23

974 01 Banská Bystrica

Telefón: + 421 915 835 997

email: ezemanova61@gmail.com