



Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek



Sekcia sestier pracujúcich v ADOS pri SKSaPA

**Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská Univerzita v Trnave
Česká asociace sester – sekce domácí péče**

Starostlivosť o onkologického pacienta z pohľadu ADOS

celoslovenská konferencia s medzinárodnou účasťou

pod záštitou
ministra zdravotníctva SR
MUDr. Viliama Čisláka, MPH, MBA

prednostu kliniky chirurgickej onkológie SZU a NOÚ
Prof. MUDr. Juraja Pechana, CSc.

a

starostu obce Vyhne
Vladimíra Bevelaqua



**16. – 17. 10. 2015
Hotel Termál Vyhne**

Zborník vedeckých a odborných prác na ústrednú tému

Starostlivosť o onkologického pacienta z pohľadu ADOS

Vyhne 16.-17.10.2015

Vydavateľ:

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Amurská 71, 821 06 Bratislava

ISBN: 978-80-89542-55-0

1. vydanie

Organizačný výbor:

PhDr. Anna Kúdelová, PhD.

PhDr. Dagmar Chanáthová

PhDr. Mária Kožuchová, PhD.

PhDr. Erika Slamková

Mgr. Terézia Lengyelová

Editori: PhDr. Anna Kúdelová, PhD.

Recenzenti:

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.

doc. PhDr. H. Koňošová, PhD., mim. prof.

PhDr. Anna Kúdelová, PhD.

PhDr. Ľuboslava Pavelová, PhD.

PhDr. Mária Šupínová, PhD.

Publikácia neprešla jazykovou korektúrou. Za obsahovú, vecnú, odbornú a jazykovú správnosť a citácie literárnych zdrojov zodpovedajú autori príspevkov.

POĎAKOVANIE

Pri svojej práci sa sestra ADOS denne stretáva s onkologickými pacientmi v terminálnom štádiu svojho ťažkého ochorenia. Jej úlohou je nielen ošetriť pacienta, ale i potešiť a podať pomocnú ruku všetkým tým, ktorí to v rodine chorého potrebujú.

Verím, že vďaka kvalitným príspevkom z rôznych oblastí starostlivosti o onkologického pacienta, ktoré odzneli na našej konferencii (niektoré z nich sú v obsahu nášho zborníka), sa zvýši nielen kvalita poskytovanej domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ale i ľudská dimenzia prístupu k trpiacemu človeku a jeho rodine.

Za úspešný priebeh celoslovenskej konferencie Sekcie sestier pracujúcich v ADOS na ústrednú tému Starostlivosť o onkologického pacienta z pohľadu ADOS ďakujem organizačnému tímu, prednášajúcim, prispievateľom odborných príspevkov, sponzorom a Vám všetkým, ktorí ste sa odbornej konferencie zúčastnili.



S úctou a vd'akou všetkým sestrám, ktoré denne majú silu pomáhať a osušujú slzy trpiacich za Výbor Sekcie sestier pracujúcich v ADOS

PhDr. Anna Kúdelová, PhD.

OBSAH

ALENA DZIACKA, ANDREA BOTÍKOVÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O CHRONICKÉ RANY V DOMÁCOM PROSTREDÍ.....	5
FRANTIŠEK HANOBIK HUMANIZÁCIA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI.....	11
KATARÍNA KAČALOVÁ KONTROLNÉ ZISTENIA V RÁMCI REVÍZIÍ ADOS Z POHĽADU ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE	21
JOLANA KUBICOVÁ PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ V DOMÁCOM PROSTREDÍ	32
ANNA KÚDELOVÁ, ALEXANDRA KLAČOVÁ KOMPLIKÁCIE INTESTINÁLNYCH STÓMIÍ.....	40
ĽUBOSLAVA PAVELOVÁ, ĽUBICA POLEDNÍKOVÁ, ALICA SLAMKOVÁ INFORMAČNÉ TECHNOLOGIE V KOMUNITNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI.....	50
ĽUBOSLAVA PAVELOVÁ INFORMAČNÉ TECHNOLOGIE V PRÁCI SESTRY V AMBULATNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	55
MAREK ŠICHMAN ANAFYLAKTICKÁ REAKCIA – TEÓRIA A PRAX Z POHĽADU INŠTITÚTU KRAJNEJ NÚDZE	61
MÁRIA ŠUPÍNOVÁ, JANA VIRGULOVÁ, KRISTÍNA KUBÁŇOVÁ DETSKÝ PACIENT S TRVALOU TRACHEOSTÓMIOU V DOMÁCOM PROSTREDÍ.....	68
JANA VIRGULOVÁ, MÁRIA ŠUPÍNOVÁ, ELENA JANICZEKOVÁ HODNOTENIE BOLESTI U PACIENTOV S POKROČILOU DEMENCIOU.....	78

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ O CHRONICKÉ RANY V DOMÁCOM PROSTREDÍ

ALENA DZIACKA, ANDREA BOTÍKOVÁ

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práca, Katedra ošetrovateľstva, Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava, Slovenská republika

Súhrn

Domáca starostlivosť je integrovanou formou starostlivosti. Poskytovanie domácej starostlivosti prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti - ADOS je efektívnou, dostupnou a hlavne odbornou formou ošetrovania pacientov. Starostlivosť prostredníctvom ADOS navrhuje všeobecný lekár a schvaľuje revízny lekár príslušnej poisťovne. Častými klientmi ADOS sú pacienti s chronickými ranami dolných končatín. Sestra z ADOS pacientom s rozsiahlymi kožnými léziami na dolných končatinách poskytuje systematickú a šetrnú ošetrovateľskú starostlivosť. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je odstrániť bolesť, obnoviť celistvosť kože, zapojiť pacienta do spolupráce v starostlivosti o ranu, zlepšiť psychiku pacienta, zamedziť vzniku a šíreniu infekcie, poskytnúť pacientovi dostatok informácií o ochorení a prevencii. Proces hojenie chronických rán prebieha vo fázach. Výrazný pokrok z pohľadu kvality ošetrovateľskej starostlivosti predstavujú hydroaktívne krytia na rany. Významný je ich atraumatický účinok. Rozsah jednotlivých aktivít sestry je daný aktuálnym zdravotným stavom pacienta, stavom jeho sociálneho prostredia a legislatívnym nastavením systému zdravotníctva. Všetky prevedené výkony musia byť evidované v ošetrovateľskej dokumentácii pacienta a sú vykazované príslušnej zdravotnej poisťovni k preplateniu. Sestra zaujíma pozíciu nielen aktívnej poskytovateľky ošetrovateľskej starostlivosti, ale stáva sa iniciátorkou aktivít v oblasti prevencie, podpory a ochrany zdravia, ktoré sú súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. K jednotnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti prispieva i štandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová domáca starostlivosť, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, chronická rana, fázové hojenie, ošetrovateľská dokumentácia.

Summary

Home nursing care is an integrated form of care. Home nursing agencies provide effective, economical, and professional care. General practitioner can suggest home nursing care but insurance physician must confirm it. Patients suffering from chronic wounds of lower limbs

are typical clients of home nursing agencies. A nurse provides such patients with conservative and systemic care. The goal of this care is to eliminate pain, to renew integrity of skin, to engage patient in her treatment, to improve patient's mental state, to prevent infection or its spreading, to inform patient about her condition and possible prevention. Healing of chronic wounds takes place in phases. The hydroactive dressing significantly improves the quality of nursing care for chronic wounds. This dressing is atraumatic. A nurse performs a range of activities, which are determined by patient's present condition, by patient's social background, and by legislature of a given state. A nurse must record all performed activities so that an insurance company can reimburse them. Apart from nursing, a nurse is also responsible for prevention and for wellness of a patient, since these are parts of complex nursing care. Also, nursing care becomes increasingly standardized.

Key words: home nursing care, home nursing care agency, chronic wound, phase of healing, nurse's records

Úvod

Domáca starostlivosť je integrovanou formou starostlivosti, ktorú môže poskytovať lekár prvého kontaktu, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, opatrovateľská služba, rodinní príslušníci (Hanzlíková, 2004). Poskytovanie domácej starostlivosti prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti - ADOS je efektívnou, dostupnou a hlavne odbornou formou ošetrovania pacientov. Ošetrovateľská starostlivosť v ADOS je založená na princípe komplexnosti ošetrovateľskej starostlivosti, rešpektovaní individuality pacienta, koordinácii činností všetkých členov tímu. Cieľom domácej ošetrovateľskej starostlivosti je poskytnúť osobe komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu zameranú na udržanie a zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia, predchádzanie zdravotným komplikáciám, doliečovanie po skončení ústavnej zdravotnej starostlivosti, zdravotnú výchovu a vzdelávanie osoby, rodiny a komunity v súvislosti so zdravotným stavom, prevenciu, rehabilitáciu a poradenstvo (Odborné usmernenie MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti, 15. 03. 2007). Populačné starnutie, stúpajúce náklady na zdravotnú starostlivosť ovplyvňujú rozvoj ADOS. Činnosti ADOS nie sú zamerané len na vykonávanie jednotlivých ošetrovateľských výkonov, ale poukazujú i na aspekt výchovy a vzdelávania (Jarošová, 2007). Domáca ošetrovateľská starostlivosť je poskytovaná fyzickým osobám, ktoré vyžadujú ošetrovateľskú starostlivosť, sú imobilné, čiastočne imobilné, nie sú schopné samostatne prísť do ambulantného zdravotníckeho zariadenia a

nevyžadujú ústavnú zdravotnú starostlivosť (Odborné usmernenie MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti, 15. 03. 2007). Domácu ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom ADOS navrhuje všeobecný lekár. Starostlivosť ADOS schvaľuje revízny lekár príslušnej zdravotnej poisťovne. Celý proces prebieha na základe zmluvných vzťahov medzi všeobecným lekárom, revíznym lekárom a manažérom ADOS. Špecifické črty ošetrovania v mimo nemocničných zariadeniach treba chápať z hľadiska autonómie, nezávislých činností sestry za ktoré je plne zodpovedná. Systém starostlivosti je zameraný na poskytnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti pacientovi a dodržaní efektívnosti nákladov. Túto starostlivosť vykonáva - case manager, zameriavajúci sa na úlohy z oblasti klinickej, riadiacej, finančnej (Vörösová, 2005).

Častými klientmi ADOS sú pacienti s chronickými ranami dolných končatín. Príčinou defektov na dolných končatinách je porucha odtoku a prítoku krvi v dôsledku opakovaných zápalov hlbokých žíl, varixov, aterosklerózy a nesprávnej životosprávy (Šafránková, 2006). Veľmi často k vzniku defektov prispieva dedičnosť, fajčenie, hypertenzia, diabetes melitus, závažné poranenia. Pacienti s chronickou ranou na dolných končatinách trpia bolesťou a trápia ich zmenený obraz tela. Sestra z ADOS pacientom s rozsiahlymi kožnými léziami na dolných končatinách poskytuje systematickú a šetrnú ošetrovateľskú starostlivosť. Manažment ošetrovania chronických rán vyžaduje správne posúdenie stavu rany, stanovenie fázy hojenia a vlastné ošetrenie rany za aseptických podmienok. Ak sa v priebehu ošetrovania vyskytnú komplikácie, ako bolesť, zápal je potrebná konzultácia lekára. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti je odstrániť bolesť, obnoviť celistvosť kože, zapojiť pacienta do spolupráce v starostlivosti o ranu, zlepšiť psychiku pacienta, zamedziť vzniku a šíreniu infekcie, poskytnúť pacientovi dostatok informácií o ochorení a prevencii. Po ukončení ošetrovateľskej starostlivosti je nutné edukovať pacienta a rodinných príslušníkov o ďalšom ošetrovateľskom postupe. Proces hojenie chronických rán prebieha vo fázach. V čistiacej fáze dochádza k zastaveniu krvácania a vyčisteniu rany, prevažne pomocou fagocytózy. V granulačnej fáze nastáva novotvorba krvných ciev a tvorba granulačného tkaniva, ktoré postupne vyplní defekt, avšak len za predpokladu, že je zachovaná hemodynamika. Na ďalšiu podporu rastu stačí vytvorenie a udržanie vlhkého prostredia pomocou vhodných hydroaktívnych krytí na rany. Ak rana vyschne, tkanivo sa opäť stráca v dôsledku odumierania buniek. Vo fáze epitelizácie dozrievajú kolagénne vlákna, prebieha výstavba jazvovitého tkaniva, kontrakcia a epitelizácia rany. Úlohou krytí v epitelizačnej fáze je aj naďalej udržiavať vlhké prostredie v rane (Hartmann, 2002). V procese hojenia chronických rán významnú úlohu zohráva aj motivácia pacienta k aktívnej dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti. Výrazný pokrok z pohľadu

kvality ošetrovateľskej starostlivosti predstavujú hydroaktívne krytia na rany. K dispozícii je celý rad továrensky vyrábaných prípravkov na vlhké hojenie s rôznymi mechanizmami účinku. Podpornými prostriedkami sú obklady, výplachy alebo sprchovanie rán pri preväzoch. Významný je ich atraumatický účinok, kedy sa pri výmene obväzu bunky nepoškodzujú. Rana si zachováva kľud, ktorý je pri procese hojenia dôležitý. Rozsah jednotlivých aktivít sestry je daný aktuálnym zdravotným stavom pacienta, stavom jeho sociálneho prostredia a legislatívnym nastavením systému zdravotníctva. Všetky prevedené výkony musia byť evidované v ošetrovateľskej dokumentácii pacienta a sú vykazované príslušnej zdravotnej poisťovni k preplateniu (Jarošová, 2007). Úspech kvality ošetrovateľskej starostlivosti je založený na systémovom prístupe.

Záver

Ošetrovateľskú prax zameriavame na účinný liečebný režim vedúci k splneniu ošetrovateľského i liečebného plánu s dôrazom na telesnú i duševnú pohodu pacienta. Postupnými krokmi starostlivosti sa snažíme dosiahnuť priaznivé výsledky v riešení bio – psycho - sociálnych problémov pacienta a rodiny. Vo veľkej miere ovplyvňuje kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti i zmysluplná a otvorená komunikácia. Východiskom pre určovanie ošetrovateľskej kvality je spokojnosť pacienta. Manažérka prípadu nesmie nič prehliadnuť, ničomu sa vyhýbať alebo ignorovať. Musí hľadať nové cesty k dosiahnutiu potrieb pacienta a cieľa. Kritické myslenie jej pomáha predvídať potreby pacienta. Osobnostné vlastnosti sestry – empatia, načúvanie, získané vierou, edukáciou a praxou sú kľúčovou zložkou kvalitného terapeutického procesu (Škrlovi, 2003). Skracovanie doby hospitalizácie by sa malo uskutočňovať v spolupráci so všeobecným lekárom a manažérom ADOS. Zásadou primárnej zdravotnej starostlivosti by malo byť podnecovanie pacienta a komunity k zodpovednosti za svoje vlastné zdravie a zdravý spôsob života. V budúcnosti sa na Slovensku počíta so zmenou proporcionality obyvateľstva, čo bude mať dopad na zdravotné a sociálne služby. Domáca ošetrovateľská starostlivosť sa stane dlhodobou a odbornou podporou pre starých a dlhodobo chorých. Kľúčové postavenie v napĺňaní daných cieľov má práve ADOS. Ošetrovanie v domácom prostredí znamená pre starého človeka aj prevenciu pred definitívnou stratou sebestačnosti a sociálnej integrity. Postavenie sestier v ADOS je špecifické. Sestra zaujíma pozíciu nielen aktívnej poskytovateľky ošetrovateľskej starostlivosti, ale stáva sa iniciátorkou aktivít v oblasti prevencie, podpory a ochrany zdravia, ktoré sú súčasťou komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra v roli edukátorky svoju pozornosť zameriava na formovanie uvedomelého správania jednotlivcov, rodín i celých

komunít, v záujme zachovania a obnovy zdravia (Škrlovi, 2003). K jednotnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti prispieva i štandardizácia ošetrovateľskej starostlivosti. Vnímanie kvality ošetrovateľskej starostlivosti je odlišné z pohľadu pacienta, rodinných príslušníkov, lekára, sestry, ale aj širokej verejnosti. Ich pohľad je ovplyvnený vedomosťami, hodnotami, kultúrou, sociálnym prostredím, vekom, pohlavím, vzdelaním, predchádzajúcimi skúsenosťami, očakávaním (Farkašová, 2005).

Zoznam bibliografických odkazov

FARKAŠOVÁ, D. a kolektív. 2005. *Ošetrovateľstvo teória*. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80 – 8063 – 182 – 4.

HANZLÍKOVÁ, A. a kolektív. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80 – 8063 – 155 – 7.

HARTMANN, medical edition. 2002. *Fázové ošetrovanie chronických rán: ulcus cruris venosum*. 3. vyd. Bratislava: Hartmann – Rico s.r.o. 2002. 63 s. ISBN 3 – 929870 – 26 – 6.

JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2007. 100 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2150 – 7.

ODBORNÉ USMERNENIE MZ SR o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého účelom je ustanoviť postup pri poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Toto usmernenie nadobudlo platnosť 15. 03. 2007.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. 2006. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80 – 247 – 1148 – 6.

ŠKRLOVI, M. a P. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 2003. 485 s. ISBN 80 – 7172 – 841 – 1.

VÖRÖSOVÁ, G. a kolektív. 2005. *Interné ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta, 2005. 197 s. ISBN 80 – 8063 – 192 – 1.

Kontaktná adresa autorov:

doc. PhDr. Andrea Botíková, PhD.
TU, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Mail: andre.botikova@truni.sk
Telefón: +421911881124

PhDr. Alena Dziacka, PhD.
TU, FZaSP, Katedra ošetrovateľstva
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Mail: alena.dziacka@truni.sk
Telefón: 0911 232 836

HUMANIZÁCIA V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

FRANTIŠEK HANOBIK

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave.

Súhrn: V modernej dobe 21. storočia sa kladie dôraz na krásu a večnú mladosť a chorí ľudia sú odsúvaní na okraj spoločnosti. V mnohých prípadoch sa už len čaká, kým „odídu“, pretože svojou prítomnosťou a neustálou potrebou starostlivosti počas choroby, ktorá ich sprevádza, sú spoločnosti na príťaž. Avšak práve nevyliciteľne chorí, si vyžadujú špeciálnu starostlivosť, pretože svojou zraniteľnosťou a potrebou pomoci pripomínajú krehkosť dieťaťa. Odbornosť a ľudský prístup celého tímu pracovníkov, ktorí sa podieľajú na starostlivosti o ťažko chorých a umierajúcich v najväčšej dôstojnosti, je dôležitá. Vrcholom tejto starostlivosti aj z etického hľadiska je paliatívna starostlivosť, ktorá je orientovaná na človeka ako bio - psycho - socio - spirituálnu bytosť. Hlavným cieľom práce s nevyliciteľne chorými je nevyhnutnosť udržania kvality života až do jeho úplného konca. Sociálna práca s nevyliciteľne chorými je vysoko humánna činnosť, ktorá si vyžaduje vysoko odborný prístup všetkých odborníkov, ktorí sú zainteresovaní do celkovej pohody chorých a ich rodín.

Kľúčové slová: Choroba. Paliatívna starostlivosť. Zomieranie.

Summary: In the modern era of the 21st century when emphasis is put on the beauty and eternal youth the ill people are marginalized. In many cases, it is about waiting until "they leave" because of their presence and the constant need for care, during the illness, which accompanies them, are a burden to society. However, the terminally ill require special care, because of their vulnerability and need for assistance they recall the fragility of the child. Professionalism and human approach of the whole team of workers involved in the care of severely ill and dying in the greatest dignity is important. The highlight of this care and also from ethical point of view is palliative care which is focused on humans as a bio - psycho - socio - spiritual beings. The main objective of working with the terminally ill is the need to maintain the quality of life until the very end. Social work with the terminally ill is a highly humane activity, which requires a highly professional approach of all experts who are involved in the well-being of patients and their families.

Keywords: Illness. Palliative care. Dying.

Úvod.

Proces formovania, života a vzťahu k duchovnej tradícii sa prelína celou štruktúrou spoločenských procesov. V súvislosti s tradíciou potrebujeme pre svoje zachovanie a rozvoj, neustály dialóg pri výmene myšlienok, ideí, foriem a hodnôt pri zachovaní vlastnej duchovnej identity. Pre uchovanie tradície je veľmi dôležité hľadisko, ktoré zabezpečuje komunikáciu vo vnútri spoločenstva na základe prirodzeného zákona a odovzdáva duchovné bohatstvo ďalším generáciám. Od úrovne odovzdávania duchovného bohatstva a vzťahu k prirodzeným hodnotám sa odvíja kontinuita vývoja ďalších generácií a teda aj spoločnosti. Tento proces napojenia na kresťanské tradície a hodnoty zabezpečuje životaschopnosť ďalšej generácie. Kontinuita vývoja duchovných tradícií a kresťanskej identity je problém hľadania budúcnosti v pochopení prítomnosti a minulosti. Je to permanentný proces prebiehajúci z minulosti do prítomnosti, sledujúci perspektívu budúcnosti. Teda nepretržitý dialóg prítomnosti s minulosťou a budúcnosťou. Pri výskume jednotlivých spoločenských procesov je potrebné rozpoznať, akým spôsobom duchovná identita prestupuje horizont prítomnosti a zároveň zasahuje do dialógu s minulosťou. Zabezpečenie kontinuity vývoja duchovnej tradície a spoločenskej identity sa uskutočňuje predovšetkým odovzdaním vzťahu k duchovným hodnotám. Generačný problém je jedným z kľúčových, má veľa dimenzií a väčšinou ho spájame s problémom ekonomického ohodnotenia. V dnešnej hektickej dobe človek vyvíja tvorivú činnosť, ktorá prevyšuje rámec vlastnej existencie, zaujíma stanovisko k spoločenským hodnotám a slobodne volí ciele svojej činnosti. Je pevne zakotvený v materiálnom svete, ale svojimi spirituálnymi schopnosťami môže ovládať svoje telo a s praktickým zameraním sleduje to, čo je pre neho užitočné. Sloboda vôľovej činnosti človeka spočíva v rozhodovaní a slobodnej voľbe rozhodnutia a plnej zodpovednosti za vlastné rozhodnutie.

Smrť je pre každého človeka otázkou na zamyslenie. Niekomu pomáha neodvratnosť smrti akceptovať náboženská viera alebo filozofia. Väčšina ľudí bezdôvodne myšlienky na smrť nevyhľadáva. Existujú však ľudia, ktorí blízkosť smrti vnímajú - ľudia nevyliciteľne chorí. Úlohou paliatívnej starostlivosti je uľahčiť život tejto skupine ľudí, zmierniť ich utrpenie, ktoré ochorenie prináša a zvýšiť kvalitu ich života. Kvalita života je určujúcou hodnotou každého jednotlivca. Napriek tomu nie každý človek ju môže prijímať v rovnakej miere. Predovšetkým ľudia trpiaci smrteľnou chorobou a umierajúci ľudia by mali mať nárok na dôstojnú starostlivosť a kontakt s kruhom svojich blízkych. Tieto želania a potreby ťažko chorých sa snažia uspokojiť pracovníci v hospicioch. Empatia k nevyliciteľne chorým

Ľuďom, ktorí sú vytrhnutí z bežného života spoločnosti kvôli svojej chorobe je liek, ktorý poskytuje v najťažších chvíľach útechu.

1 Smrť a zomieranie

Smrť a život po smrti - alebo iná forma existencie po smrti sú predmetom diskusií filozofov a cirkevných predstaviteľov, ale aj otázkou, na ktorú každý z nás v určitej etape života hľadá odpoveď. Starostlivosť o umierajúcich v kontexte s paliatívnou starostlivosťou, vnímanie smrti u ľudí, ktorí ju očakávajú a faktory, ktoré toto vnímanie pozitívne alebo negatívne ovplyvňujú, to sú úvahy, na ktoré človek, ktorý sa ocitol v tomto štádiu života musí hľadať, dať a dostať odpoveď (Dominica, 2000).

1.1 Smrť a posmrtný život

Smrť je prirodzená etapa života, je to prírodný zákon, ktorý ľudstvo nedokáže zmeniť a musí sa s ním vyrovnáť. Z hľadiska smrteľne chorých je pozitívnou akákoľvek viera v posmrtnú existenciu, ktorá dáva každému nádej zbaviť sa bolesti a utrpenia spôsobeného chorobou a eliminuje pocity strachu zo smrti.

Smrť z kresťanského hľadiska

Z pohľadu kresťanského učenia je smrť vnímaná ako neodvratná skutočnosť, ktorej sa človek neubráni a nemal by pred myšlienkami na smrť unikať. Veda a medicína dokáže život predĺžiť, no koniec napriek tomu raz príde. Cirkev chápe smrť ako začiatok, kedy prichádza nový život. Transcendentálnosť bytia - večný život po smrti v predstavách a víziách poskytuje možnosť intuitívneho hľadania človeka prekračujúceho pozemské ciele a prekonávajúceho časnosť.

Kresťanstvo vníma utrpenie ako pozemský údel človeka, túto myšlienku je však ťažké akceptovať v postavení chorého človeka alebo jeho blízkych. V paliatívnej starostlivosti kladieme dôraz na duchovnú stránku pacienta, ktorá zahŕňa obavy zo smrti a vnímanie smrti ako reality. V hospicioch je pacientom k dispozícii duchovná služba, ktorá môže vplyvať pozitívne na psychiku človeka umierajúceho (Tinák, 2002).

Pre komplexné pochopenie danej problematiky považujeme za potrebné v krátkosti načrtnúť niektoré formy starostlivosti, ktoré sú súčasťou paliatívnej starostlivosti. Ide o respitnú starostlivosť, pod ktorou sa rozumie stimulujúca zmena prostredia, ktorá umožňuje vzájomnú podporu a spoluprácu osôb zainteresovaných do starostlivosti o nevyliciteľne chorého a zomierajúceho vrátane rodiny s cieľom eliminovať dôsledky psychosociálnej záťaže vyplývajúcej z vykonávania paliatívnej starostlivosti (Konceptcia paliatívnej starostlivosti MZ SR, 2002).

Jednoducho povedané, jedná sa o starostlivosť o tých ľudí, ktorí opatrujú nevyliciteľne chorého. Rodina, ktorá sa stará o svojho blízkeho, je už vyčerpaná a potrebuje načerpať nové sily a oddýchnuť si. To môže urobiť iba vtedy, keď je pacient na niekoľko dní alebo týždňov hospitalizovaný na tzv. respitnom lôžku.

Najnovšie sa používa definícia Svetovej zdravotníckej organizácie (2002), ktorá uvádza, že paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu tým, že včas rozpozná, neodkladne diagnostikuje a lieči bolesti a iné fyzické, psychosociálne a duchovné problémy a tým predchádza utrpeniu a zmierňuje ho.

2 Utrpenie a zmysel života

V 21. storočí má pre človeka zmysel len taký život, v ktorom niečo vybudoval, dosiahol materiálny zisk, prípadne moc a obdiv okolia. Takýto človek hodnotí aj iných ľudí podľa materiálnych kritérií alebo kritérií úspechu. Niekedy je práve choroba, prípadne iné utrpenie, pre človeka priestorom, kedy uvažuje nad tým, že ho choroba robí vnímavejším, radikálne sa mení jeho doterajší život človeka a často dochádza aj k zmene rebríčka hodnôt.

Svedectvo mnohých ľudí, ktorí prešli životnými skúškami a predsa neprežívajú život ako prehru, stratu, pád do nezmyselnosti, nám ukazuje, že prekonávanie ťažkostí, prekonávanie telesných a duševných bolestí môže znamenať naplnený život a rast, pokiaľ v nich človek nachádza zmysel. Utrpenie i bolesť je veľkým tajomstvom, ktoré sa nedá úplne poznať. Kresťanský pohľad neglorifikuje bolesť a utrpenie neodmieta za každú cenu a podobne ako logoterapia (jedná z foriem psychoterapie) nachádza zmysel aj v utrpení.

Logoterapia vychádza z toho, že človek, ktorý nemôže pracovať tak ako bol zvyknutý, môže ešte milovať, môže dať najavo svoju lásku, to na čo možno ani nikdy nemal čas. Hoci človek má obmedzené možnosti, otvára sa mu nová špecifická ríša hodnôt, ktorú logoterapia považuje za najvyššie hodnoty. Túto schopnosť človek nemá od narodenia, musí ju nadobudnúť počas svojho života, to znamená, že sa musí učiť trpieť. Dôležité je, že už nadobudnutie schopnosti trpieť je aktom formovania samého seba. Chorobou sa človek stáva iným človekom. Objaví v sebe niečo nové, nezničiteľné. Utrpením vnútorne dozrieva a dokáže prekročiť svoje ohraničené možnosti (Lukášova, 2006).

2.1 Kvalita života umierajúceho človeka

Ľudia sú bežne zvyknutí hovoriť o dĺžke, čiže kvantite života. Tá sa uvádza veľmi jednoducho. Oveľa menej však spomíname kvalitu života a mnohokrát ani presne nevieme, čo si máme pod týmto pojmom predstaviť.

Ak hovoríme o kvalite života, musíme si uvedomiť, že ju môžeme posudzovať vo viacerých rovinách. V makro-rovine, kde sa zaoberáme kvalitou života veľkých spoločenských celkov, v mezo-rovine, kde ide o otázky kvality života v tzv. malých skupinách a napokon v osobnej rovine, kde je kvalita života definovaná najjednoduchšie. Týka sa každého z nás jednotlivo. Pri stanovení kvality života ide o vysoko subjektívne hodnotenie rôznych dimenzií človeka (Misconiová, 1998).

Kvalita života ako subjektívny pocit spokojnosti, ktorý je navonok prezentovaný správaním a konaním, sa viaže na všetky sféry osobnosti človeka - jeho fyzickú, psychickú, sociálnu a duchovnú zložku. Ak je človek v najlepšom možnom fyzickom a emocionálnom stave zmierený so svojím zdravotným stavom, má lepšiu šancu dosiahnuť vysokú úroveň kvality života. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (1997) je kvalita života individuálne vnímanie vlastnej pozície v kontexte kultúry a hodnotových systémov so zreteľom na ciele, očakávania, životný štýl a záujmy.

Na kvalite života sa podieľajú činitele:

1. fyzické zdravie
2. psychologické aspekty
3. stupeň nezávislosti
4. sociálne vzťahy
5. environmentálne aspekty
6. spiritualita, náboženstvo, osobné presvedčenie.

Aby sme mohli zabezpečiť kvalitu života pacienta, musíme poznať jeho potreby a pristupovať k nemu komplexne ako k mnohodimenzionálnej entite, to znamená, že sa musíme zaoberať aj kvalitou starostlivosti, ktorá mu je poskytovaná. Z viacerých definícií kvality života si môžeme všimnúť, že ju výrazne ovplyvňuje mnoho činiteľov - ak je pacient hospitalizovaný, je potrebné zabezpečiť mu čo najlepšiu a najodbornejšiu starostlivosť a samozrejme ľudský prístup zo strany všetkých profesionálov. Je všeobecne známe, že paliatívnu starostlivosť môžeme poskytnúť kdekoľvek. Toto je teória. Aká je však prax? Vzhľadom na skutočnosť, že paliatívnych oddelení a hospicov je na Slovensku málo, nevyliciteľne chorí sú na rôznych oddeleniach. Je to hlavne onkologické, v menších mestách, kde nie je ani onkologické oddelenie, sú na internom alebo na oddelení dlhodobo chorých, kde aj zomierajú. Keďže popri nich je na týchto oddeleniach veľa akútnych prípadov, zdravotný personál sa zomierajúcim dostatočne nevenuje. Mnohokrát tu vôbec nemajú uspokojované svoje potreby, hlavne psychologické, sociálne a spirituálne. Ani biologickým potrebám sa nevenuje dostatočná pozornosť (Opatrný, 2000). Zomierajú tu sami, v cudzom prostredí, bez svojich

blízkyh, ľudskej lásky a porozumenia a tak ani ich kvalita života nie je na takej úrovni, na akej by mala byť (Výrost, Slaménik, 2008).

Prečo sa sústredím práve na kvalitu života nevyliciteľne chorých? Pretože práve pri lôžku zomierajúceho sa učíme slobodne akceptovať vlastnú smrť a pripraviť sa na ňu. Každá takáto skúsenosť zvyrazní nezmyselnosť „hodnôt“, ktoré nie sú pravými hodnotami.

Starostlivosť o zomierajúcich nás vnútorne obohacuje a môže nám pomôcť rásť. To, že pracujeme s nevyliciteľne chorými spôsobuje, že sa zamýšľame nad pomínutosťou života, nad vlastnou smrteľnosťou a preto sa snažíme žiť teraz a čo najkvalitnejšie. Veľmi by sme si želali, aby kvalita života nevyliciteľne chorých vysoko prevýšila očakávania. Takto by sme dali šancu humánnemu a dôstojnému procesu zomierania (Porubčanová, 2002).

2.2 Duchovný pohľad na sprevádzanie zomierajúcich

Duchovný svet tvorí bohatstvo každého ľudského bytia. Vychádza z osobnosti každého ľudského jedinca. Tvorí akoby základ, koreň toho, ako sa nám človek javí navonok. V hĺbke ľudskej duše je skrytý duchovný svet, ktorý núti človeka a robí ho zdravo nespokojným so sebou. Je samozrejmé, že každý človek je neopakovateľná, jedinečná bytosť.

Duchovný život človeka presahuje jeho morálny profil, ktorý je ovplyvnený prostredím v ktorom žije, výchovou, kultúrou a osobnou povahovou vybavenosťou. Je veľmi dôležité, aby náš duchovný život bol humánný, aby sa nestala aj naša duchovná služba pre zverených pacientov škodlivá. Je preto veľmi dôležité, aby sme svoju duchovnosť vyživovali z kvalitných koreňov. V našej tradícii je kresťanstvo zatiaľ neprekonateľným zdrojom, z ktorého môžeme čerpať ako z nevyčerpatel'ného zdroja motiváciu pre svoju duchovnú úroveň (Pompey, 2004).

Paliatívna starostlivosť je založená na medicínskom základe, ale nie je všemohúca. Sympómy, príznaky u chorých a utrpenie nie je to isté. V ideálnom prípade odstráni symptómy, prípadne ich zmierni, ale prognózu zomierajúceho nedokáže zmeniť. Utrpenie ostáva nezmeniteľné a neodvratiteľné. Mnohým pacientom pomáha viera a dôvera v Boha. Niektorým pomáha aj súciti a pochopenie okolia (Hanobik, 2011).

Autorka E. Lukášova (2006) popisuje *dve techniky logoterapie*, ktorými je možné pomôcť chorému prijať nezmeniteľné a nakoniec umierať kľudne a dôstojne nielen bez fyzickej bolesti, ale dokonca fáze zmierenia, akceptovania:

- 1. Logoterapeutická technika dereflexia** mobilizuje „vzdornú silu ducha“ posunom od Ja k Ty. Táto technika pomáha chorému zabudnúť na seba tým, že sa zameria na nejaký cieľ, venuje sa nejakej úlohe, alebo sa s láskou oddá nejakej osobe a na vlastné šťastie myslí čo najmenej - šťastie tak príde samé.

2. Logoterapeutická technika modulácia postoja sa snaží pomôcť chorému pozitívne ovplyvniť jeho postoj k nezmenenej situácii. Pomáha mu zmeniť jeho postoj „Nemôžem, pretože..." na postoj vyjadrený slovami „Môžem, lebo..."

My nemôžeme zmeniť zlú správu na dobrú, nedá sa uchrániť chorého a jeho blízkych pred realitou, ale dokážeme a vieme ako nášho klienta účinne podopierať (Lukášova, 2006).

Duchovná služba vychádza z potreby zabezpečiť nevyliciteľne chorému človeku v paliatívnej starostlivosti uspokojenie jeho duchovných potrieb. To si vyžaduje od slúžiaceho nielen odbornú ošetrovateľskú, opatrovateľskú, psychologickú, lekársku, právnickú, dobrovoľnícku, rodinnú terapiu, ale i duchovné sprevádzanie. Na tomto duchovnom sprevádzaní pacienta sa zúčastňuje každý člen tímu, ktorí pristupuje k pacientovi. Ide o profesionalitu a cieľavedomú prácu. Dobroprajnosť, vzájomná úcta a názorová tolerancia je potrebná na duchovnú cestu chorému a vôbec cestu poznania každému človeku (Svatošová, 2001).

Chcel by som poukázať na niekoľko údajov, ktoré hovoria o približovacej tendencii sociálnej politiky Slovenska v rámci EÚ. Napriek určitej spoločenskej akceptácii vývoja v oblasti výdavkov na sociálne verejné rozpočty, keď postupne klesajú výdavky štátu v rámci sociálnej kvóty, ale súčasne výdavky na sociálnu ochranu (SO) majú stále stúpajúcu tendenciu, musíme konštatovať, že miera rizika chudoby a sociálnej exklúzie na Slovensku je vysoká a graduje. Rozdiely vo výdavkoch na sociálnu ochranu sú neporovnateľne nižšie v porovnaní so štátmi EÚ, ktoré sú reprezentantmi aj troch typov sociálnych politík uplatňovaných v iných krajinách EÚ. V súčasnosti je model moderného sociálneho štátu konfrontovaný v rámci svetovej hospodárskej krízy. Na rozdiel od veľkej hospodárskej krízy minulého storočia tá súčasná má jednu obrovskú výhodu – je globálna, ale aj lokálne (európsky) manažovateľná. Sloboda sa automaticky nenapĺňa v slobodnom trhu. Až silný štát, ktorý sa stará o zdravie, vzdelávanie, bezpečnosť a možnosti voľby svojich občanov, nám dáva šancu podieľať sa na slobodnom trhu. A to nie tak, že poskytuje hotové riešenia, ale vytvára priestor pre zodpovednosť a slobodu rozhodovania. Súhlasím tiež s odmietaním chápania úlohy a postavenia človeka v duchu sociálneho darvinizmu, teda že ľudským osudom je permanentný konkurenčný boj ako jediný zdroj víťazstva, pretože akceptujeme ľudskú dôstojnosť a zodpovednosť. Tendencia rastu sociálnych výdavkov na účel choroba/zdravotná starostlivosť má stúpajúci charakter. Podrobný výskum zistených skutočností nám ukazuje, že rast/pokles výdavkov na uvedenú dávku SO v realite nezlepšil podmienky na zníženie chorobnosti a zvýšenie kvality zdravia či zdravotnú starostlivosť. Určité administratívne zníženie chorobnosti môžeme pripísať iným faktorom, ako napríklad snahe o udržanie si pracovného

miesta, udržania si príjmu u zamestnaných (choroba sa často rieši na úkor dovolenky a pod). Potvrdzujú to aj iné výskumy, keď sa radikálne zmenila štruktúra praceneschopného obyvateľstva (najvyššiu chorobnosť evidujeme u zamestnancov s nízkymi príjmami a u dlhodobo nezamestnaných spoluobčanov) a v posledných troch rokoch mali tieto výdavky naďalej stúpajúci trend (Hanobik, 2011).

Záver

Výskyt nevyliciteľne chorých ľudí neprestajne stúpa, môže sa vyskytnúť v každom veku a veľa ľudí zbytočne zomiera. Mnohí tu mohli byť, keby boli dostatočne informovaní o rizikových faktoroch, vedeli sa im účinne brániť, zúčastňovali sa na preventívnych prehliadkach, poznali včasné príznaky vážnej choroby a včas vyhľadali lekársku pomoc. Všetci ktorí pracujeme, alebo budeme pracovať s terminálne chorými pacientmi, musíme rozpoznať o akého človeka ide, akú má psychiku, pevnú vôľu, v akej rodine žije a čo od života očakáva. Nezabúdajme, že človek potrebuje lásku, úctu a dotyk milujúcej osoby. Pokúsme sa chorému poskytnúť pomoc ako sa vyrovnáť s bolesťou, prípade uľahčiť umieranie a zabezpečiť dôstojnú smrť. Veď ľudský život je hodný ochrany a každé liečenie človeka v terminálnom štádiu ochorenia a jeho liečba je beh na dlhé trate. Pacienti sa musia učiť žiť so svojou chorobou a prispôbiť sa obmedzeniam, ktoré súvisia s liečbou a jej následkami. Prekonávanie dôsledkov liečby vyžaduje čas, aktívny prístup chorého a porozumenie blízkych ľudí. Je dobré, aby mal človek možnosť prežívať svoje pocity, obavy i nádeje s ľuďmi, ktorí vedia súcítiť s chorým a zároveň prejavujú empatiu a lásku.

Zoznam bibliografických odkazov

DOBRÍKOVÁ - PORUBČANOVÁ, P. a kol. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti, význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Spolok sv. Vojtecha - Vojtech s.r.o., 2005. 280 s. ISBN 80-7162-581-7.

DOMINICA, F. 2000. Helen house. In: Haškovcová, H. *Thanntalogie. Náuka umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. 244 s. ISBN 80-7262-471-3.

HANOBIK a kol. 2011. Človek v terminálnom štádiu choroby v kontexte sociálneho poradenstva a duchovného sprevádzania. In: *Súčasný pohľad na sociálne poradenstvo*. Chelm: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Chełmie. 2011. s. 66-96. ISBN 978-83-61149-37-8.

HOSKOVCOVA, H. 2000. *Thanatologie. Náuka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7672-034-7.

LUKÁŠOVA, E. 2006. *I tvoje utrpení má smysl*. Brno: Cesta, 2006. 192 s. ISBN 80-8531-979-9.

MISCONIOVÁ, B. 1998. *Péče o umírající, hospicová péče*. Praha : Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. 96 s.

OPATRŇÝ, A. 2000. *Pastorační péče v sociální práci*. Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském, 2000. 125 s.

PORUBČANOVÁ, P. 2002. *Nachádzanie zmyslu života cez utrpenie*. Vedecká konferencia s medzinárodnou účasťou. Trnavská univerzita, Fakulta humanistiky, Modra - Harmónia, 29.-30.4.2002.

POMPEY, H. 2004. *Zomieranie*. Trnava: Dobrá kniha, 2004. 182 s. ISBN 80-7141-462-X.

SVATOŠOVÁ, M. 2001. *Hospice a umenie sprevádzať*. Bratislava: Lúč, 2001. 156 s. ISBN 80-7114-335-9.

TINÁK, B. 2002. *Na hrote trňa*. Trnava: Spolok sv. Vojtecha. 2002. 214 s. ISBN 80-7162-383-0.

VIRT, G. 2000. *Žít do konce*. Praha: Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. 404 s. ISBN 80-2471-428-8.

Článek v časopise

VODVÁRKA, P. 1997. *Poznámky k bio-psycho-sociální problematice onkolgie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 1997.

Príspevok na internete

Analýza sociálneho systému Slovenskej republiky. Dostupné na:

www.iness.sk/modules.php?name=News&file=article&sid=36.

Dávkový informačný servis. Dostupné na <http://www.employment.gov.sk>

MPSVaR SR: Správa o sociálnej situácii. Dostupné na:

<http://www.rokovania.sk/appl/material.nsf/0/CAFAB1C80DD9F731C12572ED0049EEF5?OpenDocument>.

Štatistiky. Dostupné na: <http://www.europa.eu>.

Štatistiky. Dostupné na: <http://www.oecd.org>.

Vedecké monografie vydané v domácich vydavateľstvách

HANOBIK, F. 2012. *Starostlivosť o terminálne chorých*. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2012, 64 s. ISBN 978-80-8132-063-7.

Vysokoškolské učebnice vydané v domácich vydavateľstvách

HANOBIK, F. 2012. *Multikultúrnosť a sociálna politika*. VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava 2012. 254 s. ISBN 978-80-8132-064-4

Kontaktná adresa autora:

Prof. PhDr. František Hanobik, PhD.,

Mičkova 36,

085 01 Bardejov,

Mail: hanobikf@stonline.sk

Telefón: 00421911857161

KONTROLNÉ ZISTENIA V RÁMCI REVÍZIÍ ADOS Z POHLĀDU ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

KATARÍNA KAČALOVÁ

Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s., generálne riaditeľstvo, Bratislava

Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, SZU, Bratislava

Súhrn

Činnosť revíznej sestry sa pri priamej kontrole Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „ADOS“) zameriava na kontrolu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, kontrolu vedenia dokumentácie, kontrolu personálneho a materiálno-technického zabezpečenia. Najčastejšie negatívne kontrolné zistenia sa týkajú vedenia ošetrovateľskej dokumentácie. V súvislosti s týmito zisteniami bol v rokoch 2012-2014 realizovaný výskum, ktorý obsahovo analyzoval dokumentáciu ADOS na Slovensku. Činnosť revíznej sestry a kontroly realizované po ukončení výskumu priniesli aj pozitívne výsledky. Preto je tento príspevok v prvej časti orientovaný empiricky, v druhej časti prezentuje praktické skúsenosti revíznej sestry v súčasnosti a v tretej časti poskytuje štatistické údaje a teoretické usmernenie. Empirická časť prezentuje výsledky analýzy 139 dokumentácií ADOS. Zistili sa nedostatky v dôslednosti zaznamenávania, v diagnostike a v jej prepojení na stanovenie ošetrovateľského plánu a realizácie ošetrovateľskej starostlivosti i v zaznamenávaní hodnotenia rán. Z výsledkov výskumu vyplýva nutnosť venovať väčšiu pozornosť vedeniu ošetrovateľskej dokumentácie pri zohľadnení všetkých faktorov, ktoré ho ovplyvňujú. Sú nimi legislatívne opatrenia, personálne obsadenie, materiálno-technické vybavenie, manažment ADOS i revízna činnosť (Kačalová, 2014). Okrem kontrolnej činnosti sa revízna sestra venuje aj metodologickej a poradensko-edukačnej činnosti. Štatistické údaje nám poskytujú informácie o zvyšovaní počtu ošetrovaných pacientov a súčasnom zvyšovaní nákladov na činnosť ADOS. Je preto potrebné aktívne sa venovať pretrvávajúcim problémom a spolupracovať pri ich riešení.

Kľúčové slová

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Výskum. Dokumentácia. Revízia. Legislatíva.

Summary

Activity of revision nurse in the process of control home nursing care agency focuses on the control of nursing care, documentation, personal and material and technical support. The most frequent adverse audit findings relate to the management of nursing documentation. In context

with these findings was in the years 2012-2014 realized research which analysed content of documentation in HNCA („Home nursing care agency“) in Slovakia. Activity of revision nurse and the results of audit currently yield more positive findings. This article is in the first part focused empirically, in the second part presents practical experience of revision nurse currently and in the third part provides statistical data and theoretical guidance. The empirical part presents the results of analysis of 139 documentations of HNCA. Deficiencies were found in field of consistency of recording, in making diagnosis and in connection to determine nursing plan and implementation of nursing care and the recording evaluation of wounds. On the basis of research results it is important to give greater attention of management of nursing documentation and taken into account all of the factors, which influence on it. These are the legislative p, personal staffing, material-technical equipment, management of the home nursing agency and revision activity. (Kačalová, 2014) Revision nurse do also the methodological, advisory and educational activities. Statistical data tells us about the increasing number of treated patients and a simultaneous increase operating costs of HCA. It is therefore necessary to push ahead actively the persistent problem and work together to solution them.

Keywords

Home nursing care agency. Documentation. Research. Revision. Legislation.

Úvod

V súvislosti so zdravotnou politikou, ktorej cieľom je znižovať dĺžku hospitalizácie a podporiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti v prostredí, ktoré je pre pacienta prirodzené, má činnosť ADOS vysoké opodstatnenie. Vedenie ošetrovateľskej dokumentácie v ADOS odráža kvalitu jej činnosti a zohráva dôležitú úlohu pri úhrade poskytnutej zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou. Legislatívne opatrenia regulujú činnosť ADOS i prácu revíznej sestry, ktorá sa pri kontrolách ADOS zameriava aj na dokumentáciu. Výskumným cieľom bolo zistiť, či sa vedenie dokumentácie v ADOS riadi aktuálne platnou legislatívou. Sledovaná bola dôslednosť v zaznamenávaní ošetrovateľskej starostlivosti v jednotlivých krokoch ošetrovateľského procesu i prítomnosť a obsah doplňujúcich formulárov v dokumentácii. Negatívne výsledky výskumu prinášajú revíznej sestře informácie o problémoch, ktoré rieši v rámci svojej metodologickej, poradenskej a edukačnej činnosti. Úspešnosť ich riešenia má možnosť sledovať za pomoci štatistických analýz, ale aj z výsledkov opakovanej revíznej činnosti. V záujme zvyšovania kvality poskytovanej

ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku je nevyhnutná spolupráca revízných sestier a sestier ADOS pri identifikácii i následnom odstránení pretrvávajúcich problémov.

1. Výskumná časť príspevku

Cieľom výskumnej časti práce bolo zistiť závislosť vedenia ošetrovateľskej dokumentácie od aktuálne platnej legislatívy. Tiež zhodnotiť zaznamenávanie jednotlivých krokov ošetrovateľského procesu do dokumentácie, rozsah i dôslednosť záznamov. Analyzovať vybranú ošetrovateľskú dokumentáciu s identifikovaním prvkov štruktúry, procesu a výsledkov. Sledovaná bola i prítomnosť špecifických formulárov, týkajúcich sa ošetrenia rán a dekubitov v dokumentácii a ich obsah.

Súbor, metodika výskumnej časti príspevku

Analyzovaná bola dokumentácia náhodne vybraných 139 poistencov všeobecnej zdravotnej poisťovne (ďalej len „VšZP“), ošetrovaných prostredníctvom 28 ADOS, u ktorých bola od roku 2012 do roku 2014 realizovaná priama kontrola revíznymi pracovníkmi. Išlo o dokumentáciu poistencov, ktorým sa poskytovala starostlivosť dlhšie ako 1 mesiac a neboli to izolované výkony (napr. odbery biologického materiálu). Z hodnotenia bola vylúčená dokumentácia, ktorá bola vedená výlučne fyzioterapeutmi a dokumentácia s nedostatočnými údajmi ku analýze. Obsahová analýza ošetrovateľskej dokumentácie sa riadila §18 - §25 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, Odborným usmernením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „OU MZ SR“) o vedení zdravotnej dokumentácie, ošetrovateľským štandardom č. 2 Štruktúra a vedenie ošetrovateľskej dokumentácie, stanoveným aktuálnym OU MZ SR pre tvorbu, implementáciu a hodnotenie štandardov, Vyhláškou MZ SR č.364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe, Výnosom MZ SR o minimálnych požiadavkách na personálne a materiálno-technické zabezpečenie zdravotníckych zariadení a zmluvou so zdravotnou poisťovňou. Bolo stanovených 29 hodnotiacich položiek, ktoré boli rozdelené podľa kritérií štruktúry, procesu a výsledkov. Analýza dokumentácie sa realizovala 3 spôsobmi: pomocou 5 stupňovej hodnotiacej škály, jednoznačným výberom odpovede na otázku: áno, nie a hodnotením špecifických súčastí dokumentácie (Kačalová, 2014).

Výsledky výskumnej časti príspevku

Úlohou prvej hypotézy bolo zistenie prítomnosti povinných formulárov v dokumentácii (kritérium štruktúry) a zhodnosť ich používania v jednotlivých ADOS. Na testovanie každej ADOS jednotlivo bol použitý Chi kvadrát test v kontingenčných tabuľkách, na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Výsledky hodnotenia, ktorého cieľom bolo zistiť, či sa daná ADOS riadi platnou legislatívou vzťahujúcou sa na prítomnosť povinných formulárov v ošetrovateľskej dokumentácii poukazujú na to, že v 46,4% (13) ADOS sa potvrdila štatistická zhoda odpovedí, v 39,3% (11) ADOS bola zamietnutá a v 14,3% (4) ADOS nebola potvrdená ani zamietnutá. Následne boli vyhodnotené odpovede na jednotlivé položky Š1 až Š5 spoločne vo všetkých ADOS. Najviac odpovedí Áno sa týkalo tlačiva Návrhu na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „Návrh“), ktorý sa nachádzal vo všetkých sledovaných dokumentáciách. Naopak, najväčšie problémy sestram robilo zaznamenávanie ošetrovateľskej starostlivosti do aktuálneho formuláru dekurzu.

Tabuľka č.1 Vyhodnotenie používania legislatívne stanovených formulárov pre ADOS

A2	Kritérium	Hodnotenie			
		Áno		Nie	
		n	f	n	f
Š1	13. Nachádza sa v dokumentácii Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti ?	139	100 %	0	0 %
Š2	14. Obsahuje dokumentácia Dohodu o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti ?	131	94,2 %	8	5,8 %
Š3	15 Nachádza sa v dokumentácii záznam o informovanom súhlase pacienta ?	96	69,1 %	43	30,9 %
Š4	16. Zaznamenáva sestra vstupnú anamnézu do aktuálne platného Záznamu vstupného posúdenia pacienta/pacientky?	114	82,0 %	25	18,0 %
Š5	17. Zapisuje sestra realizovanú ošetrovateľskú starostlivosť do formuláru dekurzu, ktorý je stanovený aktuálnym Odborným usmernením MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie?	80	57,5 %	59	42,5 %

Uloženie dokumentácie v ADOS je tiež legislatívne stanovené a dôležité je aj jej prehľadné vedenie, preto bolo hodnotené ako jedno z kritérií výsledku. Použila sa 5 stupňová škála hodnotenia, pričom bolo nevyhnutné zadefinovať presné pravidlá hodnotenia.

Tabuľka č.2 Pravidlá hodnotenia prehľadnosti ošetrovateľskej dokumentácii

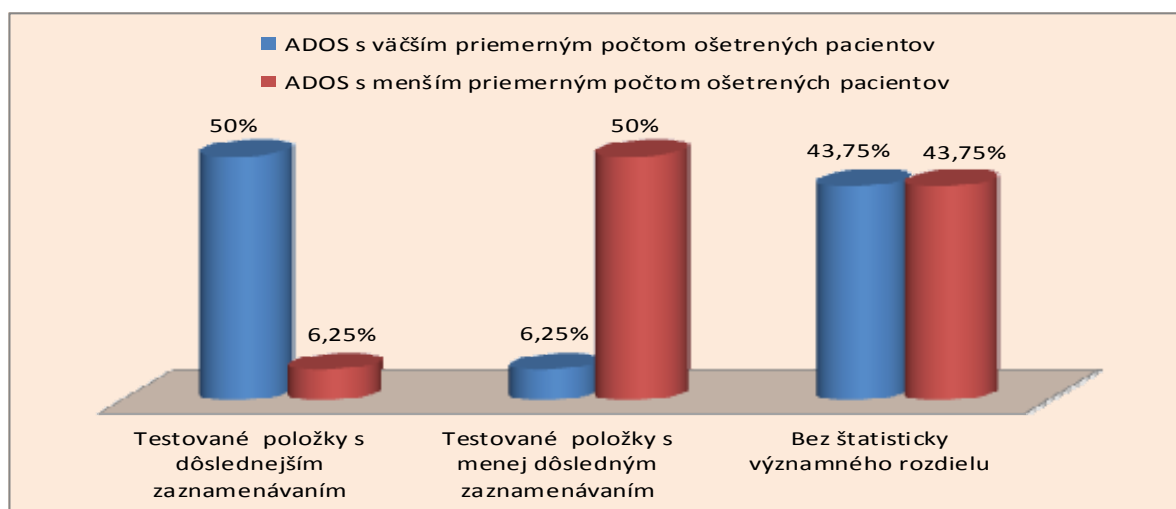
	10. Je ošetrovateľská dokumentácia vedená prehľadne s možnosťou rýchleho zorientovania pri vyhľadávaní potrebných informácií?	Pravidlá hodnotenia				
		1 (nesúhlasí)	2 (skôr súhlasí)	3 (čiastočne súhlasí)	4 (skôr súhlasí)	5 (plne súhlasí)
V1		Dokumentácia nie je vedená na každého pac. osobitne. Neprehľadnosť, nemožnosť sa v nej orientovať.	Chýbajúce zápisy do dokumentácie. Chýbanie určitej časti dokumentácie.	Neprehľadné dopisovanie do dokumentácie v určitých dňoch, nejasné alebo neuvedené niektoré dátumy.	Menšie nedostatky. Číslovanie dekurzu. Rozdelenie plánovanej star. vo viac formulároch.	Dokumentácia je vedená prehľadne s možnosťou bezproblémového orientovania sa.
	Výsledky f (%)	5,70%	17,90%	8,60%	28,70%	38,80%
	Výsledky n (počet)	8	25	12	40	54

Vzhľadom k tomu, že niektoré ADOS zabezpečujú starostlivosť o výrazne väčší počet pacientov v porovnaní s inými (menšími) ADOS, druhou hypotézou sa sledovala závislosť dôslednosti vyplňania dokumentácie od priemerného počtu ošetrovaných pacientov. Dokumentácia bola rozdelená do dvoch skupín podľa toho, či za posledné 2 roky ošetrili priemerne menej ako 200 pacientov alebo viac ako 200 pacientov. Testovaných bolo 16 položiek (kritériá procesu). K štatistickému vyhodnoteniu boli použité Chi kvadrát test pre tabuľky. Pre položky P10, P12a, P13 bol využitý Fisherov test.

Výsledky poukazujú na to, že 50% testovaných položiek bolo dôslednejšie zaznamenávané v ADOS s väčším priemerným počtom ošetrovaných pacientov a 43,75% bolo štatisticky bez významného rozdielu. Len v jednej položke (P7), týkajúcej sa prítomnosti priebežného hodnotenia zdravotnej starostlivosti vyšiel opak. Z priradených odpovedí vyplýva, že ADOS s menším počtom priemerne ošetrovaných pacientov nevedú dokumentáciu dôslednejšie ako ADOS s väčším počtom priemerne ošetrovaných pacientov.

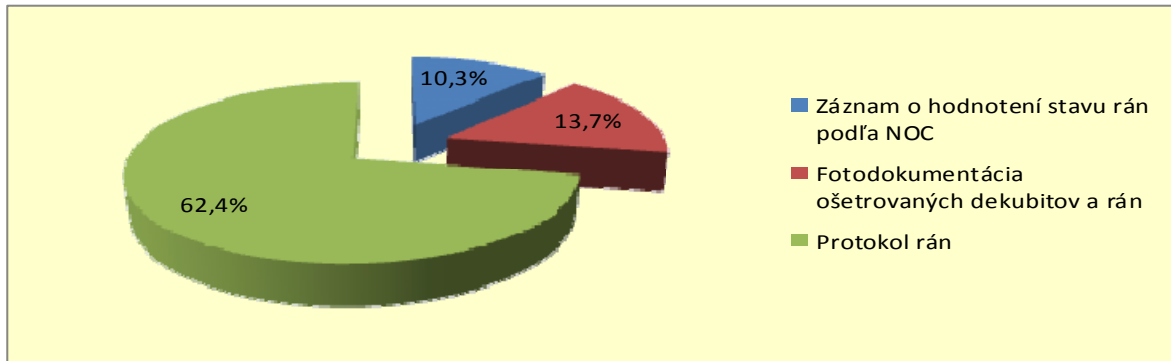
Tabuľka č.3: Kritériá procesu

P1	Je Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta vyplnený úplne a dôkladne ?
P2	Je plán ošetrovateľskej starostlivosti (v návrhu alebo osobitne) stanovený jednotlivo k sesterským diagnózam ?
P3	Obsahuje plán ošetrovateľskej starostlivosti všetky potrebné súčasti (cieľ, plánované intervencie sestry, časový prvok a frekvenciu)?
P4	Je realizovaná ošetrovateľská starostlivosť zaznamenávaná v dekurze podľa stanoveného plánu ošetrovateľskej starostlivosti ?
P5	Je zaznamenávanie do dekurzu jasné, zrozumiteľné, čitateľné ?
P6	Obsahuje záznam do dekurzu popis výkonu a vyhodnotenie?
P7	Nachádza sa v dokumentácii priebežné hodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti popisujúce vývoj zdravotného stavu pacienta, zmenu plánu ošetrovateľskej starostlivosti a konzultáciu s ošetrovateľským lekárom?
P8	Je každý formulár ošetrovateľskej dokumentácie označený identifikačnými údajmi PZS?
P9	Je každý formulár ošetrovateľskej dokumentácie označený identifikačnými údajmi pacienta - menom, priezviskom pacienta a jeho rodným číslom?
P10	Sú v dokumentácii stanovené sesterské diagnózy?
P11	Nachádza sa v dokumentácii osobitne zaznamenaný (mimo návrhu...) ošetrovateľský plán zhotovený na základe sesterských dg. stanovených pri prijímaní pacienta do ADOS ?
P12	Obsahuje záznam do dekurzu:
P12a	a) dátum`
P12b	b) čas;
P12c	c) podpis sestry/zdravotníckeho pracovníka, ktorý výkon zrealizoval ?
P13	Je podpis sestry čitateľný ?
P14	Nachádza sa pri podpise sestry odtlačok pečiatky s jej menom ?
P15	Sú nepovinné formuláre vyplňané dôkladne a v pravidelných časových intervaloch?
P16	Sú nepovinné formuláre ošetrovateľskej dokumentácie (protokoly rán, posudzovacie stupnice, tabuľky,) označené identifikačnými údajmi PZS, menom a priezviskom pacienta, jeho rodným číslom.

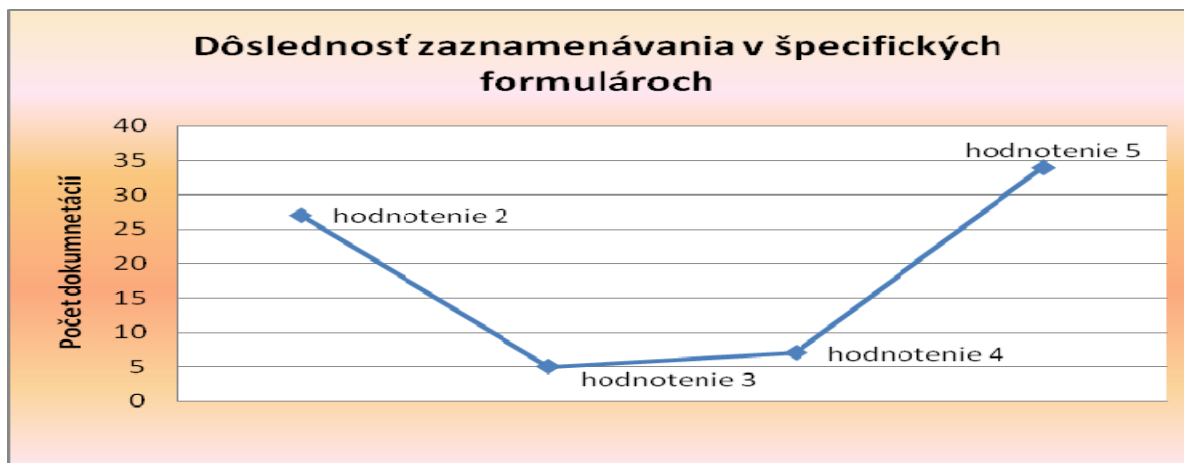


Graf č.1 Dôslednosť zaznamenávania údajov do dokumentácie

V rámci tretej hypotézy bola analyzovaná prítomnosť špecifických formulárov ošetrovania rán, pričom sa zistilo, že ADOS väčšinou vedú určitú formu špecifickej dokumentácie. Najčastejšou voľbou bol formulár Protokol ošetrovania rán a to v 62,4 % .



Graf č.2 Zastúpenosť špecifických formulárov hodnotenia rán a dekubitov v ADOS



Graf č. 3 Hodnotenie dôkladnosti zaznamenávania do špecifických formulárov

Hodnotenie dôslednosti zápisov prekvapivo poukázalo na vysoké počty v protikladných výsledkoch hodnotenia (Kačalová, 2014).

Diskusia, využitie výsledkov

Výsledky výskumu potvrdili závislosť vedenia ošetrovateľskej dokumentácie od platnej legislatívy. Napriek tomu sú forma i spôsob zaznamenávania starostlivosti v mnohých ADOS rôznorodé. Ošetrovateľská dokumentácia do istej miery odráža charakter danej ADOS i konkrétnej sestry. Je možné uvažovať o legislatívnych opatreniach, ktoré by presnejšie špecifikovali i ďalšie potrebné a v praxi používané súčasti dokumentácie. Tiež by bolo zaujímavé sledovať vývoj v zaznamenávaní do dokumentácie po kontrolách, či školeniach sestier (Kačalová, 2014).

Jedna zo štúdií realizovaná a zameraná aj na monitoring plnenia kritérií štruktúry ošetrovateľskej dokumentácie, bola realizovaná na lôžkových oddeleniach nemocnice. Kilíková vo výsledkoch monitoringu uvádza, že kritériá štruktúry štandardu boli splnené na 94,6%, splnenie procesuálneho štandardu bolo v rozsahu 83,8 % a splnenie výsledných kritérií autori zaznamenali na 70,3%. Auditori v jednom prípade zistili, že dokumentáciu viedla neregistrovaná sestra. Ďalšie nedostatky sa týkali chýbajúcich oblastí požadovaných údajov v dokumentácii, deficitného plánu ošetrovateľskej starostlivosti, nekompletnosti dokumentácie ošetrovateľského procesu, neobmedzenosť v prístupe k dokumentácii, ku ktorej mali prístup aj nekompetentné osoby (Kilíková, 2009, s. 232-238).

Uvedený monitoring nám umožňuje sledovať prvky odlišnosti i spätosti vedenia ošetrovateľskej dokumentácie v ústavnom zdravotníckom zariadení a v ADOS. Požiadavka komplexnosti vedenia dokumentácie je jednotná aj pre sestry ADOS. Registrácia sestier vykonávajúcich povolanie sestry je povinná podľa platnej legislatívy. Možnosť nahliadania do dokumentácie je zákonom stanovená a jednotná pre ústavnú aj ambulatnú zdravotnú starostlivosť, avšak podmienky ne jej zabezpečenie sú rozdielne. Na rozdiel od lôžkového oddelenia sa dokumentácia v ADOS nachádza vo väčšine prípadov v jeho centre, kde najčastejšie prichádzajú len zamestnanci príslušnej ADOS (Kačalová, 2014).

Systematickým prehľadom literatúry týkajúcej sa sledovania zaznamenávania ošetrovateľského procesu sa zaoberala aj švajčiarska štúdia. Skúmala presnosť, úplnosť a súdržnosť sesterských diagnóz, intervencií a výsledkov. Zistila nedostatky v diagnostickej presnosti a zaznamenávaní symptómov a etiológie. Napriek premenlivým výsledkom štúdia poukazuje na trend, pri ktorom diagnostika zlepšuje hodnotenie dokumentácie, kvalitu zaznamenaných intervencií a dosiahnutých výsledkov. Na základe výsledkov v štúdiu sa odporúča ďalšie vyhodnocovanie vzťahov medzi diagnózami, intervenciami a výsledkami ošetrovateľskej starostlivosti a tiež zabezpečenie opatrení vo vzdelávaní, ktoré smerujú ku zvýšeniu diagnostickej presnosti (Müller – Staub, 2007).

Každá ADOS denne zápasí s problémami z praxe. Vyplývajú z geografickej lokalizácie ADOS, rôzneho spektra ochorení pacientov i z charakteru činnosti samotnej ADOS. Vzájomná podpora, pomoc a výmena skúseností predchádza prehlbovaniu problémov i stavom vyhorenia sestier ADOS. Preto by bolo vhodné usporiadať pravidelné stretnutia zástupcov ADOS a zdravotnej poisťovne s cieľom analyzovať problémy a hľadať spoločné riešenia. Sestry ADOS často poukazujú aj na nepriaznivú situáciu v oblasti ich bezpečnosti

vyplývajúcej z charakteru ich práce. Túto situáciu by napomohlo riešiť medzirezortné konanie, pri ktorom by došlo k dohode MZ SR a Ministerstva vnútra Slovenskej republiky(ďalej len “MV SR“) o ochrane sestier pri výkone povolania (Kačalová, 2014).

2. Praktické skúsenosti revíznej sestry

Činnosť revíznej sestry v súčasnosti zaznamenáva aj množstvo pozitívnych zmien. Komunikácia so zástupcami ADOS je otvorenejšia, čo umožňuje podchytenie a riešenie problémov na začiatku. Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta /pacientky je pri kontrolách čoraz častejšie vyplnený úplne a bezchybne. Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti a Informovaný súhlas už chýbajú len výnimočne. Tiež ustupuje vykazovanie výkonov počas hospitalizácie a po úmrtí, vykazovanie fiktívnych pacientov a výkonov, či duplicitné vykazovanie výkonov.

3. Štatistické údaje a teoretické usmernenie

Analýzy VŠZP poukazujú na to, že počet pacientov ošetrovaných prostredníctvom ADOS i náklady z roka na rok stúpajú.

Rok	Príjem pacienta do ADOS -kód 3390 (počet všetkých výkonov)	Počet ošetrovaných pacientov (počet r. č.)	Celkové náklady v €
2004	10 174	19 190	3 244 740
2008	12 812	21 338	6 617 563
2010	15 311	26 265	8 682 161
2011	15 783	28 539	9 376 596
2012	15 817	30 663	10 435 859
2013	14 880	32 836	10 757 663
2014	14 813	33 891	11 387 167

Tab. č.3 Počet ošetrovaných pacientov ADOS a náklady VŠZP na ošetrovateľskú starostlivosť

Je preto nevyhnutné venovať dostatočnú pozornosť i pretrvávajúcim problémom ADOS, ktoré sa týkajú vystavenia Návrhu, zaznamenávania jednotlivých krokov ošetrovateľského procesu, stanovenia ošetrovateľského plánu k jednotlivým stanoveným sesterským diagnózam, dôslednosti v zapisovaní poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti, dôkladnosti vo vedení formulárov hodnotiacich hojenie dekubitov a rán. Správne vystavenie Návrhu, poskytovanie a vykazovanie ošetrovateľskej starostlivosti i vedenie dokumentácie v zmysle platnej legislatívy nielen uľahčuje prácu obom stranám (ADOS aj poisťovni), ale vedie i ku zvyšovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti a zároveň zvyšuje aj jej prínos pre pacienta.

Záver

Výskum poskytol komplexnejšie vnímanie problematiky vedenia ošetrovateľskej dokumentácie i ďalších problémov súvisiacich s činnosťou ADOS. Objektívne hodnotenie, konkretizovanie chýb a omylov, vzájomná podpora a podpora a pomoc pri riešení problémov môžu viesť ku zvyšovaniu kvality ošetrovateľskej starostlivosti, zefektívneniu vynakladania verejných zdrojov a v neposlednom rade i k spokojnosti samotných klientov.

Zoznam bibliografických odkazov

KAČALOVÁ, K. 2014: *Činnosť revíznej sestry v procese kontroly dokumentácie ADOS na Slovensku* : rigorózna práca. Bratislava: FO a ZOŠ, SZU, 2014. 128 s.

KILÍKOVÁ, M. 2009. Kvalita vedenia ošetrovateľskej dokumentácie v praxi. In *Kontakt*. ISSN 1212-4117, 2009, roč. XI, č.1, 270 s.

MÜLLER-STAU, M. et al. 2007. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. In *JAN - Journal of Advanced Nursing* [online]. 2007, vol. č.56, č. 5 [cit. 2014-29-04]. Dostupné na internete: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x/abstract>. ISSN 1365-2648.

ODBORNÉ USMERNENIE MZ SR č. 16138-2/2004-OO pre tvorbu implementáciu a hodnotenie štandardov v ošetrovateľstve a pôrodnej asistencii. In *Vestník MZ SR*. 2004, roč.52, osobitné vydanie.

ODBORNÉ USMERNENIE MZ SR č. 07594/2009-OZS o vedení zdravotnej dokumentácie. In *Vestník MZ SR*. 2009, roč.57, čiastka 42-48.

POČET OŠETRENÝCH PACIENTOV ADOS A NÁKLADY VŠZP NA OŠETROVATELSKÚ STAROSTLIVOSŤ. In *Analýza VŠZP. 2014*

VYHLÁŠKA MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.

VÝNOS MZ SR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. In *Vestník MZ SR*. 2008, roč.56, čiastka 32-51.

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

Kontaktná adresa autorky:

PhDr. Katarína Kačalová

VŠZP, a.s., generálne riaditeľstvo

Mamateyova 17

850 05 Bratislava

FOaZOŠ, SZU, Bratislava

Mail: katarina.kacalova@vszp.sk

PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ V DOMACOM PROSTREDÍ

JOLANA KUBICOVÁ

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti Charitas Námestovo, Spišská katolícka charita.

Súhrn

Otázka dôstojného umierania bola aktuálna rovnako v minulosti ako aj dnes. Mnoho terminálne chorých ešte aj dnes zomiera veľa opustených, hoci majú pri sebe svojich blízkych alebo zdravotníckych pracovníkov. Celé storočia umierali ľudia doma, v kruhu svojej rodiny. Pri umieraní doma pomáha známe prostredie a prítomnosť blízkych odstraňovať strach a pocit osamelosti, ktorý má väčšina zomierajúcich. V ľuďoch však chýba pocit zodpovednosti za doopatrovanie svojich blízkych a ak aj majú vôľu k tomu, ťažko môžu doma vlastnými silami a schopnosťami zabezpečiť dôslednú kontrolu symptómov, napríklad podávanie opiátov v pravidelných intervaloch, podávanie kyslíka, či odbornú a kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť počas 24 hodín. Práve v takýchto prípadoch nastupuje domáca starostlivosť formou Mobilného hospicu (ďalej MH), ktorá výrazne pomáha rodine zvládnuť starostlivosť o príbuzného. Mnohé MH zabezpečujú zapožičiavame pomôcok ako sú: polohovacie postele, antidekubitové pomôcky, zdvíhacie zariadenia a iné potrebné pomôcky, používané pri ošetrovaní ťažko chorého, umierajúceho člena rodiny, čo vo veľkej miere uľahčuje celkovú ošetrovateľskú starostlivosť.

Kľúčové slová : Umierajúci. Ošetrovateľská starostlivosť. Domáca starostlivosť. Hospicová starostlivosť. Mobilný hospic. Terminálne štádium.

Summary

A question of dignified dying was just as actual in the past as it is nowadays. Even today many terminaly ill die forsaken, though they have their relatives or health personal near them. For centuries people have been dying at home, in their closest family circle. Familiar environment and company of the closest ones help to eliminate fear and feeling of loneliness, which most of the dying people have. However, people lack a feeling of responsibility for nursing their close ones, and if they have enough will to do so, it is difficult to secure consistent examination of symptoms by themselves, for example dosage of opiates in regular intervals, oxygen, or professional and quality attendant care 24 hours a day. These are the cases when the home care of Mobile Hospic (MH) takes place, which markedly helps the family to deal with the care of a relative. Plenty of MHs provide the loaning of aids such as:

adjustable beds, antecubital tools, lifting tools and other necessary aids used in the treatment of seriously ill or dying member of a family, what makes the whole attendant care a lot easier.

Key words: Dying. Attendant care. Home care. Hospic care. Mobile hospic. Terminal state.

Úvod

Domáca hospicová ošetrovateľská starostlivosť sa môže stať výrazným článkom v celkovej starostlivosti o jednotlivca v terminálnom štádiu ochorenia. Umožňuje pacientovi a jeho rodine aby ich príbuzný bol v posledných chvíľach svojho života v kruhu svojich najbližších. Sestra je zodpovedná za kvalitné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v podmienkach domáceho prostredia. Musí si uvedomiť, že tu je pod kontrolou rodiny a verejnosti. V tomto prostredí nadobúda jej vzťah ku pacientovi - klientovi úplne iný charakter v porovnaní s vzťahom v nemocnici. Je tu vlastne hosť, lebo prichádza ona za pacientom – klientom a nie on za ňou. Dostáva sa do rozličných nepredvídaných situácií, napriek tomu musí realizovať všetky ošetrovateľské aktivity na vysokej úrovni a postupy vrátane zdravotno – výchovného pôsobenia.. Každý pacient si vyžaduje iný, individuálny prístup, ktorý treba prispôbiť danej situácii. Zvládnuť všetky tieto úlohy kladie vysoké nároky na sebadisciplínu a sebaovládanie sestry.

Hospicová starostlivosť

Hospic v zmysle § 7 ods. 3 písm. c) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov je 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. Paliatívnu starostlivosť poskytovanú hospicmi označujeme ako hospicovú starostlivosť.

Hospicová starostlivosť vychádza z filozofie, že život a umieranie treba prijímať ako prirodzený jav, ako skutočnosť a nie ako abnormálny jav. V hospicoch sa smrť neodďaľuje, ani neurýchľuje. Poskytuje sa tu úľava od bolesti a iných zaťažujúcich príznakov. Rodine klienta zas pomáha zvládnuť situáciu a vyrovnáť sa so smútkom po jeho smrti. Hospic je určený pre terminálne chorého pacienta. Nesľubuje uzdravenie, ale rovnako neberie nadej. 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 (Svatošová, 2001, s. 24) .

Hospicová starostlivosť je poskytovaná formou ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Ambulantná zdravotná starostlivosť v odbore paliatívna medicína v podobe domácej starostlivosti (návštevná služba vykonávaná tzv. mobilným hospicom) je ideálnou formou starostlivosti o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich pacientov za podmienok, že ich zdravotný stav je stabilizovaný, symptómy ochorenia pod kontrolou, pacient má rodinné zázemie a domáca starostlivosť je dostupná v jeho okolí.

Domáca starostlivosť - odborníci tvrdia, že väčšina ľudí má túžbu opustiť tento svet vo svojom prirodzenom prostredí – teda doma. Zomierajúci je obklopený rodinou, blízkymi ľuďmi, ktorí mu poskytujú uspokojenie duchovných, psychologických a fyzických potrieb. Oddeľovať hospicovú a domácu starostlivosť by bolo veľmi nesprávne. V prípade, že pacient potrebuje medicínsku či ošetrovateľskú starostlivosť, nastupuje mobilná hospicová služba, v ktorej na základe ordinácií lekára sa sestra stará o úľavu v bolesti a vedľajších príznakoch ochorenia (Haškovcová, 2000, str.42).

Ambulantnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávajú:

1. Mobilné hospice ako návštevnú službu lekára, sestry a podľa potreby ďalších zdravotníckych pracovníkov zdravotníckeho zariadenia hospicu v domácom prostredí pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta.
2. Ambulancie paliatívnej medicíny, vrátane návštevných služieb lekára a sestry v domácom prostredí pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta.
3. Stacionárne paliatívnej medicíny poskytujú celodennú ambulantnú paliatívnu starostlivosť, ktorá je kratšia ako 24 hodín, ak pacient s nevyliciteľným ochorením a zomierajúci pacient vyžaduje denne ošetrovateľskú starostlivosť, ak rodina nevládze zabezpečiť sociálne zázemie 24 hodín denne, alebo ak rodina potrebuje ostať ekonomicky aktívna.

Ústavnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávajú:

1. Hospice ako samostatné zdravotnícke zariadenia určené na poskytovanie paliatívnej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove. Paliatívnu starostlivosť poskytovanú hospiciami označujeme ako hospicovú starostlivosť.
2. Oddelenia paliatívnej medicíny v nemocniciach a iných zdravotníckych zariadeniach. ako ich organizačná súčasť. Optimálny počet postelí je 10 až 20; odporúčajú sa jednoposteľové izby s príslušenstvom pre pacientov, pri ktorých je možnosť ubytovania blízkej osoby. Pobyt pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta na oddelení sa riadi jeho potrebami. Prijatie na oddelenie sa dohodori obvyklým spôsobom konzília medzi primármi jednotlivých oddelení, pričom dôraz sa kladie na neodkladnosť liečby bolesti a iných príznakov ochorenia alebo závažných psychosociálnych ťažkostí.
3. Jednotky paliatívnej medicíny, zriaďované pri geriatrických, iných zdravotníckych a sociálnych zariadeniach. Predstavujú samostatnú jednotku pozostávajúcu z 2 až 3 jednoposteľových izieb, určenú pre pacientov vyžadujúcich paliatívnu starostlivosť.

Vznik hospicov v ČR a SR

Začiatky hospicov v Čechách sa datujú od roku 1993, kedy lekárka Marie Svatošová založila občianske hnutie pre podporu domácej starostlivosti a hospicového hnutia s výstižným názvom Ecce homo. Je predsa podobnosť trpiacich pacientov s trpiacim Ježišom, nad ktorým povedal Pilát práve toto „Hľa, človek“?! Úlohou hnutia je presadzovať úctu k ľudskému životu od jeho počatia až do jeho prirodzenej smrti a podporovať rozvoj hospicového hnutia v ČR. Prvým úspechom Ecce homo bolo vybudovanie a otvorenie Hospicu Anežky České v Červeném Kostelci, ktorý bol otvorený v spolupráci s Diecéznou charitou v Hradci Králové. V apríli roku 1998 začal fungovať aj Hospic sv. Lazara v Plzni. Vznikol z iniciatívy Vojenského a nemocničného rádu sv. Lazara Jeruzalemského. V Brne bol 1.6. 1998 otvorený Hospic sv. Alžbety, jeho zriaďovateľom je Masarykov onkologický ústav. V máji 1998 bolo založené Združenie poskytovateľov hospicovej starostlivosti v ČR a jeho predsedkyňou sa stala Marie Šamánková. Tá hneď informovala verejnosť o cieľom tohto združenia a vyzvala k spolupráci všetkých, ktorí sa chceli prichiniť o zlepšenie podmienok umierajúcich. Začiatkom roku 1999 bol otvorený Dom liečby bolesti s hospicom sv. Jozefa v Rajhrade pri Brne. Tiež nie je tajomstvom, že vzniká tiež Hospic sv. Štefana a to vďaka občianskemu združeniu pre zakladanie a podporu hospicov v Litomericich (Haškovcová, 2000, str. 39 – 41).

Hospicové hnutie na Slovensku je naozaj len „v plienkach.“ Prvé zdravotnícke zariadenie, zamerané na paliatívnu starostlivosť na Slovensku vzniklo vo februári 1995 na oddelení paliatívnej starostlivosti Národného onkologického ústavu v Bratislave (19 lôžok). V októbri 2000 boli schválené stanovky Asociácie hospicovej starostlivosti Slovenska. Slovensko do roku 2002 bolo jedinou stredoeurópskou krajinou, kde neexistoval hospic a iba jediné paliatívne oddelenie. V auguste 2002 bol slávnostne otvorený mobilný hospic Plamienok, určený pre deti so závažnými chorobami. V súčasnosti existuje na Slovensku približne 10 hospicov. 1.7.2006 bola vytvorená Koncepcia paliatívnej starostlivosti.

Súčasný stav hospicov na Slovensku

Na Slovensku je v súčasnosti 11 “kamenných” hospicov, resp. hospicových oddelení, ktoré majú k 1.10.2012 uzatvorené zmluvy so zdravotnými poisťovňami (v abecednom poradí):

1. Arcidiecézna charita Košice, Hospic Matky Terezy, Bardejovská Nová Ves
2. Diecézna Charita Nitra - Hospic u Bernadety – dom pokoja a zmieru
3. DOM Božieho milosrdenstva, n.o., hospic, Banská Bystrica
4. Hospic Sv.Františka z Assisi,n.o., Palárikovo
5. Liečebňa sv. Františka, a.s., hospicové lôžka, Bratislava- Prievoz
6. PRO VITAE, o.z., Lučenec - hospic Hestia
7. Refugium n.o. - Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne
8. Spišská katolícka charita, Hospic sv. Alžbety, Ľubica
9. TOLERANCIA n.o. , hospic, Trstice
10. Univerzitná NsP Milosrdní bratia, hospicové lôžka, s.r.o , Bratislava - Staré mesto
11. Vysokošpecializovaný odborný ústav geriatrický sv. Lukáša, hospicové lôžka, Košice.

Okrem toho na Slovensku pôsobí približne 10 mobilných zazmluvnených hospicov.

Mnohé agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej ADOS) ošetrujú v teréne aj terminálne chorých pacientov, keďže vo väčšine regiónov mobilný hospic neexistuje. Viac hospicov je v projektovej príprave, vzhľadom na to, že získať finančné investície na stavbu a

na rozbehnutie prevádzky vôbec nie je jednoduché. Zopár pekných projektov už zaniklo, ako napríklad plánovaný hospic v Piešťanoch. Niektoré zariadenia boli budované ako hospice, ale žiaľ pre nedostatok finančných zdrojov na prevádzku zdravotníckeho zariadenia, tieto zariadenia otvorili ako sociálne zariadenia (hospic Ľubietová, Slovenské Nové Mesto a iné). Napriek tomu, že v legislatívnom rámci Slovenska neexistuje ucelená legislatíva upravujúca poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, tieto charakteristiky nachádzame v niektorých ťažiskových právnych normách, v ktorých ustanoveniach nachádzame i rôzne oblasti sociálno – zdravotných súvislostí, resp. prienikov oboch pomáhajúcich profesií. V rámci Slovenskej republiky existujú tri základné právne dokumenty zaoberajúce sa poskytovaním zdravotnej a sociálnej starostlivosti:

Zákon č. 576/2004 Z.z o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých. 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. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní .

Starostlivosť o pacientov v mobilnom hospici

Mobilný hospic je nový druh zdravotníckej starostlivosti, ktorá sa poskytuje v domácom prostredí pacienta, ktorý je nevyliciteľne chorý a zomierajúci. Zabezpečuje komplexnú starostlivosť, s cieľom zlepšiť kvalitu jeho života a jeho rodiny, zoči-voči život ohrozujúcemu ochoreniu. Úlohou tejto starostlivosti je zlepšiť kvalitu života pacienta až do smrti, poskytnúť pacientovi úľavu od bolesti a iných závažných symptómov ochorenia, poskytovať pomoc príbuzným a blízkym osobám pacienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a po jeho smrti v čase smútenia ‚neurýchľovať ani neodďaľovať smrť, integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta Podmienky poskytovania hospicovej starostlivosti: ukončenie diagnostiky a vyčerpanie možností príčinnej liečby ochorenia pacienta, túžba pacienta a jeho príbuzných byť v poslednom období života v domácom prostredí, zabezpečená prítomnosť blízkeho pri zomierajúcom. Mobilná hospicová starostlivosť zabezpečuje liečbu bolesti a symptómov, podporu psychosociálnych a duchovných problémov, pomáha rodine zvládnuť starostlivosť o zomierajúceho Mobilný hospic ako návštevna služba je ideálnom formou starostlivosti o chorých a zomierajúcich pacientov za podmienok , že ich zdravotný stav je stabilizovaný, symptómy ochorenia sú pod kontrolou, pacient má rodinné zázemie a domáca starostlivosť je dostupná.

Záver

Paliatívna starostlivosť nesie v sebe princípy, ktoré vyznávajú hodnotu ľudského života, jeho posvätnosť a ľudskú dôstojnosť. Postoj k umieraniu a smrti, ku kvalite života môže vychádzať z lásky k blížnemu, ktorá vychádza z ľudskej dôstojnosti. Paliatívna starostlivosť sa snaží zvýšiť kvalitu života počas posledných dní, ktoré zomierajúcemu človeku zostávajú. Právo človeka na dôstojné umieranie a smrť je základom etických princípov. Znalosť etických teórií, etického kódexu a hodnôt síce pomáhajúcim pracovníkom v situáciách, kedy sa majú etickým problémom či dilemám postaviť, no sama o sebe nestačí. Pomáhajúci pracovníci musia byť schopní uvádzať ich do svojej praxe a to ako na úrovni vlastnej práce so zomierajúcimi, tak i v zmysle implementácie etických postupov na úrovni organizácie. Etika v paliatívnej a hospicovej starostlivosti nadobúda zásadnú dôležitosť koordinovať etické postoje a vzájomné spolužitie podľa overených princípov spoločného dobra, solidarity a subsidiarity pre všetkých. Úroveň kvality poskytovania služieb zomierajúcim je kritériom morálnej vyspelosti každej krajiny.

Zoznam bibliografických odkazov

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie – Náuka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha : Galén, 2000, 39-41 s. ISBN 80-7262-034-7.

SVATOŠOVÁ, M. Hospic, umenie sprevádzať. Bratislava : Lúč, 2004, 24s. ISBN 80-7114-335-9.

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

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. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní .

VESTNÍK MZ SR 2006 Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti. Číslo: 17463/OZS. Dňa: 19. 6. 2006.

Kontaktná adresa autorky:

Mgr. Jolana Kubicová

ADOS Caritas

Ul. Cyrila a Metoda 318

029 01 Námestovo

Mail: jolana.kubicova@caritas.sk

KOMPLIKÁCIE INTESTINÁLNYCH STÓMIÍ

ANNA KÚDELOVÁ, ALEXANDRA KLAČOVÁ

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti Topoľčany

Súhrn

Cieľom práce je názorne dokumentovať neskoré komplikácie intestinálnych stómií a na základe vlastných skúseností poukázať na možnosti riešenia ako i na spôsoby prevencie týchto komplikácií v domácej ošetrovateľskej starostlivosti, kde sa uplatňuje úloha sestier agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS).

Kľúčové slová: intestinálne stómie – komplikácie – domáca ošetrovateľská starostlivosť

Summary

The aim of this work is to demonstrate late complications of intestinal stomas, on the basis of our own experience to show the possibilities of solving as well as the ways of preventing this complications in home care where the role of home care nurses is very important.

Key words: intestinal stoma – complications – home care

Materiál a metodika: Agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti bolo v rokoch 2005-2015 ošetrovaných 32 pacientov s intestinálnymi stómiami. U 24 pacientov sa jednalo o permanentné stómie z dôvodu eliminácie stolice po odstránení distálneho úseku hrubého čreva alebo konečníka v súvislosti s karcinómom kolorekta.

Výsledky: U 32 pacientov v starostlivosti ADOS SANAS sa vyskytli tieto medicínske komplikácie: macerácia kože v 75 % (24), kontaktná dermatitída v 12,5 % (4), krvácanie zo stómie v 25 % (8), sekundárne sa hojaca rana v mieste evakuácie parastomálneho abscesu 22 % (7), stenóza stómie v 18,8 % (6), prolaps stómie v 12,5 % (4), ileostomická hnačka v 9,36 % (3), parastomálna hernia v 6,25 % (2) .

Záver: Riešenie komplikácií intestinálnych stómií si vyžaduje skúsený zdravotnícky personál a tímovú spoluprácu chirurga, stomasestry a sestry ADOS. Keďže komplikácie sa doliečujú v domácom prostredí, je nevyhnutná súčinnosť sestier Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti s nemocničnými pracovníkmi.

Úvod

Súčasný počet stomických pacientov v Slovenskej republike je 4800. Počet kolostomických a ileostomických pacientov je približne 90 %, pričom kolostómii je 70 % a ileostómii 20% (Zabáková, 2015). Intestinálna stómia, ktorú po prvý krát už v roku 350 pred. n. l. vytvoril Praxogoros z ostrova KOS, je chirurgicky vytvorený otvor intestinálneho traktu na povrch tela za účelom nutricie, alebo derivácie stolice a v prípade ureterojejunostómie i moču (Prochotský, Lučan 2007). Indikáciou pre vytvorenie stómie na čreve sú najčastejšie vrodené poruchy tráviaceho traktu, úrazy, konzervatívne nezládnuteľné formy ulceróznej kolitídy a stenotizujúce nádory hrubého čreva. Najčastejšie vykonávanou stómiou je koncová, jednohlavňová (terminálna) stómia, kedy sa črevo preruší, následne sa pretiahne cez brušnú stenu a jeho koniec sa fixuje ku koži. Veľkosť otvoru v brušnej stene sa riadi princípom two to three fingers, čo je prevenciou obštrukcie cievneho zásobenia čreva. Koncová ileostómia by mala tesne po operácii prečnievať nad kožu 5 – 6 cm, čo je napokon po vyzretí stómie 2 – 3 cm. Terminálna kolostómia by nemala po operácii presahovať povrch kože viac ako 1-2 cm a po vyzretí by mala byť v niveu kože (Prochotský, 2007). Pri Hartmannovej operácii, kedy sa distálny kýpeť hrubého čreva ponecháva a slepo sa zašije, sa môže jednať i o dočasnú stómiu. Ak sa vykoná Milesova operácia, keď sa konečník a distálna časť čreva úplne vyoperuje a perineum sa zašije, je to vždy trvalá stómia. Dvojhlavňová stómia je vlastne exteriorizácia určitého úseku čreva. Je tvorená kľučkou čreva, ktorá je následne pretiahnutá brušnou stenou. Predná časť čreva sa otvorí a vzniknú dva otvory stómie (prívodný – proximálny a odvodný – distálny). Dvojhlavňová stómia môže vzniknúť aj vyvedením dvoch rôznych koncových častí čreva tesne vedľa seba tak, že na obe hlavy črevného vývodu je možné nalepiť jednu stomickú pomôcku. Dvojhlavňová ileostómia je najčastejšou protektívnou a dočasnou formou ileostómie. Niekedy sa u pacientov môžeme stretnúť i s tzv. kontinentnou stómiou, najčastejšie ileostómiou, ktorá spočíva vo vytvorení rezervoáru (pouchu), ktorý slúži na dočasné zadržiavanie riedkeho črevného obsahu predtým ako sa vyprázdni do stomického vrečka.

Materiál a metodika

V starostlivosti ADOS SANAS Topoľčany sú ošetrovaní ročne viac ako 3 pacienti s komplikáciami stómii. Celkovo bolo v rokoch 2005 – 2015 ošetrovaných 32 stomických pacientov. Z 32 pacientov bolo 8 ileostomických pacientov, zvyšok tvorili pacienti s vyvedenou paliatívnou kolostómiou. V práci sú popísané a názorne demonštrované niektoré komplikácie stómii i so spôsobmi ich riešenia a výskytu u pacientov v ADOS SANAS.

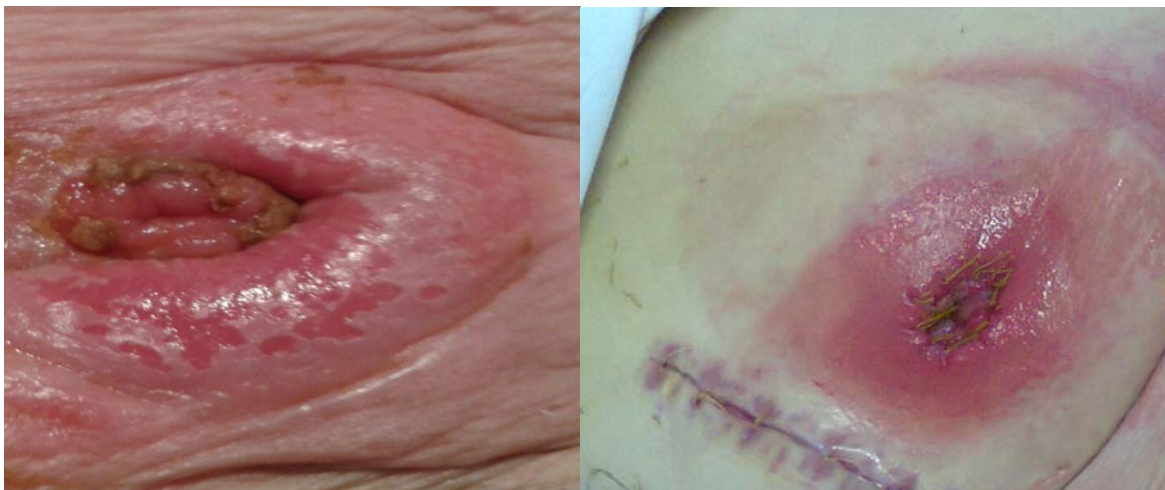
Výsledky

Najčastejšou komplikáciou v našom súbore boli peristomálne kožné komplikácie 87,5 % (28), krvácanie 25 % (8), prolaps stómie v 12,5% (4), ileostomická hnačka v 9,36 % (3), parastomálna hernia v 6,25 % (2), stenóza stómie v 6,25% (2), retrakcia stómie 6,25 % (2).

Medicínske problémy pacienta so stómiou vo vzťahu k vlastnej stómii, s ktorými sa stretli pri poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti:

1. Peristomálne kožné komplikácie

Peristomálne kožné komplikácie malo v našom súbore 28 pacientov (87,5 %). Jednalo sa o vydráždené, macerované plochy kože so silnou secernáciou, ktoré boli pokryté drobnými exkoriáciami a abráziami, až plytkými vredmi. Kraje stómií v súvislosti so zápalom boli asymetricky opuchnuté. Toto znemožňovalo dôkladnú adhéziu stomickej podložky s následným podtekaním črevného obsahu pod podložku. Preto boli nutné časté výmeny podložiek, niekedy aj v nočných hodinách, pričom pri týchto komplikáciách boli sestry ADOS akútne konzultované. Na ošetrovanie kožných komplikácií sme zvolili toaletu Betadine roztokom, následne sme aplikovali Genciánovú violet, plochu sme vysušili fénom, na nerovnosti sme aplikovali ochrannú pastu a stomickú doštičku a následne sme postupovali podľa štandardného postupu pri výmene stomického setu s presným vytvarovaním otvoru.



Obr.1: Peristomálna kožná komplikácia

2. Ileostomická hnačka

Táto komplikácia je závažná a vyžaduje si zvýšenú pozornosť sestry ADOS. Pacient má vysoké odpady cez stómiu, i cez tri litre, čo má za následok výraznú dehydratáciu, minerálový rozvrat, čo v konečnom dôsledku môže vyústiť do až do prerenálnej urémie. Príčina môže byť

rôzna, napr. recidíva Crohnovej choroby, gastroenteritída, bakteriálna dysmikróbia. Pacientov s príznakmi ileostomickej hnačky, ktorých sme mali troch (9,36 %), sme okamžite po jej rozpoznaní konzultovali s všeobecným lekárom a chirurgom a menežovali hospitalizáciu, pretože strata vody, minerálov a stopových prvkov bezprostredne ohrozovala život pacienta.

3. *Sekundárne sa hojaca rana v mieste vypustenia parastomálneho abscesu*

Táto komplikácia sa vyskytuje pri nedodržovaní určitých pravidiel. Parastomálny absces vzniká napr. keď zlyhá prevencia znečistenia rany stolicou v mieste otvoru prednej brušnej steny alebo ako následok neodborného ošetrovania stómie (Prochotský, 2006). My sme sa s touto komplikáciou stretli u 7 pacientov. 4 pacienti boli pred príjmom do starostlivosti ADOS reoperovaní a v mieste stehov in situ, pravdepodobne zanesením stolice na operačnú ranu a následnej infekcie, vznikol absces. U 3 pacientov bol parastomálny absces spôsobený zvyškami cudzorodého materiálu – stehov. Riešením bola incízia a drenáž abscesového ložiska chirurgom, s následnými výplachmi roztokom Betadin a vloženie štvorca vlhčeného roztokom Betadine sestrami ADOS podľa ordinácie chirurga. Po zvládnutí akútnej infekcie sme sekundárne hojace sa rany vyplachovali Aquitox roztokom a do kavity vkladali alginátové krytie so striebrom. Na stómiu sme do zhojenia rany lepili jednodielny systém.



Obr 2: Rana v mieste parastomálneho abscesu

4. *Krvácanie zo sliznice stómie*

Táto komplikácia sa vyskytuje z dôvodu traumy, recidívy základného ochorenia (polyp, karcinóm, zápalové ochorenie čreva) a z dôvodu parastomálnych varixov pri porálnej hypertenzii. Pri profúznom alebo masívnom krvácaní je nevyhnutné pacienta okamžite odoslať na chirurgické oddelenie. Najčastejšie sa sestra ADOS stretáva s krvácaním pri

traume čreva a to hlavne u pacienta s prolapsom stómie. Črevo je mechanicky poškodené a mechanické poškodenie sprevádza drobné kapilárne krvácanie. V období 2005 až 2015 sa v súbore ADOS SANAS vyskytlo krvácanie zo sliznice stómie u 8 pacientov (25 %). Krvácanie takéhoto charakteru sme zastavovali kompresiou sterilným gázovým štvorcom, priložením horúcich gázových štvorcov, fibrínovou penou alebo Gelasponom. Krvácanie sa pri takomto spôsobe ošetrovania vždy zastavilo.

5. *Parastomálna hernia*

Parastomálna hernia je komplikáciou stómie, ktorá sa vyskytuje u 20 – 50% stómii (Prochotský, 2007). Hernia vznikne oslabením brušnej steny, kedy dôjde k čiastočnému alebo úplnému uvoľneniu fascie od črevnej kľučky. Následne sa časť čreva vsunie medzi vyvedené črevo a otvor v brušnej stene, pričom zostáva pod kožou. Ak je hernia asymptomatická, nevyžaduje chirurgickú liečbu a postačí špeciálny brušný pás pre stomikov, ktorý môže byť sériový, alebo sa šije individuálne. Pri symptómoch intermitentnej črevnej obštrukcie, masívnom prolapse, alebo ak hernia zhoršuje podmienky ošetrovania, je indikovaná chirurgická liečba. Z našich skúseností u 2 pacientov s parastomálnou herniou (6,25 %) bolo ošetrovanie stómie veľmi problematické. Bol problém nalepiť stomické vrečko, stomická podložka podtekala a vznikali kožné komplikácie. U jedného z pacientov bola parastomálna hernia následne operovaná.

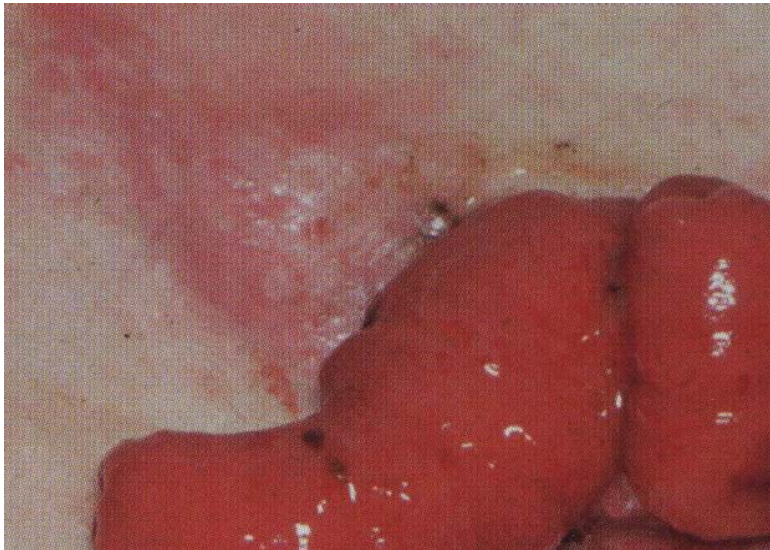


Obr.3 : Parastomálna hernia

6. *Prolaps stómie*

Najčastejšou príčinou prolapsu stómie sú príliš veľký otvor v brušnej stene, nedostatočná fixácia k štruktúram prednej brušnej steny, alebo nadmerná peristaltika. Okrem toho, že je chronický prolaps stómie nevzhľadný, vedie k iritácii kože v blízkosti stómie, krvácaniu a

možnej nekróze, a výrazne zhoršuje ošetrovanie stómie. V našom súbore sa prolaps čreva cez stómiu vyskytol u 4 pacientov (v 12,5 %). Priemer stómie sme merali v stoji, otvor v pomôcke musí byť dostatočne veľký, asi 5 mm väčší ako je priemer čreva, aby nedošlo k zaškrteniu ústia stómie. Črevo sa šetrne osprchovalo, okolie stómie sa následne ochránilo ochrannými prostriedkami a stomická pomôcka sa nalepila u ležiaceho pacienta, kedy sa črevo čiastočne reponovalo. Pacienti boli konzultovaní a riešení chirurgom.

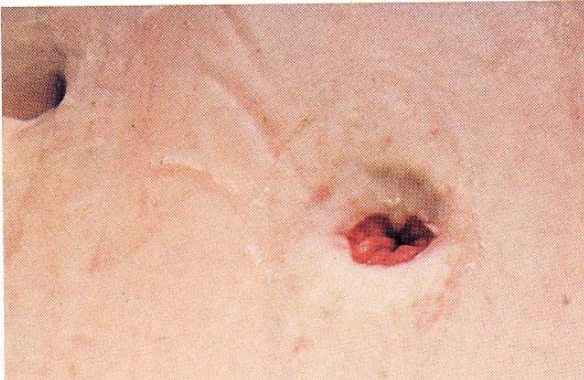


Obr.4: Prolaps stómie

7. *Retrakcia stómie*

Vpadnutie stómie pod úroveň kože a niekedy i pod úroveň peritonea je nepríjemnou komplikáciou, ktorá vzniká buď v dôsledku chyby chirurga, alebo v dôsledku nedostatočnej ošetrovateľskej starostlivosti a nesprávnej manipulácii s pomôckami na ošetrovanie stómie, kedy dochádza k rozvoju akútneho zápalu v okolí stómie. Oneskorená chirurgická revízia retrakcie stómie, rovnako i jej nekrózy, môže vyústiť do ťažkej flegmóny až gangrény brušnej steny a k priamemu ohrozeniu života pacienta. Platí to dvojnásobne u imunokompromitovaných pacientov, kde môžeme radiť i onkologických pacientov, diabetikov, malnutričných ale i obéznych pacientov. V našom súbore pacientov sme retrakciu stómie pozorovali u 2 pacientov (6,25 %). Boli odoslaní na chirurgické riešenie. Jeden z nich bol operovaný, stomia bola nanovo rekonštruovaná. U druhého pacienta nebola retrakcia stómie takého stupňa, aby vyžadovala operáciu. U pacienta s miernou retrakciou sme nerovnosti stómie vyplnili ochrannou a adhezívnou pastou, prípadne sme použili tesniaci

krúžok, ktorý sa dá veľmi presne vyformovať prstami a použili konvexnú podložku, ktorá vytvára stály tlak na brušnú stenu a a tak vytláča vpadnutú stómiu.



Obr.5: Retrakcia stómie

8. Stenóza (zúženie) stómie

Tento stav je charakterizovaný rozdielnym priemerom čreva a otvorom v stene brušnej. Otvor sa môže zúžiť až do tej miery, že začne brániť odchodu stolice, pričom hrozí komplikácia v podobe vzniku ileózneho stavu. Je nevyhnutné pacienta edukovať o dostatočnej hydratácii a diétnych obmedzeniach u ileostómie a kolostómie . Často sa však sestry ADOS stretávajú s tým, že pacienti nevedia, čo môžu a čo nemôžu jesť a otázka ohľadom stravovania je jednou z prvých otázok stomického pacienta. V našom súbore sme sa so zúžením stómie stretli u 2 pacientov (6,25 %), obom sme stómiu dilatovali manuálne a nebolo potrebné ich riešiť operačne. Pri výkone sme na začiatku spolupracovali so stomasestrou, ktorá nás edukovala, ako máme postupovať pri dilatácii stómie. Dôležitá je pravidelnosť- dva krát denne 10 minút, ak stenóza reaguje priaznivo a ústie stómie sa rozšíri na jeden prst, tak sa frekvencia znižuje na 1x denne. Na vyústenie sa naniesie Mesocain gel, zavedie sa špička prsta- po zavedení prsta alebo dilatátora dochádza k reflexnému stiahnutiu čreva- počká sa na uvoľnenie reflexného stiahnutia čreva, následne sa prst zavedie hlbšie a začne sa opatrne krúžiť. Po 10 minútach sa nasadí stomický set.



Obr.6: Stenóza stómie

Diskusia

U pacienta, ktorý má založenú stómiu, sa automaticky stretávame so štyrmi okruhmi problémov: 1. medicínskymi, 2. psychickými, 3. sociálnymi a 4. ekonomickými. V prípade elektívnej operácie s nevyhnutnosťou založenia trvalej stómie v súvislosti s kolorektálnym karcinómom je zhrozenie pacienta zo stómie znásobené strachom o život a obavami, ako sa budú vedieť postarať o seba a o stómiu. Počet stomikov, ktorí sú schopní sami alebo s pomocou rodiny sa starať o stómiu je 65% (Zabáková, 2015). Kolorektálny karcinóm s incidenciou 58/100 000 obyvateľov predstavuje najčastejšie nádorové ochorenie tráviaceho traktu a celkovo druhé (u mužov) a resp. tretie (u žien) najčastejšie nádorové ochorenie v Slovenskej republike (Mlkvý, 2008). Práve medicínske problémy a terminálny stav nádorového ochorenia sú najčastejšími dôvodmi, pre ktoré sú pacienti so stómiou pri kolorektálnom karcinóme indikovaní do starostlivosti ADOS. Častejšie sa vyskytujú komplikácie ileostómii a urostómii v rozsahu 10 – 55 %. Uvádza sa, že až 30 % – 50 % ľudí so stómiou má skoré a neskoré komplikácie, predovšetkým sa jedná o podtekanie stómickej pomôcky (Bosio, 2007, Rolstad, 2004) a s tým súvisiace podráždenie až maceráciu peristomálnej kože, parastomálnu herniu, vpadnutú/retrahovanú stómiu a tiež o často sa vyskytujúcu netesnosť stomického systému. Tieto komplikácie skracujú dĺžku aplikácie stomickej pomôcky, a tým limitujú až znemožňujú adaptabilitu človeka. Asi 34 % stomikov má peristomálne kožné komplikácie do 3 týždňov po operácii, približne 47 % stomikov má kožné komplikácie do 2 mesiacov (Ratliff, 2010) a 52% do 1 roku (Bosio, 2007). V našom súbore pacientov malo kožné problémy súvisiace so stómiou až 87,5 % pacientov.

Závažnou komplikáciou stómie je jej prolaps. Liečba malého prolapsu kolostómie spočíva v jeho repozícii a odstránení jeho spoluvyvolávajúcej príčiny, ktorou je obstipácia. Ak sa prolaps opakuje a zväčšuje aj napriek odstráneniu obstipácie, je indikovaný na chirurgickú liečbu. Ak sa jedná o prolaps ileostómie, repozícia je komplikovaná a často nemožná, nakoľko hrozí ischémia prolabovanej klučky ilea, indikovaná je chirurgická liečba. Zvláštnu situáciu predstavuje tkz. akútny prolaps stómie, ktorý je nutné do 6 hodín manuálne reponovať, lebo inak hrozí nekróza i obštrukcia čreva (Prochotský, 2007).

Závažnou komplikáciou, ktorú sme my v našom súbore nepozorovali, je črevná fistulácia v blízkosti stómie. Vzniká pri prerezaní sa hlbokých fixačných stehov cez celú stenu čreva a podtekání menšieho množstva črevného obsahu mimo lumen čreva. Výnimočne sa táto komplikácia zahojí konzervatívnou liečbou preplachovaním Betadinom, častejšie ju treba riešiť chirurgicky.



Obr. č.7 : Parastomálna fistula

Záver

Komplikácie, ktoré u pacienta so stómiou vznikajú, sa vyvíjajú v závislosti od toho, ako včasne ich ošetrujúci personál zaregistruje a ako na ne zareaguje. Sestry ADOS sa stretávajú s komplikáciami stómií a preto je potrebné, aby rozpoznali príznaky komplikácií a vedeli správne zareagovať, prípadne v rámci svojich kompetencií riešiť. Problémom je aj situácia, že v platnom Katalógu zdravotných výkonov č. 277/2004 výkon *Ošetrovanie stómií* chýba a je tam len výkon *Výmena stomického setu s následnou toaletou pri stómiách*. Na toto by sa malo v budúcom Katalógu výkonov myslieť.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BOSIO G.- PISANI F.- LUCIBELLO L. 2007 *Proposal for Classifying Peristomal Skin Disorders: Results of a Multicenter Observational Study*. *Ostomy Wound Manage.* 53(9): 38-43.
2. MLKVÝ P. 2008. *Endoskopická liečba včasných neoplázií konečníka a hrubého čreva* In: *Gastrointestinálna onkológia*. 1. vyd. Bratislava: INFOMA Business Trading, 2008. 277 s. ISBN 978-80-89087-35-8.
3. PROCHOTSKÝ A.- LÚČAN J. 2007. *Stómie* In: *Princípy chirurgie*. 1. vyd. Bratislava: SAP, 2007. 923 s. ISBN 80-89104-94-0.
4. PROCHOTSKÝ A. 2006. *Karcinóm hrubého čreva a konečníka*. 1. vyd. Bratislava: Litera medica, 2006. 652 s. ISBN 80-967189-4-0.
5. RATIFF C.R. 2010. *Early Peristomal Skin Complications Reported by WOC Nurses*. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010. 37(5). 505-510.
6. ROLSTAD B. S.- ERWIN - TOTH P. 2004. *Peristomal skin complications: prevention and management* [Peristomální kožní komplikace: prevence a řízení]. *Ostomy Wound Manage.* 2004. 50(9).68–77.
7. ZABÁKOVÁ B. 2015. *Medicínsko - ekonomický rozbor zdravotníckej pomôcky* <https://kategorizacia.mzsr.sk/Pomocky/Download/> [cit.2015.09.05]

Kontaktná adresa autoriek:

PhDr. Anna Kúdelová, PhD., Alexandra Klačová
ADOS SANAS Topoľčany,
Obchodná 2
955 01 Topoľčany
Mail: SANAS@mail.t-com.sk

INFORMAČNÉ TECHNOLOGIE V KOMUNITNEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

LUBOSLAVA PAVELOVÁ, ĽUBICA POLEDNÍKOVÁ, ALICA SLAMKOVÁ

Katedra Ošetrovateľstva Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre

Súhrn

V súčasnom období sa deň čo deň skloňuje pojem informatizácia a informačné technológie. Aj v minulosti plnili dôležitú úlohu v zdravotníctve, v súčasnosti sú prijímané nielen ako prostriedok na jednoduchšiu realizáciu úloh, ale aj ako spôsob byť konkurencieschopný na trhu. Medzi informačné, komunikačné technológie (ďalej IKT) a zdroje patria najmä počítače, počítačové siete a Internet. Podľa zverejnených informácií Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v rokoch 2007-2010 mala na Slovensku prebehnúť celoplošná informatizácia zdravotníctva - tzv. e - Health, ktorá by mala skvalitniť a zefektívniť zdravotnú starostlivosť. Informatizácia zdravotníctva sa však uskutočňuje v relatívne pomalom, obmedzenom rozmere. Dôvodom je nedostatok financií a ochoty prijať zmenu zo strany zdravotníckych pracovníkov.

Kľúčové slová

Komunita. Ošetrovateľská starostlivosť. Informačné technológie. Teleošetrovateľstvo.

Summary

At the moment the every day inflected concept of informatization and information technologies. Also in the past, fulfilled an important role in the health, is currently being taken not only as a means to implement a simpler task, but as a process to be competitive on the market. The type of information communication technologies (ICTs) and resources mainly include computers, computer networks and the Internet. According to information released by the Ministry of Health of the Slovak Republic in the years 2007-2010 in Slovakia should take place nationwide computerization of health - so-called. e - Health that should improve and streamline healthcare. Informatization of Health is being implemented in a relatively slow, small scale. The reason is the lack of finances and readiness to accept change on the part of health professionals.

Key words

Community. Nursing care. Information technology. Telenursing.

Úvod

Teleošetrovateľstvo sa odvoláva na využívanie telekomunikačných technológií v ošetrovateľstve za účelom zlepšiť starostlivosť o pacientov prenosom hlasu, dát, videa. Definuje sa tiež ako komunikácia na diaľku medzi ľuďmi elektrickým alebo optickým prenosom. Podpora a výchova k zdraviu, poskytnutie služieb v oblasti primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie sú rovnako rozvíjajúce sa ako ošetrovateľská diagnóza, liečba a vzdelávanie prostredníctvom moderných technológií (Nursing Matters, 2002).

Podmienkou pre poskytovanie teleošetrovateľstva je, že systém musí byť dostupný, bezpečný a poskytnutá starostlivosť musí byť kvalitná. Nepriamy kontakt (bez fyzického stretnutia) sestra – pacient môže mať vplyv na vytvorenie vhodného a dobrého terapeutického vzťahu. To si vyžaduje od sestry nielen posilnenie komunikačných zručností, ale tiež technických zručností, podporu a rozvoj kompetencií.

Ošetrovateľstvo na diaľku v komunitnej starostlivosti

Aplikácie teleošetrovateľstva sú vyhovujúce pre poskytovanie najmä domácej ošetrovateľskej starostlivosti, preto sú aj v súčasnosti najrýchlejšie sa rozvíjajúce aplikácie v tejto oblasti. V zariadeniach sociálnych služieb a ošetrovateľských domoch je umožnený pravidelný monitoring parametrov fyziologických funkcií (tlak krvi, pulzová a dychová frekvencia, posúdenie dýchania, telesná teplota atď.), hladiny cukru v krvi, meranie hmotnosti a iné. Prostredníctvom interaktívnych video systémov alebo telefónov pacienti môžu kedykoľvek kontaktovať sestru, pomocou video konzultácií bez problémov komunikovať. Sestra ho môže usmerniť, napríklad v obliekaní, zmene polohy, poradiť mu ako si má podať lieky, poučiť o možných vedľajších účinkoch. Sú to často užitočné rady pre chronicky chorých pacientov, ľudí so srdcovocievnyimi ochoreniami, po náhlych cievnych mozgových príhodách, ale aj rodičov detí s akútnym, chronickým ochorením alebo postihnutím.

Zákon 576/2004 Z.z o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov uvádza, že zdravotná starostlivosť sú činnosti, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci (teda aj sestra) s cieľom predĺžiť život fyzickej osobe, zvýšiť kvalitu jej života, zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, ošetrovateľskú starostlivosť atď.

Zákon 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov uvádza, že poskytovanie zdravotnej starostlivosti, teda činnosti bezprostredne nevyhnutné na ochranu života a zdravia ľudí môžu vykonávajú zdravotnícki pracovníci v zdravotníckych zariadeniach na základe povolenia. Ambulantná zdravotná starostlivosť sa poskytuje v ambulanciách, zariadeniach na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti,

stacionároch, poliklinikách, agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zariadeniach spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek a v mobilných hospicoch.

Zákon 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov uvádza, že sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb sa poskytujú aj na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku v zariadeniach pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby, opatrovateľskej služby atď.

Z predchádzajúcich legislatívnych noriem vyplýva, že mimoústavná starostlivosť sa v súčasnosti poskytuje v zdravotníckych a sociálnych zariadeniach. Sú to dva odlišné systémy, ktoré majú iný systém financovania. Zdravotnícke služby sú financované zo systému verejného zdravotného poistenia, sociálne služby sú financované zo zdrojov verejnej správy (z rozpočtov samospráv obce, kraja) (Kukurová, Vlček, 2009).

Kvalita života pacienta je priamo úmerná so spokojnosťou so svojím životom vo fyzickej, psychickej aj sociálnej rovine. Zavedením aplikácií teleošetrovateľstva je možné presunúť napríklad niektorých pacientov z nemocničného lôžka do domácej starostlivosti, eliminovať nepriaznivé psychologické faktory vplývajúce na uzdravenie a rekonvalescenciu, edukovať, čím môže prispieť k fyzickej aj emocionálnej pohode.

Medzinárodná rada sestier uvádza nasledujúce fakty v súvislosti s poskytovaním domácej ošetrovateľskej starostlivosti a teleošetrovateľstva (Nursing Matters, 2002).

- Očakáva sa, že v priebehu 7 rokov sa zvýši dopyt po domácej ošetrovateľskej starostlivosti o 36%.
- Takmer 46% z poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí by sa efektívne dala nahradiť prvkami teleošetrovateľstva.
- Vo Veľkej Británii bolo zaznamenané, že v 15% sú potrebné telekomunikačné technológie k riešeniu problémov pacientov v domácej starostlivosti.
- Štúdie v Európe poukazujú na záujem pacientov využiť služby a benefity telekomunikačných ošetrovateľských služieb.

Teleošetrovateľstvo je veľmi efektívne pre skrátenie doby pobytu pacienta v nemocničnom prostredí, zlepšuje dostupnosť k poskytovaným službám aj ľuďom vo vzdialených oblastiach, napomáha zvýšiť kvalitu poskytovaných služieb v domácom prostredí.

Štúdia z Dánska uvádza, že sestry pracujúce v ambulancii pre pacientov s ochoreniami pohybového aparátu prostredníctvom pravidelných telefonických kontaktov znížili počet hospitalizácií o 12% (WHO, 1998).

Obyvateľstvo na Islande je veľmi rozmanito a široko rozptýlené. Thom a Adler (1999) uvádzajú výsledky výskumu, že prostredníctvom telefonických konzultácií a podporných rozhovorov sestry s matkami ťažko chorých detí sa výrazne znížil ich pocit únavy, napätia, stresu.

Každý človek má právo na prístup k takému štandardu zdravotnej starostlivosti, ktorý je v súlade s právnymi predpismi a súčasným stavom lekárskej, ošetrovateľskej vedy. Zdravotná starostlivosť sa zakladá na práve človeka na ľudskú dôstojnosť, na sebaurčenie a na autonómiu. Dnes je pacient rovnocenným partnerom a spolu s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu má dôležité postavenie (Krištofová a kol., 2013).

Legislatívny rámec poskytovania starostlivosti na diaľku musí zabezpečiť vhodný systém regulácie praxe a poskytovateľov - lekárov a sestier.

Je potrebné sa riadiť zásadami a štandardnými postupmi starostlivosti, zaistiť bezpečné, profesionálne prostredie, ktoré bude dodržiavať súkromie, dôvernosť informácií na základe etických princípov. Teleošetrovateľstvo je potrebné zakomponovať do celkovej štátnej politiky zdravia a do ošetrovateľskej stratégie rozvoja ošetrovateľstva, ošetrovateľskej starostlivosti a praxe, vzdelávania, odbornej prípravy sestier a ich celoživotného vzdelávania. Kompetencie sestier pracujúcich v oblasti teleHealth ošetrovateľstva definuje Medzinárodná rada sestier. Pri uplatňovaní prvkov teleošetrovateľstva sa sestry riadia platnými právnymi predpismi danej krajiny, kde sa ošetrovateľská starostlivosť realizuje.

Záver

Úlohou informatizácie v zdravotníctve je prehĺbiť úroveň poskytovania starostlivosti prostredníctvom informačných technológií a elektronických dokumentácií a možností komunikácie medzi zdravotníckymi pracovníkmi, teda aj medzi sestrami špecialistkami. Je zrejmé, že počítače a technológie vstupom do nového tisícročia zmenili sféru aj zdravotníctva. Sestry by to mali vnímať nie ako nutné zlo, ale ako nevyhnutnosť. Rozmach informatiky vytvára predpoklad poskytovania efektívnej a kvalitnej starostlivosti, ale podporuje aj úroveň riadiacej zložky manažmentu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Uľahčuje a skvalitňuje prácu sestram aj v ambulantnej forme zdravotnej starostlivosti. Predpokladom pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, je aby súčasná ošetrovateľská prax vychádzala z najnovších výsledkov a dôkazov získaných výskumom (Mesárošová, 2013).

Zoznam bibliografických odkazov

KRIŠOFOVÁ, E. a kol., 2013. Spoluúčasť pacienta na liečebnom procese. In: *Nové trendy v ošetrovatelství a porodní asistenci* : Sborník z mezinárodní konference Jihlavské zdravotnické dny 2013 III. ročník. Vysoká škola polytechnická Jihlava. – Jihlava, 2013. ISBN 978-80-87035-72-6.

KUKUROVÁ, E.; VLČEK, L. 2009. *Princípy eHealth*. Olomouc: Solen print s.r.o. 2009. ISBN 978-80-903776-7-7.

MESÁROŠOVÁ, J., 2013. Moderné versus tradičné ošetrovanie rán. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství XV* : recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí 19.9.2013 FN Motolev Praha. - Praha : FN Motol, 2013. - ISBN 978-80-87347-14-0, S. 76-79.

Nursing Matters, 2002. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics [online]. 2002. [cit. 2015-04-03]. Dostupné na internete: <https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf>.

WHA58.25., *World Health Assembly*, 2005. Geneva, Switzerland - Rezolúcia WHA58.25.
WHO, 1998. Rastúci význam internetu a jeho potenciál pre zdravie, vplyv reklamy a propagácie liekov, (101st Executive Board, 1998; Geneva, Switzerland) (Rezolúcia EB101.R3).

Kontaktná adresa autorov:

PhDr. Ľuboslava Pavelová, PhD., PhDr. Ľubica Poledníková, PhD., PhDr. Alica Slamková, PhD.,

Katedra ošetrovatelstva, FSVaZ UKF v Nitre, Kraskova 1, 949 74 Nitra

Tel.: 00 421 37 6408 815

Mail: lpavelova2@ukf.sk

Projekt 011UKF-4/2014

Edukácia a poradenstvo ako súčasť teleošetrovatelstva v domácej zdravotnej starostlivosti

INFORMAČNÉ TECHNOLOGIE V PRÁCI SESTRY V AMBULATNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

LUBOSLAVA PAVELOVÁ

Katedra Ošetrovateľstva Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva UKF v Nitre

Súhrn:

Príspevok približuje problematiku zdravotníckych informačných technológií a zdrojov z pozície sestry v ošetrovateľskej, klinickej praxi. Cieľmi výskumu bolo zistiť mieru využívania počítača a iných informačných technológií sestrami v ošetrovateľskej praxi.

Výskumné zistenia sme dosiahli prostredníctvom nami zostaveného dotazníka vlastnej konštrukcie a základnými matematicko-štatistickými metódami. Výskum sme realizovali v Nitre v roku 2013. Prvú výskumnú vzorku tvorilo 32 sestier, ktoré poskytovali ošetrovateľskú starostlivosť v ambulantnej forme starostlivosti.

Sestry zastávali názor, že používaním informačných, komunikačných technológií a zdrojov sa služby v zdravotníctve výrazne skvalitnia. Sestry z ambulancií vôbec nevyužívali národný zdravotný portál, elektronickú zdravotnú kartu, najviac používali elektronickú preskripciu a medikáciu. K praktickým odporúčaniam autorka zaraďuje školenia sestier v oblasti informatik a informatizácie v zdravotníctve v rámci celoživotného vzdelávania sestier, propagovať implementáciu nových technológií do ošetrovateľskej praxe.

Kľúčové slová: Ošetrovateľstvo. Sestra. Informatika. Informačné zdroje. Informačné technológie.

Summary

Article approaching the issue of healthcare information technologies and resources from the position of nurses in nursing, clinical practice. Aim of the research was to assess the use of computers and other information technologies by nurses in nursing practice. We research findings we have reached us through a questionnaire compiled by our own design and basic statistical methods. The research was done in Nitra in 2013. The first research sample consisted of 32 nurses who provide nursing care in ambulatory form of care. The nurses felt that the use of information, communication technologies and resources, health services would significantly improve. Nurses from clinics not used at all national health portal, electronic health card, the most used electronic prescription and medication. The practical recommendations author classifies the training of nurses in the field of informatics

and informatisation of health in the context of lifelong education of nurses, promote the implementation of new technologies in nursing practice.

Keywords: Nursing. Information technology. Information sources. Information technology.

Úvod

V súčasnom období sa deň čo deň skloňuje pojem informatizácia a informačné technológie. Aj v minulosti plnili dôležitú úlohu v zdravotníctve, v súčasnosti sú prijímané nielen ako prostriedok na jednoduchšiu realizáciu úloh, ale aj ako spôsob byť konkurencieschopný na trhu. Medzi informačné, komunikačné technológie (ďalej IKT) a zdroje patria najmä počítače, počítačové siete a Internet. Podľa zverejnených informácií Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky v rokoch 2007-2010 mala na Slovensku prebehnúť celoplošná informatizácia zdravotníctva - tzv. e - Health, ktorá by mala skvalitniť a zefektívniť zdravotnú starostlivosť. Informatizácia zdravotníctva sa však uskutočňuje v relatívne pomalom, obmedzenom rozmere. Dôvodom je nedostatok financií a ochoty prijať zmenu zo strany zdravotníckych pracovníkov.

Ciele práce

Zistiť mieru využívania počítača a iných informačných technológií sestrami v ošetrovateľskej praxi. Zistiť využívanie špeciálnych databázových systémov dostupných v oblasti zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti sestrami, ktoré poskytujú individualizovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Zmapovať postoj sestier na optimalizáciu, rozvoj a podporu v oblasti elektronického zdravotníctva v podmienkach Slovenskej republiky.

Metodika a súbor

Kľúčovou metódou získavania nových faktov výskumu bola **dotazovacia metóda**. Použili sme **dotazník** vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval 11 uzatvorených otázok zameraných na zmapovanie teoretických vedomostí sestier o informačných zdrojoch a technológiách v zdravotníctve a zhodnotenie postoja k informatike v ošetrovateľstve. V závere dotazníka sme prostredníctvom 1 voľnej otázky nechali sestram priestor na vyjadrenie svojich subjektívnych názorov, prípadne skúseností s informačnými a komunikačnými technológiami. Demografické údaje o respondentoch zakončili dotazník.

Výsledky a diskusia

V prvom celi výskumu sme mali zámer zistiť mieru využívania počítača a iných informačných technológií sestrami v ošetrovateľskej praxi. Sestry poskytujúce ambulantnú aj ústavnú starostlivosť najviac využívali počítač v súvislosti s činnosťami

súvisiacimi s prácou v zdravotníckom zariadení a najmenej v súvislosti s kultúrou a zábavou. Sestry poskytujúce ambulantnú starostlivosť najviac využívali IKT doma pre osobné a súkromné účely, najmenej pre osobné a súkromné účely v práci. Sestry poskytujúce ústavnú starostlivosť najviac využívali počítač v súvislosti s prácou pre potreby poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a najmenej doma pre potreby práce. Farkašovej a kol. (2005) uvádzajú, že v ošetrovateľstve ako vo vede a umení súčasne sa tak ako v iných vedných disciplínach prebieha postupne informatizácia a budovanie informačných systémov a využívanie informačných a komunikačných technológií pri zabezpečovaní jej základných úloh.

Zámerom druhého cieľa bolo zistiť využívanie špeciálnych databázových systémov dostupných v oblasti zdravotníckej a ošetrovateľskej starostlivosti sestrami, ktoré poskytujú individualizovanú ošetrovateľskú starostlivosť. Sestry v ústavnej forme starostlivosti označili, že najviac poznalo v 100% špeciálne databázové systémy ako počítačové spracovanie biologických signálov, počítačové spracovanie obrazov, nemocničný informačný systém, diagnostické systémy, počítače v starostlivosti, pre celoživotné vzdelávanie, pre prácu sestry v klinickej praxi, ale využívalo v 100% počítačové spracovanie biologických signálov, počítačové spracovanie obrazov, nemocničný informačný systém. Sestry v ambulantnej forme starostlivosti označili, že najviac poznalo 29 počítačové a pre celoživotné vzdelávanie, ale využívalo 15 na počítač pre účely farmakoterapie a vôbec nepoužívali na vedecké lekárske a ošetrovateľské informácie, klasifikačné systémy, počítačové spracovanie obrazov a nemocničný systém. Databázy sú spravidla udržiavané výskumnými vedeckými inštitúciami sú základnou databázou pre lekárske a ošetrovateľské vedy (Vöröšová, 2007). Sú sprístupnené odbornej verejnosti. Bibliografická databáza všetkých informačných produktov WHO s prepojeniami na úplné verzie on-line je možné vyhľadávať podľa autora, názvu publikácie, slov alebo fráz, podľa témy (predmetu), edície atď.

Zmapovať postoj sestier na optimalizáciu, rozvoj a podporu v oblasti elektronického zdravotníctva v podmienkach Slovenskej republiky bolo zámerom v cieľi číslo tri. Podľa WHO sestra má mať v systéme poskytovania zdravotnej starostlivosti rôzne funkcie ako poskytovať a riadiť ošetrovateľskú starostlivosť, edukovať, byť platným členom zdravotníckeho tímu, rozvíjať ošetrovateľskú prax formou výskumu, skvalitniť ošetrovateľskú prax. Ale aj sústreďovať sa na rozvoj nových tipov ošetrovateľských služieb, na zavádzanie systému komunitnej sestry v individuálnej ošetrovateľskej starostlivosti, dôkladne monitorovať a riešiť deficitné potreby pacientov, otázky výkonnosti a efektívnosti

ošetrovateľskej starostlivosti, riadiť a poskytovanie starostlivosti, rozvíjať ošetrovateľskú, klinickú prax kritickým myslením (Medzinárodná rada sestier, 2009). Všetky sestry zaradené do výskumu vôbec nevyužívali telemedicínu. Sestry z ambulancií vôbec nevyužívali národný zdravotný portál, elektornická zdravotná karta, mobilitu EU systémov a najviac používali elektronickú preskripciu a medikáciu. Sestry z ústavnej starostlivosti využívali elektronické zdravotníctvo a najviac až 18 rovnako ako sestry z ambulancií používali elektronickú preskripciu a medikáciu – ako závislú sesterskú činnosť. Sestry zastávali názor, že používaním IKT sa služby v zdravotníctve výrazne skvalitnia. Respondenti z ambulatnej formy starostlivosti najviac pokladali IKT prospešné ako obraz nového pohľadu uhlu na prácu sestry. Iba 1 z nich vyjadrila, že používaním IKT sa zvýši hodnota poskytovaných služieb. Z ústavnej starostlivosti až 38 označilo IKT za spôsob zvýšenia kvality služieb a najmenej 10 ako väčšia hodnota služieb. Pracovanie podľa ošetrovateľských štandardov v ošetrovateľskej praxi, zavedenie a rozvíjanie systému skupinového a tímového ošetrovania, pracovanie s ošetrovateľskou dokumentáciou v elektronickej podobe. Dovalovský (2012, s.2) zastáva názor, že *„s informatizáciou zdravotníctva súvisí aj zavedenie elektronických zdravotných kartičiek. Jednoducho, by sa všetko zaznamenávalo do počítačových systémov, do počítačových databáz, ku ktorým by mal prístup ktorýkoľvek lekár, špecialista. Vybudovala by sa samostatná infraštruktúra. Lekár a sestra by ľahko a v pohodlí zistili pacientove zdravotné problémy, prípadne by zistili jeho krvnú skupinu, preveril by, či má chronické choroby a či je alergický na lieky a rôzne iné údaje zaznamenané v karte. A nemuseli by prehľadávať kartotéky, v ktorých sa nachádza nespočetné množstvo záznamov o pacientoch. Avšak tieto informácie by mohli byť ľahko zneužitú“*. Kráľová, Pekníková, Trnka (2004) uvádzajú, že v zdravotníctve potrebujú okrem špičkovej techniky aj špičkových odborníkov – lekárov a sestry, ostaných zdravotníckych pracovníkov, ktorí celý život študujú najnovšie výsledky výskumu.

Záver

Informačné technológie tvorili aj v minulosti dôležitú úlohu v zdravotníctve. Na základe získaných skutočností výskumu navrhujeme tieto odporúčania pre zlepšenie postavenia a pomerov využívania IKT a zdrojov v systéme zdravotnej starostlivosti Slovenskej republiky. Do učebných osnov vo vzdelávaní v profesii sestry zaradiť výučbu a prípravu sestier v oblasti poznania, používania, ovládania moderných informačných a komunikačných technológií. Podporiť projekty zamerané na vzdelávanie a počítačové zručnosti sestier v programoch ECDL (Európsky vodičský preukaz na počítače). V rámci celoživotného

vzdelávania sestier podporiť realizáciu sesterských E-konferencií pre sestry. V rámci top manažmentu a líniového manažmentu zdravotníckych zariadení umožniť a sprístupniť dokumentovanie realizácie ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom informačných technológií.

Výskum sa vo všeobecnosti realizoval veľmi náročne. Sestry sú už „presýtené“ vyplňovaním dotazníkov a ankiet. Otvorene vyjadrovali nespokojnosť, že „výskumov a projektov pre zlepšenie ich postavenia a role sestry bolo veľké množstvo a efekt je minimálny“. Sto percentná návratnosť dotazníkov bola vďaka priamemu a osobnému kontaktu s oslovenými sestrami počas vzdelávacej akcie v špecializačnom štúdiu „Ošetrovateľská starostlivosť v komunite“ a osobný kontakt so sestrami z ADOS. Sestry z ústavnej starostlivosti vyplnili dotazník vďaka osobnému kontaktu školiteľky bakalárskej práce.

Výsledky výskumu poukazujú na priemernú úroveň teoretických vedomostí a praktických zručností a využívania IKT a zdrojov v práci sestry. Výrazne zaostávajú sestry, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť v ambulantnej forme starostlivosti, sestry z nemocníc poznajú a vo väčšej miere ich využívajú nie len v práci, ale aj pre účely celoživotného vzdelávania.

Zoznam bibliografických odkazov

DOVALOVSKÝ, J. 2012. *IKT zdravotníctve*. Nepublikovaný odborný materiál. 2012. Dovalovský, 2012.

KRÁĽOVÁ, E – PEKNÍKOVÁ, M. – TRNKA, M. 2004. *Zdravotnícke informačné zdroje na internete*. WANGO, Bratislava. 2004. ISBN: 80-968623-2-4.

National Institutes of Health, 2013. [online]. [citované 13.03.2013]. Dostupné na internete <<http://www.cancer.gov/>>.

Medzinárodná rada sestier - International Council of Nurses (ICN), 2009. <http://www.sksapa.sk/2009030147/Medzin%C3%A1rodn%C3%A1-spolupr%C3%A1ca/icn.html>.

SOLLÁR, T. - RITOMSKÝ, A. 2002. *Aplikácia štatistiky v sociálnom výskume*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa. 2002. ISBN 80-8050-508-2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1974. *Community health nursing: report of WHO expert committee*. Tech. Series No. 558. Geneva. 1974, WHO.

VÖRÖSOVÁ, G. et al. 2007. *Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-242-7.

Kontaktná adresa autorky:

Ľuboslava Pavelová

KO FSVaZ UKF, Kraskova č.1

94974 Nitra

Mail: lpavelova2@ukf.sk

ANAFYLAKTICKÁ REAKCIA – TEÓRIA A PRAX Z POHĽADU INŠTITÚTU KRAJNEJ NÚDZE

MAREK ŠICHMAN

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn:

Príspevok rozoberá problematiku rizika podávania farmakoterapie sestrami v domácej starostlivosti z pohľadu výskytu anafylaktickej reakcie, ako jedného z najobávanejších nežiadúcich účinkov podávania terapie v domácom prostredí bez prítomnosti lekára. Rozoberáme a navrhujeme jednotlivé, život zachraňujúce intervencie zamerané na efektívne zvládnutie tohto život ohrozujúce stavu v domácej starostlivosti do príchodu záchranej zdravotnej služby. Poukazujeme na možnosť využitia inštitútu krajnej núdze, definovaného Trestným zákon Slovenskej republiky ako jedného z nástrojov ochrany pacienta i sestry.

Kľúčové slová: Sestra. Domáca starostlivosť. Intervencia. Anafylaktická reakcia. Krajná núdza.

Úvod

Domáca ošetrovateľská starostlivosť predstavuje v 21. storočí novú éru ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej sestrami o klientov všetkých vekových kategórií v domácej starostlivosti. Tento typ starostlivosti v súčasnosti výrazne expanduje a skôr či neskôr sa stane neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti, ktorá bude voľne dostupná pre všetkých klientov, ktorý by potenciálne mohli využiť všetky jej výhody vo svoj prospech. Tento špecifický typ starostlivosti vykonávajú registrované sestry špecialistky alebo pôrodné asistentky na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe. V katalógu zdravotných výkonov z roku 2015 (Novelizované Nariadenie vlády SR 223/2005) môže sestra realizovať v rámci domácej starostlivosti je okrem iného aj:

- podávanie neinjekčnej liečby – 3413 (40 bodov),
- podávanie liečiva intramuskulárne, subkutánne, intrakutánne – 3416 (60 bodov),
- podávanie liečiva intravenózne – 3418 (80 bodov),
- príprava a podávanie infúzie – 3419 (120 bodov),
- sledovanie infúzie za každú hodinu – 3420 (60 bodov).

Intravenóznou aplikáciu však sestra môže vykonávať len na základe písomného poverenia ošetrojúceho lekára na intravenóznou aplikáciu. Toto poverenie je súčasťou Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, v spolupráci s lekárom. Materiálne technické vybavenie, ktorým sestra disponuje pri svojej návštevnej službe v rámci domácej starostlivosti je uvedené vo Výnose Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálne technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. Pri podrobnej analýze tohto materiálne technického vybavenia je však zarážajúce, že sestry nedisponuje vybavením, potrebným na zvládnutie anafylaktickej reakcie, ako jedného z najobávanejších nežiadúcich účinkov pri podávaní liečiv.

Anafylaktická reakcia

Definícia anafylaktickej reakcie je dôležitá vzhľadom k špecifickosti zásahov potrebných na jej zvládnutie. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (2012) navrhla, aby sa anafylaktická reakcia definovala ako: „*ťažká, život ohrozujúca, generalizovaná, systémová hypersenzitívna reakcia*“. Vo všeobecnosti možno povedať, že sa jedná o rýchlo sa rozvíjajúci život ohrozujúci stav, v rámci ktorého môže dôjsť k nepriechodnosti dýchacích ciest a alebo k ťažkostiam s dýchaním a alebo obehovou nestabilitou, pričom je zvyčajne spojený so zmenami na koži a slizniciach. Anafylaxia môže byť vyvolaná niektorým z veľmi širokej škály spúšťačov, medzi ktoré najčastejšie patria lieky, cudzorodé bielkoviny či polysacharidy v podobe hmyzieho a hadieho jedu a rôzne potraviny (Estelle, 2009). Mortalita nesprávne diagnostikovanej či neliečenej anafylaktickej reakcie je veľmi vysoká (Pokorný, 2010). Ak je spúšťačom anafylaxie potravinou, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 30 – 35 minút od jej požitia. Ak je spúšťačom anafylaxie bodnutie hmyzom, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 10 – 15 minút od vpravenia jedu do organizmu. Ak je spúšťačom anafylaxie liek podávaný intravenózne, smrť bez adekvátneho zásahu nastáva v priemere do 5 minút od jeho podania (Estelle, 2009). Z týchto časových údajov vyplýva, že ak sestra podáva lieky v domácej starostlivosti, je nevyhnutné aby mala k dispozícii materiálne technické vybavenie, ktoré je potrebné na zvládnutie anafylaxie do príchodu záchranej služby. Pre diagnostikovanie anafylaktickej reakcie podľa Resuscitation Council United Kingdom (2013) je potrebné, aby boli splnené všetky nasledovné kritéria:

1. náhly nástup a rýchly priebeh príznakov,

2. problémy v rámci udržania priechodnosti dýchacích ciest a alebo problémy s dýchaním a alebo problémy s obehovou nestabilitou,
3. zmeny postihujúce kožu a sliznice v podobe angioedému, začervenania či žihľavky.

Treba mať však na pamäti, že zmeny prejavujúce sa na koži a slizniciach samy o sebe nie sú známkou svedčiacou pre anafylaktickú reakciu a zároveň sa nemusia vyskytnúť až v 20% anafylaktických reakcií.

Medzi základné liečebné opatrenia u pacienta s anafylaktickou reakciou podľa Resuscitation Council (2013) patrí:

1. **polohovanie** – protišoková poloha, pri dyspnoe fowlerova poloha
2. **oxygenoterapia** – podávanie kyslíka pomocou tvárovej masky s rezervoárom s prietokom 10 – 15 l/min.
3. podanie **Adrenalínu** pri šokových prejavoch a dyspnoe v nasledovnej dávke (Nowak, 2013):
 - dospelý - **500 µg Adrenalínu/0,5 ml**
 - dieťa staršie ako 12 rokov - **500 µg Adrenalínu/0,5 ml**
 - dieťa 6 – 12 rokov – **300 µg Adrenalínu/0,3 ml**
 - dieťa mladšie ako 6 rokov - **150 µg Adrenalínu/0,15 ml**

Všeobecne platí pravidlo, že dospelým sa podáva **5 µg/kg Adrenalínu** a u detí **1 µg/kg Adrenalínu**. Odporúča sa podávať ho do svalu, pričom miesto aplikácie je anterolaterálna strana stehna v jeho strednej tretine. Podmienkou úspešnej aplikácie je dostatočne dlhá injekčná ihla, ktorá zabezpečí aby bol Adrenalín podaný do svalu. Podanie je možné opakovať v 5 – 15 minútových intervaloch podľa aktuálneho stavu pacienta. Intramuskulárna cesta podania je výhodná aj v prípade, ak bol Adrenalín podaný v neindikovanom prípade, nakoľko sa minimalizuje možný výskyt jeho nežiadúcich účinkov v porovnaní s intravenóznym spôsobom podania.

4. **Objemová terapia** pomocou kryštaloidov u dospelých v dávke 30 ml/kg a u detí v dávke 20 ml/kg. Podávanie koloidov nie je indikované, nakoľko v súčasnosti neexistujú žiadne vedecké dôkazy, ktoré by poukazovali na výhody použitia koloidov pred kryštaloidmi (Russell, 2013).
5. **Podanie antihistaminík** aj napriek tomu, že vedecká sila dôkazov pre ich použitie je slabá, no i napriek tomu existujú logické dôvody pre ich použitie. Aplikujú sa intramuskulárne alebo pomaly intravenózne. Podat' sa môže Dithiaden v úvodnej dávke 1 mg u dospelého človeka a detí starších ako 6 rokov, u detí mladších ako 6 rokov je úvodná

dávka 0,5 mg (Rosen, 2010). Pozornosť treba venovať riedeniu Dithiadenu, nakoľko podľa výrobcu sa môže riediť len 5% glukózou.

6. **Podávanie kortikoidov** intramuskulárnym spôsobom alebo intravenóznym spôsobom, pričom je potrebné sa vyvarovať rýchlej venózne aplikácií pre riziko prehlbenia hypotenzie. V rámci dávkovania Hydrocortisonu je odporúčané dodržať nasledovnú schému:

- dospelý a deti nad 12 rokov – Hydrocortison v dávke 200mg
- deti 6 – 12 rokov – Hydrocortison v dávke 100 mg
- deti 6 mesiacov – 6 rokov - Hydrocortison v dávke 50 mg
- deti mladšie ako 6 mesiacov – Hydrocortison v dávke 25 mg

7. **Podávanie symptomatickej liečby** v podobe bronchodilatačných liekov, podanie Glukagónu u pacientov, ktorí užívajú betablokátory a v prípade závažnej bradykardie je možné podanie Atropínu.

Anafylaktická reakcia je život ohrozujúci stav, ktorý vyžaduje akútny medicínsky i ošetrovateľský zásah, ktorého účelom je jej efektívne zvládnutie a stabilizácia klinického stavu pacienta. V rámci ošetrovateľských intervencií v domácej starostlivosti musí sestra na základe svojho vzdelania a kompetencií v prípade podozrenia na anafylaktickú reakciu samostatne indikovať a realizovať polohovanie a aplikáciu oxygenoterapie. Podanie Adrenalinu a objemovej terapie sú intervencie mimo rámec rozsahu kompetencií sestry. V prípade, ak sa jedná o záchranu života pri stave ohrozujúcom život postihnutého bez okamžitej liečby, čo anafylaktická reakcia v domácej ošetrovateľskej starostlivosti predstavuje, môže sestra tieto intervencie samostatne indikovať i zrealizovať. Tieto intervencie môžu sestry vykonať podľa právnej analýzy len v prípade ak sa podľa Trestného zákona Slovenskej republiky nachádzajú v stave krajnej núdze. Podanie kortikoidov, antihistaminík či inej symptomatickej liečby sú intervencie mimo rámec kompetencií sestry, v tomto prípade nie je možné využiť inštitút krajnej núdze podľa Trestného zákona, nakoľko ich realizáciu je možné odložiť o pár desiatok minút a vyčkať tak na príchod záchranej zdravotnej služby.

Krajná núdza je definovaná Trestným zákon č. 300/2005 Z. z. Slovenskej republiky, v § 24 ako: „Čin inak trestný, ktorým niekto odvracia nebezpečenstvo priamo hroziace záujmu chránenému týmto zákonom, nie je trestným činom“. O krajnú núdzu nejde, ak bolo možné nebezpečenstvo priamo hroziace záujmu chránenému týmto zákonom za daných okolností odvrátiť inak alebo ak spôsobený následok bol alebo je zjavne závažnejší ako ten, ktorý hrozil. Rovnako nejde o krajnú núdzu ak ten, komu nebezpečenstvo priamo hrozilo, bol podľa

všeobecne záväzného právneho predpisu povinný ho znášať. Vo všeobecnosti v prípade využitia právneho inštitútu krajnej núdze v rámci zdravotníctva je potrebné zabezpečiť aby bola skutkovo naplnená podstata zásady subsidiarity a proporcionality. Zásadu subsidiarity je možné charakterizovať ako potrebu, aby sa najskôr vyčerpali všetky iné možnosti na zamedzenie hroziacemu nebezpečenstvu, ak to okolnosti dovoľujú. Zásada proporcionality je možné charakterizovať aby hroziaci následok a následok spôsobený konaním v krajnej núdzi musia byť v určitom vzájomnom pomere. Platí zásada, že spôsobený následok pri dodržaní ostatných podmienok krajnej núdze môže byť aj rovnako závažný ako ten, ktorý hrozil, nesmie však byť zjavne závažnejší. To znamená, že spôsobený závažnejší následok nesmie byť v hrubom nepomere k tomu, ktorý hrozil.

Ak právny výklad krajnej núdze aplikujeme na výskyt anafylaktickej reakcie v domácej ošetrovateľskej starostlivosti, sestra môže využiť tento právny inštitút a môže prekročiť svoje kompetencie v rámci kroku 3 a 4 za dodržania nasledovných podmienok:

1. Cieľom musí byť odvrátenie nebezpečenstva hroziaceho klientovi, ktoré v tomto prípade predstavuje zhoršenie klinického stavu až jeho smrť.
2. Nebezpečenstvo musí hroziť záujmu chránenému Trestným zákonom, teda v tomto prípade hrozí klientovi.
3. Nebezpečenstvo musí hroziť klientovi priamo, čo aj hrozí.
4. Nebezpečenstvo za daných okolností nesmie byť možné odvrátiť inak, čím je dodržaná zásada subsidiarity. Keďže sa jedná o domácu ošetrovateľskú starostlivosť táto zásada je dodržaná.
5. Spôsobený následok konaním sestry nesmie byť rovnaký alebo zjavne závažnejší ako ten, ktorý pacientovi hrozí, čím by bola dodržaná zásada proporcionality. Adekvátne podanie Adrenalínu i objemovej terapie podľa odborných doporučení minimalizuje možné komplikácie plynúce z ich podania.
6. Ten komu nebezpečenstvo hrozilo, nie je povinný ho znášať. V tomto prípade je potrebný súhlas klienta, v prípade poruchy vedomia je tento súhlas automaticky predpokladaný.

Záver

Sestra v domácej starostlivosti musí poznať svoj rozsah kompetencií a nemala by ich prekračovať. Jedinou legislatívne prípustnou situáciou, kedy sestra v rámci svojej praxe môže prekročiť svoje kompetencie je inštitút krajnej núdze definovaný v Slovenskej republike v Trestnom zákone. Ak však sestra realizuje podávanie liekov parenterálnou cestou v domácej

ošetrovateľskej starostlivosti je potrebné, aby dokázala reagovať a mala materiálne technické vybavenie potrebné na zvládnutie nežiadúcich účinkov, ktoré môžu nastať. Na základe súčasných skúseností doporučujeme, aby sestry pracujúce v domácej starostlivosti boli vybavené v prípade podávania farmakoterapie o materiálne – technické vybavenie nad rámec legislatívy a to minimálne o:

- dýchačí samorozpínací vak s ventilom na regulovaný pozitívny tlak na konci výdychu s tvárovými maskami a vzduchovodmi pre všetky vekové skupiny (náklady 60 €),
- infúzne roztoky v podobe kryštaloidov – F1/1 500 ml – 3x (náklady 3,39 €)
- adrenalín 1mg/1ml – 3x (náklady 2,73 €) alebo adrenalínom v autoinjektore 0,15mg a 0,30mg – 1x (náklady 65,34 €).

Len tak bude možné považovať poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti v rámci podávania farmakoterapie v domácom prostredí za postup lege artis. Investičné vstupné náklady na zabezpečenie vyššie uvedeného materiálne technického vybavenia predstavujú cca. 70 € na jednu sestru. Optimálne by bolo vhodné k tomuto vybaveniu ešte doplniť:

- prenosnú tlakovú nádobou s kyslíkom s integrovaným redukčným ventilom a prietokomerom o maximálnom prietoku 15/l min (náklady 0,80€/deň prenájmu),
- vybavenie na inhaláciu kyslíka pre všetky vekové skupiny (náklady 2,80€).

Zároveň doporučujeme, aby každá sestra, pôrodná asistentka prešla špeciálnym školením zameraným na nácvik postupov a zručností potrebných na zvládnutie akútnych stavov v domácej starostlivosti. Len tak budú sestry naozaj pripravené aj na nepredvídateľné situácie, ktoré môžu v domácej starostlivosti nastať a dokážu ich efektívne riešiť v prospech záujmu a ochrany klienta.

Zoznam bibliografických odkazov

Emergency treatment of anaphylactic reactions. In *Resuscitation Council (UK)*. [online]. 2013, p. 1-50, [cit. 2014-01-02] Dostupné na internete: <<http://www.resus.org.uk/pages/reaction.pdf>>.

ESTELLE, F. et al. 2012. Update: World Allergy Organization Guidelines for the assessment and management of anaphylaxis. In *Current Opinion in Allergy & Clinical Immunology*. 2012, Vol 12, No. 4, Pages 389-399.

ESTELLE, F. SIMONS, R. 2009. Anaphylaxis in infants: Can recognition and management be improved? In *Current Allergy & Clinical Immunology*. 2009, Vol 22, No. 2.

Nariadení vlády Slovenskej republiky č. 223/2005 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z. Katalóg zdravotných výkonov.

NOWAK, R. et al. 2013. Customizing Anaphylaxis Guidelines for Emergency Medicine. In [The Journal of Emergency Medicine](#), 2013, [Volume 45, Issue 2](#), Pages 299-306.

POKORNÝ, J. a kol. 2010. Lékařská první pomoc. 2. vyd. Praha : Galén, 2010. 474 s. ISBN 978-8-072-62322-8

ROSEN, P. et al. 2010. Rosens emergency medicine: concepts and clinical practice. 7th edition. Philadelphia : Mosby Elsevier, 2010. 2731 s. ISBN 13-978-0-323-05472-0

RUSSELL, W., S., et al. 2013. Evaluating the management of anaphylaxis in US emergency departments: Guidelines vs. Practice. In [The World Journal of Emergency Medicine](#), 2013, Volume 4, Issue 3.

Trestný zákon Slovenskej republiky č. 300/2005 Z. z. a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálne technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

Kontaktná adresa autorky:

PhDr. et Bc. Marek Šichman

Katolícka univerzita v Ružomberku

Fakulta zdravotníctva

Námestie Andreja Hlinku 48

034 01 Ružomberok

Mail: sichmanmarek@gmail.com

Telefón: +421 915 846 930

DETSKÝ PACIENT S TRVALOU TRACHEOSTÓMIOU V DOMÁCOM PROSTREDÍ

MÁRIA ŠUPÍNOVÁ, JANA VIRGULOVÁ, KRISTÍNA KUBÁŇOVÁ

Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Súhrn

Cieľom príspevku bolo zmapovať ošetrovateľskú starostlivosť o dieťa s trvalou tracheostomickou kanylou v rôznych typoch starostlivosti. Objektom skúmania boli rozdiely v poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti o dieťa s trvalou tracheostomickou kanylou v zariadení sociálnej starostlivosti a v domácom prostredí. Analýza je interpretovaná metódou konkrétnych kazuistík. V starostlivosti o dieťa s trvalou tracheostómiou je špecifická oblasť starostlivosti o okolie tracheostómie, hygienickej starostlivosti a odsávania pacienta z tracheostomickej kanyly.

Kľúčové slová: Tracheostómia, dieťa, ošetrovateľská starostlivosť, domáce prostredie, sociálne zariadenie.

Summary

The paper is aimed to map the nursing care of a child with a permanent tracheostomy in different types of care. The object of the examination was the differences in the nursing care of a child with a permanent tracheostomy in social care and in the domestic environment. Analysis are interpreted by means of specific case studies. Caring for a child with a permanent tracheostomy is specific in the area care vicinity, tracheostomy care and hygiene aspiration of tracheostomy patient.

Keywords: Tracheostomy, child nursing care, home environment, toilet.

Úvod

Tracheostómia (ďalej TS), je podľa Zadáka a kol. (2007), výkon, ktorým sa postupne otvárajú jednotlivé vrstvy kože po tracheu s následným nastrihnutím tracheálneho prstenca a inciíziou tracheostomickej kanyly. Streitová, Zoubková, Chwalková (2012), uvádzajú ako cieľ TS zaistenie priechodnosti dýchacích ciest (ďalej DC), pre umožnenie ventilácie, či už spontánnej alebo pomocou prístroja. Plzák a kol. (2013), odporúča trvalú tracheostómiu u pacientov s neriešiteľným obmedzením priechodnosti horných dýchacích ciest (ďalej HDC).

Koman a Hradská (2007), považujú TS v detskom veku stále za závažný výkon. Trvalá TS patrí medzi závažné zmeny, ktoré majú pre pacienta spoločenské a psychické následky. Podľa

Škvrňákovéj a kol. (2013), má TS za následok obmedzenie fyzickej, pracovnej ale i sociálnej aktivity, stratu hlasu, narušenie komunikácie. Behunová a Oravcová (2009), upozorňujú na nutnosť dôkladného zváženia realizácie trvalej TS. Napriek tomu v posledných rokoch deti s TS pribúda. TS môže byť podľa Benumofa, a kol. (1992, s. 212), indikovaná u deti a novorodencov pri vrodených vývojových anomáliách DC (hypoplázia, Pierre-Robin syndróm), pri orofaciálnych poraneniach.

Lindman (2013), uvádza ďalšie indikácie na TS, napr. rozsiahle popáleniny tváre a krku, anafylaxiu, cudzie telesá v DC napr. pri aspirácií, ktoré nemožno uvoľniť heimlichovým manévrom, neurologické príčiny napr. poškodenie centra pre dýchanie, zlomeniny chrbtice a poranenia miechy, poranenia krku, subglotická stenóza, atrézia pažeráka, dlhotrvajúca kóma.

Deti sa po vykonaní TS často dostávajú do domáceho prostredia. V ústavnej starostlivosti zostávajú iba v prípade, že im rodičia nechcú alebo nedokážu poskytnúť potrebnú starostlivosť. Problémovými oblasťami ošetrovateľskej starostlivosti sú nielen samotný výkon, ale i adaptácia dieťaťa a rodičov na tento stav.

Koman a Hradská (2007), vidia ako najväčší problém poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí nedostatok vedomostí a zručností rodičov vo výmene kanyly, odsávaní sekrétov a ošetrovaní stomického kanála. Problémom môže byť aj vybavenie domácnosti dostatkom pomôcok na tento špecifický typ starostlivosti. Pridelenie odsávačky, komponentov na odsávanie a toaletu, je legislatívne rozdelené medzi pediatra, pneumológa a otolaryngológa. Takéto riešenie môže byť pre rodičov náročné (Koman, Hradská, 2007). Iná situácia je podľa autorov v Nemecku, kde dieťa dostáva v pediatrickom centre pohotovostný balíček a všetky komponenty sú hrazené poisťovňou. V ČR je podľa Kostřížovej a Roškaňukovej (2006), pacient pred prepustením do domácej starostlivosti vybavený potrebnými pomôckami príslušným oddelením.

Ošetrovateľská starostlivosť o deti s TSK

Behunová, Oravcová (2009), označujú za hlavný cieľ ošetrovateľskej starostlivosti o TSK, zachovanie priechodnosti dýchacích ciest, predchádzanie vzniku infekcií, prípadne uľahčiť ventiláciu pacienta. Ide predovšetkým o zvlhčovanie sliznice DC, odsávanie, starostlivosť o okolie tracheostómie a zvládnutie výmeny kanyly.

Odsávanie pacienta z TSK: Lukáš a kol. (2005), odporúča na odsávanie používať výhradne sterilné kanyly s minimálnym trecím odporom, aby pri ich zasúvaní nedošlo k traumatizácii pacienta. Tóthová (2011), upozorňuje na niekoľko zásad pri odsávaní dieťaťa; dodržiavať sterilitu, nezavádzať odsávací katéter nasilu, cez odpor, lavážou DC a inhalačnou terapiou

zabraňovať zasychaniu hlienu, doba výkonu nemá byť dlhšia ako 12-15 sek, intervaly prispôbiť množstvu hlienu v DC, sledovať pacienta počas výkonu. Dôležité je tiež sledovať charakter hlienu. Neodporúča sa preventívne odsávanie pacienta. Príliš časté vstupy do DC, môžu byť príčinou vzniku rôznych komplikácií. Pri zaschnutých krustách, pri aspirácií žalúdočného obsahu alebo pri hustom a väzkom sekréte, je indikovaná laváž.

Ošetrovateľská starostlivosť o dieťa s trvalou tracheostómou v domácom prostredí a sociálnom zariadení

Domáce prostredie predstavuje podľa Kožuchovej (2014), pre každého človeka ideálne prostredie z hľadiska uspokojovania jeho bio-psycho-sociálnych potrieb, znižuje sa riziko prenosu nemocničných nákaz a nezanedbateľný je tiež ekonomický aspekt.

Pred prepustením dieťaťa s TS do domácej starostlivosti je nutné, aby boli rodičia a rodinní príslušníci edukovaní zdravotníckymi pracovníkmi o postupe základnej ošetrovateľskej starostlivosti. Doma sa môžu ocitnúť v situácií, kedy sa musia rozhodovať sami a nemajú ihneď po ruke všetko čo bolo dostupné v nemocnici. Vráťane personálu. Cieľom edukácie pacienta, prípadne rodinných príslušníkov je praktický nácvik a dosiahnutie samostatnosti v ošetrovateľských činnostiach.

Zdravotná sociálna starostlivosť sa uplatňuje v prípade, kedy zdravotné postihnutie, znížená schopnosť sebestačnosti a sociálna situácia vyžaduje zvýšenú starostlivosť. Sociálna starostlivosť je deťom poskytovaná v zariadeniach ako sú napr. domovy sociálnych služieb, detské domovy a iné. Ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb poskytujú vzdelaní zdravotníci a sociálni pracovníci (Čeledová, Čevela, 2010).

Nevýhodou sociálneho zariadenia je obmedzená prítomnosť lekára. Pracovníci v týchto zariadeniach sú pri ošetrovaní pacientov po odchode lekára odkázaní len na svoje vedomosti a zručnosti. Materiálne vybavenie sociálnych zariadení často nie je dostačujúce pre poskytovanie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Ďalšou nevýhodou je, že pracovník má na starosti viac ako jedného klienta. V domácom prostredí rodič môže venovať dieťaťu omnoho viac času ako sociálny pracovník. Výhodou domáceho prostredia je aj nižšie riziko ohrozenia prenosom nemocničných nákaz než v sociálnom zariadení.

V domácej starostlivosti, rovnako ako v zariadeniach sociálnych služieb, je potrebné poznať zásady správneho ošetrovania a všetkých ošetrovateľských výkonov súvisiacich so starostlivosťou o pacienta s TS.

Základná ošetrovateľská starostlivosť v domácom a sociálnom prostredí zahŕňa zvlhčovanie vzduchu, kŕmenie, kúpanie, obliekanie, starostlivosť o okolie TS, odsávanie z TSK a samotná výmena TSK (Tracheostomy tube adult home care guide online, 2014).

Zvlhčovanie: Ak je vzduch nedostatočne zvlhčený, dochádza k zvýšenej viskozite spúta, alebo k spomaleniu až k zástave mukociliárneho transportu, čo môže viesť k rozvoju infekcie v DDC (Kapounová, 2007). Pediatric homecare online, (2014) odporúča niekoľko spôsobov ako zvlhčiť vzduch v domácom ale i sociálnom prostredí; umelý nos pomáha udržať vlastné teplo a vlhkosť v DC, prostredníctvom prístrojov, určených na zvlhčenie a ohrev vzduchu, čím pomáhame dieťaťu s TS lepšie dýchať.

Krmenie: U pacientov s TS je pri kŕmení potrebné postupovať opatrne. Dochádza k oslabeniu prehltacieho reflexu a pružnosti mäkkých tkanív dutiny ústnej a nosohltanu. Pacienti preto môžu mať poruchy, ktoré sa môžu prejaviť odmietaním stravy, nechutenstvom alebo aspiráciou (Marková, Frendrychová, 2006).

Kúpanie: Pri kúpaní dieťaťa hrozí riziko vniknutia vody do TSK, čo môže mať za následok dusenie dieťaťa. Pre väčšiu bezpečnosť môžete dieťaťu nasadiť umelý nos. Ak nie je dostatok materiálnych pomôcok, ktoré uľahčia kúpeľ alebo zo strachu pred vniknutím vody do TS sa hygiena môže vykonávať aj na lôžku dieťaťa (Pediatric homecare online, 2014).

Obliekanie: Pri obliekaní dieťaťa s TS treba dávať pozor na oblečenie ktoré pokrýva TSK. Môže dôjsť k sťaženému dýchaniu až duseniu dieťaťa.

Kazuistika č.1

Chlapec S. F. narodený roku 2004, od 30.9.2009 žijúci v detskom domove v Martine. Diagnóza: Stav po kraniotraume, stav po transverzálnej miešnej lézii na úrovni C5 s kvadruplégiou, trvalá tracheostómia, chronická respiračná insuficiencia na domácej umelej pľúcnej ventilácii (DUPV), má perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG), nosič HBsAg.

Osobná anamnéza: Dieťa S. F. je z prvej tehotnosti, fyziologického priebehu. Pôrod a popôrodné obdobie bez patológie.

V auguste 2008 zrazený automobilom Prevezený na oddelenie KDAIM v Martine. Po neurochirurgickom riešení transverzálnej lézie miechy v Th 2-3, kontúzie miechy a viacnásobnej zlomeniny krčnej chrčtice s dislokáciou, chlapec preložený na KDAIM v Martine. Pri prijme pacient dýcha spontánne cez TSK č. 4 bez balónika, kardio-plumonálne stabilizovaný. Laboratórne parametre sú bez patológie. Počas hospitalizácie pacient stabilizovaný, dýcha spontánne cez TSK bez desaturácií, pri nepokoji tachypnoický.

Výživa: Pacient kŕmený cez nasogastrickú sondu,

Rodinná anamnéza: Obaja rodičia zdraví. Mladší brat narodený roku 2006, po páde krvácanie do mozgu, stanovená mozgová smrť – exitoval. Sestra narodená roku 2005 a brat narodený roku 2007 – obaja zdraví.

Sociálna anamnéza: Chlapec od 30.9.2009 žije v detskom domove v Martine, kde sa o neho starajú sociálne sestry. Chlapec má oboch rodičov a dvoch súrodencov. Vzhľadom na chlapcov zdravotný stav a sociálne a ekonomické podmienky rodiny bol chlapec zverený do sociálneho zariadenia.

V súčasnosti bude mať pacient 10 rokov, má zabezpečené biopsychosociálne potreby, dýcha pomocou DUPV. Odpojenia od domácej ventilácie toleruje len na krátke časové úseky. Rodičia a súrodenci chodia navštevovať chlapca len zriedka. Toho času je pacient sledovaný v neurologickej, imunoalergologickej a v nefrologickej ambulancii.

Ošetrovateľská starostlivosť o dieťa s TS v detskom domove

Hygienická starostlivosť a starostlivosť o okolie TS: hygienická starostlivosť o pacienta je náročnejšia ako o ostatných klientov v sociálnom zariadení. Dôvodom je pripojenie dieťaťa na DUPV. Vzhľadom na nedostatočné priestorové vybavenie, architektonické členenie a zabezpečenie pomôckami, je hygienickú starostlivosť vykonávaná u dieťaťa na lôžku. Pacient zle toleruje realizáciu hygienickej starostlivosti a ošetrovanie okolia TS. Odmieťa komunikovať, je mrzutý. Okolie TS je preväzované dvakrát za deň, prípadne podľa potreby, ak je krytie pretečené. V prípade začervenania, alebo opuchu, je nevyhnutné kontaktovať lekára. Aj napriek dôkladnej hygiene a starostlivosti o okolie TS, dochádza u pacienta k opakovaným infektom DC, spojených so zápalom, začervenaniam a niekedy až mokvajúcej stómie. Sú mu obliekané len tričká, ktoré sú voľnejšie a neprekrývajú, alebo neprekážajú v okolí TS.

Riziko vzniku infekcie v oblasti tracheostómie: Sestra alebo sociálny pracovník, sa v rámci prevencie vzniku infekcie zameria na odstránenie faktorov, ktoré môžu vyvolať infekciu. Pri každom ošetrovaní TS si musí dôkladne umyť a vydezinfikovať ruky a so stómiou pracovať za prísne aseptických podmienok. Okolie TS je nevyhnutné ošetrovať dvakrát za deň. Po dohovore s lekárom použije vhodný dezinfekčný prostriedok napr. tanin alkohol, Betadine, fyziologický roztok, Aquitox, a iné, na vyčistenie. Ak si to okolie TS vyžaduje aplikuje antiseptické obvazy. Ak okolie TK preväzuje iný zdravotnícky pracovník, setra ho edukuje o správnom postupe preväzu a predchádzaní vzniku infekcie (Doenges et al., 2001).

Riziko vzniku nepriechodnosti DC: Pracovník v sociálnom zariadení alebo sestra, posúdi potrebu odsávania u pacienta. Na výkon si pripraví všetky potrebné pomôcky. Sestra musí mať na pamäti, že nedostatočným odsávaním, môže dôjsť k nahromadeniu hlienu, jeho zasychaniu a k vytváraniu tzv. „štopľov“, ktoré komplikujú stav pacienta tým, že dochádza k zhoršenému dýchaniu a následne až k upchatiu TSK. Preto je dôležité sledovať stav pacienta, farbu kože, hodnoty saturácie a stav hlienu. Po odsávaní, je dôležité posúdiť

dýchanie pacienta auskultáciou. O možných komplikáciách alebo zhoršenom stave pacienta je dôležité čo najskôr informovať lekára (Tóthová, 2011).

Výmena TSK u pacienta: Kanyla sa u pacienta mení raz za 14 dní. Pacient prichádza na oddelenie KDAIM v sprievode sociálnej sestry z detského domova a zdravotnej služby, ktorá pacienta zo sociálneho zariadenia dopraví do nemocnice. Kanyla sa po dohovore s lekárom KDAIM menila aj v sociálnom zariadení, ale vzhľadom na komplikácie, zúženie stomického priestoru a neschopnosť zaviesť TSK rovnakej veľkosti, pacient naďalej chodí na výmenu TSK do nemocnice.

Príjem potravy: Vzhľadom na kvadruplégiu a TS, pacient potrebuje pomoc pri kŕmení prijímaní tekutín. Sestry musia kŕmeniu venovať zvýšenú pozornosť, aby nedošlo k aspirácií jedla. Dieťa prijíma výživnú diétu. Vzhľadom k tomu, že odmietal stravu aj lieky a dochádzalo u neho k opakovanému zvracaniu, bol mu zavedený PEG. V súčasnosti sú mu do PEGu podávané len lieky, pretože tie odmieta prehltnúť a čaj pre lepšiu hydratáciu. Sestra alebo pracovník v sociálnom zariadení posúdi rizikové faktory aspirácie pri kŕmení pacienta, pozná opatrenia pri možnej aspirácií. Pred kŕmením je potrebné odsat' pacienta z TSK. Pacient je pri kŕmení vo zvýšenej, Fowlerovej polohe.

Kazuistika č. 2

Dieťa P.K. narodená v roku 1999 žijúca v domácom prostredí. Diagnóza; ťažký stupeň DMO – quadruspastická forma s úplnou inkontinenciou, sekundárny epileptický syndróm, skolióza, trvalá tracheostómia, chronická respiračná insuficiencia na DUPV, PEG.

Osobná anamnéza: Dieťa P.K. z prvej gravidity. Narodená v 39. týždni. Pôrodná hmotnosť dieťaťa 2960 g, dĺžka 51 cm. Popôrodná adaptácia primeraná.

V 7. týždni po narodení sa u dieťaťa objavili tzv. bleskové kŕče, hospitalizovaná na KDAIM v Martine. Diagnostikovaná DMO, sekundárna epilepsia a obojstranná porucha zrakovej dráhy. Lysencefalia completa.

Dieťa po prepustení do domácej starostlivosti pravidelne sledované u neurológa, pre GERD sledovaná v gastrologickej ambulancii, v pneumologickej ambulancii pre pozitívnu chlamídiovú pneumómiu.

V októbri 2011 prijatá na KDAIM s akútnou respiračnou insuficienciou, zaintubovaná ETK. napojená na UPV. Po odpojení preložená na JIS. V decembri 2011 zavedený PEG z dôvodu kachexie a diagnózy GERD. V auguste 2012 vykonaná u pacientky trvalá TS z dôvodu recidivujúcich infekcií DC a s aspiráciami do DC. Pre neschopnosť odpojenia od UPV vybavená DUPV. Pacientka na DUPV v stabilizovanom klinickom stave preložená do domácej starostlivosti a starostlivosti praktického lekára pre deti a dorast.

Rodinná anamnéza: Matka dieťaťa prekonala bežné detské ochorenia. Počas tehotenstva v prvom trimestri prekonala infekciu DC s febríliami bez ATB liečby. Otec zdravý. Súrodencov nemá.

Alergická anamnéza: U dieťaťa sa zistila pozitívna alergická anamnéza na ATB Zinnat.

Sociálna anamnéza: Dievča P.K. žije od narodenia, po diagnostikovaní DMO v domácom prostredí, kde sa o ňu starajú obaja rodičia. V trinástich rokoch u pacientky vykonaná trvalá TS a pre sťažené dýchanie je na DUPV. Matka edukovaná v oblasti starostlivosti o TS. O dieťa s ťažkým zdravotným postihom sa matka príkladne stará. Ak sa u matky objavili pochybnosti alebo si bola neistá v ošetrovateľskej starostlivosti, kontaktovala ošetrojúci personál na KDAIM. Aj napriek možným rizikám, ktoré mohli u pacientky nastať sa o ňu chcela starať v domácom prostredí.

Analýza a interpretácia ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí

Hygienická starostlivosť a starostlivosť o okolie TS: Podľa matky je hygienická starostlivosť o dcéru náročnejšia, ako bývala, keď bola menšia a bez TS. Matka má obavy, aby jej nenatiekla voda do TSK. Má obavy z odpojenia z DUPV, lebo veľmi rýchlo prestane dýchať. Vzhľadom na tieto okolnosti, hygienu vykonáva na posteli podľa pokynov sestier. Počas hygienickej starostlivo sa obáva, že si vytiahne kanylu alebo prestane dýchať. Aj keď má vedomosti, čo robiť v takej situácii, nie si je istá či by to zvládla. Toaletu sa snaží vykonať čo najdôkladnejšie a rýchlo. Pacientka počas realizácie toalety neudrží telesnú teplotu. Je nutná teplejšia prikrývka. Matka volí vhodné oblečenie. Úzkostlivo dbá o dodržiavanie čistoty okolia TS.

Riziko vzniku infekcie v oblasti tracheostómie: Počas pobytu v domácej starostlivosti, matka pozorne sleduje okolie stómie. Telefonicky alebo osobným kontaktom, sa informuje o možnostiach predchádzania vzniku infekcie. Zdokonaľuje sa v nových ošetrovateľských postupoch a technikách. Pri ošetrovaní okolia TS dodržiava štandard výkonu. Pred každým ošetrením TS si umyje a vydezinfikuje ruky. Okolie stómie ošetruje aspoň dvakrát denne. Po dohovore s lekárom alebo sestrou ADOS, konzultuje vhodný dezinfekčný roztok na očistenie okolia TS. Ak je okolie TS zapálené konzultuje návštevu lekára, alebo KDAIM. Dohodne ďalšiu kontrolu lekára a postup ďalšieho ošetrovania.

Odsávanie pacienta z DC: Na odsávanie používa matka jednorazové kanyly. Sú plne hrazené poisťovňou. Odsáva len keď je to nutné, nie preventívne. Z odsávania má vždy veľký strach.

Riziko vzniku nepriechodnosti DC: Matka alebo ošetrovateľ pri starostlivosti o dieťa v domácom prostredí musia mať dostatok vedomostí o technike odsávania. Aby sa predišlo riziku infekcie dodržiavajú všetky postupy sterility. Mali by mať na pamäti, že nedostatočným

odsávaním môže dôjsť k zasychaniu hlienov, ktoré môžu viesť k nepriechodnosti DC. Naopak, pri veľmi častom odsávaní u pacienta dochádza k podráždeniu sliznice trachey, čo môže mať za následok krvácanie z DC a iné komplikácie. Vo všetkých typoch starostlivosti je dôležité sledovať u pacienta farbu kože, hodnoty saturácie, stav hlienov. Dôležité je po odsávaní posúdiť dýchanie pacienta. Pri možných komplikáciách ihneď vyhľadať pomoc lekára.

Výmena TSK u pacienta: TSK by sa mala vymieňať každých 14 dní. V prípade konkrétnej pacientky sa po dohovore s ORL lekárom vymieňa raz za tri týždne. Matka bola edukovaná o technike výmeny TSK, ale vzhľadom na komplikácie a riziká ktoré ohrozujú pacientku, je kanyla vymieňaná na oddelení OAİM. Pacientka má pripravenú špeciálnu TSK, ktorá by nemala dráždiť granulóm a vyvolať krvácanie. Vzhľadom na krvácanie alebo stenózu otvoru TS, sú pripravené všetky pomôcky na zástavu náhle vzniknutého krvácania. Matka je poučená o tom, že pacientka má byť nalačno. Vzhľadom na motorický nepokoj je po dohovore s lekárom naordinovaná premedikácia Dormicum do PEGu. Po výmene kanyly sa ošetrí okolie stómie, prekryje sa sterilnými štvorcami a kanyla sa zafixuje okolo krku.

Príjem potravy: U dieťaťa bol vzhľadom na ťažký stupeň DMO, neprijímanie tuhej stravy per os a z dôvodu kachexie, zavedený PEG. Matka bola edukovaná o príprave a podávaní potravy prostredníctvom PEGu. Vie, že do PEGu sa podáva len tekutá strava, aby nedošlo k jeho upchaniu. Kŕmenie je nutné vykonávať pomaly, pre možné riziko aspirácie. Na kŕmenie používa Janettovu striekačku. Aplikuje primerane teplú potravu. Pred každým podaním novej dávky odsaje žalúdočný obsah a presvedčí sa že je žalúdok prázdny. Počas kŕmenia sleduje prejavy dieťaťa.

V starostlivosti o dieťa sa matka musí spoľahnúť len na seba. Každý deň má strach či sa nestane niečo nepredvídané. Aj napriek týmto obavám je rozhodnutá naďalej poskytovať opateru svojmu dieťaťu v domácom prostredí.

Záver

Pokrok vo vývoji technických medicínskych prístrojov a zariadení, ako aj ošetrovateľských postupov, umožňuje poskytovanie rovnako kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti deťom s trvalou TS nielen kvalifikovanými zdravotníckymi pracovníkmi v zdravotníckom zariadení, ale aj zdravotníckymi pracovníkmi v detskom domove aj rodičmi v domácom prostredí. V kazuistike sme na dvoch konkrétnych prípadoch detských pacientov s trvalou tracheostómiou popísali možnosti a spôsob poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti rodičmi v domácom prostredí a zdravotníckymi pracovníkmi v sociálnom prostredí detského domova. Zamerali sme sa na oblasť hygienickej starostlivosti, starostlivosti o okolie TS,

odsávanie pacienta z DC, zvládanie výmeny TSK a na príjem potravy. Ide o oblasti ktorým je nevyhnutné venovať zvýšenú pozornosť pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti pacientom s trvalou TS, v rámci skvalitnenia života.

Zoznam bibliografických odkazov

BEHUNOVÁ, L. – ORAVCOVÁ, M. 2009. Tracheotómia v detskom veku. In: Sestra, ISSN 1335- 9444, 2009, roč. 8, č. 11-12, s. 33-36.

BENUMOF, JL. et al. 1992. Clinical Procedures in Anesthesia and Intensive Care. Philadelphia, 2002, Lippincott Williams 81 Wilkins, pp 253-274.

ČELEDOVÁ, L. – ČEVALA, R. 2010. Výchova ke zdraví. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN: 978- 80- 247- 3213- 8.

DOENGES, M. E., et al. 2001. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 568 s. ISBN: 80- 247- 0242- 8.

KAPOUNOVÁ, G. 2007. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 352 s. ISBN: 978- 80- 247- 1830- 9.

KOMAN, A. – HRADSKÁ, A. 2007. Tracheotómia u detí. In: Lekárske listy, ISSN 1335- 4477, 2007, roč. XII, č. 30, s. 13.

KOSTŘÍŽOVÁ, P. – ROŠKAŇUKOVÁ, A. 2006. Komunikace s dítětem s tracheostomickou kanylou. In: Sestra ČR, ISSN 1210- 0404, 2006, roč. 16, č. 2, s. 27 – 28.

KOŽUCHOVÁ, M. a kol. 2014. Domáca ošetrovateľská starostlivosť. Martin: Osveta, 2014. 248 s. ISBN: 9788080634148.

LINDMAN. JP. 2013. Tracheostomy. In: Medscape [online]. 2013 [cit. 2013-12-05]. Dostupné na: <http://emedicine.medscape.com/article/865068-overview>.

LUKÁŠ, J. a kol. 2005. Tracheostómie v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing a.s. 2005. 128 s. ISBN: 80- 247- 0673- 3.

MARKOVÁ, M. – FRENDRYCHOVÁ, I. 2006. Ošetrování pacienta s tracheostomií. Brno: NCOaNZO, 2006. 101 s. ISBN: 80- 7013- 445- 3.

PLZÁK, J. a kol. 2013. ORL pre všeobecných lekárov. Tracheostómia, starostlivosť o tracheostómiu, koniotómia. Bratislava: Dr. Josef Raabe, s.r.o. 2013. 163 s. ISBN: 978- 80- 8140- 068- 1.

Pediatric home care. In: Bryan medical. [online].[cit. 2014-02-15]. Dostupné na: http://www.bryanmedical.net/HCG_English.pdf.

STREITOVÁ, D. – ZOUBKOVÁ, R. – CHWALKOVÁ, I. 2012. Domáci umělá plicní ventilace. Jesenius. Centrum pro celoživotní vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví fakulty zdravotnických studií. Ostrava: Ostravská univerzita, 2012. 82 s. ISBN: 978- 80-7464-181-7.

ŠKVRŇÁKOVÁ, J. – PELLANT, A. – MANDYSOVÁ, P. Jak zlepšit komplexní ošetrovatelskou péči u pacientů s tracheostomií. [online]. Fakulta zdravotnických studií, Pardubice. Pardubice: Pardubická krajská nemocnice a.s., Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku: [cit. 2013-12-05]. Dostupné na: http://www.unipo.sk/public/media/10304/kvrňakova,%20Pelant,%20Mandysova_Jak%20zlep

TÓTHOVÁ, A. 2011. Ošetrovateľská starostlivosť v komunite: špecializačné štúdium. [online]. 2011. [cit. 2013-12-20]. Dostupné na: http://bystrica.wbl.sk/respiracne_hproby.sk.

ZADÁK, Z. a kol. 2007. Intenzívni medicína na princípech vnútorného lekážství. Praha: Grada Publishing, 2007. 336 s. ISBN: 978- 80- 247- 2099- 9.

Kontaktná adresa autorky:

PhDr. Mária Šupinová, PhD.

FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

97405 Banská Bystrica

Mail: maria.supinova@szu.sk

Telefón: 0905368142

HODNOTENIE BOLESTI U PACIENTOV S POKROČILOU DEMENCIOU

JANA VIRGULOVÁ, MÁRIA ŠUPÍNOVÁ, ELENA JANICZEKOVÁ

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Sumár

Schopnosť komunikovať nie je celkom zničená ani v dôsledku pokročilej demencie. Stále je možné hľadať iné formy komunikácie, gestá, chovanie, ktorými nám pacient s pokročilou demenciou niečo neverbálne vyjadruje. Primárnou funkciou bolesti je varovanie na možnosť blízkeho reálneho poškodenia organizmu noxou - tepelnou, fyzikálnou, mechanickou, chemickou alebo biologickou (Sláma et al, 2011). Chronická bolesť však nesie v sebe zložku alghymickú, kedy emočné prežívanie bolesti je prejavom utrpenia chorého. U pacientov s pokročilou demenciou má chronická bolesť svoje špecifiká v kontinuite s prehľbujúcim sa kognitívnym deficitom. Na hodnotenie bolesti u pacientov s pokročilou demenciou sa odporúča PAINAD škála, zohľadňujúca päť domén (dýchanie, svalová reakcia pri manipulácii, vokalizácia, výraz tváre, reakcia na slovný kontakt a slovné tíšenie bolesti).

Kľúčové slová: demencia, bolesť, PAINAD škála, senior, ošetrovateľská starostlivosť.

Úvod

Využitie škály v starostlivosti o seniora s pokročilou demenciou v ošetrovateľskej praxi má viesť k zabezpečeniu pohodlia, odstránenie diskomfortu spojeného s bolesťou, zaručenie dôstojnosti a primeranej kvality života seniora v terminálnom štádiu demencie (Jakubíková, 2009, s. 37 - 41). Holmerová, Jarolímová, Suchá et al. (2007, s. 108) uvádzajú že škála PAINAD (Pain Assesment In Advanced Dementia) bola vytvorená na podklade prehľadu literatúry, rozhovorov so skúsenými opatrovateľmi a dvoch starších stupníc: DS-DAT a FLACC. DS- DAT stupnica je určená pre pacientov s pokročilou demenciou a FLACC je škála bolesti pre malé deti.

Vlastný text

Chronická bolesť je oveľa ťažšie definovateľná, pretože príčiny, ktoré ju vyvolávajú, nie sú vždy spoľahlivo identifikovateľné. Často je intenzita bolesti vyššia než je samotná stimulácia, čo býva často zdrojom nedorozumenia medzi lekárom, ošetrojúcim personálom a pacientom. Chronická bolesť spôsobuje veľké telesné utrpenie, je sprevádzaná psychologickými zmenami

a utrpením znásobujúca sa navyiac u pacientov s narušenou verbálnou komunikáciou a prehľbujúcim sa kognitívnym deficitom. Všetky zložky riadiacich systémov imunologický, endokrinný a nervový s psychikou je atakovaný (Rokyta et al, 2006, s. 10). Chronická bolesť je kombinácia bolesti neuropatickej a nociceptívnej. Neuropatická bolesť začína v primárnych aferentných nemyelinizovaných vláknach C, prestupom vzruchov medzi vláknami. Nociceptívna bolesť vzniká podráždením vlastných receptorov bolesti na konci aferentných vlákien.

Pri chronickej bolesti sa uplatňuje stresová analgézia. Okrem opioidného systému sú i ďalšie systémy, ktoré môžu ovplyvniť bolesť. Je to systém DNIC - diffuse noxious inhibitory control, ktorý začína v predĺženej mieche a v prednom komorovom jadre. Aktivácia tohto systému tlmí bolesť, preto okrem opioidov, sa uplatňujú ešte iné modulátory bolesti: nociceptin, kanabioidy, oleomid, galanin, GABA, neuropeptid Y, oxytocin, orexin, dopamin, noradrenalin, ghrelin, glutamát, serotonin, neurotensin, kokain a amfetamin regulujúci transkript (CART - kokain and amphetamin regulated transcript) (Rokyta, et al 2006, s. 14). 50 % bolestivých neuropatií postihuje jedincov nad 70 rokov, v rámci polymorbidity u viac ako 50 % pacientov sa polyneuropatia objaví po viac ako 10 rokoch trvania diabetu (Fink, et al, 2005).Bolesť je často veľmi intenzívna, pichavá, pálivá či bodavá. Nemčíková (2008, s. 85 - 87) uvádza, že v januári 2005 sa dostáva na trh ako prípravok Cymbalta na liečbu veľkej depresívnej poruchy a aj na liečbu bolesti pri polyneuropatiách a diabetickej polyneuropatii. Je prvým antidepressívom zo skupiny SNRI schváleným pre túto indikáciu. Bolesť je často veľmi intenzívna, pichavá, pálivá či bodavá. Cieľom liečby nie je bolesť odstrániť, ale potlačiť symptómy a zlepšiť prežívanie pacienta. Súčasné podávanie s prípravkami ovplyvňujúcimi CNS (opioidy, benzodiazepíny, antipsychotiká, fenobarbital, antihistaminiká, alkohol) môže viesť k akcentácii centrálnych účinkov, hlavne k sedácii.Nemčíková (2008, s. 87) ďalej uvádza, že klinická účinnosť duloxetínu v liečbe bolestivej diabetickej polyneuropatie bola sledovaná v dvoch podobne usporiadaných multicentrických, dvojito zaslepených a placebom kontrolovaných štúdiách. V prvej štúdii (in Goldstein DJ, LU Y, Detke MJ et al. Duloxetine v.s. placebo in patients with painfull diabetic neuropathy. Pain 2005; 11:109–118), bolo randomizovaných 457 pacientovs diabetom I. a II. typu počas 12 týždňov. Sledovalo sa priemerné 24-hodinové skóre bolesti pri dávkach duloxetínu 20, 60 a 120 mg. 50 % zmiernenie bolesti sa v placebovej skupine dosiahlo u 26 % pacientov, v duloxetínovej skupine pri dávke 20 mg/deň u 41 %, pri dávke 60 mg u 49 % a pri dávke 120 mg u 52 % pacientov. V druhej štúdii druhej štúdii (in Wernicke JF, Pritchett YL, D'Souza DN, et al. A randomized controlled trial of duloxetine in diabetic peripheral neuropathic pain.

Neurology 2006; 67: 1411–1420) sa sledovala účinnosť u 348 pacientov pri dávkach duloxetínu 60 mg/deň a 2 x 60 mg/deň. Pri sledovaní 24-hodinového priemerného skóre bolesti sa dosiahlo u placebo 43 % zlepšenie, pri 60 mg u 68 % a pri dávke 120 mg/deň u 64 % pacientov.

Ako uvádza vo svojej štúdií Abbey et al., (2004) potreba špecializovaného klinického režimu u pacientov s demenciou, ktorí potrebujú paliatívnu starostlivosť, bola len nedávno uznaná. Štruktúrované prístupy k paliatívnej starostlivosti, nie sú dobre vyvinuté. Rozpoznanie a liečba bolesti je dôležitou súčasťou tejto úlohy riadenia. Avšak, bolesť je stále nedostatočne diagnostikovaná a neliečená v tejto populácii. Faktorom, ktorý prispieva k tomu bol nedostatok vhodných nástrojov, ktoré pomáhali rozpoznať a dokumentovať bolesť. Štúdiá sa snažila vyvinúť merací nástroj, ktorý bol ľahko overiteľný a aplikovateľný v zariadeniach pre seniorov s demenciou. Nástroj sa overoval u ľudí v štádiách demencie, ktorí neboli schopní vyjadriť svoje potreby. Výsledky ukázali, že terapeutickým zásahom sa bolesť zmenila, priemerné skóre bolesti kleslo viac ako o polovicu. T- test dosiahol skóre ($p < 0,001$).

PAINAD škálahodnotí dýchanie pacienta, vokalizáciu, výraz tváre, reč tela a reakcie na utešovanie. Hodnotenie: 0 = relaxácia a komfort, 1 - 3 = mierny diskomfort, 4 - 6 = stredná bolesť, 7 - 10 = discomfort, silná bolesť.

Tab. 1 Hodnotenie bolesti pri pokročilej demencii PAINAD
(Warden, Hurley, Volicer, 2003)

BODY	0	1	2
Dýchanie Nezávisle na vokalizácia	Normálny	Občasné namáhavé dýchanie. Krátke obdobie hyperventilácia	Hlučné, namáhavé dýchanie. Dlhé obdobia hyperventilácia. Cheyne-Stokesovo dýchanie.
Negatívne vokalizácia	Žiadny	Občasné ston alebo vzlykanie. Nízku úroveň reči negatívnym alebo odmietavá reč.	Opakované trápené volanie Hlasné stonanie, vzlyk. Plač.
Výraz tváre	Usmievavá alebo nevýrazný výraz tváre	Smutný, vydesený, zamračený	Bolestivé grimasy
Reč tela	Uvoľnená	Napätá. Nekľudná	Strnulosť Zovreté päsťe Kolená pritiažené k telu Príťahovanie alebo odtlačanie pri dotyku Udieranie
Utešovanie	Nie je nutné	Je možné rozptýliť alebo ukludniť hlasom alebo dotykcom	Nemožno utešiť, rozptýliť alebo upokojiť
SPOLU *			

Pozn.: Vorlíček L. Rozpoznanie a meranie bolesti u pacientov s pokročilou demenciou. In Bolest 2006, roč.9, č.1

Základom manažmentu bolesti je bolesť včas diagnostikovať, aby sa predišlo zbytočnému a nepríjemnému diskomfortu pacienta s demenciou. Neskorou diagnostikou bolesti vystavujeme seniora s demenciou depresii, zbytočnej agresivite a problémovému správaniu, zaťažujúceho jeho samého ako aj ošetrojúci personál či samotnú rodinu seniora. Pokiaľ je senior ešte mobilný, prežívaním bolesti je vystavený väčšej imobilite čo nepriaznivo ovplyvňuje jeho denné aktivity a zväčšuje riziko pádov a úrazov. Navyše pretrvávajúca bolesť sa negatívne ovplyvní mozgové funkcie, myslenie a celkové zhoršenie ABC príznakov. Ako uvádzajú autorky Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007, s. 106), je potrebné vnímať u pacientov s pokročilou demenciou práve nonverbálne signály bolesti a s pomocou PAINAD škály stanoviť stupeň vnímanej intenzity samotným pacientom. Lužný (2013, s. 679) v tomto kontexte dodáva, že pri hodnotení bolesti záleží na kognitívnych a verbálnych schopnostiach pacientov, na kvalite ošetrovateľského a terapeutického vzťahu. Z týchto dôvodov je obtiažne rozpoznať bolesť hlavne u kognitívne deficitných jedincov, ktorí obtiažne dokážu vyjadriť svoje pocity prežívania bolesti. Podobné výsledky dokladajú aj (Lukas et al, 2012., Jordan et al, 2012). Vanková (2009, s. 105) uvádza, že až 80 % seniorov prežíva bolesť, pričom u časti z nich zostáva bolesť nerozpoznaná a neliečená. Zwakhalen (et al., 2009) poukazuje na výsledky nizozemskej štúdie hodnotenia bolesti u obyvateľov v Domovoch pre seniorov, ktorá potvrdila, že prevalencia výskytu bolesti u klientov s demenciou je odhadovaná v rozmedzí 28 - 83 %. Lužný (2013, 680- 681) vo svojom výskumnom šetrení mapoval prekladovú ošetrovateľskú dokumentáciu u 201 klientov psychiatrickej liečebne v Kroměříži, s cieľom vyhodnotiť potenciálnu bolesť týchto klientov s demenciou, ktorí boli do uvedeného psychiatrického zariadenia prelození. Zistil, že úplne nevyplnená resp. len čiastočne vyplnená prekladová dokumentácia bola u 29,9 % klientov a v 19,4 % prekladovej dokumentácie chýbal úplne formulár hodnotenia bolesti. Vstupné vyšetrenie bolesti u všetkých 201 preložených klientov pomocou škály PAINAD poukázalo na prítomnú bolesť u 27 % klientov, u ktorých nebolazaevidovaná bolesť v prekladovej dokumentácii.

Tieto zistenia, komparujú aj s výsledkami európskej štúdie SHELTER, ktorá hodnotila prevalenciu bolesti u seniorov obývajúcich domovy pre seniorov. V tejto štúdii sa zistilo, že z 45,7 % prevalencií výskytu bolesti u týchto seniorov nebolo terapeuticky liečených 24 %. U 11 % bola analgetická liečba podávaná nepravidelne len na žiadosť seniora. Zhodujeme sa s názorom autora (Lužný, 2013 s. 682) : „ Stojí vôbec hodnotení bolesti v popredí zájmu ošetrovateľského personálu“?

Škála PAINAD má určených päť domén. V prvej doméne Dýchanie - ošetrojúci personál hodnotí neverbálny prejav klienta od polohy - tiché a rytmické dýchanie, cez polohu 1 -

občasné a namáhavé dýchanie s krátkodobou hyperventiláciou až po polohu 2 - kedy u klienta nastáva hlučné a sťažené dýchanie, s dlhým obdobím hyperventilácie a nástupom Cheyno - Stokesovho dýchania. V druhej doméne 2 ošetrojúci personál - hodnotí v polohe 0 - negatívnu vokalizáciu, v polohe 1 - občasné stonanie s málo hlasitým mrmlaním, bručaním, resp. negatívnym prejavom v hlase. V polohe 3 personál v tejto škále posudzuje - opakované a utrápené volanie, s hlasitým stonaním a plačom. V doméne Výraz tváre ošetrojúci personál v polohe 1 hodnotí neutrálny obličaj až úsmev, v polohe 2 posudzuje smutný, nešťastný alebo deprimovaný výraz tváre, so zníženými kútikmi tváre a vráskami okolo úst a čela. V tretej polohe u pacienta vidí bolestivé grimasy tváre, s možnosťou pevne zavretých očí. Vo 4. doméne posudzuje ošetrovateľský personál reč tela. V polohe 0 vidí relaxovanosť klienta, v polohe 1 - sa pridružuje napätosť, ak je chodiaci klient tak pomalá a utrápená chôdza, ak je klient v tretej polohe n personál vidí strnulosť a stuhnutie tela, zovreté päsťe, bránenie pri dotyku resp. negatívna prejav klienta udretie, kopnutie uhryznutie....Pacient nechápe, pomoc opatrovateľa, jeho obrana je chápaná ako agresia (Holmerová, Jarolímová, Suchá, et al., 2007 s. 106). V poslednej piatej doméne - Utešovanie, je v polohe 0 klient pokojný, v polohe 1 sa mení u neho chovanie oslovením ošetrojúceho personálu, v polohe 2 - ošetrojúci personál nedokáže seniora utíšiť, alebo zastaviť jeho chovanie slovami ani skutkami.

Existuje veľa ďalších škál k hodnoteniu bolesti u pacientov s demenciou. Najnovšie medzinárodné štúdie systematicky hodnotia 12 takýchto škál. Mnohé z nich sú ešte vo vývoji. Čo je však nesmierne dôležité dokážu pomôcť rozoznať bolesť u pacientov s pokročilou demenciou a zlepšiť kvalitu života v terminálnom štádiu ochorenia.

Záver

V súčasnom modernom a profesionálnom ošetrovatelstve je nerozpoznanie bolesti závažným problémom, ktorý sa znásobuje u pacientov s poruchou verbalizácie pri pokročilej a ťažkej demencii. Výskumy v posledných rokoch posúvajú hranice ošetrovatelstva tým, že implementujú v praxi posudzovacie škály ako napríklad škála PAINAD pre bolesť, čím dávajú do rúk ošetrojúcemu personálu a managementu bolesti prostriedky pre jej elimináciu. PAINAD škála je vhodná pre praktickú využitie, pre bežnú ošetrovateľskú prax. Podmienkou je len jej pochopenie akceptovanie. V ošetrovateľskej praxi je len ťažko ospravedlniť prípady pacientov trpiacich bolesťou, u ktorých nie je bolesť vôbec monitorovaná alebo liečená (Lužný, 2013, s. 683).

Zoznam bibliografických odkazov

ABBEY J., PILLER, N., de BELLIS, A., ESTERMAN, A, PARKER, D, GILES, L., LOWCAY, B. 2004. The Abbey Pain Scale. A 1 minute numerical indicator for people with end stage dementia. *In International Journal of Palliative Nursing* 2004., 10 (1): 6 -13.

FINK, E, OAKLANDER AL. 2005. Diabetic neuropathy. *Pain Management Round*, 2005; 2 (3). Dostupné na www.painmanagementrounds.org.

JAKUBÍKOVÁ, H. 2009. Najčastejšie neurologické ochorenia vyžadujúce paliatívnu liečbu. *In: Paliat. med. lec. bolestí*, 2009, ISSN 1337-6896. 2 (1):37-41.

JORDAN, A. et al. The utility of PAINAD in assessing pain in a UK population with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011., 26(2), 118 -126.

LUKAS, a. et al. Pain and dementia: a diagnostic challenge. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*. 2012,34(1), 38-43.

LUŽNÝ, J. 2013. Hodnocení bolesti u klientů se středně těžkou a těžkou demencí. *In Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2013, roč.4, č. 4/2013, ISSN 1804-2740, s. 678 -683.

NEMČÍKOVÁ, E. 2008. Duloxetín - prvé SNRI antidepresívum v liečbe neuropatickej bolesti. *In Paliat. med. lec. boles.*, 2008, ISSN 1337-6896. [online]. cit. [2015-14-7]. Dostupné na www.paliativna.medicina.sk. roč. 1 (2):85–87.

SLÁMA, O et al. 2011. *Paliatívni medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén, 2011. 363 s. ISBN 978-80- 7262-849-0.

ROKYTA, R. et al. 2006. Patofyziológia chronickej bolesti. *In Paliatívna medicína a liečba bolesti. Brožúra Liečba chronickej bolesti/2011*, ISSN 1337-6896.[online]. cit. [2015-14-7]. Dostupné na www.paliativna.medicina.sk.

VANKOVÁ, H. Rozpoznání bolesti u nemocných s pokročilou demencí. s. 105. *In Holmerová, Jaromírová et al. Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: Gerontologické centrum. 2007,299 s. ISBN 977-80-254-0177-4.

Kontaktná adresa autorky:

PhDr. Jana Virgulová, PhD.

Fakulta zdravotníctva SZU v Bratislave so sídlom v Banskej Bystrici

Sládkovičova 21

974 05 Banská Bystrica

Mail: jana.virgulova@szu.sk