



**SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
REGIONÁLNA KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK V
HUMENNOM
NEMOCNICA SNINA, S.R.O.,**

ZBORNÍK

OŠETROVATEĽSTVO A ZDRAVIE



**Zborník odborných príspevkov z Celoslovenského odborného seminára pod záštitou
primátora Mesta Snina konaného 29. októbra 2015**

**Editor:
PhDr. Jana Kapaková**

Zborník z konferencie

konanej dňa 29.októbra 2015

Odborný garant:

PhDr. Jana Kapaková

Organizátor:

Nemocnica Snina,s.r.o. pod záštitou primátora Mesta Snina
v spolupráci s Slovenskou komorou sestier a pôrodných asistentiek, Regionálnou komorou sestier
a pôrodných asistentiek v Humennom

Zostavil:

PhDr. Jana Kapaková, námestníčka riaditeľa pre ošetrovateľskú starostlivosť

Vážené kolegyně, kolegovia, milí priatelia,

V rámci *IV. Sninských zdravotníckych dní* Vám predkladáme zborník s názvom „Ošetrovateľstvo a zdravie“, v ktorom autori zo Slovenska, Českej republiky a Rakúska prezentujú skúsenosti a pohľady na teóriu a samotnú prax ošetrovateľstva, ktorá je často rozdielna. Ošetrovateľstvo je intelektuálna, emocionálna, morálna a politická aktivita. Jeho význam pochopí každý až vtedy, keď sa ocitne v kritickom stave na nemocničnom lôžku. Našou snahou bolo poukázať na fakt, že praktické zrealnenie teórie ošetrovateľstva prispieva ku kvalite zdravia a rozvoju poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Praktické využitie teórie ošetrovateľstva je základ k tomu, aby sestra dokázala aplikovať svoje vedomosti získané štúdiom v praxi a prispela tak k zavádzaniu nových inovatívnych metód pri uspokojovaní bio – psycho – sociálnych a duchovných potrieb pacienta. Ošetrovateľstvo je definované množstvom definícií. Virginia Hendersonová r. 1966 definovala: „Jedinečnou úlohou ošetrovateľstva je pomáhať jednotlivcovi, chorému alebo zdravému pri vykonávaní tých činností, ktoré smerujú ku zdraviu alebo jeho opätovnému získaniu (alebo k pokojnej smrti),a ktoré by vykonával bez pomoci, keby mal potrebné schopnosti, vôľu alebo vedomosti. Vykonávať to takým spôsobom, aby mu sestra pomohla získať nezávislosť, tak skoro, ako je len možné. Svoju prácu z tohto hľadiska a povinností z toho vyplývajúce má nezávisle aktivovať a usmerňovať, v tejto oblasti je ona odborníkom“. Veríme, že predkladaný zborník obohatí Vaše poznatky a bude slúžiť ako vhodný zdroj informácií, ktoré budete následne aplikovať v praxi.

K úspešnosti celej odbornej konferencie výraznou mierou prispel celý organizačný tím. Úprimne ďakujem hlavným protagonistom, všetkým ostatným za prítomnosť i odborne prezentovanú problematiku.

ISBN 978-80-89542-54-3

EAN 9788089542543

Publikované: v elektronickej forme pdf. na CD-ROM

OBSAH

Za obsahovú a štylizáciu stránku príspevkov zodpovedajú autori.

EUTANÁZIA - OTÁZKA BUDÚCNOSTI (Mgr. Štefánia Demská, Mgr. Agáta Rošková, Snina)	5
MANAŽMENT BOLESTI U NEHOJACICH SA RÁN (Mgr. Renáta Dovhunová, Snina)	13
PRAKTICKÉ VYUŽITIE PIKTOGRAMOV V MULTIKULTÚRNOM OŠETROVATELSTVE (BC.Silvia Kuševová, Humenné)	19
PREVENCIA NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ PACIENTA. (Mgr.DANIELA NOVOTNÁ, Clinical Resources Consultant Czech Republic&Slovakia, Praha)	21
ÚROVEŇ VEDOMOSTI SESTIER O PRÁVACH PACIENTA (MGR. M.MARCELA KOVÁČSOVÁ , PhDr. MARTA CSÚROSOVÁ, NsP n.o Kráľovský Chlmec)	22
KROKY VAKCINOLÓGIE OD EMPÍRIE K VEDE (MUDr.PRISKA RUPČÍKOVÁ CsC, GlaxoSmithKline Slovakia, s.r.o. Bratislava)	28
PROTIEPIDEMICKÉ OPATRENIA PRI VÝSKYTE BAKTERIÁLNYCH PÔVODCOV INFEKČNÝCH OCHORENÍ S KLINICKY A EPIDEMIOLOGICKY VÝZNAMNÝMI MECHANIZMAMI REZISTENCIE (Mgr. Lenka Lesňáková, Humenné)	30
FENOL VERZUS IZS. (MARIÁN ČORNANIČ, ALENA ŠPITÁLIKOVÁ, EMÍLIA URBANOVÁ, Falck – Záchranná a.s. Košice)	35
HOSPIC- ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE PRE PACIENTOV V TERMINÁLNOH ŠTÁDIU (ANTÓNIA PEREGRIMOVÁ, MARTINA PRONĚKOVÁ, Hospic Matky Terezy, Bardejovská Nová Ves)	37
IMPLEMENTÁCIA VÝZIEV DOBY TURBULENCIE V OŠETROVATELSKEJ PRAXI (PhDr. Anna Murgová PhD. ,VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE SVÄTEJ ALŽBETY n.o., detašované pracovisko MICHALOVCE)	53
INDEX ZDRAVIA PROSTATY A AKCIA „MOVEMBER” (Mgr.Tereza Tietze Beckman Coulter Česká republika s.r.o.).....	60
SESTRA – DOKTOR FILOZOFIE V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA (KORNÉLIA BABIAKOVÁ, Čierna nad Tisou)	61
PACIENT ODMIETAJÚCI TRANSFÚZIU KRVIVÚSCH (MUDr.Ingrid Olejárová, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Bratislava)	66
ETICKÉ ASPEKTY V PRÁCI SESTRY V ZARIADENÍ PRE SENIOROV (Fedáková Marta, ZpS- Domov pokojnej staroby, Snina.....	70
EBOLA (Miriam Tkáčová, Jana Šepeľová, Falck – Záchranna a.s., Košice)	72

EUTANÁZIA - OTÁZKA BUDÚCNOSTI

ŠTEFÁNIA DEMSKÁ, AGÁTA ROŠKOVÁ

Nemocnica Snina s.r.o., Oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny

Kľúčové slová: Eutanázia. Mladí ľudia. Paliatívna starostlivosť. Zdravotnícky pracovník. Pacient.

Abstrakt: Otázka eutanázie patrí medzi často sa vyskytujúce témy terajšej doby. Hovoríme o dobe, ktorá je omnoho viac liberálnejšia ako bola v minulosti a problematika eutanázie, ktorá bola niekedy tabuizovaná je riešená otvorenejšie. Našou budúcnosťou je mládež, ktorá svojimi rozhodnutiami môže ovplyvniť v budúcnosti aj naše životy a životy našich blízkych. Vplyv na ich rozhodnutia majú faktory, ktoré sa v ich okolí vyskytujú. K získaniu správneho postoja a dôvodu k rozhodnutiu je potrebná samotná informovanosť o problematike. Prieskumom sme zistili vedomosti mladých o eutanázii a celkovom vplyve vzdelávania a okolia na ich postoj k tejto problematike. Následne sme tieto výsledky porovnali s dlhodobým pozorovaním vlastnej praxe. Nemocnica je to miesto, kde sa vo vysokom počte nachádzajú práve pacienti na sklonku života.

Úvod: Otázky týkajúce sa konca ľudského života zaujímali ľudstvo už od nepamäti a tieto problémy zaoberajúce sa životom a smrťou sa pre človeka dnešnej doby nestali ľahšími alebo menej významnými ako boli pre minulé generácie. K riešeniu týchto otázok nám môže pomôcť aj Všeobecná deklarácia ľudských práv, ktorá bola prijatá pred viac ako 66 rokmi. Tento nadčasový dokument nám dáva do povedomia dôstojnosť, rovnaké a nescudziteľné práva pre všetkých členov rodiny, kde základom je sloboda, dôstojnosť a spravodlivosť. Etický problém eutanázia je v súčasnosti neraz spomínaný a riešený. Častokrát sme zmätení pokiaľ ide o otázku, čo máme alebo nemáme urobiť, keď sú záujmy človeka v konflikte s daným problémom. Práve problematika eutanázie bola hlavnou témou na nedávnom neúspešnom referende na Slovensku, ktoré rozdelilo spoločnosť na dva protichodné tábory. Rovnaké rozdelenie je aj vo svete, kde je jedna organizácia za a druhá proti usmrteniu chorého človeka. Ako sestram nám nie je táto problematika cudzia a mnohé sa s ňou stretli práve počas praxe. Dôležitým krokom k patričnému postoj k umieraniu a smrti je pozitívny a aktívny postoj k staršej generácií, predovšetkým k chronicky chorým či umierajúcim. Preto je potrebné prekonať najskôr všeobecný strach zo zomierania.

Eutanázia poznáme z gréckeho významu a v preklade ho môžeme preložiť ako „dobrá smrť“. Eu- dobrý, Thanatos- smrť. V pozitívnom zmysle sa chápe ako pomoc umierajúcemu človeku tak,

aby bola jeho smrť dôstojná, pričom zahŕňa lekársku pomoc a celkovú ľudskú spoluúčasť o solidaritu a starostlivosť pri umierajúcom človeku. Niekedy býva označená v negatívnom zmysle, ako zámerné ukončenie života druhého človeka. Eutanáziu môžeme rozdeliť na dve základné kritéria a to podľa vôle pacienta a podľa spôsobu vykonania. Podľa vôle pacienta poznáme dobrovoľnú, nedobrovoľnú alebo násilnú eutanáziu. Podľa spôsobu vykonania môžeme eutanáziu rozdeliť na aktívnu, pasívnu alebo asistovanú samovraždu.

K eutanázii je za určitých podmienok potrebný súhlas minimálne dvoch ľudí - pacienta a lekára. Lekári aj napriek všetkému môžu mať vecné alebo iracionálne pochybnosti, a to je dôvod, prečo aktívna eutanázia nie je vo svete nikde uzákonená. Môžeme povedať, že aj nemožnosť zabrániť eventuálnemu zneužitiu je príčinou, že nie je eutanázia legalizovaná. V oboch prípadoch hovoríme o aktívnej eutanázii, pretože v niektorých štátoch je dovolená eutanázia, ale len v pasívnej forme, alebo ako asistovaná samovražda.

V slovenskej legislatíve je eutanázia a asistovaná samovražda kvalifikovaná ako trestný čin. Podľa § 80 odsek 1 písmeno d) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkov, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov je zdravotnícky pracovník povinný vykonávať svoje povolanie v súlade s etickým kódexom. Ten výslovne uvádza, že eutanázia a asistované suicídium nie sú prípustné.

Zo štátov Európy je pasívna eutanázia povolená v Holandsku a Belgicku. V rámci Európy tu môžeme zaradiť aj Švajčiarsko, kde je povolená asistovaná samovražda. Holandský liberálny prístup k eutanázii by sme mohli datovať od roku 1969 publikáciou Lekárska moc a lekárska etika. Jediným štátom, v ktorom bola prijatá aktívna eutanázia, bolo severné územie Austrálie. Zákon bol prijatý po ľudovom hlasovaní k predloženej otázke a platnosť nadobudol v júni 1996. Pozastavenie zákona nastalo v októbri toho istého roka a následne bol v marci 1997 úplne zrušený. V tomto krátkom období zomreli dvaja, no niektoré zdroje tvrdia, že až traja ľudia.

Zaujímavý postoj k eutanázii majú Spojené štáty americké, kde sa o tejto problematike diskutovalo krátko po druhej svetovej vojne a neskôr vznikol návrh na zakotvenie práva na milosrdnú smrť do Charty Spojených národov. Postupne sa začali vytvárať skupiny, ktoré bojujú za eutanáziu (Hemlock Society) a skupiny, ktoré eutanáziu odmietajú (Right to Life). Etapovito však pokračuje trend o tom, že o konci svojho života by človek mal rozhodovať sám za seba. V niektorých štátoch USA - Ohio, Washington, Oregon, Wermont, Nové Mexiko je tolerovaná asistovaná samovražda.

Hlavné svetové náboženstvá (Kresťanstvo, Judaizmus, Islam, Budhizmus, Hinduizmus) majú odmietavý postoj k eutanázii, ktorá sa vyskytuje a je povolená skôr pri sektách.

Samotná eutanázia je vo svete zakázaná. Pacientovi s neznesiteľnými bolesťami a v terminálnom štádiu je povolené zlepšiť aspoň trochu kvalitu života- hovoríme o tzv. paliatívnej starostlivosti.

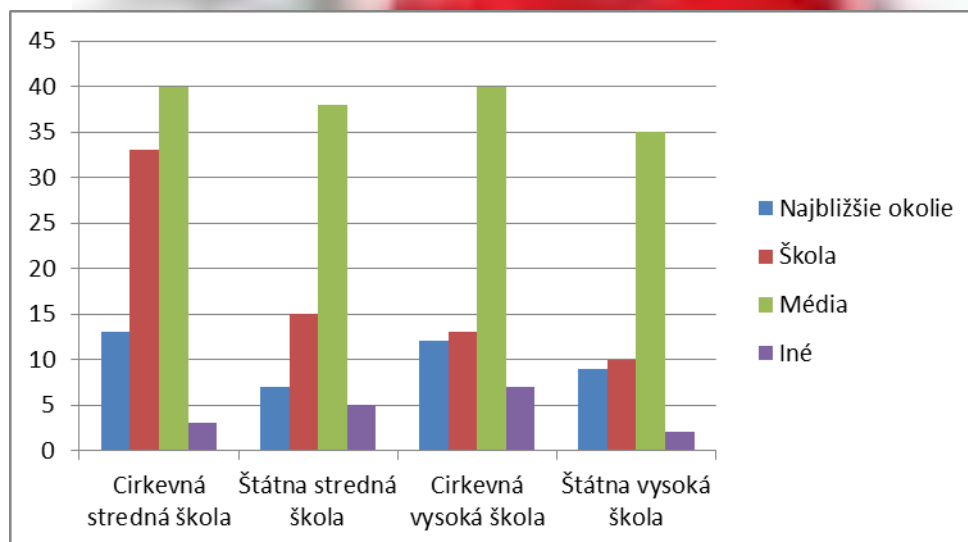
Paliatívna medicína sa zaoberá liečbou a starostlivosťou o chorých, ktorí už nereagujú na kuratívnu liečbu. Dôležitá je liečba bolesti a symptómov a riešenie ich psychologických, sociálnych a duchovných problémoch. Cieľom je zlepšenie kvality života chorého a jeho rodiny.

Problematika eutanázie je v súčasnej dobe veľmi aktuálnou témou. V našej spoločnosti by sa malo viac diskutovať o eutanázii a získať záujem o riešenie danej problematiky najmä zo strany mladých. Postoj mladých ľudí k danej problematike je dôležitý pre celú spoločnosť.

Skúmaným objektom prieskumu boli adolescenti vo veku od 15 do 23 rokov, teda študenti stredných a vysokých škôl, pričom v obidvoch prípadoch sme vzorky rozdelili na školy cirkevné a školy štátne. Ako najvhodnejšiu metódu získania potrebných informácií od respondentov sme si zvolili kvantitatívnu metódu dotazníka, ktorý bol anonymný a dobrovoľný. Výsledky, ktoré sme získali odpoveďami respondentov sme porovnali s dlhodobým pozorovaním a skúsenosťami na pracovisku

Otázka č. 1: *Kde ste sa s danou problematikou stretli?*

Graf 1: Označenie najčastejšej formy, kde sa študenti s danou problematikou stretli



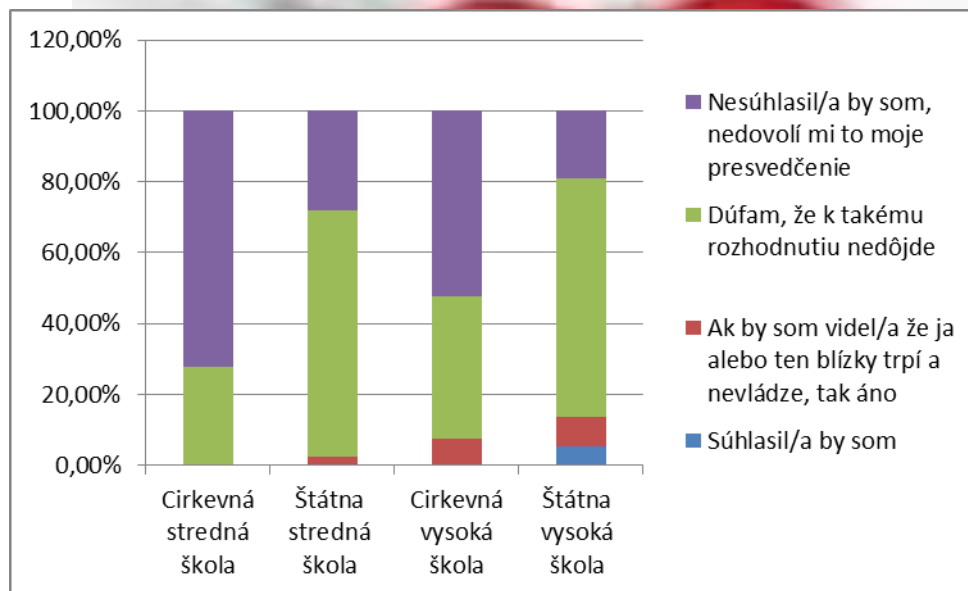
V tejto otázke mohli respondenti označiť aj viac odpovedí, prípadne doplniť, kde sa s problematikou stretli. Najčastejšie odpovedali označením tretej možnosti, že najčastejšie informácie o problematike získali z médií. Potvrdili to študenti cirkevných škôl na vysokoškolskom aj na stredoškolskom stupni rovnako po 40 respondentov, stredoškoláci štátnej školy tridsaťosemkrát a vysokoškolskí študenti štátnej školy prostredníctvom 35 označení. Študenti cirkevnej strednej školy ako druhú možnosť v 33 odpoveďach označili školu. Ostatní respondenti z iných škôl označili školu ako oblasť, v ktorej sa stretli s riešenými etickými problémami v počte 15 u stredoškolákov štátnej školy, 13 vysokoškolskí študenti cirkevnej školy a respondenti zo štátnej vysokej školy označili 10 krát. V najbližšom okolí sa s týmto problémom stretli stredoškoláci v počte 13 na cirkevnej škole a 7 na štátnej škole.

Pri vysokoškólákoch bolo 12 odpovedí na cirkevnej a 9 na štátnej škole. Možnosť „iné“ si vybralo 5 stredoškólákov na štátnej strednej, 2 študenti na cirkevnej škole. Vysokoškolskí študenti vyznačili 7 odpovedí na cirkevnej škole a dvakrát si túto možnosť vybrali na štátnej škole. V prípade poslednej odpovede mali študenti dopísať svoju odpoveď, ktorá bola zväčša ako rozšírenie predchádzajúcich možností. Respondenti napísali kostol, hra, internet a jeho aktuálna prvotina Facebook.

V rámci ošetrovateľskej praxe, by sme tento fakt mohli zhodnotiť veľkým súhlasom. Často prichádzajú príbuzní, že na internete a na sociálnych sieťach sa dočítali, že pacientovi treba to alebo to a že majú príznaky, o ktorých sa dozvedeli práve v novinách alebo v televízii.

Otázka č. 2: *Vedeli by ste si predstaviť rozhodnúť sa ohľadom eutanázie, ak by sa to týkalo Vás alebo Vášho okolia?*

Graf 2: Percentuálne vyjadrenie študentov ako by sa rozhodli o eutanázii, ak by sa to týkalo samotných študentov a ich okolia



V otázke č. 2 sme chceli vedieť postoj mladých na eutanáziu, ak by sa to týkalo samotných respondentov alebo ich blízkyh. Takmer všetci s eutanáziou nesúhlasili alebo dúfali, že nebudú musieť raz o niečom takom rozhodovať. Na cirkevnej strednej škole študenti označili len 3. a 4. možnosť. 27,91% respondentov dúfa, že k takému rozhodnutiu nedôjde, čo predstavuje 12 odpovedajúcich. Nesúhlasilo by s eutanáziou 31 respondentov s 72,09%. Na štátnej strednej škole by s eutanáziou súhlasil 1 respondent s 2,56% a to v prípade, ak by príbuzný trpel a mal neznesiteľné bolesti. Urobiť také rozhodnutie by nechcelo 27 respondentov predstavujúcich 69,23%. Zvyšných 28,21% (11 respondenti) nesúhlasí s eutanáziou z presvedčenia.

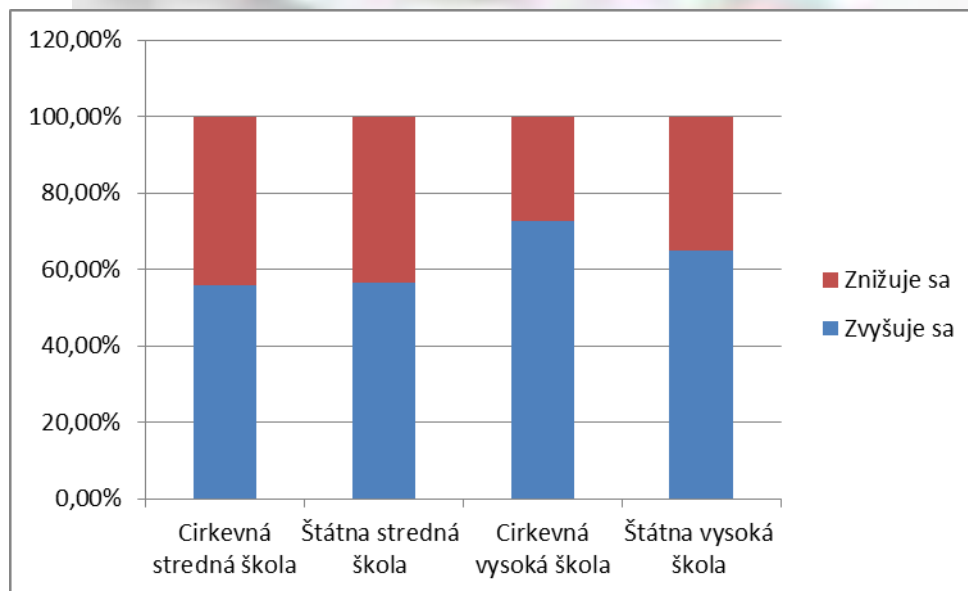
Na cirkevnej vysokej škole súhlasia s eutanáziou veľmi trpiaceho blízkeho 3 respondenti, teda 7,50% odpovedí. 40,00% odpovedajúcich, môžeme hovoriť aj o 16 respondentov dúfa, že nebude

musieť dospieť k takému rozhodnutiu. Viac ako polovica respondentov, presne 21 respondentov s 52,50% nesúhlasí s eutanáziou z presvedčenia. Súhlas s eutanáziou bol jedine na štátnej vysokej škole, kde 2 respondenti vyjadrili súhlas s eutanáziou, čo predstavuje 5,40%. Ak by videli blízkeho trpieť, tak by eutanáziu pripustili 3 študenti (8,11%) a 25 respondentov, ktorí tvoria 67,57% opýtaných dúfajú, že nebudú musieť o niečom takom rozhodovať. Ostatní 7 respondentov predstavujúci 18,92% by nesúhlasili s eutanáziou.

Ak by sme to porovnali s praxou, tak názory sú takmer totožné. Väčšina by súhlasila, že o niečom takom by v budúcnosti nechcela rozhodovať alebo by nesúhlasila. Príbuzní stále veria, že existuje nejaká nádej a že snáď..... To isté je aj v rámci zdravotníckych pracovníkov. Našou úlohou je ľuďom pomáhať a to až do úplného konca.

Otázka č. 3: *Určte a svoju odpoveď odôvodnite- v dnešnej dobe sa počet eutanázií?*

Graf 3: Percentuálne vyjadrenie študentov, ako postupuje výskyt eutanázie



Eutanázia je v niektorých štátoch sveta dovolená len v niektorých formách a nie je vykonávaná dennodenne. Vďaka možnosti vycestovania do zahraničia je dostupnejšia a človek sa tak môže rozhodnúť o ukončení svojho života aj mimo územia domova. Odpovede k zvyšovaniu eutanázie boli práve tá možnosť vycestovania do zahraničia, alebo že ľudia už nechcú trpieť, či byť na záťaž niekomu. Pri obhajovaní názoru znižovania eutanázie prevažovali úsudky, že liečba v dnešnej dobe postúpila, že je mnoho vymoženosti na tlmenie bolesti, strach z náboženského presvedčenia. Aj v tomto prípade bol pri ich názore argument, že si to myslia a intuitívne označili. 24 respondentov trvá na tom, že počet eutanázií sa zvyšuje a to v 55,81%. Za názor znižovania eutanázie boli presvedčení 19 študenti, ktorí predstavujú 44,19%. Študentom strednej školy sa tiež viac pozdával názor, že sa eutanázia zvyšuje a to 56,41% alebo u 22 respondentov. Protichodný názor malo 17 respondentov predstavujúcich 43,59%. V 72,50%, t.j. 29 respondentov na cirkevnej

vysokej škole myslia, že sa eutanázie vyskytujú častejšie. 11 respondentov predstavujúci 27,50% odpovedí si myslí, že sa tento etický problém znižuje. Štátna stredná škola a respondenti, ktorí ju navštevujú mali odpovede určené tak, že 24 odpovedajúcich si myslí že sa zvyšuje a 13 respondentov že sa znižuje. Percentuálne je to 64,86% k prvej odpovedi a zvyšných 35,14% k znižovaniu počtov eutanázií.

Ťažko sa nám to porovnáva, keďže eutanázia je na Slovensku zakázaná. Svetové štatistika však hovoria jasne a trend eutanázie stúpa. Môžeme však povedať, že otázka typu: „ A to bude ešte dlho takto trpieť? Nedá sa s tým niečo urobiť? Nemôže dostať niečo na postupné utlmenie? “, majú častejší výskyt ako v minulosti.

Záver: V procese života a smrti sú určité pravidlá, ktoré fungujú od nepamäti. Človek sa má narodiť, žiť podľa predstáv ako sa sám rozhodne a potom zomrieť. Nikde nie je písané, kedy človek už nie je potrebný. V niektorých citátoch môžeme čítať, že človeka aj keď nie je aktívny alebo výnimočný tak je výnimočný v tom, že slúži ako príklad pre iného. V Knihe o dobrej smrti sa autor odvoláva na zástancov Cirkvi, ktorí veria, že život je posvätný a právo rozhodnúť sa o ukončení života nemá nikto iba Boh a iba on určí kedy smrť nastane a aká bude. Či už dlhá, mučivá ale pokojná a rýchla. Mladí ľudia sa akoby báli tejto skutočnosti a nechcú vidieť ako ich blízky trpia. Často sa preto stáva, že príbuzní umierajú v nemocniciach osamotene a bez rozlúčky. V minulosti bolo umieranie veľkou udalosťou a pri umierajúcom sa zišla celá rodina. Človek v týchto posledných chvíľach hodnotil svoj život a pre najbližších mal rady a životné skúsenosti, ktoré podával ďalej. Bolo by krásne opäť začať týmto spôsobom sceľovať vzťahy s najbližšími a zároveň tu byť pre tých, ktorí umierajú. Veď práve títo ľudia nechcú byť sami a chcú vidieť, že pre svoje deti, vnúčatá a najbližších boli správnym vzorom a že sú pre nich dôležití.

Zoznam bibliografických odkazov:

BITÓ L. 2006. *Kniha o dobrej smrti*. 1. vydanie. Bratislava: Kalligram, spol. s.r.o., 2006 269s. ISBN 80- 7149- 839- 4.

BODORIKOVÁ L. 2010. *Eutanázia vo svete*. [online]. [citované 12.12.2014]. Dostupné na: <http://lusia.webnode.sk/eutanazia-na-slovensku/kde-je-schvalena-eutanazia/>.

DOBRÍKOVA P., SLAMKOVÁ E. 2012. Paliatívna medicína. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti* [online]. 2012. roč.5, č.1. [citované 14.01.2015]. Dostupné na : http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5713&magazine_id=13.

FOOTOVÁ P., SUMMER L.W. a kol. 2004. *Právo ženy? Štúdie o problematike interrupcií*. 1. vydanie. Bratislava: Kalligram, spol. s.r.o., 2004. 224s. ISBN 80- 7149- 612- X.

HAŠKOVCOVÁ H. 2007. *Thanatologie. Náuka o umírání a smrti*. 2. vydanie. Praha: Galén, 2007. 244s. ISBN 978- 80- 7262- 471- 3.

HEŘMANOVÁ J., VÁCHA J., SVOBODOVÁ H., ZVONÍČKOVÁ M., SLOVÁK J. 2012. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 200s. ISBN 978- 80- 247- 3469- 9.

HUPKA T. 2010. Eutanázia v kontexte vied a náboženstiev. In Týždeň blog [online]. 2010. [citované 16.12.2014]. Dostupné na: <<http://blog.tyzden.sk/tomas-hupka/2010/04/10/eutanazia-v-kontexte-vied-nabozenstiev/>>.

MARKOVÁ M. 2010. *Sestra a pacient v paliatívni péči*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128s. ISBN 978- 80- 247- 3171- 1.

MOJTOVÁ M. a kol. 2008. *Vybrané kapitoly z etiky pre študentov zdravotníckych a sociálnych odborov*. 1. vydanie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, n.o., 2008. 125s. ISBN 978- 80- 89271- 40- 5.

MARKOVÁ M. 2010. *Sestra a pacient v paliatívni péči*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128s. ISBN 978- 80- 247- 3171- 1.

PIHULIČOVÁ M. 2015. Diskusia sa referendumom nekončí. Bude témou odluka? In *Prešovský Korzár* [online]. 2015. [citované 18.02.2015]. Dostupné na: <<http://presov.korzar.sme.sk/c/7638558/diskusie-sa-referendumom-nekonci-bude-temou-odluka.html>>.

ZÁKON č. 73/1986 Z. z. o umelom prerušení tehotenstva.

ZÁKON č. 74/ 1986 Z. z. ktorým sa vykonáva zmena zákona č.73/1986 Zb. o umelom prerušení tehotenstva.

ZÁKON č. 23/1991 Z. z. ktorým sa uvádza LISTINA ZÁKLADNÝCH PRÁV A SLOBÔD ako ústavný zákon Federálneho zhromaždenia Českej a Slovenskej Federatívnej Republiky.

ZÁKON č. 576/ 2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

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

ZÁKON č. 345/ 2009 Z. z. ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

ZÁKON č. 320/2014 Z. z. o rozhodnutí prezidenta Slovenskej republiky o vyhlásení referenda.

Kontaktná adresa autor/ spoluautor:

Mgr. Štefánia Demská

Školská 218, Modrá nad Cirochou

067 82 Dlhé nad Cirochou

e-mail: stevka.demska@gmail.com

Mgr. Agáta Rošková

Kalná Roztoka č.d. 200

067 72, Klenová

e-mail: roskova222@gmail.com



MANAŽMENT BOLESTI U NEHOJACICH SA RÁN

RENÁTA DOVHUNOVÁ

Diaderm s.r.o, Sládkovičova 300/3 Snina

Kľúčové slová: Bolesť. Nehojace sa rany. Manažment bolesti. Meracie nástroje. Liečba bolesti

Bolesť je dlhodobý podceňovaný faktor, ktorý má vplyv na proces hojenia rany a zároveň ide o celospoločenský problém, pretože ide o nákladnú a nie vždy dostatočne efektívnu liečbu. Efektívny manažment bolesti zahŕňa vedomosti o jej mechanizme, príčinách vzniku, komplexné posúdenie pacienta/klienta s použitím meracích nástrojov a liečbu s využitím kombinácie farmakologických a nefarmakologických metód. Dôležité je monitorovanie efektívnosti aplikovaných metód na zmiernenie a odstránenie bolesti, edukácia príbuzných, spätná väzba od pacienta/klienta a správne vedená dokumentácia. Úroveň všeobecných vedomostí o bolesti, ako aj profesionálne skúsenosti umožňujú sestre bolesť klasifikovať a zároveň zvoliť účelne postupy na jej odstránenie, či minimalizáciu. Manažment bolesti slúži aj ako ukazovateľ kvality starostlivosti o pacienta/klienta.

Bolesť je veľmi nepríjemný subjektívny pocit, ktorý prežíva človek sám, nemôže sa oň podeliť s inými. Môže byť tak intenzívna, že zaujme celú myseľ a neraz zmení i celý život. Je častým symptómom u pacienta/klienta s nehojacou sa ranou.

Identifikácia bolesti súvisiacej s prítomnosťou nehojacej sa rany a jej efektívny manažment je predmetom záujmu zdravotníckych pracovníkov a jednou z kľúčových priorít organizácii zameraných na liečbu rán, ako je Európska asociácia pre liečbu rán a Svetová únia spoločnosti pre liečbu rán.

Bolesť je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie definovaná ako nepríjemný zmyslový a emocionálny zážitok spojený so skutočným alebo potencionálnym poškodením tkanív alebo opisovaný v termínoch takéhoto poškodenia. Prítomnosť bolesti u pacientov/klientov s nehojacou sa ranou môže mať negatívny aj pozitívny vplyv. Pozitívny vplyv predstavuje ochranná funkcia pred poškodením tkaniva. Organizmus uvoľňuje chemické mediátory, ktoré stimulujú proces hojenia. Jej negatívny vplyv spočíva v tom, že ak sa bolesť vymkne fyziologickej kontrole, spomaľuje proces hojenia rán. Príčiny jej vzniku sú rôzne. Jednak to môžu byť lokálne faktory, ako napr. odstránenie krytia, čistenie rany, debridement nekrotického tkaniva, kritická kolonizácia rany a infekcia, zápalový proces na spodine rany alebo v jej okolí, tlak na ranu, trauma, opuch či

výber nevhodného prostriedku na lokálnu liečbu rany. Alebo môže ísť o primárnu príčinu vzniku bolesti, ktorú predstavuje neuropatická a nociceptívna bolesť (Hlinková, Nemcová, Miertová a kol., 2015).

Bolesť je individuálny prejav, ktorý má svoju patofyziologickú a psychologickú zložku. Rozlišujeme akútnu a chronickú, trvalú a intermitentnú bolesť (Stryja et al., 2011).

Akútna bolesť trvá menej než 3-6 mesiacov a má varovný a ochranný charakter. Chronická bolesť trvá mesiace až roky, nemá pozitívny význam, progresívne sa zhoršuje a jej lokalizácia je často neurčitá a difúzna (Pokorná, Mrázová, 2012).

Akútna bolesť je ďalej rozdelená na cyklickú, necyklickú a intermitentnú. Necyklická môže byť prítomná pri ošetrovaní rany, pri realizácii výkonov všeobecne považovaných za bolestivé, akými sú ostrý debridement, odstraňovanie drénu. Cyklická sa vyskytuje v pravidelných intervaloch, napr. pri pravidelnej výmene primárneho a sekundárneho krytia. V zahraničnej literatúre sa bolesť zaznamenaná pri ošetrovaní nehojacej sa rany označuje aj ako procedurálna (náhodná) bolesť. Pri výkonoch, ktoré si vyžadujú na minimalizáciu bolesti lokálnu alebo celkovú anestéziu je akútna bolesť označená ako operačná bolesť. Všetky typy akútnej bolesti predstavujú akútnu intermitentnú bolesť. Chronickú bolesť reprezentuje nociceptívna a neuropatická bolesť. Nociceptívna vzniká ako primeraná reakcia na bolestivé podnety pri podráždení nociceptorov. Špecifickým druhom tohto typu bolesti je ischemická bolesť, prítomná pri nedostatočnom prekrvení horných alebo dolných končatín. Neuropatická bolesť predstavuje neprimeranú reakciu na bolestivý podnet u pacientov/klientov s nehojacou sa ranou pri poškodení alebo dysfunkcii periférneho alebo centrálného nervového systému (Hlinková, Nemcová, Miertová a kol., 2015).

Vnímanie bolesti a reakcie človeka na bolesť môže ovplyvňovať veľa činiteľov. Patria medzi ne etnické a kultúrne faktory, okolie, emócie, očakávania, prítomnosť iných ľudí, minulé zážitky a skúsenosti, vek a ďalšie (Gulášová, 2008).

Charakteristika bolesti u pacientov/klientov s vybranými typmi nehojacej sa rany

Ulcus cruris

U pacientov/klientov s ulcus cruris sa vyskytuje akútna a chronická bolesť, prítomná počas dňa aj noci. Etiológia vzniku je rôzna. U ulcus cruris venosum je to napr. prítomnosť edému, dermatitídy, flebitídy. U pacientov/klientov s ulcus cruris arteriosum to môže byť napr. prítomnosť ischemie, nekrotických ložísk, kŕčov lokalizovaných v dolných končatinách. Z hľadiska lokalizácie sa bolesti u pacientov/klientov s ulcus cruris vyskytujú najčastejšie v mieste rany a jej blízkom okolí, s tendenciou šírenia distálne i kraniálne. Z hľadiska intenzity je v uvedených miestach najintenzívnejšia (Hlinková, Nemcová, Miertová a kol., 2015).

Dekubity

Boleť môže byť akútna aj chronická. Príčiny vzniku sú rôzne. Tlak na miesto lokalizácie dekubitu, macerácia okolitého tkaniva, strižný efekt, prítomnosť inkontinencie alebo imobilita (Pokorná, Mrázová, 2012).

Pacienti/klienti vnímajú bolesť ako pálivú, bodavú, páľčivú, šklbkajúcu, pulzujúcu, ostrú.

Diabetické ulcerácie

Prítomná je akútna aj chronická bolesť, počas dňa, noci, počas chôdze, státia alebo v pokoji a to v závislosti od príčiny vzniku rany. Pacienti/klienti charakterizujú bolesť rôzne, napr. ako pálivú, ostrú, prenikavú, vystrelujúcu, pulzujúcu, vyčerpávajúcu až mučivú.

Malígne rany

U pacientov/klientov s malígnou ranou sa vyskytuje akútna a chronická bolesť, neuropatická, somatická, zmiešaný typ bolesti, prelomová a procedurálna. Pacienti/klienti charakterizujú bolesť rôzne, napr. ako páľčivú, štipľavú iní ako svrbenie. Vyskytuje sa počas dňa aj v noci, počas činnosti ale aj v pokoji (Hlinková, Nemcová, Miertová a kol., 2015).

Posúdenie bolesti je dôležitou intervenciou v rámci manažmentu bolesti u nehojajúcich sa rán.

Kľúčové aspekty posúdenie bolesti u pacienta/klienta s nehojajúcou ranou sú:

- Anamnéza bolesti – verbálne a neverbálne prejavy, lokalizácia, intenzita, kvalita, predchádzajúce skúsenosti s bolesťou, názor na bolesť, obranné mechanizmy, afektívne reakcie, typ bolesti, podmieňujúce, stupňujúce a zmienujúce faktory, pridružené symptómy a vplyv bolesti na vykonávanie bežných denných aktivít. Pri anamnéze bolesti zohrávajú dôležitú úlohu komunikačné a psychosociálne zručnosti sestry, úroveň jej empatie, schopnosť klásť otázky a schopnosť odpovedať na pacientove/klientove otázky (Gulášová, 2008).
- Fyzikálne vyšetrenie
- Výber vhodného meracieho nástroja - u pacientov/klientov v dlhodobej starostlivosti nám slúži mapa bolesti. (Tomagová, Bóriková a kol., 2008).

Úroveň vnímanej bolesti hodnotíme pomocou stupníc bolesti. K dispozícii máme verbálnu škálu bolesti, vizuálnu analógovú škálu – škálu výrazov tváre, numerické škály, Melzackovu škálu, krátky inventár bolesti, McGilský dotazník bolesti a denník bolesti.

- Správne načasovanie intervalov hodnotenia bolesti
- Kontinuálne monitorovanie efektivity zvolených farmakologických či nefarmakologických metód na zmiernenie bolesti.
- Efektívne zapojenie pacienta/klienta alebo rodinných príslušníkov a ich dôkladná edukácia (Pokorná, Mrázová, 2012).

Zvláštnu pozornosť treba venovať pacientom/klientom so senzorickými poruchami, poruchami reči a vyjadrovania a pacientom/klientom s demenciou. Dôležitá je spolupráca s ich opatrovateľmi (Németh a kol., 2009).

Súčasťou efektívneho manažmentu bolesti je prevencia bolesti, realizácia všeobecných a špecifických stratégií zvládania bolesti a edukácia pacienta/klienta. K všeobecným stratégiám patrí oboznámenie sa s pacientovou/klientovou bolesťou, redukcia nesprávnych názorov pacienta/klienta na bolesť, redukcia strachu a úzkosti (Gulášová, 2008).

Špecifické stratégie zahŕňajú dva prístupy: farmakologický a nefarmakologický.

Farmakologický prístup zvládania bolesti spočíva v podávaní farmakoterapie s lokálnym a celkovým účinkom. Svetová zdravotnícka organizácia vypracovala postup aplikácie farmakoterapie pri liečbe chronickej bolesti – ide o tzv. trojstupňový analgetický rebríček. Osobitý význam má zvládanie bolesti počas preväzu. Najvhodnejšou intervenciou je aplikácia farmakoterapie zo skupiny analgetík cca 30 minút pred začatím preväzu, čo závisí aj od spôsobu jeho podania (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015).

Nefarmakologický prístup zvládania bolesti zahŕňa sugesciu, heterosugesciu, relaxáciu, odpúťavacie techniky, rádioterapiu, akupunktúru, emocionálnu podporu, placebo efekt a terapeutický dotyk (Gulášová, 2008).

K nefarmakologickým prístupom zvládania bolesti patrí aj poučenie pacienta/klienta. Tzv. preventívny prístup pri manažmente bolesti zahŕňa atraumatický preväz, ktorý súvisí s používaním moderných foriem debridementu a s používaním lokálnych prostriedkov vlhkej terapie, vhodnú techniku ošetrovania, ktorá je čo najmenej traumatizujúca k spodine rany a novovytvorenému tkanivu, šetrné odstránenie primárneho a sekundárneho krytia ale aj používanie antialergických náplastí. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť v rámci efektívneho manažmentu bolesti nehojajúcich sa rán zahŕňa jej priebežný monitoring a dôkladne dokumentovanie. Dôkladne dokumentovanie bolesti znamená priebežne vedenie záznamu o jej intenzite, charaktere, vyvolávajúcich príčinách, lokalizácii, o jej vplyve na jednotlivé potreby v takom rozsahu, aby ho bolo možné vyhodnotiť, kedykoľvek v priebehu starostlivosti. Zahŕňa aj monitoring bolesti pred, počas a po skončení preväzu, ako aj podrobné zaznamenávanie všetkých realizovaných intervencií, ktoré prispeli k zmierneniu a eliminácii bolesti. Nezastupiteľné miesto v manažmente bolesti má pacient/klient a jeho účasť na efektívnom manažmente jeho bolesti, pretože všetky realizované intervencie strácajú svoj efekt, ak on sám nechce alebo chýba spätná väzba (Hlinková, Nemcová, Miertová, 2015).

Etické aspekty liečby bolesti

Austrálsky lekári vytvorili deklaráciu práv pacienta/klienta s bolesťou, ktorá zahŕňa ich práva do siedmich zásad:

1. Právo na uznanie bolesti.
2. Právo na hodnotenie a liečbu bolesti.
3. Právo na výsledky hodnotenia bolesti.
4. Právo na starostlivosť poskytovanú profesionálmi s odbornými vedomosťami a skúsenosťami v liečbe bolesti.
5. Právo na vhodnú a efektívnu stratégiu liečby bolesti.
6. Právo na vzdelávanie v oblasti efektívnych liečebných možností v každom konkrétnom prípade. Platí i pre rodinných príslušníkov.
7. Právo na vhodný plán liečby bolesti po vyčerpaní možností akútnej neodkladnej starostlivosti (Rokyta et al., 2009).

Záver

Bolesť ovplyvní človeka rôznymi spôsobmi. Preto je nesmierne dôležité aby bola tak zdravotná ako aj ošetrovateľská starostlivosť založená na holistickej filozofii. Aby pre nás bol každý človek jednotou fyzického, psychického, sociálneho a duchovného rozmeru. Je dôležité, aby si sestra uvedomila, že samotná bolesť má dopad na psychiku človeka a naopak.

A aby pristupovala ku každému pacientovi/klientovi individuálne.

Zoznam bibliografických odkazov

GULÁŠOVÁ, I. *Bolesť ako ošetrovateľský problém*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 96 s. ISBN 978-80-8063-288-5.

HLINKOVÁ, E. – NEMCOVÁ, J. – MIERTO VÁ, M. a kol. *Nehojace sa rany. Vysokoškolská učebnica*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2015. 284 s. ISBN 978-80-8063-433-9.

NÉMETH, F. a kol. *Geriatría a geriatrické ošetrovateľstvo*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2009. 194 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

POKORNÁ, A. – MRÁZOVÁ, R. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2012. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

ROKYTA, R. et al. *Bolesť a jak s ní zacházet. Učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-3012-7.

STRYJA, J. et al. *Repetitorium hojení ran 2*. 1. vyd. Praha : Geum, 2011. 372 s. ISBN 978-80-86256-79-5.

TOMAGOVÁ, M. – BÓRIKOVÁ, I. a kol. *Potreby v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 198 s. ISBN 978-80-8063-270-0.

Kontaktná adresa:

Mgr. Renáta Dovhunová

Diaderm s.r.o

Sládkovičová 300/3, 069 01 Snina

E-mail: renata.dovhunova@centrum.sk



PRAKTICKÉ VYUŽITIE PIKTOGRAMOV V MULTIKULTÚRNOM OŠETROVATEĽSTVE

SILVIA KUŠEVOVÁ

Nemocnica A. Leňa Humenné, n.o. Novorodenecké oddelenie JIS

Kľúčové slová:

Multikultúrne ošetrovateľstvo. Migrácia. Žiadateľ o azyl. Utečenec. Záchytný tábor. Multikultúrne ošetrovateľstvo. Špecifická ošetrovateľská starostlivosť. Komunikačné bariéry. Piktogrami

Úvod: Migrácia je stará ako ľudstvo samo. Migrácia ovplyvňovala a naďalej výrazne ovplyvňuje náš život, aj keď si tieto vplyvy často ani neuvedomujeme. Ľudia opúšťajú miesto, kde sa narodili a hľadajú lepšie miesto pre svoj život. Rozmanitosť kultúr v Slovenskej republike je pomerne značná a od vstupu do Európskej únie je ešte rozmanitejšia. Je preto žiaduce, aby aj sestry boli pripravené ošetrovať klientov rôznych kultúr.

Jadro práce: Prezentácia je zameraná na komunikáciu v multikultúrnom ošetrovateľstve a na praktické využitie piktogramov v ošetrovateľskej starostlivosti. Približuje základné pojmy migrácie. Je zameraná na jazykovú bariéru, ktorá v ošetrovateľskej starostlivosti, predstavuje najväčší problém a vplyv prostredia, ktorý negatívne vplýva na psychiku migrantov. V závere prezentácie uvádzam názory slovenskej verejnosti na migrantov.

Záver: Význam celej prezentácie spočíva v zaznamenaní súvislého, uceleného obrazu o multikultúrnom ošetrovateľstve, komunikácii a získaní základných informácií špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti u cudzincov vietnamskej a moslimskej kultúry, ktoré nám pomôžu skvalitniť multikultúrnu ošetrovateľskú starostlivosť o príslušníkov inej kultúry.

Literatúra:

BARGEROVÁ, Z. - DIVINSKÝ, B. 2008. *Integrácia migrantov v Slovenskej republike : Výzvy a odporúčania pre tvorcov politik.* Bratislava : IOM, 2008. 154 s. ISBN 978-80-970012-4-7.

DIVINSKÝ, B. 2005. *Zahraničná migrácia v Slovenskej republike : stav, trendy, spoločenské súvislosti.* Bratislava : Výskumné centrum Slovenskej spoločnosti pre zahraničnú politiku, 2005. 216 s. ISBN 80-89149-4-9.

KRIGLEROVÁ, E. G. a kol. 2009. *Migranti – nový pohľad na staré problémy: Multikulturalizmus a kultúrna integrácia migrantov na Slovensku.* Bratislava : Centrum pre výskum etnicity a kultúry, 2009. 127 s. ISBN: 978-80-970267-8-3.

Kontaktná adresa +421907242860, silvika.kusevova@gmail.com



PREVENCIA NOZOKOMIÁLNYCH NÁKAZ PACIENTA

DANIELA NOVOTNÁ,

Clinical Resources Consultant Czech Republic&Slovakia, Praha

Kľúčové slová: nozokomiálne nákazy, ATB, flebitída, ošetrovatel'stvo

Cieľom prednášky je vymedziť pojmy a problematiku nozokomiálnych nákaz, politiku ATB liečby v nemocniciach. Zameriame sa na prevenciu infekcií krvného riečiska, nozokomiálnych nákaz a flebitíd u pacienta z pohľadu ošetrovatel'stva. V prednáške sa sústreďujeme na princípy moderného ošetrovatel'stva, ako je napríklad správna technika preplachovania intravenózných katétrov a nakoniec porovnáme uzavretý intravenózný prístup u pacienta s otvoreným intravenóznym prístupom, a s tým spojené riziká infekcie u pacienta. Záverom zhrnieme metódy prevencie nozokomiálnych infekcií v ošetrovatel'stve.

Kontaktná adresa:

Mgr. Daniela Novotná
Clinical Resources Consultant Czech Republic&Slovakia
Praha



ÚROVEŇ VEDOMOSTI SESTIER O PRÁVACH PACIENTA

MARCELA KOVÁCSOVÁ, MARTA CSÚROSOVÁ

NsP n.o Kráľovský Chlmec

Kľúčové slová: Právo. Legislatíva. Zdravotníctvo. Pacient. Sestra

Hlavnou témou seminárnej práce je zistiť úroveň vedomostí sestier o právach pacientov. V práci sa venujeme stručne histórii. Charte práv pacientov jej vývojom od roku 1948 až po súčasnosť. Vymenujeme jednotlivé články práv pacientov na území Slovenskej republiky prijaté Národnou Radou 11.04.2001. Prieskumom zisťujeme či sestry dodržiavajú práva pacientov, majú dostatok vedomostí ohľadom práv pacientov. Vzorku respondentov tvorilo 100 sestier pracujúce v ústavných zdravotníckych zariadeniach na rôznych oddeleniach. Cieľom práce je zmapovať úroveň vedomostí sestier o právach pacientov. Po jeho analýze a vyhodnotení sme sa zamerali na odporúčania do praxe

Súčasný dynamický proces v transformácii zdravotníctva ale aj spoločnosti viedlo k potrebe prijať nové právne predpisy upravujúce zdravotníctvo na území Slovenskej republiky. Nahradiť platné predpisy, ktoré už nevyhovovali súčasným podmienkam, najmä vstupom do Európskej únie a celkového napredovania spoločnosti. Za posledné roky sa práva pacientov často objavujú na scéne slovenského zdravotníctva. Tieto zmeny sa týkali nielen poberateľov zdravotnej starostlivosti, ale aj nás poskytovateľov v snahe humanizácií ľudských vzťahov, predchádzaniu právnych konfliktov a aby sa vytratil pojem paternalizmus. Nároky na sestru sa každým dňom zvyšujú. Poznanie právnych noriem sa stal v súčasnosti jedným najdôležitejších atribútov slúžiacich na ochranu sestier pri vykonávaní ich povolania. Plnenie tohto povolania si od sestry vyžaduje dostatok vedomostí, profesionálne správanie a kladné morálne i charakterové vlastnosti. Na Slovensku do roku 2000 neexistovala žiadna ucelená právna úprava, ktorá by hovorila jasne o právach pacientov. Pacienti prijímali zdravotnú starostlivosť ako nejakú povinnosť a nutnosť neustáleho prispôsobovania sa. Veľmi malé percento pacientov využívalo svoju autonómiu a práva. Preto sa skupina odborníkov z tejto asociácie rozhodla vytvoriť projekt práv pacientov. Konečnú verziu však vypracovali autori doc. JUDr. Karol Tóth, PhD., MPH, mim. Prof., v spolupráci s inými odborníkmi a schválila ju vláda Slovenskej republiky dňa 1.4.2001 (Toth, 2008). Táto Charta práv pacienta SR platí dodnes .K základným právam pacientov v SR patria :

- 1. Ľudské práva a slobody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti**
- 2. Všeobecné práva pacientov**

- 3. Právo na informácie**
- 4. Súhlas pacienta**
- 5. Súhlas v prípade pacientov, ktorý nie sú spôsobilý o sebe rozhodovať**
- 6. Dôvernosť**
- 7. Liečba a starostlivosť**
- 8. Starostlivosť o nevyliciteľne chorých a umierajúcich**
- 9. Podávanie sťažností.**
- 10. Náhrada škody.**

Ošetrovatel'stvo ako samostatná vedná disciplína má dostatočné zdroje a kapacity, aby poskytovalo kvalitnú, vedecky podloženú, vysoko odbornú a humánnu starostlivosť. Pri zvyšovaní kvality sa musí zdravotnícke zariadenie zameriavať na výučbu a odbornú spôsobilosť pracovníkov, spôsob komunikácie s pacientom, uspokojovanie jeho potrieb a práv, zákonné požiadavky a predpisy (Kilíková, Nemčoková, 2006).

Ešte pred vstupom do zamestnania sestra musí veľmi dobre poznať svoje povinnosti. Preto musí byť dobre pripravená odpovedať na otázky, ktorými sa pacient trápi. Sestra ho môže odkázať na lekára len vtedy ak sa jedná o otázky diagnostického charakteru, liečby, liekov a prognózy. V ostatných prípadoch by mala vedieť odpovedať sama (Linhartová, 2007).

Kompetencie sestry sú skôr v oblasti racionálneho životného štýlu vrátane racionálnej životosprávy vzhľadom na zdravotný stav pacienta, jeho ošetrovatel'ské problémy. Obozretnosť sestry a cit pre mieru v uvedenej oblasti sú nevyhnutným predpokladom skutočného pôsobenia sestry ako osobnosti podporujúcej a usmerňujúcej pacienta, ale nie v plnej miere riadiacej v oblastiach prislúchajúcich do kompetencie lekára (Gulašová, 2009).

Vyhláška MZ SR z 2. júna 2005, 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 (Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z.z.). Nenahraditeľné postavenie v ošetrovatel'skej starostlivosti sestry umožňuje, aby sa stala zástancam a ochrancom osobných záujmov a práv pacientov, a to aj vo vzťahu k iným zdravotníckym pracovníkom, alebo k danému zdravotníckemu zariadeniu a v prípade potreby i k vlastným príbuzným pacienta. Plnenie tejto dôležitej úlohy si od nej vyžaduje primerané teoretické vedomosti, profesionálne správanie a kladné morálne i charakterové vlastnosti. Aktuálnou otázkou v súčasnosti sa stáva realizácia práv pacienta. Aby sa tento aspekt stal súčasťou každodennej ošetrovatel'skej starostlivosti je potrebná lepšia informovanosť pacientov o ich právach. V činnostiach zdravotníckych pracovníkov by malo byť samozrejmom súčasťou rešpektovanie a dodržiavanie práv pacienta. Sestra ani iný zdravotnícky pracovník by nemal čakať na vyzvanie pacienta, aby im vysvetľoval ich práva (Botíková, 2009).

Pri výkone ošetrovateľskej praxe sestra vstupuje do komplikovaných právnych vzťahov, ktoré by mala poznať, lebo za svoje profesionálne rozhodnutia a konanie musí niesť zodpovednosť. Zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti môže poskytovať výlučne poskytovateľ, resp. ním poverení zdravotnícki pracovníci. V prieskume sme sa zaoberali problematikou informovanosti sestier v súvislosti s právami pacientov, rešpektovanie a informovanie o ich právach počas kontaktu s nimi. Ďalej sme chceli zmapovať informovanosť sestier o Vyhláškach MZ SR a či sa chcú sestry vzdelávať o právach pacientov. Objektom prieskumu boli sestry pracujúce v ústavnej zdravotnej starostlivosti a predmetom prieskumu bolo uplatňovanie a úroveň vedomostí sestier o právach pacientov. Dôležitou súčasťou dodržiavania práv pacientov je znalosť kompetencie sestier a jednotlivých zákonov v zdravotníctve. Bez týchto vedomostí sestra môže prísť do rozporu so zákonom a niesť za to právnu zodpovednosť. Preto je veľmi dôležité, aby si sestry túto skutočnosť uvedomili a dodržiavali ich. K cieľu o zistení vedomostí sestier o právach pacientov sme sa zamerali na teoretické vedomosti sestier.

Napríklad, ktoré právo nepatrí ku právam pacientov, odpovedalo správne 95 (95%) sestier, ktoré si zvolili, že pacienti si nemôžu vybrať vlastnú sestru. V tejto otázke veľká väčšina sestier odpovedala správne. Koľko základných práv je prijaté ústavou SR vedelo správne odpovedať len 27 (27%) sestier, ktoré označili 10 práv pacientov. Veľká väčšina 35 (35%) sestier označilo 14 práv pacienta, ale tieto práva sú prijaté EÚ a nie SR. Národná rada SR 11.04.2001 schválila a upravila práva pacientov v 10 článkoch. Často krát sme svedkami nespokojnosti pacientov v súvislosti so stanovenými čakacími dobami na vyšetrenia pacientov. Preto sme chceli vedieť, či pacient má právo nahliadnuť do zoznamu čakateľov ak nie je spokojný so stanovenou čakacou dobou pred vyšetreniami alebo plánovanou operáciou. Správne označili sestry, ktoré si zvolili možnosť nie, lebo zákon nestanovuje termíny na vyšetrenia hovorí, len o odkladnej a neodkladnej starostlivosti. Dĺžku čakacích lehôt si stanovuje poskytovateľ podľa svojich kapacít. Niektoré sestry umožnili pacientom nahliadnuť do zoznamu čakateľov čo je nesprávne, lebo tým by porušili práva ostatných pacientov na zachovanie anonymity a zneužívanie dôvery. V niektorých krajinách EÚ sa povoľuje nahliadnutie ak sa zachová anonymita ostatných pacientov. Veľmi aktuálnou otázkou kto má právo na informácie o zdravotnom stave pacienta si veľa krát myslia príbuzní, že majú na to plné právo. Preto sme chceli vedieť ako sestry postupujú pri takejto príležitosti, či respektíve vedia obhájiť zákon o dôvernosti pacienta pred príbuznými. Lekárske tajomstvo, nie je iba teoretický pojem, ale ide o zákonnú povinnosť všetkých zdravotníckych pracovníkov. Povinnosť mlčanlivosti môže zbaviť zdravotníckeho pracovníka, iba osoba ktorej sa skutočnosti týkajú (teda sám pacient), alebo orgán príslušný na vydanie povolenia MZ SR, alebo príslušný orgán Samosprávneho kraja a to na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní a súdov. V prípade

bezvedomia pacienta je morálnou otázkou zo strany lekára nakoľko musí predpokladať vývoj zdravotného stavu pacienta . Pretože pacient po zotavení si možno neželal aby jeho rodina bola informovaná o zdravotnom stave a tým by lekár porušil lekárske tajomstvo. Toto tajomstvo môže lekár porušiť jedine vtedy ak zdravotný stav pacienta môže ohroziť zdravie príbuzných napr. ak sa jedná o infekčné ochorenie. Na túto otázku tiež veľká väčšina sestier nevedela správne odpovedať. Má pacient právo privlastniť si celý chorobopis ? Správnu odpoveďou je nie, lebo ani pacient ani lekár si nemôžu privlastniť celý chorobopis. Chorobopis pacienta je majetkom zdravotníckeho zariadenia. Nesmie sa však odmietnuť nahliadnutie, do dokumentácie pacientovi, alebo zákonnému zástupcovi ani v prípade, keď pacient má v úmysle žalovať zdravotnícke zariadenie. Na túto otázku odpovedalo správne, len 31 (31%) sestier čo nepredstavuje ani polovicu z celkového počtu.. Veľmi aktuálnou témou je aj žiadosť pacientov a príbuzných na podávanie sťažností, ktoré im vznikli pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Preto sme sa opýtali sestry či si pacient môže žiadať náhradu škody a podať sťažnosť. Veľká väčšina 85 (85%) sestier označilo, že pacient takéto právo, má čo je teda správna odpoveď. Ďalším cieľom bolo zistiť akým spôsobom sestry dodržiavajú a informujú pacientov o ich právach. Akým spôsobom informujete pacienta o jeho právach. Viac ako polovica 55 % sestier uviedli najčastejšie informovanie pacientov rozhovorom, knihami či rôznymi letákmi. Ostatné sestry, buď neinformujú pacienta alebo to pokladajú za zbytočné. Je to nesprávne, lebo podľa zákona je povinnosťou sestry informovať pacienta o ich právach. Podľa § 2 vyhlášky č. 364/2005 Z.z., odstavec (1) Pri výkone ošetrovateľskej praxe sestry f) „podporuje presadzovanie a obhajovanie potrieb a práv osoby.“ n) „poskytuje informácie súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti v potrebnom rozsahu osobe, rodine alebo komunite.“ (MZ SR 578/2004 Z.z). Zabezpečovania súkromia pacienta pri vykonávaní hygienickej starostlivosti 61 (61%) sestier vždy zabezpečí súkromie pacienta. Sestry, ktoré si nezvolili túto možnosť, porušujú zákon. Pretože pacient má právo na súkromie a zdravotnícki pracovníci a zdravotnícke zariadenie musí takéto podmienky vytvoriť nakoľko im to vyplýva zo zákona. Prameň: Zákon NR SR č. 576 z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Podľa § 11 ods. 8 zákona o zdravotnej starostlivosti má každý právo na ochranu dôstojnosti, rešpektovanie svojej telesnej a psychickej integrity, zachovanie mlčanlivosti v súvislosti s údajmi o jeho zdravotnom stave, a na humánny, etický a dôstojný prístup zdravotných pracovníkov(NR SR č.576/2004) . Veľmi aktuálnou otázkou je právo pacienta na informácie, ktoré sa týkajú priebehu vyšetrení, diagnóze, liečby či preventívnych opatrení. Až 74 (74%) sestier označilo, že pacient musí poznať všetky okolnosti, ktoré sa ho dotýkajú počas hospitalizácie. Poskytovatelia zdravotníckej starostlivosti musia poskytovať pacientovi všetky informácie súvisiace s plánovanou liečbou, alebo operáciou, vrátane súvisiacich rizík a ťažkosti,

ktoré pacienti potvrdzujú svojím podpisom o informovanom súhlase. Koľko času treba ponechať pacientovi pred plánovaným výkonom na vyjadrenie informovaného súhlasu. Na základe odpovedí sme zistili, že správnu odpoveď si zvolilo iba 15 (15%) sestier, ktoré označili, že pacientovi treba ponechať dostatok času nakoľko sa nejedná o urgentný výkon. Podľa zákona č.576/2004 § 6 odsek 2 ošetrovateľský pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a primerane rozumovej a vôľovej vyspelosti a zdravotného stavu osoby, ktorú má poučiť (ZN SR č 576/2004 Z.z). Ďalším cieľom bolo zistiť vedomostnú úroveň sestier o vyhláškach MZ SR

Pri stanovení tohto cieľa sme chceli vo všeobecnosti zistiť či sestry ovládajú právne normy, zákony a ich novelizácie pre predchádzanie vzniku právnych konfliktov s nevedomosťami týchto zákonov. Opýtali sme sa preto sestry či môžu byť právne stíhané za porušovanie práv pacientov v SR, len 42 (42%) sestier si myslí, že áno a ostatné uviedli možnosť nie, alebo neviem. O existencii zákona, ktorý nariaďuje sestru poskytovať informácie o právach pacienta a poskytovať informácie v rámci ich kompetencií, správne odpovedalo, len 28 (28%) sestier. Kontrolnou otázkou sme sa chceli uistiť či sestry ovládajú konkrétny zákon, ktorá im určuje kompetencie a preto sme im umožnili dopísať znenie tohto zákona. Na túto otázku sme dostali iba 16 (16%) odpovedí od sestier, čo predstavuje veľmi malé percento znalosti tohto zákona. Z toho vyvodzujeme záver, že sestry nielen nemajú prehľad o zákonoch a vyhláškach MZ SR, ale ani by nevedeli poradiť pacientovi na koho sa majú vôbec obrátiť, keď majú nejaké sťažnosti. Čo je veľmi zlé, lebo veľká väčšina sestier nemá prehľad o svojich kompetenciách ale ani povinnostiach, ktoré im vyplývajú zo zákona. Pri zisťovaní či si chcú sestry zvyšovať svoje vedomosti z práv pacientov sme zistili, že si chcú sestry zvyšovať svoje vedomosti. Veľká väčšina sestier 70 (70%) napísala áno, 27 (27%) sestier nie a 3 (3%) sestry napísali neviem. Na veľké medzery poukazuje aj Kost'ová, ktorá v článku práva pacientov opisuje, že „ z organizačných a časových dôvodov sa informovanie o právach často obmedzuje na rozdanie letákov Charty, prípadne na kratučkú zmienku počas hospitalizácie pacienta o tom, že ich má. Chýba systémové manažovanie na úrovni vedenia nemocníc a tiež audit dodržovania a informovania pacientov, rovnako ako spätná väzba a realizácia náprav“(Kost'ová, 2006, s.15).

Problematika práv pacientov pre Slovensko začala byť aktuálna po politických novembrových zmenách v roku 1989. Charta práv pacienta v Slovenskej republike má predovšetkým veľký význam pri motivácii pacienta, aby dbal o svoje zdravie a aktívne sa podieľal na prevencii chorôb. Právo pacienta predstavuje významný etický kódex, ktorá kladie veľký dôraz na profesionálne partnerstvo. Okrem všeobecných práv pacientov sa rozvíjajú aj špecifické práva

vzťahujúce sa na skupiny ľudí. Len neustálym vzdelávaním a rozčlenením starostlivosti úmerne medzi všetkých zdravotníckych pracovníkov nám umožní poskytovať kvalitnú starostlivosť o pacienta na profesionálnej úrovni Preto povinnosťou každého zdravotníckeho pracovníka je ovládať práva pacientov. Aj napriek veľkej snahe a medializácii týchto práv dochádza k ich porušovaniu a sú často krátko zneužívané v prospech nás zdravotníkov. Informovaním pacientov zdravotníckymi pracovníkmi o ich právach sa predíde mnohým komplikáciám a súdnym sporom. Je preto potrebné uskutočniť zmeny týkajúce sa praxe a vzdelávania zdravotníckych pracovníkov a venovať väčšiu pozornosť výučbe práv pacientov. Rešpektovanie postavenia sestry ako obhajkyne pacienta zo strany lekárov, môže do určitej miery motivovať sestry, aby sa viac zaujímali o práva pacientov. Zanedbávanie týchto nedostatkov sa môže zdravotníckym zariadeniam vrátiť v podobe sťažností od pacientov, znižovaním, alebo dokonca stratou kreditov nemocnice a negatívnymi medializáciami.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

BOTÍKOVÁ, A. 2009. Realizácia práv pacienta. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2009, č.3-4, s. 18.

GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Právne aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2009. 112-119 s. ISBN 978-80-863-307-3.

KILIKOVÁ, M.- NEMČOKOVÁ, A. 2006. Manažment kvality ošetrovateľskej starostlivosti. In *Sestra*. ISSN1335-9444, 2006, č. 7-8. s.24.

KOŠŤOVÁ, T.2006. Práva pacientov. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2006, č.3-4, s.15.

LINHARTOVÁ, V. 2007.*Praktická komunikace v medicíně*. Publishing Grada CZ, 2007. 129 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

TOTH, K. a kol. 2008.*Právo a zdravotníctvo*. 1. vyd. Bratislava : Vydavateľstvo Herba, 2008.149-153 s. ISBN 978-80-89171-57-6.

Zákon NR SR č. 576/2004 Z.z. O zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontaktná adresa:

Mgr. Marcela Kováčsová –NsP n.o Kráľovský Chlmec
PhDr. Marta Csurosová – NsP n.o Kráľovský Chlmec

KROKY VAKCINOLÓGIE OD EMPÍRIE K VEDE

PRISKA RUPČÍKOVÁ

GlaxoSmithKline Slovakia, s.r.o.

Kľúčové slová: vakcinológia, TBC, tetanus, záškrť, variola

Koncept modernej vakcinológie má korene v dávnej minulosti, keď ešte neboli známe patogény a žiadne poznatky o imunológii. Výrazným posunom bolo objavenie patogénov a schopnosť L. Pasteura a R. Kocha priradiť vzťah medzi patogénmi a infekčnými ochoreniami. Niektorým významným objavom, napr. možnosti oslabenia alebo inaktívácie patogénov pomohla aj náhoda a nedbalosť. Mnohé výsledky bádania vo vakcinológii boli odmenené Nobelovou cenou. Prvá bola udelená Emilovi von Behring v r. 1901 za objav protilátok a pasívnu imunoterapiu diftérie.

Významným míľnikom v 20-tych rokoch minulého storočia bolo objavenie adjuvantov a úlohy hliníkových solí pri protilátkovej odpovedi. Za objav možnosti rastu, resp. pomnoženia vírusov na kuracích embryách a bunkových kultúrach, čo umožnilo neskôr úspešne bojovať s poliomyelitídou, nasledovali ďalšie Nobelove ceny.

S pribúdaním možností ochrany pred zvyšujúcim sa počtom ochorení, vyvstala potreba minimalizácie vpichov a vývoja kombinovaných vakcín a overenia ich účinnosti a bezpečnosti. Otázka bezpečnosti a reaktogenity celých patogénov nasmerovala výskum k možnosti použitia fragmentovaných a purifikovaných častí patogénov - tzv. split (štiepených) a subjednotkových vakcín, neskôr aj zavedeniu konceptu tzv. rekombinantných vakcín.

V 70-tych a 80-tych rokoch minulého storočia bolo vyvinutých mnoho polyvalentných vakcín zložených z purifikovaných kapsulárnych polysacharidov. V dôsledku nezrelého imunitného systému však nedochádza u detí do dvoch rokov k adekvátnej odpovedi imunitného systému, pritom patria medzi najzraniteľnejšie skupiny. Tento problém vyriešil objav možnosti konjugácie polysacharidov na proteínový nosič. Najväčšie pokroky v imunológii prinieslo 20. storočie.

Úspechy vakcinológie sú nepopierateľné - eradikácia varioly a pokles úmrtnosti a chorobnosti na očkovaním preventabilné ochorenia ako tuberkulóza, tetanus, záškrť a iné. Napriek tomu sa vakcíny stali obeťami vlastného úspechu. Neobávame sa ochorení, z ktorých mnohé už ani nepoznáme. O to väčšiu pozornosť venujeme nežiaducim účinkom očkovania. Väčšina z nich je prirodzená a očakávaná, omnoho menej zaťažujúca organizmus ako ochorenie, proti ktorému chráni.

Stále však zostáva veľa závažných ochorení, proti ktorým sa nepodarilo nájsť účinnú očkovaciu látku, resp. jej účinnosť nie je na želateľnej úrovni. Od samotného konceptu vývoja vakcíny po jej registráciu ubehne v priemere 10-30 rokov. Pritom každá vakcína je jedinečná – svojim zložením, spôsobom výroby a inými vlastnosťami. Nie je možné ich hodnotiť napr. na iba základe obsahu počtu antigénov, obsahu adjuvantov a podobne. Hlavnými kritériami musia byť bezpečnosť a účinnosť, ale aj kvalita imunitnej odpovede, jej pretrvávanie a mnoho ďalších aspektov. Skutočnosť, že stále nevieme všetko o vakcínach, neznamená že nevieme nič... Patria k najväčším výdobytkom modernej medicíny a zaslúžia si našu pozornosť.

Kontaktná adresa autora:

MUDr. Priska Rupčíková, CSc.
Medical Advisor

GSK Slovakia, s.r.o.
Galvaniho 7/A
821 04 Bratislava
Slovakia

Email priska.p.rupcikova@gsk.com

Mobile +421 903 252681

Tel +421 2 48261135



PROTIEPIDEMICKÉ OPATRENIA PRI VÝSKYTE BAKTERIÁLNYCH PÔVODCOV INFEKČNÝCH OCHORENÍ S KLINICKY A EPIDEMIOLOGICKY VÝZNAMNÝMI MECHANIZMAMI REZISTENCIE

LENKA LESŇÁKOVÁ

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Humennom

Súhrn: Kampaň CDC (Centrum pre kontrolu a prevenciu chorôb) zameraná na prevenciu antibiotickej rezistencie v oblasti zdravotnej starostlivosti poskytla odhad, že viac ako 70% všetkých nemocničných infekcií je spôsobených multirezistentnými baktériami (ďalej len „MRO baktérie“). Tieto infekcie podstatne prispievajú k chorobnosti a úmrtnosti pacientov a zvyšujú náklady na liečbu. Multirezistentné baktérie sú do zdravotníckeho zariadenia takmer vždy importované. Pre kontrolu baktérií s významnými mechanizmami rezistencie voči antibiotikám zohráva rozhodujúcu úlohu ich včasná laboratórna diagnostika a následne prijatie a realizácia efektívnych protiepidemických opatrení v zdravotníckom zariadení.

Kľúčové slová: opatrenia, zdravotníctvo, karbapenemázy, MRSA, rezistencia

Úvod: Bakteriálna rezistencia je závažný celosvetový problém, zvyšuje morbiditu a mortalitu pacientov, predlžuje dobu hospitalizácie a zvyšuje náklady na liečbu. Multirezistentné kmene sú rezistentné k základným antibiotikám a k väčšine rezervných antibiotík. Racionálna antibiotická politika, včasná laboratórna diagnostika a efektívne protiepidemické opatrenia v zdravotníckom zariadení sú nástrojom na zabránenie šírenia multirezistentných baktérií.

Vlastný text: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky vydalo v roku 2014 Odborné usmernenie pre diagnostiku a protiepidemické opatrenia pri výskyte bakteriálnych pôvodcov infekčných ochorení s klinicky a epidemiologicky významnými mechanizmami rezistencie.

Účelom odborného usmernenia je upraviť postupy laboratórných analýz a následných protiepidemických opatrení v zdravotníckych zariadeniach pri výskyte bakteriálnych pôvodcov infekčných chorôb s klinicky a epidemiologicky významnými mechanizmami rezistencie voči antibiotikám s cieľom včas takéto baktérie identifikovať a zabrániť ich ďalšiemu šíreniu.

Šírenie je spôsobené nedodržiavaním štandardných opatrení eliminujúcich riziko prenosu mikroorganizmov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Ide najmä o podceňovanie izolačných opatrení, chyby pri bariérovej ošetrovacej technike, nedodržiavanie indikácií hygienickej dezinfekcie rúk zdravotníckych pracovníkov, chyby pri manipulácii s močom (močovými katétami, zbernými vakmi) a stolicou, nedostatky pri starostlivosti o dolné dýchacie cesty u

pacientov na umelej pľúcnej ventilácii. Závažné dôsledky môže mať aj málo dôsledné zaznamenávanie údajov o kolonizácii/infekcii mikroorganizmami s klinicky a epidemiologicky závažnými mechanizmami rezistencie do prekladových/prepúšťacích správ.

Medzi kľúčové mechanizmy rezistencie u MRO baktérií patria:

a) karbapenemázy u enterobaktérií - predstavujú osobitné nebezpečenstvo, pretože môžu vyvolávať klinickú rezistenciu na všetky β -laktámové antibiotiká a zvyčajne sa združujú s ďalšími mechanizmami rezistencie; dôsledkom môže byť až pan-rezistencia, kedy kmeň odoláva prakticky všetkým dostupným antibiotickým liečivám; najčastejšie ide o baktérie *Klebsiella pneumoniae* subsp. *pneumoniae* a *Escherichia coli*, karbapenemázy sa však môžu vyskytnúť aj u iných príslušníkov čeľade *Enterobacteriaceae*;

b) β -laktamázy s rozšíreným spektrom účinnosti (ESBL) - v Slovenskej republike (ďalej len „SR“) sú rozšírené u enterobaktérií, najmä u *Klebsiella pneumoniae* subsp. *pneumoniae* a *Escherichia coli*; pre terapiu nimi vyvolaných infekcií ostávajú často účinné len karbapenémové liečivá;

c) prenosné, pôvodne chromozomálne β -laktamázy - v SR sú rozšírené u *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* subsp. *pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* subsp. *oxytoca*, *Salmonella enterica* a *Proteus mirabilis*;

d) *Staphylococcus aureus* rezistentný na β -laktámové liečivá (MRSA) - kmene izolované v SR sú menej často multirezistentné a pre ich terapiu zvyčajne ostávajú dostupné viaceré iné, ako β -laktámové antibiotické liečivá;

e) Vankomycín-rezistentné enterokoky, stafylokoky rezistentné na glykopeptidy a kmene *Streptococcus pneumoniae* rezistentné na penicilín v súčasnosti vzhľadom na frekvenciu ich výskytu a možnosti inej účinnej antibiotickej terapie predstavujú v SR menej závažný klinický problém.

Protiepidemické opatrenia v zdravotníckom zariadení:

Protiepidemické opatrenia v zdravotníckom zariadení tvorí systém organizačných, a materiálno-technických zabezpečení, ktoré **je potrebné pripraviť ešte pred prvým výskytom** MRO baktérií v zdravotníckom zariadení a následne ich dodržiavať.

Organizačné opatrenia sú zamerané na:

a) preškolenie zdravotníckych pracovníkov, ktorí budú prichádzať do kontaktu s pacientmi infikovanými MRO baktériami s cieľom získať ich pre aktívnu spoluprácu s uvedením si závažnosti dôsledkov zlyhania protiepidemických opatrení;

b) zabezpečenie podmienok pre laboratórne analýzy, konfirmácie a včasné hlásenie výskytu MRO baktérií laboratóriom klinickej mikrobiológie, ktoré pre zdravotnícke zariadenie mikrobiologické analýzy vykonáva;

c) vytvorenie priestorovo-dispozičných a materiálno-technických podmienok pre osobitný ošetrovací režim pacientov s MRO baktériami, a to hlavne podmienky pre izoláciu vrátane tých pacientov, ktorí vyžadujú intenzívnu starostlivosť.

Protiepidemické opatrenia zahŕňajú:

a) **vstupný laboratórny skrining** pacientov prijatých z rizikových oddelení napr. JIS, oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny, oddelenia popálenín alebo onkologické, transplantáčné, neonatologické, chirurgické a urologické oddelenia nemocníc, alebo pacientov prichádzajúcich z krajín, kde je výskyt MRO baktérií endemický napr. Grécko, Taliansko; ak ide o skrining enterobaktérií produkujúcich karbapenemázy, pobyt pacienta v izolácii na expektačnej izbe má trvať až do doby ukončenia laboratórnych analýz;

b) **včasnú izoláciu pacienta alebo kohortizáciu viacerých pacientov** kolonizovaných rovnakými MRO baktériami; pri výskyte enterobaktérií produkujúcich karbapenemázy sa izolácia dodržiava počas celého pobytu pacienta v zdravotníckom zariadení a bez ohľadu na to, či bakteriálny kmeň je možné ešte od pacienta laboratórne izolovať;

c) **nutnosť obmedzenia pohybu pacienta** s kolonizáciou alebo infekciou MRO baktériami na iné oddelenia na čo najnižšiu možnú mieru; ak je vyšetrenie na inom oddelení nevyhnutné, je potrebné vopred informovať zdravotníckych pracovníkov, že ide o pacienta podliehajúceho izolácii; pred prepustením alebo prekladom pacienta do iného zdravotníckeho zariadenia alebo na iné oddelenie, ošetrojúci lekár vopred oznamuje prijímajúcemu oddeleniu potrebu prijať opatrenia na zabránenie prenosu MRO baktérií na ďalších hospitalizovaných pacientov a zdravotníckych pracovníkov;

d) **zaznamenanie údajov** o kolonizácii spôsobenej MRO baktériami **do zdravotnej dokumentácie a do prepúšťacej správy pacienta** a odporúča sa, aby sa v prípade rehospitalizácie u pacienta vykonal vstupný skrining a pacient bol umiestnený do izolácie;

e) **zabezpečiť a dodržiavať pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientovi s kolonizáciou alebo infekciou MRO baktériami:**

1. bariérovú ošetrovaciu techniku,

2. hygienu rúk, ktorá je kľúčovým protiepidemickým nástrojom u zdravotníckych pracovníkov a u pacientov izolovaných spoločne, dezinfekciu rúk alkoholovým dezinfekčným prípravkom s preukázanou účinnosťou na daný bakteriálny multirezistentný kmeň pred a po každom kontakte s pacientom a s prostredím v okolí pacienta, po kontakte s biologickým materiálom pacienta, pred aseptickým zákrokom a pod.;

3. používanie osobných ochranných pracovných prostriedkov, uprednostňovať jednorazové rukavice, masky, zástery, plášte a pod.,

4. individualizáciu zdravotníckych pomôcok: podložná misa, teplomer, tlakomer, fonendoskop a pod., uprednostňovať jednorazové zdravotnícke pomôcky,

5. vyradenie ostatných pomôcok z používania, ak sú veľmi znečistené a nie je možná ich účinná dekontaminácia; dôsledne dodržiavať štandardné postupy pre dezinfekciu a sterilizáciu v súlade s platnými štandardami pre dezinfekciu a sterilizáciu v zdravotníctve;

f) dôslednú dekontamináciu malých a veľkých plôch oddelenia zameraných na redukciu nečistôt a zníženie mikrobiálnej záťaže prostredia MRO baktérií; dbať na kompatibilitu čistiaceho prostriedku a dezinfekčnej látky, ako aj na účinnosť dezinfekčnej látky na zistený druh MRO baktérie; dekontamináciu podložných mís pri výskyte enterobaktérií produkujúcich karbapenemázy sa odporúča vykonávať v strojových dezinfektoroch a močové zberné vaky vyprázdňovať výpustným ventilom; pri manipulácii s nimi dodržiavať bariérovú ošetrovaciu techniku, používať jednorazové rukavice a po ukončení vykonať dôkladnú dezinfekciu rúk alkoholovým dezinfekčným prípravkom; pri zbere moču sa používa pre každého pacienta na vyprázdnenie zberného vaku osobitný džbán, ktorý sa dekontaminuje rovnakým spôsobom ako podložné misy;

g) priebežné vykonávanie aktívneho skríningu MRO baktérií u osôb, ktoré boli v kontakte s pacientom: pacienti na izbe, zdravotnícki pracovníci, a pod.;

h) dekolonizácia pacienta sa vykonáva iba v indikovaných prípadoch pri kolonizácii MRSA, pri kolonizácii ostatnými MRO baktérií je dekolonizácia neefektívna a neodporúča sa.

Záver: Hygiena rúk je významným preventívnym aj protiepidemickým nástrojom. Nová vyhláška MZ SR č. 192 z 28. júla 2015, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 553/2007 Z.z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia upravuje pracovné postupy pre umývanie rúk, hygienickú dezinfekciu rúk, chirurgickú dezinfekciu rúk, predoperačnú prípravu rúk, starostlivosť o pokožku rúk a používanie ochranných rukavíc. **Táto vyhláška nadobúda účinnosť 1. septembra 2015.**

Zoznam bibliografických odkazov:

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 03828/2014-SZ z 23. mája 2014 pre diagnostiku a protiepidemické opatrenia pri výskyte bakteriálnych pôvodcov infekčných ochorení s klinicky a epidemiologicky významnými mechanizmami rezistencie.

Guide to the Elimination of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus (MRSA) Transmission in Hospital Settings, 2nd Edition. Washington : An APIC Guide, 2010. 65 s. ISBN: 1-933013-49-4.

BÖHMOVÁ E., KOMPANÍKOVÁ A., ŠTEFKOVIČOVÁ M. *Protiepidemické opatrenia v súvislosti s výskytom enterobaktérií produkujúcich karbapenemázy v zdravotníckych zariadeniach*, 2015.

Kontakt na autora:

Mgr. Lenka Lesňáková

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Humennom, Ul. 26. novembra č. 2/1507,
066 18 Humenné

Oddelenie epidemiológie a výchovy k zdraviu

E-mail: hn.lesnakova@uvzs.sk

FENOL VERZUS IZS.

MARIÁN ČORNANIČ, ALENA ŠPITÁLIKOVÁ, EMÍLIA URBANOVÁ

Falck – Záchranná a.s. Košice

Kľúčové slová: fenol, ZZS, VZZS, NTC

Posádky záchranej zdravotnej služby denne ošetrí veľa pacientov, ktorí sú v ohrození života z rôznej príčiny. Najväčší počet ošetrení tvoria určite pacienti s kardiovaskulárnou, respiračnou, respektíve neurologickou príčinou poškodenia zdravia. Dennodenným ošetrovaním takýchto pacientov, záchranár automaticky získava skúsenosti a rutinu pri manažmente týchto pacientov, ktorý je často podobný. Ďalšiu kategóriu tvoria pacienti s poškodením zdravia spôsobeným úrazom. Úraz je špecifický tým, že príčinou môže byť akýkoľvek mechanizmus, a preto aj manažment každého takého pacienta je špecifický a odlišný.

Cieľom spracovania našej kazuistiky je priblížiť typ úrazu, s ktorým sa nestretávame v praxi každý deň. V našej prezentácii sme spracovali kazuistiku z výjazdu k pacientovi, ktorý utrpel úraz postriekaním chemikáliou – fenolom. Výjazd bol pre nás špecifický tým, že išlo o chemickú látku, o ktorej účinkoch a vplyvoch sme nemali dostatočné informácie.

V prvej časti prezentácie sme spracovali priebeh konkrétneho výjazdu. Išlo o výjazd k pacientovi, ktorého hlásenie KOS bolo: Otrava chemikáliami v chemickom závode. Po príchode zisťujeme, že ide o pacienta cudzej štátnej príslušnosti „Poliak“, ktorý bol postriekaný koncentrátom Fenolu pri prečerpávaní z cisterny. Pacienta našli ležať v sprche v bezvedomí, ktorého závodní hasiči vytiahli a naložili do závodnej ambulancie a zavolali ZZS. Po našom príchode, nám závodní hasiči (kumulovaná funkcia so strážnou službou!) nevedia poskytnúť bližšie informácie ohľadom fenolu. Pravá polovica tváre, krk, predná stena hrudníka a predná plocha HK a DK – „Fenolová gangréna“, pacient v bezvedomí. Pacienta vyzliekame, po symptomatickej terapii transportovaný na najbližšie OAİM, keďže lekár privolanej VZZS pre riziko ohrozenia pilota odmieta transport VZZS. Konzultujeme NTC v Bratislave, kde dostávame informáciu o dekontaminácii polyetylénglykolom. Pacient po cca 3 hodinách na OAİM zomiera. Po odovzdaní pacienta pristupujeme ku výmene ambulancie. Ambulancia dekontaminovaná NaHCO₃ a vetraním.

V druhej časti prezentácie sme spracovali v spolupráci s NTC v Bratislave účinok a vplyv 98% koncentrátu Fenolu na pacienta a ošetrojúci personál, z čoho jednoznačne vyplýva, že ošetrovanie pacienta sme mali realizovať v ochranných odevoch a pri odstraňovaní odevu z pacienta je

potrebné používať dýchacie prístroje. Z našej strany absentovala konzultácia a spolupráca s Hasičským zborom SR, ktorá bola zrealizovaná až po ukončení výjazdu.

V závere prezentácie sme sa zamerali na možné chyby Krajského operačného strediska, posádky ZZS a chemického závodu.

Kontakt na autora:

cornanic@falck-zachranna.sk



HOSPIC- ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE PRE PACIENTOV V TERMINÁLNO M ŠTÁDIU

ANTÓNIA PEREGRIMOVÁ, MARTINA PRONĚKOVÁ

Hospic Matky Terezy, Bardejovská Nová Ves

Kľúčové slová: Hospic. Pacient. Rodina.

Príspevok rozvíja problematiku starostlivosti o pacienta v terminálnom štádiu, možnosti, ktoré umožňujú dôstojnú starostlivosť o pacienta, pretože si vyžaduje hospitalizáciu na chronickom lôžku a predovšetkým zdravotníckom, aby boli uspokojované biologické, psychické, sociálne a duchovné potreby každého pacienta, pod dohľadom odborného tímu z oblasti medicíny, ošetrovateľstva, psychológie a duchovnej osoby. Oblasť paliatívnej starostlivosti si vyžaduje komplexný a odborný prístup, aby bola zachovaná ľudská dôstojnosť až do prirodzeného konca.

ÚVOD

Človek si nevyberá, kedy a väčšinou ani ako umrie. Hádám práve preto byť pripravený nie je celkom na zahodenie. Žeby závan morbidity? No možno to tak súčasníkovi môže znieť. Paradoxne je však povedomie smrti a nevytesňovanie pomyslenia na ňu obrovskou vzpruhou do momentálneho života. A tak isto to má bezpochyby veľký význam i v danom kritickom čase umierania a smrti. Ako sa hovorí, smrť je vynikajúci radca a spojenec – dáva životu perspektívu. Ak ju celkom nevytesníme zo svojho života, zo svojho vedomia, neustále nám môže pripomínať vzácnosť každej chvíle a môže regulovať to naše bežné a časté plytvanie časom, energiou, silou a talentom na plytké zbytočnosti. Môže dať do perspektívy naše vzťahy, ich dôležitosť, ich kvalitu. Nedáva priestor nude.

Dlhodobé ochorenie má aj svoju pozitívnu stránku. Býva veľkou príležitosťou a to nielen pre chorého, ale i pre celé jeho okolie. Vážna choroba vedie človeka k prehodnoteniu jeho doterajšieho rebríčka hodnôt. Ak je táto príležitosť správne pochopená a záručená, môže byť obdobie choroby najplodnejším a najcennejším úsekom života. Pri práci sa starostlivosti so zomierajúcimi sú dôležité skúsenosti, vedomosti a zručnosti ošetrojúceho personálu. Je nevyhnutné naučiť sa nebáť prekročiť prah izby, v ktorej niekto zomiera, lebo tým prekročíme nielen svoje obavy, ale i seba samých. Je to miesto, kde rastieme a dozrievame k ľudskosti. Zomierajúci môže byť pre nás niekto, kto nám dal príležitosť hlbšie sa zamyslieť nad vlastným

životom, nad skutočnými hodnotami. Nieкто, kto nás naučil byť citlivými na potreby iných a okrem seba vidieť i o krok vpred. Starostlivosť o zomierajúceho človeka je záležitosťou srdca.

HISTÓRIA HOSPICOVÉHO HNUTIA

Paliatívna medicína má základ v hospicovom hnutí, ktoré vzniklo ako odpoveď na závažné problémy nevyliciteľne chorých a zomierajúcich v druhej polovici 20. storočia. Na základe zásadných medicínskych objavov sa zmenil priebeh mnohých ochorení a zvýšila sa nádej pacientov na ich úplné vyliečenie. Na druhej strane sa pacienti s nevyliciteľným ochorením a zomierajúci pacienti stali záťažou z ekonomického hľadiska pre nemocnice a traumou lekárov, ktorí chceli byť úspešní v liečbe. Zomierajúci nedostávali primeranú liečbu príznakov a boli osamelí, odlúčení od svojich blízkych v neosobných pretechnizovaných nemocničných zariadeniach. Na tieto nedostatky reagovali sestry a lekári zdôrazňovaním povinnosti nielen liečiť a vyliečiť, ale aj pomáhať účinne tam, kde vyliečenie nie je možné a smrť je nevyhnutná.

Za vedúcu osobnosť v hospicovom hnutí možno považovať Cicely Saundersovú, neústupnú a presvedčajúcu anglickú lekárku, zakladateľku prvého moderného hospicu v Európe, hospicu sv. Krištofa v Londýne (1967) a priekopníčku koncepcie „celkovej bolesti“ nevyliciteľne chorého a zomierajúceho, ktorá má súčasne somatický, psychický, sociálny a spirituálny rozmer.

Prvé oddelenie paliatívnej starostlivosti vzniklo v Montreali vo fakultnej nemocnici r. 1973, založil ho chirurg-onkológ Balfour Mount, ktorý prvýkrát použil termín „paliatívna starostlivosť“.

Tento názov sa ujal a používa sa naďalej, aj vzhľadom na to, že názov „hospic“ odvodený od latinského koreňa znamenajúceho pohostinnosť vyvoláva rôzne predstavy o náplni jeho dvoch činností, od útulku pre chudobných a osamelých, poverených až po útulok pre starých a chorých. Okrem toho z toho istého koreňa pochádza názov „hospital“, na Slovensku „špitál“, preto hospice na Slovensku a napr. ani v Španielsku v minulosti nikdy neboli.

V r. 1987 bola vo Veľkej Británii prijatá koncepcia paliatívnej medicíny ako lekárskej špecializácie na úrovni ostatných špecializácií. V roku 1988 bola založená Európska asociácia paliatívnej starostlivosti (European Association for Palliative Care), ktorá výrazne prispela ku pochopeniu potreby paliatívnej starostlivosti ako súčasť zdravotnej starostlivosti verejnosťou ako aj národnými vládami.

PALIATÍVNA MEDICÍNA

Paliatívna medicína je špecializačný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou a liečbou pacientov s chronickou nevyliciteľnou, pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou s časovo obmedzeným prežívaním.

Paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tak, že včas identifikuje a neodkladne diagnostikuje a lieči bolesť a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza a zmierňuje utrpenie.

Cieľom paliatívnej medicíny je udržanie najvyššej možnej kvality života pacienta až do jeho smrti, zahŕňa zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekármi, ošetrovateľskú starostlivosť, rehabilitáciu, psychologickú starostlivosť, liečebno - pedagogickú starostlivosť, duchovnú starostlivosť a sociálne poradenstvo, ktorú zabezpečuje multidisciplinárny tím lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov (psychológ, špeciálny pedagóg/liečebný pedagóg, sociálny pracovník), duchovných a dobrovoľníkov.

Myšlienka paliatívnej (Hospicovej) starostlivosti vychádza z úcty k človeku ako k jedinečnej a neopakovateľnej bytosti a z jeho potrieb: biologických, psychologických, sociálnych a duchovných.

Poskytovanie paliatívnej starostlivosti v hospicioch sa nevyliciteľne chorému a zomierajúcemu pacientovi garantuje, že nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou, vždy bude rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť, a v posledných chvíľach života nezostane sám.

Paliatívnu starostlivosť zabezpečuje multidisciplinárny tím lekárov, sestier a iných zdravotníckych a nezdravotníckych pracovníkov. Okrem tohto tímu sa na starostlivosti môžu podieľať aj dobrovoľníci, ktorí sú organizovanou a školenou skupinou ľudí, ktorí sú ochotní svoj voľný čas tráviť nezištnou pomocou druhým. Neposkytujú zdravotnú starostlivosť, ani keby boli profesiou zdravotníckymi pracovníkmi. Ak je to potrebné, vykonávajú doplnkové a vedľajšie činnosti technického alebo kultúrneho charakteru s cieľom psychosociálnej podpory zdravotníckych pracovníkov, pacientov, alebo ich rodín: napr. podávanie informácií o zdravotníckom zariadení na orientáciu, sprevádzanie na procedúry, aranžovanie prostredia, drobné nákupy, či kultúrne vystúpenia. Môžu sa podieľať na aktivitách získavajúcich finančné zdroje pre oddelenie paliatívnej medicíny alebo hospic (predaj použitého šatstva, uchádzanie sa o granty a podobne.)

Hospicová starostlivosť - je paliatívna starostlivosť poskytovaná pacientom s nevyliciteľným ochorením a zomierajúcim pacientom hospicom ako samostatným zdravotníckym zariadením. Zahŕňa všetky prvky paliatívnej starostlivosti: paliatívnu medicínu, ošetrovateľskú,

psychologickú, spirituálnu, respitnú a terminálnu starostlivosť, ako aj starostlivosť o pozostalých. Môže sa poskytovať formou ústavnou i ambulantnou (tzv. mobilným hospicom).

Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť - je komplexná ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná sestrami s odbornou spôsobilosťou a je zameraná hlavne na manažment a uspokojovanie potrieb pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta.

Respitná starostlivosť - je súčasťou ústavnej paliatívnej starostlivosti. Rozumie sa tým stimulujúca zmena prostredia umožňujúca vzájomnú podporu a spoluprácu osôb zainteresovaných do starostlivosti o pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta vrátane jeho rodiny s cieľom eliminovať dôsledky psychosociálnej záťaže vyplývajúcej z vykonávania paliatívnej starostlivosti.

Terminálna starostlivosť - je súčasťou paliatívnej starostlivosti, ktorá predstavuje starostlivosť o pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta v posledných dňoch a hodinách pred úmrtím.

Starostlivosť o rodinu - je súčasťou paliatívnej starostlivosti a znamená psychosociálnu podporu rodine pacienta pred jeho smrťou, počas zomierania a po jeho úmrtí. Cieľom tejto starostlivosti je predchádzať psychickým ochoreniam, ktoré vznikajú z nespracovaných zážitkov a straty blízkeho človeka. Špeciálnu pozornosť si vyžadujú deti, ktoré sa so smútením a stratou vyrovnávajú osobitným spôsobom.

Ústavnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávajú:

- a) oddelenia paliatívnej medicíny v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach. ako ich organizačná súčasť
- b) jednotky paliatívnej medicíny, zriaďované pri geriatrických, iných zdravotníckych a sociálnych zariadeniach.
- c) hospice

HOSPIC

Výraz hospic je anglického pôvodu a môžeme ho preložiť ako "útulok" či "útočisko". Okrem Anglicka sa najprv hospice rozšírili v Írsku, Amerike a v súčasnej dobe v transformovanej podobe aj v Nemecku, Rakúsku, Taliansku a iných Európskych krajinách. Podľa odhadov existuje na svete celkom 2 000 hospicov.

V stredoveku boli hospice označované ako miesta, kde sa mohol unavený pútnik, ktorý išiel do Svätej zeme, najesť, napiť a kde mohol prenocovať. Poprípade tam bol ošetrovaný. Ide teda o samostatné zdravotnícke zariadenia určené na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom

v samostatnej budove. Optimálny počet postelí v hospici je 20. Súčasťou hospicu môže byť stacionár paliatívnej starostlivosti, mobilný hospic, ambulancia paliatívnej medicíny, alebo iné ambulancie špecializovanej zdravotnej starostlivosti. Hospic je určený pre terminálne chorého pacienta. Nesľubuje uzdravenie, ale rovnako neberie nádej. V dnešnej dobe pod týmto pojmom vlastne rozumieme zdravotnícke zariadenie, ktoré vytvára vhodné miesto pre všetkých chorých v terminálnom štádiu, ktorí chcú zvyšok svojho života dôstojne dožiť v prostredí, ktoré im poskytne bio – psycho – sociálno- spirituálny komfort. Bolo by omylom myslieť si, že ak príde chorý do hospicu, musí v ňom aj zomrieť. Mnoho chorých, hlavne onkologických pacientov využíva hospic na krátkodobé, často krát opakované pobyty ak cítia, že je to pre nich vhodné a osožné. Hospic je zariadený tak, aby celý jeho systém zabezpečoval a udržoval kvalitu života umierajúcich. Nedodržiavajú sa v ňom striktné pravidlá, ktoré určujú, kedy pacienti musia vstávať, čas na rannú toaletu, jedlo. Aj samotná budova je vybavená tak, že pôsobí veľmi pokojne a upokojujúco.

V hospicioch sa nestráca súkromie hospitalizovaného. Taktiež nie je dobré, aby bol pacient izolovaný, preto sú povolené návštevy príbuzných a rodiny trvalo. Pacient dokonca môže na niekoľko hodín opustiť zariadenie ak je toho schopný, ale iba v sprievode personálu, alebo svojich blízkych. Kladie sa dôraz na to, aby pacient povedal vždy čo si želá a čo chce, a taktiež koho chce vidieť.

Intenzívna opatera a dostupný komfort majú byť zárukou dôstojného dožívania a umierania. Umieranie sa tu chápe ako prirodzený proces. Aj tvárou v tvár neodvratnej smrti dominuje celostný prístup v starostlivosti o pacienta, zameraný na všetky rozmery ľudskej osoby telesné, duševné, duchovné a sociálne. Prirodzené ukončenie života v chorobe neznamená jeho zničenie, ale naplnenie.

Do tohto zariadenia sú prijímaní pacienti všetkých vekových kategórií bez ohľadu na vek, rasu, pohlavie, národnosť, vieru, filozofiu života, stav, politické či iné zmýšľanie, sociálny pôvod, majetok alebo iné postavenie.

Myšlienka hospicu vychádza z úcty k človeku ako k jedinečnej a neopakovateľnej bytosti a z jeho potrieb: biologických, psychologických, sociálnych a duchovných.

Hospic nevyliciteľne chorému a zomierajúcemu pacientovi garantuje, že

- nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou,
- vždy bude rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť,
- v posledných chvíľach života nezostane sám.

V niektorých krajinách sa hospicom hovorí aj tzv. domy smrti. Tento názov je nesprávny, ale na jednej strane nemôže byť systém hospicov považovaný za ideálne riešenie situácie pre všetkých umierajúcich.

Jedným z problémov hospicov je nedostatok miest, čo je skôr ekonomický problém. Taktiež nie všetci pacienti sú vhodní na hospicovú liečbu. Hospicový program sa riadi určitými pravidlami. Platí tu zásada, že pacient môže byť daný do hospicovej starostlivosti, keď zostávajúci čas života pacienta je kratší ako pol roka. Radikálnu liečbu je potrebné vystriedať paliatívnou, prípadne symptomatickou a nakoniec aj terminálnou liečbou. Ak má byť náročná úloha v starostlivosti o nevyliciteľne chorého a zomierajúceho pacienta správna a etická, musí byť úplná, čo znamená, že sa musí realizovať vo všetkých rovinách ľudskej existencie v biologickej, psychologickej, sociálnej, ale aj spirituálnej. Hospicový tím tvorí:

- chorý s opatrujúcim a jeho rodina,
- hospicový lekár,
- hospicová sestra,
- sociológ, starajúci sa o rodinu a pozostalých,
- duchovný vodca – kňaz a psychológ,
- sociálny pracovník,
- dobrovoľníci,
- ďalší špecialisti podľa akútnych potrieb chorého.

POTREBY TERMINÁLNE CHORÉHO PACIENTA

Staráť sa o človeka, ktorého máme nadovšetko radi, je veľkou príležitosťou k vyjadreniu našej lásky, oddanosti a úcty. Ak človek, ktorý zomiera, umožní túto starostlivosť o seba svojmu partnerovi alebo dospelému dieťaťu, aby sa oňho starali, dáva im takto svoj posledný dar. Starostlivosť o biologické potreby môže členom rodiny pomôcť v ich vlastnom žiali. (Byock, 2005).

Dobříková-Porubčanová (2005) opisuje pohľad na pacienta ako na mnohodomenzionálnu entitu, pretože má svoju psychickú, duchovnú a sociálnu dimenziu, kde počas choroby sa poruší rovnovážny stav a dovedy jednotne pôsobiace dimenzie sa odhalia. Človek, ktorý potrebuje pomoc, prichádza ako celok, v ktorom niečo nefunguje a táto nefunkcia svojím spôsobom pôsobí na psychiku, na duchovnú podstatu a v neposlednom rade sa odráža aj v jeho sociálnom prostredí. Napriek tomu, že práve biologické potreby sú pri starostlivosti o terminálne chorých považované za najdôležitejšie, musíme vnímať aj jeho psychickú, sociálnu a duchovnú dimenziu. (Dobříková-Porubčanová, 2005).

Ak potreby chceme definovať podľa psychologického slovníka, ide o taký stav ľudského organizmu, kedy nastáva narušenie vnútornej rovnováhy, alebo nedostatok vo vonkajších vzťahoch. Ich dlhodobé nenaplnenie sa nepriaznivo odráža na zdraví a v celkovom pociťovaní životnej

pohody. Preto za normálnych okolností je človek motivovaný obnovovať či už vnútornú, alebo vonkajšiu rovnováhu. (Hatoková et al., 2009).

Potreby v terminálnom štádiu ochorenia:

- **biologické** - nemôžeme uspokojiť, ak nezískame súhlas pacienta alebo jeho rodiny s liečbou a postupmi v paliatívnej medicíne,
- **psychologické** - neuspokojíme, keď klientovi klameme a svojou neúprimnosťou ho pripravíme o pocit bezpečia a poznania pravdy,
- **sociálne** - týkajúce sa rodiny alebo firmy môže zabezpečiť len pacient, ktorý je včas a pravdivo informovaný a ktorý je ešte schopný si veci usporiadať,
- **duchovné-spirituálne potreby** - si väčšina chorých odkladá na neskorší čas a netýkajú sa len veriacich, aj ten kto sa nehlási k nijakému vierovyznaniu má veľkú potrebu prijímať duchovnú podporu a pomoc. Každý z nás má svoj vnútorný svet, svoje prežívanie.

Oznámenie pravdivej prognózy, pri zachovaní nádeje, mnohým pomôže zmobilizovať posledné sily k možno najväčšiemu a najdôležitejšiemu životnému rozhodnutiu a činu (Vorlíček et al., 2004).

Haškovcová (2007) ďalej uvádza tieto základné potreby zomierajúcich:

- potrebu súkromia a intimity (vyjadrené nežnosti od najbližších príbuzných a priateľov),
- potreba hovoriť o svojej situácii pravdivo, ale vždy s prítomnými prvkami nádeje,
- potreba vyjadriť sa k svojmu súčasnému stavu (smieť vysloviť svoje obavy z umierania a smrti),
- potreba hľadania odpovedí na otázku, či má utrpenie nejaký zmysel,
- potreba uistenia, že príbuzní unesú bolesť zo straty (v prípade, že má umierajúci nezaopatrené deti, je jeho prioritnou potrebou vedieť, kto sa o deti postará),
- potreba smútiť (poplakať si),
- potreba pripraviť sa na svoju vlastnú smrť a „vnútorne“ sa tomuto príchodu nebrániť.
- K subjektívnemu pocitu kvality života terminálne chorých je potrebná pomoc všetkých, ktorí na starostlivosti participujú. (Haškovcová, 2007).

Biologické potreby

Najdôležitejšie je plniť prirodzené želanie chorého. Pokiaľ nemá špeciálne prania, mal by byť zachovaný jeho obvyklý biologický rytmus.

Spánok - prísne by sa mal dodržiavať nočný pokoj, neprerušovať ho podávaním liekov, ktoré nie sú bezpodmienečne nutné, alebo vyrušovať hlasnými nočnými kontrolami. (Dobříková-Porubčanová, 2005).

Klienti v terminálnom štádiu v noci nemôžu spať. Je dobré nebudieť ich ráno veľmi skoro, rešpektovať pribúdajúci spánok aj počas dňa. Nedostatočne kvalitný spánok vyvoláva únavu počas dňa, čo sa odráža na psychickej odolnosti a schopnosti komunikácie. (Hatoková et al., 2009).

Príjem tekutín a jedla - ťažkosti sa vyskytujú hlavne pri dodržiavaní pitného režimu. Keďže u pacientov v terminálnom štádiu pocit smädu mizne, je potrebné situáciu uľahčiť zvlhčovacím tampónom. Význam má pravidelná hygiena ústnej dutiny- povytieranie úst glycerínom s bóraxom. Chuť do jedla klesá a podlieha neustálej zmene. U pacientov a objavujú zvláštne chute, ktorým je treba podľa možnosti ihneď vyhovieť. (Dobříková -Porubčanová, 2005).

Hygiena – je veľmi dôležitá. Nejde len o umývanie pacienta, ale aj o úpravu zovňajšku. Prístup počas vykonávania hygieny by mal byť založený na úcte a rešpektovaní ľudskej dôstojnosti. (Dobříková -Porubčanová, 2005). Hygiena je pre budovanie vzťahov s klientom dôležitá. V dnešnej dobe sme zvyknutí na vône, ktoré si umelo dodávame. Terminálne chorý klient je vystavený svojej telesnosti a tomu, ako v nej bude prijatý. Žiaľ, práve pachy ovplyvňujú ľudí, prichádzajúcich k lôžku- aj keď je to blízky príbuzný. Je dôležité preto pripraviť prichádzajúcich na návštevu aj na zmenu čuchových vnemov, ale na druhej strane, čo sa hygieny týka, poskytnúť klientovi čo možno najvyšší komfort. Pozitívne to ovplyvní jeho sebahodnotenie a posilní jeho sebahodnotu. (Hatoková et al., 2009).

Potreba vylúčovania – je ďalšou prirodzenou potrebou. Klienti v terminálnom štádiu svojej choroby sú však často inkontinentní. Cítia sa veľmi nepríjemne a psychicky svoju inkontinenciu zle znášajú . Preto je potrebné, aby človek, ktorý ho ošetruje, pristupoval k nemu s ochotou pomôcť a s úctou. Klient musí cítiť, že to pri starostlivosti o neho nie je žiadna obeť, ale že sa to robí s láskou. (Blumentál, Barby et al., In: Dobříková- Porubčanová, 2005).

Pohyb - na konci života pôsobí pozitívne. Je potrebné odhadnúť, kedy už pohyb nie je možný, aby záver života nebol znepríjemnený. S obmedzením, či nemožnosťou pohybu sa výrazne redukuje samoobslužné možnosti chorého, čo negatívne vplýva aj na jeho psychický stav. (Hatoková et al., 2009).

Dýchanie – zvlášť pri ochoreniach srdca a pľúc vystupujú do popredia ťažkosti s dýchaním. Tu je potrebné účelné polohovanie a prívod čerstvého vzduchu alebo kyslíka. Klientovi dávame stále najavo, že vo svojom utrpení nie je sám, že sa o neho staráme. (Dobříková - Porubčanová, 2005).

Dotyk – pohladenie – bozk – prejav úcty a vyjadrenie hodnoty človeka človeku. Dôležité je rešpektovať hranice. Ak nepatríme medzi dotykové typy, neusilujeme sa za každú cenu

o fyzický kontakt. Na druhej strane, aj keď sme dotykový typ, možno klient je typ, ktorý si tento kontakt neželá.

Keď sa zamyslíme nad spôsobom napĺňania biologických potrieb a nad hodnotou človeka skrze nich, nenapadá nám nič lepšie, ako sa vcítiť do roly chorého, vziať celý jeho problém na seba. Keď seba samých budeme vidieť na lôžku, najlepšie budeme vedieť čo potrebujeme a ako by malo byť v danej chvíli o nás postarané. Je to jeden z najúčinnějších spôsobov, ktorý pomáha vnímať hodnotu terminálne chorého – zomierajúceho človeka. (Hatoková et al., 2009).

Psychologické potreby

V hospicovej starostlivosti zastáva nenahraditeľné miesto riešenie psychických problémov a celkového prežívania pacienta, len vtedy je úspešná psychologická podpora, ak sa odstráni fyzické utrpenie, ak chorý má okolo seba príjemné prostredie. (Hatoková et al., 2009).

Potreba bezpečia – je prvou z psychologických potrieb. Je to potreba vedomia, že „je a bude o mňa postarané“. Ak má terminálne chorý túto istotu, v oveľa menšej miere sa domáha pozornosti ošetrojúceho personálu. Pod tento pojem zahŕňame aj uistenie chorého o tom, že nebude trpieť neznesiteľnými bolesťami. (Hatoková et al., 2009).

Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti - je veľmi dôležitou psychologickou potrebou, a to úplne nezávisle od stavu telesnej schránky. Človek nie je iba nejaká množina orgánov. Je jedinečnou a neopakovateľnou bytosťou, ktorá má určité poslanie. Preto je nutné vždy ho chápať a rešpektovať najmä v období, kedy svoju špecifickú úlohu završuje. (Svatošová, 2001).

Afektívne potreby - vystupujú na povrch aj u zomierajúcich. Terminálne chorý človek potrebuje byť milovaný a tiež túži milovať. Je potrebné sa k nemu správať nežne. Potrebuje mať pocit, že je milovaný, aby mohol milovať. Je potrebné mu dať čas, aby sa mohol vyjadriť, vybiť svoje emočné napätie pri zvládaní náročných fáz vysporiadania sa s chorobou aj so zomieraním. (Hatoková et al., 2009).

Potreba autonómie - pod týmto pojmom rozumieme právo človeka rozhodovať sám za seba. Autonómiu nemôžeme chápať ako nezávislosť, pretože aj človek, ktorý je napríklad závislý od ošetrovania iných, môže byť autonómny. (Dobříková -Porubčanová, 2005).

Potreba plánovať – je prejavom sebarealizačných potrieb. Plány, ktoré má terminálne chorý sú znamením, že je ešte stále nažive. Môžeme sa pokúsiť priamo alebo sprostredkované zabezpečiť mu všetko potrebné pre zhmotnenie niektorých jeho nesplnených snov, pretože sny dávajú nádej. (Hatoková et al., 2009).

Potreba dávať, deliť sa - dať niekomu niečo, spísať závet. Ruka v ruke s potrebou dávať vystupuje potreba cítiť sa užitočný. (Hatoková et al., 2009).

Estetické potreby – potreba krásna, potreba dobra, pravdy. Príjemné materiálne prostredie je dôležité, aby terminálne chorý strávil čas liečby uprostred „najkrajších dojmov.“ (Hatoková et al., 2009).

Sociálne potreby

Keďže je človek spoločenská bytosť a potrebuje ľudí na to, aby žil, rovnako izolovane nechce ani trpieť, či dokonca umierať. Veľmi dôležitú úlohu u terminálne chorých klientov zohrávajú hlavne rodinní príslušníci, priatelia a podporné osoby.

Sociálne vzťahy - majú enormný význam pre ľudí v terminálnom stave. Samozrejme, tieto vzťahy sa nemôžu porovnávať s rodinnými väzbami a vzťahmi, pretože sú obvykle podstatne dôležitejšie a hlbšie než sú bežné spoločenské vzťahy. Sociálne vzťahy však obohacujú kvalitu života. Klienti majú potrebu intenzívnej väzby s nejakou osobou, s ktorou by mohli komunikovať, zdieľať svoje obavy a úzkosť, poprípade zdieľať svoje drobné radosti. Sociálne vzťahy pomáhajú prekonávať aktuálne životné krízy. Rodinné väzby majú svoje nezastupiteľné miesto, ale nemôžeme sa však len na ne obmedzovať. Pokiaľ sa o chorého stará len rodina, prežíva celá rodina s postihnutým členom rodiny veľkú psychickú, fyzickú a časovú záťaž. Preto nielen postihnutý, ale aj rodina potrebuje podporu ďalších sociálnych väzieb. (Dolista, 2005) .

Sociálna podpora - aby bol klient schopný naplňať si svoje sociálne potreby, musí mať určitú sociálnu, ktorú možno zvýšiť aj prostredníctvom podporných skupín, ktoré zahŕňajú emocionálnu podporu, informácie o ochorení, nácvik schopností, ako zvládať ochorenie, relaxáciu pre zvládanie bolesti alebo invalidity. Niektoré výskumy naznačujú, že práve sociálna podpora môže mať priaznivý dopad aj na fyzické zdravie klienta, pretože stimuluje imunitu. Naopak neprítomnosť sociálnej podpory alebo strata pre klienta významnej osoby sa stávajú ďalším stresorom. (Dobříková -Porubčanová, 2005).

Sociálna istota – má súvis s majetkovým zabezpečením. Pobyt a liečba nezriedka býva finančne náročná. Terminálne chorý si to uvedomuje, vníma záťaž svojej choroby aj cez dopad na rodinný rozpočet a potrebuje sa s tým vysporiadať. (Dobříková -Porubčanová, 2005).

Duchovné -spirituálne potreby

„Duchovné potreby sú súčasťou osobnosti človeka. Spiritualita umožňuje človeku prežívať aj úplný záver života bez zbytočných negatívnych emócií, strachu zo smrti a hostility voči svojmu sociálnemu prostrediu. Úlohou sestry je rešpektovať prania pacienta v oblasti spirituálnych

potrieb, privolať kňaza k lôžku alebo pacientovi umožniť účasť na náboženskom obrade.“ (Švantnerová, 2008).

Že je ťažké vo všeobecnosti definovať pojem „duchovné potreby“ vyplýva už z toho, že v literatúre nájdeme veľa pokusov o túto definíciu. Aj keď sú tieto potreby individuálne, predsa len nájdeme jedného menovateľa, ktorý je spoločný pre všetkých. V najširšom zmysle slova je to túžba po láske. Túžba milovať a byť milovaný. Tá je v skutočnosti hlboko zakorenenou a neuhasiteľnou túžbou po živom Bohu - aj keď to takto každý nepomenuje. Z celej živočíšnej ríše je jedine človek schopný uvedomiť si konečnosť svojho pozemského bytia a uvažovať o tom, čo ho presahuje. (Svatošová, 2012).

Svatošová (2001) ďalej uvádza, že v našom zdravotníctve je spiritualita často jedno veľké tabu. Príčina bude pravdepodobne v tom, že sa jej význam podceňuje, spiritualita sa považuje za súkromnú tému a pokladá sa za vec kňazov. Duchovné potreby klienta nie sú tie isté, čo potreby psychologické, s ktorými sa zvyčajne zamieňajú. Ide o hlbšiu a osobnejšiu angažovanosť v zdieľaní sa s klientom na tej najhlbšej úrovni. Samozrejme, vyžaduje si to väčšiu mieru súkromia. Aj z tohto dôvodu nie sú jednolôžkové izby v hospici prepychom, ale nevyhnutnosťou. (Svatošová, 2001).

V tomto ohľade má nezastupiteľné miesto spirituálna starostlivosť o terminálne chorého, v ktorej dominujú štyri základné kategórie: spomínanie (panoramatický pohľad na vlastný život), upokojenie (uistenie), zmierenie a zjednotenie. (Štefko, 2003).

Na základe pôsobenia medzi terminálne chorými Prášilová (2003) uvádza tie duchovné potreby, ktoré vníma za najpodstatnejšie:

- Prijatie – akceptovanie terminálne chorého, takého, aký je, s jeho náladami, postojmi, aj s jeho chorobou. Z kresťanského pohľadu – Boh nás prijíma, On si nás stvoril. Na základe tejto viery aj my prijímame terminálne chorých ako rovnocenných ľudí.
- Dôstojnosť – k terminálne chorému nemusíme mať sympatie, ale má právo na úctu a rešpektovanie.
- Pravdivosť – terminálne chorý ihneď vycíti pretváрку, potrebuje preto, aby sa o ňom hovorilo pred ním.
- Samota – je niečo iné než ticho. Môže slúžiť na premýšľanie a modlitbu. Rešpektujme ju.
- Vnútorný pokoj – aj keď terminálne chorý zomiera nezmierený s Bohom, táto potreba ostáva. Pokoj darovaný Bohom je hodnota, ktorú ak získavame od Boha my, potom ju vedome prenášame aj k terminálne chorému.

- Odpustenie – túto potrebu nemajú všetci, neodhodlajú sa k nej. Môžeme tu zaradiť vyznanie vín, spoveď, ako aj odpustenie druhým, čo prináša veľkú úľavu duchovnú, ale aj duševnú.
- Spoločenstvo – Človek bol Bohom stvorený, aby nebol sám, ale aby žil v spoločenstve. Platí to až do smrti. Aj keď v spoločenstve je potrebná komunikácia, svoje miesto má aj mlčanie. S terminálne chorým je potrebné rozprávať aj vtedy, keď nie je pri vedomí.
- Dovolené zomrieť – čas, kedy terminálne chorý vysloví túžbu, že „už chce odísť – zomrieť“.
- Túžba po večnosti – je to túžba po opätovnom stretnutí sa so svojimi blízkymi, potreba spásy, večného života, odmena za znášanie utrpenia. (Prášilová, 2003).

Gulášová hovorí o pastorálnej starostlivosti, ktorej cieľom je duchovná pomoc v utrpení a uzmiernenie chorého v etickom a duchovnom zmysle tak, aby našiel zmierenie s Bohom, s ľuďmi a so sebou samým. Obsahuje terapeutický aspekt, ktorý chýba klasickej psychoterapii, a ním je viera v Božiu lásku, odpustenie hriechov, dosiahnutie transcendentna. (Gulášová, 2012).

Niektorí ľudia sa mylne domnievajú, že spirituálne potreby majú iba veriaci ľudia. Nie je to pravda, pretože spirituálnu stránku osobnosti má každý človek. Mnohokrát sa musíme vysporiadať s pocitmi viny, potrebou odpustenia a zaoberať sa otázkami o zmysluplnosti svojho života. Hospicová starostlivosť o terminálne chorého rešpektuje vieru klienta i jeho rodiny a snaží sa naplňať osobné filozofické, morálne a náboženské potreby klientov i rodinných príslušníkov. (Dobříková-Porubčanová, 2005).

Terminálne chorí často duchovne žijú z toho, čo načerpali pred chorobou. Choroba však okresáva vonkajšie možnosti pestovania zbožnosti, preto sa niektorí uzavru do seba a držia si svoju osobnú vieru, svoje presvedčenie či filozofiu. K základným nástrojom a predpokladom k rozhovoru o duchovných témach je citlivé načúvanie terminálne chorého.

Len vtedy, keď do starostlivosti o neho vložíme aj svoje srdce a odvážime sa vstúpiť nielen do izby, ale aj do jeho príbehu, do jeho strachu a neistoty, vtedy si možno sami uvedomíme, že naše stretnutie s ním má aj duchovný rozmer. (Hatoková et al., 2009).

Tí, ktorí sa o terminálne chorého starajú – doprevádzajú ho, robia z kresťanského pohľadu obrovskú vec. Pomáhajú chorému, keď s ním idú až po okamih, od ktorého sa musí zomierajúci uberať už svojou cestou sám. Pri zomierajúcom chcú zotrvať a držať ho za ruku dovtedy, kým sa k mŕtvemu z druhého brehu nenačiahne veľká a silná „Božia ruka“. Spreádzajúci držia zomierajúceho za ruku v čase, keď títo robia veľký krok nad priepasťou, to znamená, keď transcendentujú svoj ukončený život. Potom môže spreádzajúci ruku pustiť. (Pompey, 2004).

Duchovná potreba sa týka vzťahu terminálne chorého k transcendentu, k Bohu, je to vnímanie vlastného života, bolesti, smrti, umierania a ich zmyslu. Sú to otázky viery, nádeje, života po smrti, odpustenia, spasenia, komunikácie s Bohom, o ktoré sa stará predovšetkým duchovný, farár, najlepšie hospicový duchovný cez poskytovanie sviatosti zmierenia, sviatosti pomazania chorých a podávania eucharistie, ktorá je pokrmom na cestu pre človeka, ktorý uveril v prítomnosť Pána Ježiša v malom kúsku chleba. Samozrejme, v praxi nesmieme zabúdať ani na veriacich iných vyznaní, ktorí majú tiež svoj duchovný život a potrebujú sprevádzanie. (Dobříková-Porubčanová, 2005).

Tak ako terminálne chorí majú svoje potreby, majú aj svoje práva. Tieto práva sú zakotvené v odporúčaní Rady Európy č. 1418/1999 o Ochrane ľudských práv a dôstojnosti terminálne chorých a umierajúcich. Poslaním Rady Európy je ochrana dôstojnosti všetkých ľudských bytostí a práv, ktoré z toho vyplývajú. Znenie tohto dokumentu tvorí prílohu B tejto diplomovej práci.

Terminálne chorý človek potrebuje väčšiu emocionálnu podporu, no niekedy býva voči svojmu okoliu precitlivejší, podráždený, vzťahovačný. Často sa sústreďí veľmi na seba. Na rodine ostáva údel pomáhať mu až do konca. Nie je to vždy jednoduché. Prejavujú sa pocity viny, že mu nemôžeme pomôcť tak, ako potrebuje. Rodina nevláda, je beznádejná, niekedy iracionálna. Je nútená urobiť kroky, kedy vyhľadá pomoc zariadenia, ktoré poskytne jej najbližšiemu všetku starostlivosť. Pre chorého je veľmi citlivé odísť do cudzieho domu, tam, kde nikoho nepozná, kde ešte nikdy nebol. Ide o veľkú zmenu pre jeho boľavé a unavené telo. No aj napriek tomu sme nútení takéto rozhodnutie urobiť. Musíme sa naučiť spolupracovať s pomáhajúcimi odborníkmi, vybrať zariadenie, ktoré považujeme pre chorého v jeho postupujúcej chorobe za najvyhovujúcejšie.

5 fáz umierania podľa E. Kubler-Ross

1. Odmietanie a izolácia – pacient môže chorobu spočiatku popierať. Presviedča seba i druhých, že určite zamenili snímky alebo je chybná diagnóza a podobne. Ak sa ani rodina nechce vyrovnávať so smrťou, nemôžu mu v tejto fáze ani pomôcť. Následkom býva, že príbuzní si začnú želať jeho rýchlu smrť. Pacientovi sa dá pomôcť aj tak, že mu naznačíme, že mu dôverujeme a prípadne ho aj podporíme v jeho odmietaní choroby.

2. Hnev – umierajúci pociťuje závisť voči tým, čo prežijú. To môže viesť k nekontrolovaným výbuchom hnevu alebo popudlivosti voči komukoľvek a najviac voči najbližším. Môže sa trápiť tým, že sa na neho zabudne. Je dobré venovať mu pozornosť a prípadne aj vyprovokovať jeho

hnev, aby sa vyrozprával a odreagoval. Dôležité je nebrať jeho hnev osobne, lebo to by len vytvorilo špirálu hádky.

3. Vyjednávanie – táto fáza môže byť krátka a prechodná a objavujú sa v nej detinské spôsoby ako nahnevaného vyjednávajúceho dieťaťa. Dúfa, že si spoluprácou získa odmenu, napríklad dlhší život a bezbolestnosť. Najčastejšie sa to odohráva tajne a s bohom, ktorému nadáva, vyčíta, sľubuje a dúfa v odmenu. Pomáha pritom, keď nejako zľahčíme jeho vzťah k bohu a pomôžeme mu, pokiaľ to ide, oslobodiť ho od pocitov viny voči bohu alebo ostatným ľuďom.

4. Depresia – ustrnutie, hnev a zúrivosť sa uvoľnia dvoma spôsobmi, ktoré sa vzťahujú k zúfalstvu a strate. Jedna forma je reaktívna a vzťahuje sa k strate – prsníka po operácii, peňazí za lieky a pobyty v nemocnici, predošlej kvality života a podobne. Pomôcť sa mu dá prispôbením sa situácii – protézou, zmenou starostlivosti. Druhá forma je prípravná a týka sa straty, ktorú predstavuje vlastná smrť alebo predstava svojej neprítomnosti v rodine. Pomôcť sa mu dá tým, že ho ubezpečíme, že deti majú ďalej dobré známky, že všetko ide ako má a podobne. Treba myslieť aj na to, že umierajúci potrebuje byť aj sám a mať pokoj a nie veľa návštev, ktoré môžu narúšať jeho vlastné smútenie, ktoré mu musíme dovoliť. Často to z ohľadu na blízkych nedeklaruje, ale potreba dlhších časových úsekov osamote býva výrazná. Lebo bez subjektívneho spoznania a plného prežitia strachu a zúfalstva nemôže dosiahnuť poslednú fázu.

5. Súhlas – Po závidi, hneve na zdravých a živých čaká na smrť a viac spí.

Táto fáza je bez pocitov, je po boji, bolesť odchádza a umierajúci chce mať pokoj od problémov vonkajšieho sveta. To býva najťažšia fáza pre jeho okolie, lebo musia prijať aj jeho odmietanie a uvedomiť si, že keď sa stiahnu, pomôžu mu tak ešte viac sa odpútať a odísť. Starší umierajúci dosiahnu túto fázu ľahšie, lebo sa môžu pozrieť na svoj život, na to, čo urobili, že buď zanechali deti alebo niečo vytvorili, teda vidia zmysel. V tejto fáze pomôžeme najlepšie nemým a vnímavým načúvaním, proste tak, že iba sme a dávame najavo, že s ním budeme až do konca alebo kým bude chcieť.

Všetky fázy majú spoločného menovateľa a tým je nádej, takže by bolo chybou brať im ju, nech už má akúkoľvek podobu.

Táto časť celoživotnej práce E. Kubler-Ross jej priniesla najväčšie uznanie. Jej neskoré práce však už odborníci kritizovali, lebo sa podľa nich vzdialila vedeckosti a racionalite a údajne sa stali nevedeckými a ezoterickými. Najviac ju kritizovali za jej záujem o zážitky blízke smrti, že sa zaujíkala podobne ako Raymond Moody o život po smrti a o reinkarnáciu. Zdá sa, akoby im

prekážalo, že iba nasledovala vlastné – vedecky uznané! – poznatky o nádeji... A tá je nám spoločná všetkým a niekedy môže podporovať práve to pozitívne v nás.

ZÁVER

Je mnoho kladov a záporov paliatívnej medicíny a ľudia sa môžu rozhodnúť či sa chcú dať takýmto spôsobom liečiť a či budú využívať starostlivosť v hospicioch. Hospic je zariadením rodinného typu a spoluúčasti odborného personálu a rodiny. Môžeme však povedať, že v súčasnosti prevláda všeobecná zhoda v tom, že chorí nemusia podstupovať liečbu, ktorá je zbytočná, a lekári nemusia takúto liečbu začínať, alebo v nej pokračovať. Inými slovami, kauzálna terapia môže byť podľa okolností ukončená, ale súčasne nikdy nesmie končiť starostlivosť.

Kvalita života nevyliciteľne chorých a zomierajúcich je vizitkou úrovne poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Personál poskytujúci paliatívnu starostlivosť musí mať dostatočné komunikačné zručnosti a schopnosti na získavanie informácií o pacientovi, získanie dôvery na vytvorenie kvalitného sociálneho vzťahu medzi ošetrovajúcim personálom a pacientom.

Predovšetkým však musí mať sestra dostatok vnútorných síl, odhodlania a schopnosť sústavne preukazovať priateľský postoj, lásku, záujem a ochotu pomôcť pacientovi a jeho blízkym. Sú to piliere, na ktorých stojí zásada paliatívnej starostlivosti, ktorou je umožnenie umierajúcemu dôstojný odchod zo života (Dobříková - Porubčanová, P., 2005).

Je dôležité vnímanie postoja rodiny, ktorá prichádza do hospicu, zmätená, roztržitá, vzťahovačná alebo utiahnutá a úlohou personálu je nechať vychladnúť každú emóciu zo strany rodiny a až potom zahájiť aktívnu starostlivosť a komunikáciu. Taktiež je to osobitná kapitola starostlivosti, čo vyžaduje veľkú trpezlivosť a ústretovosť zo strany personálu, na ktorý je niekedy veľmi negatívne vyvíjaný tlak, ktorý nevedie ku pomoci pacientovi, ale skôr ku vyhroteniu situácie, ktorú rodina nevie, nechce alebo nemôže zvládať. Personál pre rodinu nie je nepriateľom, tým, ktorý poskytuje starostlivosť je priateľom rodiny nie opakom, čo mnohokrát rodina aj vníma a tak koná ako za iných okolností by nekonala.

Hospicová starostlivosť má veľký význam v dnešnom svete, ktorý potrebuje mať tím ľudí, ktorí dokážu podať pomocnú ruku a byť tu pre tých, ktorí to potrebujú, no z každej strany nie na úkor ľudskosti a dôstojnosti.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

Byock, I. Dobré umíraní. Praha: Vyšehrad, 2005. 325 s. ISBN 80-7021-797-9.

Dobříková – Porubčanová, P. Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2005. 277 s. ISBN 80-7162-581-7.

Gulášová, I. Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení. Martin: Osveta. 2009. 100s. ISBN 978-80-8063-305-9.

Haškovcová, H. Thanatologie. Praha: Galen, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

Hatoková, M. et al. Sprevádzanie chorých a zomierajúcich. Bratislava: Don Bosco. 2009. 215 s. ISBN 978-80-8074-095-5.

Pompey, H. Zomieranie. Trnava: Dobrá kniha, 1996. 179 s. ISBN 80-7141-462-X

Svatošová, M. Hospice a umení doprovádzet. Kostelní Vydří: Karmelitánske. 2001. 147 s. ISBN 978-80-7195-580-1

Svatošová, M. Víme si rady s duchovnými potrebami nemocných. Praha: Grada. 2012. 109 s. ISBN 978-80-4741-079.

Sláma, O. Vorlíček, J et al. Paliatívna medicína pro prax. Praha: Galen. 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.

Kontakt na autora:

Mgr. Martina Proneková

Hospic Matky Terezy

IMPLEMENTÁCIA VÝZIEV DOBY TURBULENCIE V OŠETROVATEĽSKEJ PRAXI

ANNA MURGOVÁ

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce
Svätej Alžbety n.o., detašované pracovisko Michalovce

Súhrn

Dnešná doba sa vyznačuje politickými a sociálnoekonomickými problémami, ktoré neobchádzajú nikoho, nevynímajúc zdravotníctvo. Celý svet žije v prostredí turbulencie, ktoré spôsobujú dva dôležité fenomény – globalizácia a informačná explózia. Globalizácia znamená pre väčšinu štátov určitú stratu kontroly autonómie a pocitu zvrchovanosti. Informačná explózia predstavuje prívalovú vlnu poznatkov a inovácií v ošetrovateľstve, zmenu pravidiel, spôsob myslenia a posun paradigmy. Sestry a ošetrovateľstvo sa nachádzajú na dôležitej historickej križovatke. Na jednej strane chaos a turbulencia, na druhej strane, nesmierna príležitosť a možnosti. K tomu, aby sestry mohli prosperovať v súčasnom nestabilnom prostredí, musia opustiť starý spôsob myslenia, staré manažérske nástroje, princípy a musia vedieť pružne a citlivo reagovať na zmeny. Iba vedomostná sestra sa stane „produktom“ nového, turbulentného prostredia, ktoré niekomu naháňa strach a iného vyzýva k úspechu.

Kľúčové slová: Turbulentná doba. Výzva. Ošetrovateľstvo. Sestra. Zmena.

Úvod: Všetky oblasti nášho života ovplyvňujú revolučné zmeny, ktoré teraz prežíva celý svet. Doba, v ktorej dnes žijeme, sa vyznačuje politickými a sociálnoekonomickými problémami. Občan Slovenskej republiky môže mať dojem, že politická schow, ktorej je svedkom, narastajúce ekonomické problémy, pomalá legislatíva, narastajúca kriminalita, ľahostajnosť a nedostatok politickej angažovanosti verejnosti, sú špecifickým slovenským fenoménom. Nie je to tak. Celý svet žije v prostredí turbulencie, na ktorú si národy niekedy rýchlejšie, inokedy pomalšie zvykajú. Ako dlho potrvá súčasná hospodárska kríza? Jej dopady v zdravotníctve neobchádzajú nikoho. Kríza zasahuje všetkých: poisťovne, poskytovateľov i pacientov a tým hlavne zdravotnú starostlivosť o ľudí. Zdravotná starostlivosť je v zákone o ochrane zdravia ľudí na Slovensku definovaná takto: 1. Zdravotná starostlivosť je starostlivosť o ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia ľudí. Poskytuje sa v zdraví aj v chorobe, v materstve a pri iných stavoch vyžadujúcich si zdravotnú pomoc. 2. Zdravotná starostlivosť zahŕňa všetku ambulatnú aj ústavnú starostlivosť,

vrátane kúpeľnej starostlivosti, závodnej preventívnej starostlivosti, lekárenskej starostlivosti a lekárskej posudkovej činnosti vykonávanej ošetrojúcim lekárom.

Jadro: Úroveň zdravotnej starostlivosti v rozhodujúcej miere závisí aj od ekonomickej úrovne spoločnosti[1]. Čo znamená kríza v zdravotníctve? Pre poisťovne to znamená znižovanie sumy poistného, pribúda totiž nezamestnaných a zároveň aj návštev u lekára, poisťovne nemôžu dať na zdravotnú starostlivosť viac peňazí. Nemocnice dostávajú od poisťovní málo peňazí, nemajú na splácanie faktúr, dlh sa opäť zvyšuje, pribúdajú exekúcie, následkom je zúženie zdravotnej starostlivosti iba na akútnu, zatvárajú sa oddelenia, nemocnice. Pre ambulancie zas zmluvy, ktoré im ponúkajú poisťovne, nepokryjú náklady na prevádzku. Keď ambulancia nepodpíše zmluvu s poisťovňou, nedostane z poisťovne nijaké peniaze a tak príde o pacientov. V konečnom dôsledku pacient za zdravie viac platí a to za lieky a pomocné vyšetrenia, ak ich lekár nemá uzavretú zmluvu s poisťovňou, dlhšie čakajú na operáciu alebo ošetrovanie, ďalej dochádzajú za zdravotnou starostlivosťou[2]. Po sestrách a lekároch svoju nespokojnosť so situáciou v zdravotníctve najnovšie vyjadrili prostredníctvom otvoreného listu aj pacienti. Jedným z hlavných problémov, s ktorými sa dnes pacient stretáva, je nárast doplatkov za lieky, ktoré neúmerne zaťažujú rodinné rozpočty pacientov a ohrozujú ich zdravie. Dnes pacienti platia u lekára viac ako pred zrušením poplatkov. Namiesto transparentných 20-korunáčok, ktoré sa v rámci sociálneho marketingu zrušili, platia desaťkrát až dvadsaťkrát toľko za "prednostné vyšetrenie", "telefonické objednanie", "založenie" či "vedenie karty" a podobne. K tomu pridajme doplatky na lieky, ktoré by neboli vysoké, keby lekári natoľko nepodliehali marketingu farmaceutických firiem. Chronicky chorý pacient počíta peniaze a ráta, koľkokrát si môže dovoliť navštíviť lekára. Naše zdravotníctvo sa po vojne prudko rozvíjalo v snahe byť čím bližšie pri občanoch, ktorí zdravotnícke služby potrebujú, a nebol to rozvoj, povedané rečou ekonomiky, iba extenzívny, ale aj intenzívny, teda kvalitatívny. Po prevrate „socialistického“ zriadenia na „kapitalistické“, ľudia očakávali ďalšie zlepšovanie zdravotníckych služieb, v žiadnom prípade však nie ich rušenie. Cieľom zdravotníctva nie je len dostupnosť, ale hlavne kvalita a vysoký štandard! Nebude zadarmo, to je jasné každému rozumnému a objektívnemu človeku. Načo nám je dostupnosť bez patričnej kvality? Taká dostupnosť stráca na význame. Rovná sa skoro plytvaniu verejnými a súkromnými prostriedkami. Ľudia majú právo na kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Zdraví ľudia môžu robiť a vytvárať hodnoty. Dosiahnutie toho cieľa je dlhodobým ambicióznym zámerom[3]. A tak by sme mohli poukazovať na mnohé iné prípady nespokojnosti, ktoré sú dôsledkom nielen hospodárskej krízy. Efektívne čeliť dopadom hospodárskej krízy na slovenské zdravotníctvo sa dá len spoločnými silami.

Prečo sa svet dostal do tohto stavu, ktorý má podľa predpovedí niektorých prognostikov pretrvávajúť najmenej do roku 2020 a je podľa belgického nositeľa Nobelovej ceny Ilyi Prigogina pomenovaný „obdobie chaosu a turbulencie“? Dva dôležité fenomény – globalizácia a informačná explózia – sú dnes všeobecne pokladané za hlavné príčiny väčšiny súčasných problémov. Prečo sa svet za posledných desať rokov dostal do situácie, kedy sa nemôže spoľahnúť na tradičné „pravidlá hry“, na tradičné, do nedávnej doby spoľahlivé ochranné mechanizmy jednotlivých suverénnych národov? Prečo zlyhávajú predpovede prognostikov? Kde sa podela lineárnosť? Prečo sa stala prediktabilita záležitosťou minulosti? To sú otázky, na ktoré hľadajú odpoveď významní autori a vedeckí pracovníci. Väčšina z nich sa zhoduje na tom, že fenomén globalizácie je jedným z dvoch hlavných príčin súčasnej turbulencie[4]. Globalizácia predstavuje vytváranie mnoho početných väzieb medzi ekonomickými subjektmi v celosvetovom meradle, vedúcich k rastu zložitosti spoločensko- ekonomického systému, v ktorom regulačné role jednotlivých štátov hrajú okrajovú úlohu. I keď nevieme, či sa z globalizácie máme tešiť, alebo nie, nemožno ju ignorovať[11]. Globalizácia znamená pre väčšinu štátov určitú stratu kontroly autonómie a pocitu zvrchovanosti. Hodnotu našej meny raz ovplyvňujú burzy niekde v New Yorku alebo Singapure, cenu benzínu situácia v Iraku, televíznu tvorbu Hollywood a naša legislatíva a budúcnosť sú do značnej miery závislé na Bruseli. Informačná explózia je druhou hlavnou príčinou. Nemáme dostatok času si vybrať medzi tým, čo je v manažmente módnu novinkou a tým, čo je užitočná inovácia. Nestačíme na prúd zmien rýchle a správne reagovať, nevieme sa včas zbaviť zvyklostí, prekonaných názorov, predstáv, spôsobu práce a ďalších záťaží minulosti. To podporuje chaos na úrovni jedinca, oddelenia, zdravotníckeho zariadenia, regiónu aj štátu. Exponenciálny nárast informácií v nás často vyvoláva pocit vnútorného nepokoja, zmätenosti a beznádeje[5].

Aplikácia teórie chaosu a turbulencie v slovenskom zdravotníctve.

Keď je politika, ekonomika a spoločnosť ovplyvnená touto turbulenciou, predpokladáme, že zdravotníctvo nie je výnimkou a že ako budúcnosť zdravotníctva, tak budúcnosť jednej z jeho najprogressívnejších oblastí – ošetrovatel'stvo – bude globalizáciou a informačnou explóziou tiež významne ovplyvnené. Odborné knihy, časopisy, zahraničné stáže, internet, zavádzanie viac či menej známych techník a nástrojov riadenej starostlivosti, prednášky, odborné semináre, štandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti a rozvíjanie jej kvality spoločne s prirodzenou túžbou ošetrovateľského personálu po vzdelaní pomáhajú ošetrovatel'stvu dohnať to, čo zameškalo rokmi totality, izolovanosti. Hovoríme o privalovej vlne poznatkov a inovácií v ošetrovatel'stve, o zmene pravidiel a spôsobe myslenia a o posune paradigmy[6].

Ako teda na súčasné turbulentné prostredie reagovať? Najhoršou stratégiou by bolo vyčkávať. Sestry si nemôžu dovoliť čakať na nejakú normalizáciu, na návrat do „starých zlatých časov“ – musia sa naučiť žiť a pracovať v trvalom prostredí zmätku a neistôt a akceptovať toto prostredie

ako novú výzvu. Problém ale je, že pre mnohé z nás je príchod „novej budúcnosti“ rýchlejší ako naša schopnosť a ochota vzdať sa minulosti a adekvátne na prúd zmien reagovať. Význační manažéri dokonca pripomínajú, že k tomu, aby sme mohli prosperovať v súčasnom nestabilnom prostredí, musíme zabudnúť, ako sme riadili naše oddelenie v minulosti. Musíme opustiť starý spôsob myslenia, staré manažérske nástroje a princípy. Čo potrebujeme pochopiť, je to, že vzhľadom na globalizáciu a informačnú explóziu sa naša doba radikálne zmenila a preto vyžaduje „radikálnu zmenu myslenia“. Budúcnosť ošetrovateľstva sa bude naďalej odvíjať od ochoty pochopiť rapídne zmeny v globálnom ošetrovateľstve a bude závisieť na našej schopnosti pružne a citlivo na tieto zmeny reagovať[7].

Ďalšie faktory prehlbujúce chaos a turbulenciu v zdravotníctve a ošetrovateľstve.

Okrem globalizácie a informačnej explózie existujú ďalšie dôležité faktory, ktoré majú priamy alebo nepriamy dopad na zdravotníctvo a tým aj na ošetrovateľstvo.

Jedná sa predovšetkým o:

- starnúcu populáciu;
- rapídne rastúce požiadavky na kvalitu (ISO 9001: 2000, akreditácie);
- pokles filantropie;
- nedostatok sestier;
- sociálnu morbiditu (AIDS, drogy, samovraždy);
- zvyšujúce sa náklady, znižujúce sa príjmy;
- explóziu nových technológií;
- globálnu výmenu dát a informácií, internet;
- meniace sa požiadavky verejnosti na lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť;
- novú konkurenciu – tradičnú a alternatívnu medicínu;
- fragmentáciu rodiny a stratu tradičných hodnôt a väzieb;
- nátlak EÚ na prekonanie rozdielov a bariér medzi jednotlivými členmi Únie;
- decentralizáciu rozhodovania a služieb[8].

Praktické rady pre prácu sestry v prostredí chaosu a nepokoja:

1. *Buďte proaktívna*, nečakajte na zmeny, predvídajte ich, buďte niekoľko krokov pred nimi.
2. *Nečakajte na návrat k „normálu“*. Naučte sa žiť a pracovať v tomto chaotickom prostredí.
3. *Vybudujte si zdravú organizačnú kultúru na oddelení*. Bez nej neprežijete dramatické obdobie zmien. Bez nej nie je možné budovať ani kvalitu, ani zdravšiu ekonomiku na oddelení.

4. *Sledujte zmeny okolo Vás.* Majte prehľad o iných oddeleniach doma alebo v zahraničí, ktoré realizujú ošetrovateľskú starostlivosť chytrejšie a lepšie. Sledujte trendy, nové inovácie, nové procesy, nové metódy a zoznamujte s nimi celé oddelenie.
5. *Vnímajte prívalovú vlnu zmien,* ktorá na Vaše oddelenie doráža ako príležitosť a nie ako ohrozenie.
6. *Získavajte s pomocou „networkingu“ nové kontakty,* vytvárajte svoju vlastnú podpornú sieť priateľov a kolegyň nielen v rámci zdravotníckeho zariadenia, ale v rámci celej republiky. Keď chcete posunúť ošetrovateľstvo dopredu, nemôžete si dobré myšlienky nechávať pre seba, musíte byť ochotné ich zdieľať s celou ošetrovateľskou verejnosťou.
7. *Prediktabilita/linearita je záležitosťou minulosti* – nespoliehajte sa, že to, čo v minulosti fungovalo, bude fungovať aj zajtra, že to, na čom ste si vybudovali svoju kariéru včera, Vám pomôže budovať Vašu kariéru aj dnes.
8. *Tak, ako Vaše kolegyne na Západe, preberte zodpovednosť za rozvoj svojej kariéry.* Váš profesný rast získaním diplomu nekončí, ale začína.
9. *Zmeňte perspektívu a rozhľad z národného na globálne.*
10. *Snažte sa o získanie niekoľko násobnej kvalifikácie,* ktorá zaistí stabilitu Vašej kariéry v budúcnosti[9].

Keďže hovoríme o terajšom období ako o období chaosu a turbulencie, môže to u niektorých zdravotníkov vyvolať pocit beznádeje a pesimizmu. Aká je budúcnosť zdravotníctva? Dobrou správou je, že budúcnosť nie je záležitosťou náhody, je záležitosťou výberu. Tento výber predstavuje vytvorenie možných scenárov a voľbu takého, ktorý najviac zodpovedá poslaniu a cieľom oddelenia. Kto vlastní budúcnosť? Svojím jednaním, chovaním, postojom alebo rozhodovaním môžeme už dnes významne ovplyvniť svoju budúcnosť. Na neistú budúcnosť pasívne nečakajte, ale tú lepšiu, preferovanú aktívne plánujte a spoločne vytvárajte. O budúcnosti je nutné hovoriť, budúcnosťou je potrebné sa zaoberať. Už len preto, že v nej všetci strávime zvyšok svojho života. Budúcnosť môžeme cieľavedome plánovať na základe vízie. Od vízie budúcnosti sa musíme vrátiť do prítomnosti a zamyslieť sa nad tým, čo je potrebné urobiť dnes, aby sa zvýšila pravdepodobnosť toho, že vytvorená vízia budúcnosti sa naozaj uskutoční.

Vytvorenie vízie budúcnosti vyžaduje proces, ktorý sa skladá z troch fáz:

1. *Vytvorenie zoznamu „možných budúcností“* – nie je založený na vedeckej báze, ide o rôzne scenáre, fikcie; všetky myšlienky sú správne (brainstorming).
2. *Zamyslenie sa nad pravdepodobnou budúcnosťou* – pravdepodobná budúcnosť založená na poznatkoch, trendoch a faktoch dneška.

3. *Výber preferovanej budúcnosti* – budúcnosti, v ktorej by sme radi žili, ktorá prinesie niečo dobrého, ktorá nás posunie správnym smerom a ktorú chceme spoločne realizovať.

Ako náhle si zvolíme víziu preferovanej budúcnosti, musíme ju preveriť na základe troch dôležitých kritérií:

1. *Je realistická?* Máme potrebnú technológiu k jej realizácii?
2. *Je realizovateľná?* Máme potrebné zdroje? Aké radikálne zmeny vyžaduje?
3. *Je etická?* Netvoríme ju pre svoju skupinu na úkor iných?

Budúcnosť patrí teda tým, ktorí si ju vytvoria. Svojimi myšlienkami, svojou kreativitou, víziou rozhodnutím a úsilím[10].

Budúcnosť sestier bude do značnej miery závisieť na ich:

- schopnosti získať zdravšiu sebadôveru a seba hodnotu;
- schopnosti nečakať na svoju budúcnosť, ale aktívne ju vytvárať;
- schopnosti vidieť ošetrovatel'stvo ako kariéru, nie iba ako zamestnanie;
- schopnosti a túžbe získať a udržať si špičkové kompetencie;
- osobnej zodpovednosti (práca, vzdelanie, kariéra);
- schopnosti rozhodovať sa na základe dôkazov, nie emócií;
- schopnosti presadiť profesionálnu rovnocennosť a partnerské vzťahy v liečebnom tíme;
- budovaní siete známostí a strategických kontaktov (networking);
- jednotnom vystupovaní na verejnosti a vybudovaní profesionálneho image;
- schopnosti zvládnuť súčasné stresy a frustráciu[9].

Záver: Sestry a ošetrovatel'stvo sa nachádzajú na dôležitej historickej križovatke. Na jednej strane chaos a turbulencia, na druhej strane, nesmierna príležitosť a možnosti. Nové storočie bude patriť vedomostnej sestre. Vedomostná sestra je sestra špičkovej úrovne, sestra, ktorá vie myslieť kriticky a vlastní „intelektuálny kapitál“, sestra, ktorá sa nebojí inovovať a aktívne plánovať svoju budúcnosť. Iba vedomostná sestra sa stane „produktom“ nového, turbulentného prostredia, ktoré niekomu naháňa strach a iného vyzýva k úspechu. Súčasná turbulentná doba, požadované zmeny a nezávidenia hodné ekonomické podmienky, vytvárajú prostredie, ktoré pre budovanie kvality nie je optimálne. Napriek tomu sa zdravotnícke zariadenia na cestu kvality musia vydať, aby práca sestier bola zmysluplná. Keď sa budú spĺňať očakávania pacientov, vtedy sa budú vytvárať hodnoty.

Zoznam bibliografických odkazov:

- [1] HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2006. *Komunitné ošetrovateľstvo* 2.vyd. Martin: Osveta, 280 s. ISBN 80-8063- 213-8.
- [2] SZALAY, T. 2009. Kríza v zdravotníctve? Hádám by ste neverili HPI...In. *Elektronický časopis Pravda* [online] [cit. 2012-10-10.]Dostupné na internete: <http://szalay.blog.sme.sk/c/187400/Kriza-v-zdravotnictve-Hadam-by-ste-neverili-HPI.html>.
- [3] ŠARAFIN, M. 2012. Pacienti sú nespokojní, trápia ich vysoké poplatky za lieky. In. *Elektronický časopis Pravda*. [online] [cit.2012-10-06.] Dostupné na internete: http://spravy.pravda.sk/pacienti-nedoveruju-lekarom-dg3-sk_domace.asp?c=A110423_211130_sk_domace_p58#ixzz28KnUrkU3.
- [4] LIŠKOVÁ, M.- NADASKÁ, I. a kol .2006. *Základy multikultúrneho ošetrovateľstva*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 68 s. ISBN 9788080632168.
- [5] KILÍKOVÁ, M. 2006. *Základy manažmentu v ošetrovateľstve* 1. Bratislava: SAPIENTA,2006. 65 s. ISBN 80-89271-01-4.
- [6] FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovateľstvo teória*. Martin: Osveta,2005. 215 s. ISBN 8061824.
- [7] KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovateľstvo I a II*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- [8] BOULTON, E.S.: Richard. 2000. *Cracking the Value Code*. Arthur Anderson.
- [9] ŠKRLA, P.- ŠKRLOVÁ, M. 2003. *Kreativní ošetrovateľský management* 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 485 s. ISBN 80- 7172- 841- 1.
- [10] KOTLER, P. John: 2002. *The Heart of Change*. Harvard Business School Press.
- [11] ONDOVÁ, A.- PÁSTOROVÁ, S.- ANTONÍKOVÁ, A. 2009. Neuspokojuje ani sestru, ani pacienta. In *Sestra*. ISSN 1335- 9400, 2009, č.5-6, s. 10.

Kontaktná adresa:

PhDr. Anna Murgová, PhD.

VŠZaSP sv. Alžbety

Detašované pracovisko Michalovce

Partizánska 23

071 01 Michalovce

Email: annamurgov@gmail.com.

INDEX ZDRAVIA PROSTATY A AKCIA „MOVEMBER”

TEREZA TIETZE

Beckman Coulter Česká republika s.r.o.

Klíčové slová: Prostata, PSA, prevencia

Karcinóm prostaty patrí k najčastejším zhubným ochoreniam u mužov a tiež je jedným z najčastejších príčin úmrtí, najmä u mužov vo veku nad 50 rokov. Existuje však tiež nezhubné (benígne) ochorenie prostaty a to hyperplázia (zväčšenie) prostaty. K odlíšeniu oboch typov ochorení sa používa stanovenie PSA (prostatický špecifický antigén), často doplnené o pomer voľnej frakcie tohto antigénu (free PSA). Konečné stanovenie diagnózy je následne histologické. Pretože biopsia prostaty je veľmi nepríjemné invazívne vyšetrenie, je možné uvedené testy doplniť stanovením [-2] proPSA. Kombináciou všetkých troch testov je možné stanoviť Index zdravia prostaty phi (prostate health index). Jeho prídanie do vyšetrovacieho algoritmu výrazne zvyšuje špecificitu biochemického stanovenia a obmedzuje následne biopsie na prípady, kedy je pravdepodobnosť karcinómu veľmi vysoká.

Spoločnosť Beckman Coulter sa prostredníctvom tohoto testu každoročne zapája do akcie Movember. Tá sa snaží upozorniť na dôležitosť preventívneho vyšetrenia karcinómu prostaty u mužskej populácie, pretože včasná detekcia stále zostáva najdôležitejším parametrom pre možnosť dobrej prognózy a úplného vyliečenia karcinómu.

Kontakt na autora:

Mgr. Ing. Tereza Tietze,
Beckman Coulter Česká Republika s.r.o.,
Murmanská 1475/4, 100 00,
Praha 10
ttietze@beckman.com

SESTRA – DOKTOR FILOZOFIE V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

KORNÉLIA BABIAKOVÁ, MARTA CSÜRÖSOVÁ

Pamedical s.r.o., Ambulancia všeobecného lekárstva, Čierna nad Tisou

Nemocnica s poliklinikou n.o., Doliečovacie oddelenie a ODCH, Kráľovský Chlmec

Súhrn

Zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť na ambulancii všeobecného lekára je zameraná na prevenciu, udržanie a obnovenie zdravia, edukáciu a uspokojovanie biopsychosociálnych potrieb pacienta. Predpokladom kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je pozitívny vzťah k pacientom, rešpektovanie individuality a autonómie pacienta.

Kľúčové slová: primárna starostlivosť, ošetrovateľská starostlivosť, kvalita, manažment

Manažment kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti na ambulancii

V súčasnosti sa zameriavame na zvyšovanie kvality zdravotnej starostlivosti s cieľom zvyšovať spokojnosť pacientov, zaistiť dobrú povest' pracoviska, prežiť v náročných konkurenčných podmienkach, stabilizovať ošetrovateľský tím. Zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť na ambulancii je zameraná na prevenciu, udržanie a obnovu zdravia, edukáciu a uspokojovanie biopsychosociálnych potrieb pacienta. Sestra sama poskytuje komplexnú zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť, kladie veľký dôraz na edukáciu pacienta, výchovu k zdraviu a k zdravému životnému štýlu. Riadenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti na ambulancii vyžaduje od sestry zodpovednosť, svedomitosť, trpezlivosť, empatiu, vedomosti z pedagogických disciplín a psychológie. Sestra v ambulancii kvalitu poskytovaných služieb riadi a neustále hľadá spôsoby, ako túto kvalitu zabezpečiť. Sestra v ambulancii všeobecného lekára má nezastupiteľné postavenie a zabezpečuje ošetrovateľský manažment ambulancie. Z hľadiska manažmentu práce je veľmi dôležitý profesionálny vzťah lekára a sestry. Od riadiacich schopností sestier závisí kvalita poskytovanej starostlivosti a spokojnosť pacientov.

Špecifiká práce v ambulancii

Ambulancia všeobecného lekára poskytuje základnú preventívno – liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť v prvom kontakte s akútnymi a chronickými ochoreniami. Zabezpečuje preventívnu starostlivosť a manažment pacientov smerom k odborným ambulanciám a k nemocničnej sfére. Prioritou ambulancie je dosiahnuť vysokú kvalitu a úroveň poskytovania komplexnej ambulantnej preventívno – liečebnej a ošetrovateľskej starostlivosti o všetkých pacientov. Starostlivosť o pacientov poskytuje ambulancia samostatne alebo v spolupráci s odbornými ambulanciami a s nemocnicou.

Osobitosti ambulancie pre kvalitné fungovanie:

- ambulatná liečba bez možnosti stáleho sledovania
- minimum komplikovaných stavov
- chronické stavy (astma, hypertenzia, alergia,...)
- veľký počet pacientov s krátkym časom na vyšetrenie
- rôzne diagnózy
- opakované návštevy pacientov
- proces rýchleho rozhodovania
- návštevna služba
- menšie materiálne – technické vybavenie ambulancie
- menší tím ambulancie – lekár, sestra, asistent
- preventívne prehliadky
- očkovanie (TAT, FSME Immun,...)

Manažment ambulancie má bezprostredný vplyv na výkon práce sestry. Sestra ako profesionálka, empatická i asertívna bytosť musí spoľahlivo zvládať každodenné problémy ambulantnej praxe, a pritom nesmie zabúdať na komunikáciu a edukáciu pacienta i spoluprácu s lekárom.

Sestra v ambulancii:

- poskytuje zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť v súlade s právnymi predpismi a štandardmi
- vedie zdravotnú dokumentáciu
- edukuje pacienta
- odoberá anamnestické údaje
- vyhodnocuje potreby pacienta
- vyšetruje biologický materiál
- orientačne hodnotí sociálnu situáciu pacienta
- poskytuje psychickú podporu a poradenstvo
- poskytuje rady v oblasti sociálnych právnych predpisov

Medzi najdôležitejšie osobnostné predpoklady a vlastnosti sestry patria:

- ľudskosť
- empatia
- trpezlivosť
- obetavosť
- záujem o pacienta
- slušnosť
- odbornosť
- pracovitosť
- flexibilita

Pracovná zdravotná služba

Pracovná zdravotná služba zabezpečuje integrovaný prístup k prevencii chorôb z povolania, pracovných úrazov a k podpore zdravia zamestnancov Železníc Slovenskej republiky. Pracovná zdravotná služba Železničného zdravotníctva s.r.o. Košice poskytuje tieto služby prostredníctvom našej ambulancie a iných železničných lekárskejších staníc.

PZS zabezpečí u všetkých zamestnávateľov dohľad:

- nad pracovnými podmienkami
- nad zdravím zamestnancov v súvislosti s prácou
- odborné poradenstvo

Realizujeme preventívne prehliadky v súvislosti s vykonávanou prácou:

- vstupné (zmyslová skupina 1,2,3,4, prach, hluk,..)
- periodické (zmyslová skupina 1,2,3,4, výška, nočná práca,..)
- pri zmene pracovného zaradenia

Po prerušení práce zo zdravotných dôvodov viac ako na 6 mesiacov:

- výstupné
- mimoriadne

Zabezpečujeme:

- zhodnotenie zdravotných rizík, ktoré ohrozujú zdravie zamestnancov (prach, hluk, vibrácie,...)
- zhodnotenie vplyvu faktorov pracovného prostredia
- lekárske preventívne prehliadky vo vzťahu k práci spolu s posudkom o zdravotnej spôsobilosti na výkon práce.

PZS realizujeme komplexne s ohľadom na rizikovosť pracovného prostredia a práce.

Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť na ambulancii všeobecného lekára závisí od:

- ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov
- organizácie práce na ambulancii (príjem pacienta, starostlivosť o pacienta, systém dokumentácie)
- materiálno - technického vybavenia ambulancie
- diagnostických a liečebných postupov
- uspokojovania potrieb klienta
- štýlu práce a riadenia

Predpokladom kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti na ambulancii je pozitívny vzťah k pacientom, rešpektovanie individuality a autonómie pacienta.

Zoznam bibliografických odkazov:

Manažment ošetrovateľskej starostlivosti v primárnej ošetrovateľskej starostlivosti [online]. Bratislava, 2006 [cit. 2015-04-30]. Dostupné na internete: [<https://www.google.sk/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=mana%C5%BEment%20pr%C3%A1ce%20sestry%20na%20ambulancii>].

PANDY, A. Prevádzkový poriadok ambulancie všeobecného lekárstva. 2006, Čierna nad Tisou, s. 2-8.

Pracovná zdravotná služba [online]. Košice [cit. 2015-05-02]. Dostupné na internete: [<http://www.zzke.sk/pre-klientov/ponuka/>].

Kontakt na autora:

PhDr. Kornélia Babiaková
Námestie Pionierov 158/2
07643 Čierna nad Tisou
korneliababiakova@azet.sk

PhDr. Marta Csürösová
Lórantfyho 391/11
07701 Kráľovský Chlmec
csurosmarta@gmail.com

PACIENT ODMIETAJÚCI TRANSFÚZIU KRVI

INGRID OLEJÁROVÁ

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Bratislava

Súhrn: Poskytovanie zdravotnej starostlivosti, najmä urgentnej, pacientovi, ktorý z náboženských alebo iných dôvodov odmieta transfúziu liečbu aj v situácii ohrozenia zdravia alebo života, predstavuje vážny odborný, právny, etický a v súčasnosti rovnako dôležitý ekonomický problém pre zdravotníckych pracovníkov. Právne normy upravujúce vzťah pacienta a poskytovateľa zdravotnej starostlivosti neriešia túto špecifickú situáciu jednoznačne. Takisto nie sú vypracované odborné a metodické pokyny pre lekárov ako v takýchto situáciách postupovať a do akej miery môžu alebo sú povinní akceptovať požiadavku pacienta na alternatívne liečebné postupy. Podľa súčasných právnych noriem v situácii priameho ohrozenia života pacienta je zdravotnícky pracovník povinný urobiť všetko pre jeho záchranu.

Kľúčové slová: odmietanie transfúznej liečby, právne, etické, odborné problémy

V urgentnej aj plánovanej zdravotnej starostlivosti sa zdravotnícki pracovníci stále častejšie stretávajú s požiadavkou bezkrvnej liečby, to znamená, že pacient z rôznych dôvodov odmieta transfúzne preparáty. Dôvody na odmietnutie transfúzie erytrocytovej masy, čerstvej zmrazenej plazmy alebo trombocytov, prípadne ďalších transfúzných liekov môžu byť rôzne. Týkajú sa obáv z vážnych zdravotných komplikácií v súvislosti s podaním transfúzie, zo strachu pred transfúziou prenášanými infekčnými ochoreniami, z dôvodov osobných ale v súčasnosti je zatiaľ najčastejším dôvodom pre odmietanie transfúznej liečby náboženské presvedčenie pacienta – člena náboženskej spoločnosti Svedkov Jehovových.

Jehovovi svedkovia sú kresťanská náboženská obec, založená koncom 19. storočia v USA. Prešla postupným vývojom a jej dnes najznámejšia následnícka organizácia, v roku 1931 prijala názov Jehovovi svedkovia. Náboženská organizácia je celosvetovo rozšírená, uvádza sa, že má okolo 6,7 milióna členov, pre ktorých je charakteristická veľmi aktívna osobná misijná činnosť. Na Slovensku má organizácia Jehovových svedkov dlhoročnú tradíciu. Aktívne pôsobila už od roku 1912 aj keď bola Ministerstvom kultúry Slovenskej republiky registrovaná až v roku 1993 ako Náboženská obec Jehovovi svedkovia. V súčasnosti je to šiesta najpočetnejšia náboženská spoločnosť na Slovensku a má do 20 000 členov. Registrácia náboženskej spoločnosti v štáte znamená pre náboženskú spoločnosť priestor a štátnu podporu pri dodržiavaní, zachovávaní a

šírení svojej viery. Na druhej strane je registrácia náboženskej spoločnosti populáciou vnímaná zároveň ako záruka, že registrovaná cirkev neobsahuje učenie, ktoré by bolo v etickom, morálnom alebo dokonca v právnom protirečení s pravidlami života väčšinovej komunity. Práve v prípade potreby poskytnúť Jehovovmu svedkovi urgentnú zdravotnú starostlivosť, ktorá nevyhnutne vyžaduje transfúziu liečbu v situácii priameho ohrozenia života k takémuto konfliktu dochádza. Poskytovanie adekvátnej zdravotnej starostlivosti Jehovovým svedkom je komplikované ich základnou náboženskou doktrínou v zmysle ktorej Jehovovi svedkovia striktne odmietajú transfúziu liečbu vrátane autotransfúzie a to aj v život ohrozujúcich situáciách. Transfúziu liečbu považujú za špeciálny spôsob užitia krvi čo je v zásadnom rozpore s ich učením a svedomím. Vzťah Jehovových svedkov k transfúznej liečbe sa vyvíjal postupne a reagoval na vývoj transfuziológie v 20. storočí. Téza neprijateľnosti transfúznej liečby sa objavila po prvýkrát v roku 1945 a v roku 1961 boli z komunity po prvýkrát vylúčené osoby, ktoré transfúziu liečbu prijali. Vylúčenie z komunity, izolácia, strata sociálnej istoty a výčitky pre porušenie základných princípov svojej viery a svedomia predstavujú pre Jehovovho svedka neúnosný psychický tlak a preto poškodenie zdravia a ohrozenie, prípadne strata života sú pre Jehovových svedkov prijateľnejšie ako strata príslušnosti ku komunite. Poskytovaniu zdravotnej starostlivosti venuje táto náboženská spoločnosť veľkú pozornosť po stránke odbornej aj právnej. Jehovovi svedkovia prezentujú kladný vzťah k zdraviu a k životu ale žiadajú poskytovanie zdravotnej starostlivosti ktorá nie je v rozpore s ich vierou. Náboženská spoločnosť má celosvetovo organizovanú zdravotnú konzultačnú činnosť pre svojich členov, nemocničné informačné služby, ktoré okrem iného vydávajú písomné návody pre pacientov ako sa správať a čo požadovať od zdravotníckych pracovníkov. Vydávajú aj odborné publikácie určené pre lekárov a ošetrojúci personál. Na Slovensku takéto služby pre svojich členov poskytujú Výbory pre styk s nemocnicami, ktoré sídlia v Bratislave, Banskej Bystrici a v Košiciach. Výbory okrem konzultačnej, mediačnej a edukačnej činnosti vydávajú Jehovovým svedkom doklady „Trvalé splnomocnenie v otázkach zdravotnej starostlivosti“ a „Pokyn pre lekárov a zbavenie zodpovednosti“. Tieto doklady nosia Jehovovi svedkovia trvalo pri sebe a predkladajú ich spolu s požiadavkou akceptovať ich odmietanie transfúznej liečby a zároveň potvrdzujú, že všetku zodpovednosť za poškodenie zdravia alebo smrť ako dôsledok odmietnutia adekvátnej liečby berú na seba. Pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti tejto špecifickej skupine pacientov v tejto súvislosti vzniká problém nielen odborný a ekonomický ale aj právny a etický. Svedkovia Jehovovi sa dožadujú adekvátnej zdravotnej starostlivosti avšak s podmienkou alternatívnych liečebných postupov neodporujúcich zásadám vierouky. Alternatívne liečebné postupy, špeciálna predoperačná príprava a neštandardné postupy sú finančne, personálne aj prevádzkovo náročnejšie a nie sú zdravotnými poisťovňami osobitne hradené. Odborným a etickým problémom je aj to, že Svedkovia sú účelovo

deinformovaní o možnosti nahradenia krvi infúznymi prípravkami, ktorých sa dožadujú ale ktoré v skutočnosti nemôžu transfúziu liečbu úplne nahradiť, pretože krv neplní len úlohu objemovej náplne cievneho riečiska ale má aj ďalšie významné fyziologické funkcie. Svedkovia Jehovovi neakceptujú liečbu veľkými zložkami krvi - neprijímajú plnú krv ani transfúziu erytrocytovej masy, leukocytov, trombocytov a čerstvej zmrazenej plazmy. Malé frakcie krvi, ako sú roztoky hemoglobínu, albumín, globulíny, koagulačné faktory, interferóny, interleukíny učenie jednoznačne nezakazuje a ich akceptáciu ponecháva na osobnom rozhodnutí pacienta. K najväčším problémom pri poskytovaní urgentnej zdravotnej starostlivosti dochádza pri potrebe podať transfúziu liečbu v prípade priameho ohrozenia života pacienta, kedy vzniká konflikt medzi povinnosťou zdravotníckeho pracovníka chrániť zdravie a život pacienta a zákonnou možnosťou pacienta s takouto liečbou napriek poučeniu neposkytnúť súhlas. Právne normy upravujúce poskytovanie zdravotnej starostlivosti – Ústava SR, Zákon č.576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, Etický kódex zdravotníckeho pracovníka ako príloha č.4 zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, Európska charta práv pacientov a Charta práv pacientov v SR – všetky deklarujú právo pacienta na duševnú a telesnú integritu a zásah do nej podmieňujú súhlasom dotknutej osoby a zároveň toto právo nie jednoznačným spôsobom obmedzujú. Takto vznikajú právne neisté podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti pre lekára aj pre pacienta. Zároveň okrem právneho vzniká aj konflikt etický medzi pacientom očakávajúcim rešpektovanie svojej vôle a presvedčenia a právom lekára liečiť tak, aby to neodporovalo jeho svedomiu. V urgentnej situácii, keď objektívne a dokázateľne ide o život pacienta je zatiaľ jediným riešením vystaviť sa radšej možnej občianskoprávnej zodpovednosti ako zodpovednosti trestnoprávnej a v prípade plánovanej alebo odkladnej zdravotnej starostlivosti využiť, ak je to potrebné, rozhodnutie súdu. V prípade záchrany života je nutné pacientovi z vitálnej indikácie transfúziu liečbu podať. Nevyhnutnou súčasťou podania transfúznej liečby pacientovi, ktorý ju napriek ohrozeniu života odmieta, musí byť správne vedená a kompletná zdravotná dokumentácia, ktorá vitálnu indikáciu transfúznej liečby jednoznačne dokazuje a podpisom ju potvrdí ošetrujúci lekár a vedúci pracovník oddelenia alebo kliniky.

POUŽITÁ LITERATÚRA:

TÓTH, K. a kol. 2013. Právo a zdravotníctvo 2. Bratislava : HERBA, 2013, 431 s. ISBN 978-80-89631-08-7.

ZÁKON č. 576/2004 Z. z. z 21. októbra 2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

ZÁKON č. 578/2004 Z. z. z 21. októbra 2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ETICKÝ KÓDEX ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA, príloha č.4 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

KUBALA J. VOLČKO V.: Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rovine medicínskej etiky. Právo a manažment v zdravotníctve 2013,4 2-6, ISSN1338-2071

JEHOVAH'S WITNESSES. Guidelines for Health Care Providers interacting with Jehovah's Witnesses and Their Families, Metropolitan Chicago Healthcare Council at.

JEHOVOVI SVEDKOVIA. 2008. Zachovávajte sa v božej láske. Brooklyn: Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, 2008. 223 s.

JEHOVOVI SVEDKOVIA. 2000. Starostlivosť o rodinu a lekárska starostlivosť o Jehovových svedkov. Brooklyn : Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, 2000.

http://www.krev.info/Text/krev_civolbaasvedomi.htm

Kontakt na autora:

MUDr. Ingrid Olejárová

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s

Bratislava

+421 (2) 59 320 419

ETICKÉ ASPEKTY V PRÁCI SESTRY V ZARIADENÍ PRE SENIOROV

FEDÁKOVÁ MARTA,
ZpS- Domov pokojnej staroby, Snina

Život človeka je veľmi pestrý a prináša mnoho pozitívnych aj negatívnych zmien. Záleží len na človeku ako tie zmeny prijíma. Každé obdobie prináša nové zmeny na, ktoré sa postupne adaptujeme. Život starého človeka v ZSS vyžaduje osobitý prístup v adaptácia na nové prostredie. Adaptácia na nové prostredie začína pomaly už doma, kde sa rodina, príbuzní rozhodujú o umiestnení v „novom domove.“ Adaptácia na zmeny vo vyššom veku je oveľa ťažšia. Nastupujú obavy z neznámeho. Vytvoriť také podmienky na skvalitnenie podmienok života pre seniorov v sociálnych zariadeniach znamená úzke prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Znamená i etický prístup ku klientom, rodine, príbuzným. Zdravotnícke povolanie má dlhú tradíciu rešpektovania etických noriem. Súvisí to s vyžadovaním citlivého prístupu v mnohých aspektoch a snahou určiť predovšetkým lekárom a sestram, ostatným zdravotníckym pracovníkom orientačné body, ktorých sa treba v praxi pridržiavať.

V zdravotníckej praxi sa základné považujú štyri princípy:

-Salus aegroti suprema lex- prospešnosť. Podľa tohto princípu má každý lekár konať povinnosť konať v prospech pacienta a hľadať preňho to najlepšie riešenie bez ohľadu na osobný zisk alebo záujmy iných. Predstavy o tom, čo je najlepšie, sa líšia.

-Primum non nocere- nikdy neškodiť. Každý lekár, sestra musí zvážiť škodlivé následky, ktoré by mohlo mať jeho konanie vo vzťahu k pacientovi, pretože mnohé indikácie majú dvojitý efekt. Na jednej strane prinášajú pozitívny výsledok a na druhej strane sú potenciálne nebezpečné.

-Voluntas aegroti suprema lex- autonómia. Je výsledkom postupnej zmeny v zmysle zrovnoprávnenia pacienta a lekára či sestry. Pacient má právo na sebaurčenie, zasahuje do liečby, vyjadruje súhlas, či nesúhlas s určitou indikáciou, na druhej strane si tento súhlas žiadať.

-Iusticia- spravodlivosť. Týka sa spravodlivosti a rovnosti v rozdeľovaní nedostatkových materiálov, rozhodovaní o tom, komu bude poskytnutá starostlivosť. Súvisí to s otázkou rozdelenia finančných a fyzických zdrojov. (Németh, F., et. al. 2009),

Tu vzniká morálna dilema, zvlášť pri riešení zdravotnej starostlivosti o seniorov ako problém riešiť. Vzniká živná pôda pre kritikov argumentujúcich relativizmom, odmietaním princípov ako

niečo zbytočného. Niektorí dokonca považujú princípy za mylné alebo vnútorne konfliktné (Nemčeková,2000).

Ošetrovateľskú starostlivosť v ZSS vykonávajú sestry a opatrovatelky s predpísaným vzdelaním, ktoré spĺňajú kvalifikačné požiadavky zodpovedajúce európskym normám pre vzdelávanie a odbornú spôsobilosť na výkon povolania.

Povolanie sestry a jej spoločenské postavenie sa mení vplyvom zmien prenikajúcich do zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Práve v ZSS povolanie sestry zohráva kľúčovú úlohu. Súčasný stav ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS charakterizuje legislatívne posilnenie: Zákon č.185/2014, účinný od 1.7.2014. Tento zákon umožňuje poskytovanie oš.starostlivosti v ZSS(ZPS,ZOS,DOS,ŠZ) výlučne zdravotníckymi zamestnancami ZSS. Ošetrovateľské výkony sa uhrádzajú na základe zmluvy so zdravotnou poisťovňou(verejné zdravotné poistenie).

V ZSS je dôležitá spolupráca so sociálnym pracovníkom. Sociálny pracovník je odborník, ktorý sa na profesionálnej úrovni zaoberá pomocou a pomáhaním. Svojou činnosťou pomáha zlepšovať sociálnu funkčnosť svojich klientov(Cehelská, 2012)

Práca so starými ľuďmi je veľmi náročná, nielen fyzicky, ale aj psychicky, preto je veľmi dôležité vyjadrenie spokojnosti zo strany klientov a ich rodinných príslušníkov. Veľkým pozitívom je individuálny a empatický prístup ku každému klientovi a holistické vnímanie osobnosti ako súbor bio-psycho-sociálnych a spirituálnych potrieb s cieľom dosiahnuť čo najvyššiu kvalitu života klientov v ZSS.

Rodina, príbuzní očakávajú od nás, že dokážeme pomôcť a postarať sa o seniorov nielen z odborného, ale i morálneho hľadiska. Láska a úcta k životu, k človeku, zvlášť k staršiemu je našou dominantnou hodnotou, ktorú v praxi sa snažíme pestovať..

Kontakt na autora:

Mgr.Fedáková Marta

ZpS- Domov pokojnej staroby Snina

EBOLA

MIRIAM TKÁČOVÁ, JANA ŠEPEĽOVÁ

Falck – Záchranňa a.s., Košice

Kľúčové slova: Ebola, KOS, ZZS

Každý región a aj stanica záchrannej zdravotnej služby má svoje špecifiká. V našom regióne často poskytujeme prednemocničnú neodkladnú starostlivosť pacientom z afrických krajín, ktorí sú umiestnení v záchytnom tábore v Humennom ako migranti. Práca s nimi nie je vôbec jednoduchá. Väčšinou ide o mladých ľudí, alebo aj rodiny s deťmi. Počas vyšetrovania a ošetrovania takýchto pacientov nám často sťažujú prácu rôzne aspekty, ako napríklad rečová bariéra, vyčerpanosť, strach, stres, alebo aj nemožnosť odobratia zdravotnej anamnézy.

V našej kazuistike popisujem ošetrovanie pacienta, ktorý migroval z afrických krajín a nelegálne prekročil hranice SR v období výskytu Eboly. Z KOS v Prešove sme dostali hlásenie k pravdepodobnému výjazdu do záchytného tábora v Humennom k jedenásť ročnému dieťaťu, ktoré má vysoké teploty, s dodatkom operátora, že ešte máme chvíľu počkať „o chvíľu sa ozveme“. O cca 10 minút dostávame od operátora KOS v Prešove doplňujúce informácie, že ide o dieťa, ktoré pochádza z Kamerunu a aj zracia s upozornením, že máme použiť všetky dostupné ochranné pomôcky, lebo môže ísť o infekčné dieťa. Po príchode sa snažíme odobrať anamnézu od anglicky hovoriacej matky. Dieťa je vystrašené, dehydratované, febrilné, zracia a pociťuje bolesť hlavy. Na Slovenku v záchytnom tábore sú 9. deň, z domova odišli pred 17 dňami. Pacientku sme ošetrili a KOS v Prešove žiadame o smerovanie. Po približne pol hodine nás lekár KOS v Prešove smeruje na detské oddelenie v Michalovciach. Tam nám na dverách oznamujú, že takúto pacientku prijať nemôžu a odporúčajú nás na infekčné oddelenie. Konzultujeme opäť s lekárom KOS v Prešove, ktorý sa nám snaží pomôcť s odovzdaním pacientky. Lekár KOS v Prešove konzultuje stav pacienta s infekčným oddelením v Michalovciach, s infekčným oddelením v Prešove aj v Košiciach. Primár infekčného oddelenia v Michalovciach sa snaží dovolať „Hot-line Ebola“, no bez úspechu. Po súhlase primára oddelenia, pacienta po približne troch hodinách odovzdávame na infekčnom oddelení v Michalovciach. Po príchode na SZSS vymieňame ambulanciu za rezervnú ambulanciu z dôvodu dezinfekcie.

O štyri hodiny neskôr dostávame z KOS v Prešove ďalšiu výzvu k osem ročnému dieťaťu, ktoré má teploty. Ide o sestru predchádzajúcej pacientky. Na výjazd využívame pôvodnú ambulanciu. Po príchode na adresu, zisťujeme, že pacientka je afebrilná, dehydratovaná, plačlivá. Vzhľadom,

na infekčný stav sestry, po konzultácii s lekárom KOS v Prešove transportujeme pacienta taktiež na infekčné oddelenie do Michaloviec. Po návrate z výjazdu opäť vymieňame ambulanciu za rezervnú ambulanciu.

V ďalšej časti prezentácie sme sa zamerali výskyt, prenos, klinické prejavy eboly a usmernenie Verejného zdravotníctva ako postupovať u pacienta v prípade podozrenia na nákazu Ebola.

V závere uvažujeme nad správnym manažmentom a postupom pri takýchto výjazdoch z pohľadu ZZS, KOS a Úradu verejného zdravotníctva.

Kontakt na autora:

Bc. Miriam Tkáčová, Bc. Jana Šepel'ová

Falck – Záchraná a.s., Košice



Názov: **„Ošetrovateľstvo a zdravie“**

Podnázov: Zborník odborných príspevkov z Celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej 29. Októbra 2015 v Snine

Editor: PhDr. Jana Kapaková

Vydala: Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek v Humennom

Vydanie: tretie

Počet strán: 76

Rok vydania: 2015

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

ISBN 978-80-89542-37-6

ODBORNÝ PROGRAM

Otvorenie o 11:00 hod

Slávnostné udelenie ocenení zdravotníckym pracovníkom Nemocnice Snina, s.r.o

I. BLOK

1. Sestra - Doktor filozofie v ambulancii všeobecného lekára.

PhDr. K. Babiaková, PhDr. M. Csúrosóvá, Čierna nad Tisou

2. Mentálna anorexia- MUDr. Adámiková, Michalovce

M. Kováčsová, PhDr. M. Csúrosóvá, Kráľovský Chlmec

4. Pacient odmietajúci transfúziu liečbu.

MUDr. I. Olejárová, NÚSCH, a.s. Bratislava

5. Psychické poruchy po pôrode.

MUDr. Adámiková Michalovce

6. Pôrodná asistancia na Slovensku - meníme veci k lepšiemu?

Mgr. Iveta Lazorová, dipl.p.a., Bratislava

7. Implementácia výziev doby turbulencie v ošetrovateľskej

praxi PhDr. Anna Murgová, PhD, Michalovce

Prestávka na obed

II BLOK

8. Protiepidemické opatrenia pri výskyte bakteriálnych pôvodcov infekčných ochorení s klinicky a epidemiologicky významnými mechanizmami rezistencie.

Mgr. Lenka Lesňáková, Humenné

9. Prevencia nozokomiálnych nákaz pacienta.

Mgr. Daniela Novotná, Praha

10. Kroky vakcinológie od empirie k vede

MUDr. P. Rupčíková, CSc., Bratislava

Spoznajte sa, diskutujte spolupracujeme.....NEMOCNICA SNINA, s.r.o.

11. Ebola - (kazuistika) Bc. M. Tkáčová, Bc. J. Šepeľová, Bc. M. Citriaková, Humenné

12. Index zdravia prostaty a akcia „Movember“

Mgr. Ing. T. Tietze, Praha

13. Manažment bolesti u nehojajících sa rán.

Mgr. R. Dovhunová, Snina

14. Zmena Bochemie na Schulke, novinky v portfóliu.

Ing. Kaprálová – Prievidza

Coffe break- prestávka

III. BLOK

15. Fenol verzus IZS - (kazuistika) MUDr. A. Špitáliková,

Bc. M. Čornanič, Košice

16. Hospic - zdravotnícke zariadenie pre pacientov v terminálnom štádiu,

Mgr. A. Peregrimová, Mgr. M. Proněková,

Bardejovská Nová Ves

17. Sesterská dokumentácia a ošetrovateľské štandardy

v Domove dôchodcov v Rakúsku, Mgr. Jana Kapraľová, Rakúsko

18. Eutanázia- otázka budúcnosti.

Mgr. Š. Demská, Mgr. A. Rošková, Snina

19. Praktické využitie piktogramov v multikultúrnom

ošetrovatelstve. Bc. Silvia Kuševová, Humenné

20. Etické aspekty v práci sestry v zariadení pre seniorov.

Mgr. M. Fedáková, Snina

Diskusia

Záver pracovného dňa, odovzdávanie potvrdení o účasti

Kontaktná adresa:

PhDr. Jana Kapaková, Nemocnica Snina, s.r.o.

Sládkovičova 300/3, 069 01 Snina

e-mail: namosetrovatelstvo@nemocnicasnina.sk

tel.: 0918 532 005, 0917 147 399

Organizačný výbor:

J. Kapaková, A. Janušová, A. Bajusová, G. Čopíková, L. Mudzová, R. Šmajdová, M. Pavlísková, J. Kuzmová,

R. Salajová, M. Urbanová, E. Serdulová, M. Halamková, T. Vajanská

Spoznajte sa, diskutujte spolupracujeme.....NEMOCNICA SNINA, s.r.o.

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

Registrácia účastníkov je od 10:00 hod. vo vestibule kaštieľa.
Celoslovenská vzdelávacia aktivita trvá od 11:00 hod. 19:00 hod
/480 min/ Forma prihlasovania je pre sestry a PA len elektronicky.

Konferenčný poplatok:

2 € člen SKSaPA,
7 € nečlen SKSaPA, ostatné stav. org.
0 € autor, spoluautor

V konferenčnom poplatku je zahrnuté:

- propagačné a informačné náklady
- občerstvenie
- technická podpora konferencie
- poplatky za prenájom

Konferenčný poplatok sa uhrádza v mieste konania konferencie
Konferencia je zaradená do systému hodnotenia účasti
na odborných podujatiach podľa vyhlášky MZ SR 366/2005 Z.z.
v znení neskorších predpisov.

Možnosť ubytovania:

Penzión a reštaurácia ADRIA, adria-snina.sk - 0908 972 534

Hotel Kamei*** kamei.sk - 057/768 21 22

PARTNERI PODUJATIA



SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
REGIONÁLNA KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK V HUMENNOM
NEMOCNICA SNINA, s.r.o.,

POZVÁNKA

IV. Sninské zdravotnícke dni
OŠETROVATEĽSTVO A ZDRAVIE
29.10.2015



Miesto konania: Kaštieľ Snina (pri Nemocnici Snina)
Prezentácia účastníkov: od 10:00 hod.

Spoznajte sa, diskutujte spolupracujme.....NEMOCNICA SNINA, s.r.o.

Spoznajte sa, diskutujte spolupracujme.....NEMOCNICA SNINA, s.r.o.