

Katolícka univerzita v Ružomberku
Fakulta zdravotníctva a Pedagogická fakulta
a
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií, Ústav aplikovaných
společenských věd

Zborník z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie

Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve, pôrodnej
asistencii a sociálnej práci

2010

Editor: doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.

Recenzenti: PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
PhDr. Marcela Ižová, PhD.
PhDr. Mariana Magerčiaková, PhD.
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
PhDr. Mária Novyzedláková
PhDr. Mária Lehotská
PhDr. Eva Moraučíková
PhDr. Michaela Vicáňová

Za odbornú a jazykovú stránku zodpovedajú autori.

ISBN 978-80-7318-978-5

OBSAH

Integrální koncept péče o seniory – od teorie k praxi	7
Martina Cichá, Kateřina Šrahůlková, Zlatica Dorková	
Starostlivosť o seniorov - potreba interdisciplinárnej a medzisektorovej spolupráce ...	16
Lucia Cintulová	
Podpora rodiny jako nástroj prevence institucionalizace umírání	26
Zlatica Dorková, Martina Cichá	
Depresia u seniorov	32
Terézia Fertaľová, Tatiana Šantová, Zuzana Novotná	
Porodní asistentka v přípravě ženy na proces stárnutí	39
Helena Fremlová, Jana Křemenová	
Návrh edukačného programu pre ženy v období klimaktéria vychádzajúc z výsledkov výskumu	45
Helena Galdunová, Dagmar Magurová	
Starostlivosť o seniorov a interdisciplinárny prístup	55
Veronika Hencelová, Lucia Cintulová	
Potreba edukácie v geriatrici	71
Anna Hudáková, Eudmila Majerníková	
Škola dýchania v prevencii ochorení seniorov	82
Zuzana Hudáková, Mária Novysedláková	
Edukácia seniora o dychovej rehabilitácii pri respiračných ochoreniach	87
Zuzana Hudáková	
Špecifiká komunikácie sestry so sluchovo postihnutými pacientmi	96
Marcela Ižová, Andrea Nagyová	
Medzigeneračná komunikácia - indikátor sociálneho zdravia	103
Marta Jakubíková, Slávka Kapová	
Sociálne kontakty seniorov a ich význam pre udržanie zdravia	109
Marta Jakubíková, Slávka Kapová	
Subjektívny názor študentov sociálnej práce na vykonávanie ich praxe počas štúdia .	116
Lucia Juhásová, Lenka Štefáková	
Štandardy v sociálnych službách	127
Irena Kamanová	

Edukácia v kontexte podpory zdravého starnutia	140
Mária Kopáčiková, Jaroslav Stančiak	
Komplexná ošetrovateľská starostlivosť v ZSS	147
Margita Kosturíková	
Adaptačný proces študentů ošetrovatelství na gerontologických pracovištích	177
Anna Krátká, Markéta Valentová, Silvie Treterová	
Ženy a proces stárnutí	182
Jana Křemenová, Helena Fremlová	
Osoby bez přístřeší a zdravotní rizika	188
František Kuba	
Kvalita edukácie a faktory napomáhajúce a prekážajúce edukácii v ošetrovatel'stve .	202
Helena Kuberová	
Princípy ošetrovateľskej starostlivosti o geriatrických pacientov v etickom kontexte .	210
Gabriela Kuriplachová, Tatiana Šantová	
Pohybová aktivita a kvalita života seniorov	216
Alena Longauerová, Wioletta Mikuľáková	
Podpora pozostalých v procese smútenia	224
Eva Moraučíková, Marcela Ižová	
Podpora zdravia u seniorov	233
Mária Novysedláková, Zuzana Hudáková	
Staroba a zmysel života	241
Ivan Ondrášik	
Ošetrovanie diabetickej nohy TENSom	249
Libuša Repiská	
Komunikácia s onkologickým pacientom a s jeho rodinou	255
Viera Ryšková, Angelika Dudžáková	
Očkovanie seniorov	264
Janka Slaninková , Iveta Ondriová	
Prevenca pádov a úrazov starších ľudí	270
Andrea Šuličová, Jana Cinová	
Zát'az opatrovateľa pri starostlivosti o seniora	277
Zuzana Šimová, Iveta Ondriová	

Multidisciplinárny tím v paliatívnej starostlivosti	284
Lenka Štefáková	
Možnosti včasnej diagnostiky kardiálnej autonómnej dysregulácie a závažných stresoidných faktorov na zdravotný stav gerontov	292
Anton Lacko, Helena Kadučáková, Helena Kuberová, Lucia Lacková	
Zdravotno-sociálne problémy seniorov v domácom prostredí	302
Katarína Zrubáková	
Faktory ovplyvňujúce prácu sestry v zariadeniach sociálnych služieb	316
Helena Kadučáková	
Špecifiká posudzovania pacienta s poruchami psychiky v starobe	324
Michaela Vicáňová, Silvia Rovná	
Násilie páchané na starších ľudoch	333
Helena Kadučáková	
Senior jako edukant v ošetrovatel'stve	341
Mariana Magerčiaková	
Senior- recipient ošetrovatel'skej starostlivosti v chirurgických odboroch	350
Mariana Magerčiaková, Katarína Zrubáková	
Špecifiká ošetrovatel'skej starostlivosti o ženu v séniu	363
Viera Simočková	

POSTERY

Využitie meracích a hodnotiacich nástrojov v starostlivosti o seniorov	369
Mária Lehotská	
Príčiny zvýšeného výskytu pádov v starobe	370
Helena Kadučáková	
Sociálne zabezpečenie seniorov ako skupiny ohrozenej chudobou	371
Andrea Bánovčinová, Jana Levická	
Špecifiká sociálnej práce s osobami vyššieho veku	372
Lucia Kováčová, Lenka Bérová	
Budúce problémy a trendy dobrovoľníctva seniorov	373
Lukáš Pavelek	

PREDHOVOR

Posledné desaťročia v demografickom vývoji európskych populácii viedli k pomerne významným zmenám v ich štruktúre. Najčastejšou charakteristikou, ktorá sa pre tento vývoj používa, je starnutie populácie. Ako základné príčiny toho vývoja odborníci uvádzajú pokles pôrodnosti a predlžovanie života ľudí, ktoré významne menia mapu populácii podľa vekových skupín. Tieto zmeny sú súčasne výzvou na prehodnotenie existujúcich zdravotných, sociálnych i ekonomických politík tak aby v budúcnosti adekvátnejšie odpovedali formujúcej sa sociálno-demografickej štruktúre v krajine.

Vlády jednotlivých krajín rozpracúvajú rôzne opatrenia na sociálnu ochranu starších osôb i opatrenia na dodržiavanie ich ľudských, občianskych a politických práv. Vo všeobecnosti možno tieto opatrenia vidieť v skvalitňovaní zdravotníckej starostlivosti zavádzaním nových liečebných technológií, potrebných sociálnych služieb, ktoré sú potrebné na zabezpečenie dôstojného života v rodine i v spoločnosti.

Vzhľadom k uvedeným skutočnostiam sa konala na Fakulte zdravotníctva Katolíckej univerzity 2. medzinárodná vedecká konferencia Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve, pôrodnej asistencii a sociálnej práci. Ústrednou témou konferencie bola *interdisciplinárna starostlivosť o seniorov*. Publikácia z tohto podujatia má za cieľ poskytnúť širokej odbornej verejnosti informácie o výsledkoch vedeckej činnosti, ktoré prispievajú k rozvoju poznatkov v oblasti starostlivosti o seniorov v zdraví i v chorobe z bio-psycho-sociálneho a spirituálneho aspektu. Do publikácie prispeli autori zo Slovenskej a Českej republiky.

Za kolektív autorov Helena Kadučáková

INTEGRÁLNÍ KONCEPT PÉČE O SENIORY – OD TEORIE K PRAXI

Martina Cichá, Kateřina Šrahůlková, Zlatica Dorková

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií,
Ústav aplikovaných společenských věd

Souhrn

Autorky příspěvku se zaměřily na saturaci biologických, psychických, sociálních, kulturních i spirituálních potřeb seniorů - v souvislostech, které je třeba při poskytování týmové péče o seniory respektovat. Ústředním tématem příspěvku je návaznost zdravotní a psychosociální péče o seniory, která je v praktické rovině značně problematická. Seniorům je třeba poskytovat především psychickou podporu, což vyplývá i z Le Bretonovy studie Antropologie těla v kontextu modernity, o níž se autorky v textu zmiňují. Tvrdí, že duševní pohoda, k níž významnou měrou přispívá uspokojování kulturních, též spirituálních potřeb seniorů, by měla být jedním z hlavních cílů profesionální týmové péče o seniory. Zdravotníci se však přednostně soustřeďují na saturaci biologických potřeb seniorů, k psychosociálním potřebám (v širším slova smyslu) přistupují jako k druhotným, méně významným nebo dokonce nadstandardním. Za zásadní autorky příspěvku považují komunikační a etický aspekt péče, neboť ten musí provázet uspokojování jakékoli potřeby seniora, nikoli jen ze strany zdravotníka, ale i psychologa, sociálního pracovníka, teologa a dalších, kdo se na komplexní, týmové péči o něj podílí.

Klíčová slova: Senioři. Týmová péče. Návaznost péče. Integrální koncept péče.

Úvod

Součástí profesionality všeobecné sestry jsou znalosti lidských potřeb, ve zdraví i nemoci, stejně tak schopnost tyto znalosti aplikovat v praxi. To je elementární základ každé ošetrovatelské péče, má-li být kvalitní.

Potřeby představují jednotný, dynamický systém, specifický pro každého člověka i aktuální situaci, v níž se daný jedinec nachází. Je všeobecně známo, že k uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka, tedy i seniora, je třeba přistupovat komplexně, v souladu s principy holistické filozofie. Lidské potřeby jsou v interakci, vzájemně se ovlivňují, a proto je třeba vidět je v souvislostech.

Sestry se běžně soustředují především na biologické potřeby nemocných. To je samozřejmě správné, z velké části podmíněno ordinacemi lékařů. Jen nás to nesmí vést k zjednodušení v tom smyslu, že úkolem sestry v oblasti saturace biologických potřeb nemocných je pouze plnění lékařských ordinací. V každém případě zajistit pacientovi komfort v oblasti dýchání, příjmu potravy a tekutin, vyprazdňování, hygieny atd. je primárním úkolem sestry. Avšak jak jsou v praxi fakticky saturovány nebiologické potřeby je otázkou, resp. saturace psychosociálních, kulturních a spirituálních potřeb seniorů ze strany zdravotníků se jeví jako značně problematická.

Úzkost, strach ..., tedy jiný než biologický problém seniorského pacienta, je sestrou často vnímán jako méně důležitý, nepodstatný, jako něco, co nevyžaduje aktivitu ze strany sestry, jako něco, s čím si pacient poradí sám. Ukazuje se ovšem, že nemocní vnímají nebiologické potřeby stejně významně jako biologické, ba dokonce, že někdy jsou u nich tyto potřeby akcentovány. To platí jak o psychosociálních potřebách, tak potřebách kulturních a spirituálních.

Za kulturní potřeby v širším slova smyslu považujeme všechny sekundární potřeby jednotlivců nebo skupin, které se vyvíjejí v procesu fylogeneze a ontogeneze člověka z kultivovaných způsobů uspokojování primárních potřeb (*Sociální a kulturní antropologie*, 2000). Spirituální potřeby lze chápat jako hledání a touhu po naplnění, která je vlastní všem lidským bytostem. Tyto potřeby mají úzký vztah k hledání smyslu života a smrti. Nelze je tedy omezit na religiozitu, ačkoli víra v Boha patří k hlavním determinantám spirituálních potřeb. V určitých situacích mohou být kulturní a spirituální potřeby dokonce mnohonásobně umocněny a mohou odsunout do pozadí i některé potřeby biologické. Může tomu ale být i naopak. Kulturní a spirituální potřeby mohou potencovat některé biologické potřeby nebo je přinejmenším modifikovat.

Metodika

V následujícím textu se budeme podrobněji zabývat potřebami seniorů ve vzájemných souvislostech. Na základě studia literatury i zkušeností z praxe se pokusíme o tvorbu integrálního konceptu péče o seniory, tj. takového modelu péče, který přinese maximální profit seniorovi.

Vlastní text práce

Stáří hodnotíme jako očekávanou, předvídatelnou a neodvratitelnou životní událost. Ačkoli každé zobecnění v medicíně a ošetrovatelství může být ošidné, my si jistě zobecnění dovolíme, v naději, že postihneme charakteristiky, které jsou pro stáří nejtypičtější.

Seniorská věková skupina se vyznačuje zvláštní tělesnou i duševní „křehkostí“, která je dána kombinací involučních a chorobných změn a specifickými riziky jako jsou zhoršená pohyblivost, polymorbidita, polypragmazie, horší prognóza, delší doba hojení, delší a komplikovanější rekonvalescence, častější komplikace, častý přechod do chronicity apod.

K duševním změnám, které jsou se stářím spojovány patří snížená mentální výkonnost, především zhoršení paměťových funkcí. Se snížením psychomotorického tempa, které je též pro seniorský věk typické, souvisí menší či větší nechuť k aktuálním úkolům, někdy též menší či větší nerozhodnost. Typická bývá naopak vytrvalost v některých činnostech. Příznačná je emoční labilita, někdy také citová „oploštělost“. Senioři bývají stálí v názorech i ve vztazích. Vyznačují se větší trpělivostí, schopností chápat druhé, někdy ale také větší úzkostností a neklidem. Strategie, které senioři využívají v adaptaci na změny každodenního života lze s jistými výhradami zobecnit na tzv. konstruktivní postoj, postoj závislosti, obranný postoj, nepřátelský postoj a postoj, jenž provází nenávisť k vlastní osobě. Jejich podrobný rozbor je nad rámec tohoto příspěvku. Rozhodně se však musíme zmínit o sociálních problémech, provázejících život seniorů, jako jsou ztížená adaptabilita na změnu prostředí, nesoběstačnost, osamělost a další, protože tyto úzce souvisí s psychikou starého člověka, a je zřejmé, že mají vliv i na jeho somatický stav.

Podle Le Bretona lidé dříve stárnuli s pocitem, že sledují přirozený běh věcí, který je přiváděl k většímu společenskému uznání, zatímco člověk moderní doby stále bojuje proti všem stopám věku a má strach zestárnout, neboť se obává, že by ztratil své dosavadní postavení. Zestárnout, pro většinu západních lidí, podle Le Bretona znamená zřít se toho hlavního, co tvořilo život, činnosti, které člověka dříve těšily, a sám sobě připustit, že již máme jen omezenou kontrolu nad svým bytím. Úpadek zájmu o sebe, který často následuje, vede k jakémusi „smrštění“ prostoru, až nakonec nezůstane nic víc než nepohyblivé a skoro „zbytečné“ tělo, které potřebuje pro uspokojení nejzákladnějších potřeb pomoc pečovatele. Proto Le Breton hovoří o redukci starého člověka na pouhé tělo, což je patrné především v různých ústavech, v nichž je o seniory pečováno. Úpadek zájmu o sebe sama a činnosti každodenního života, který je nyní jakoby bez perspektivy, je dobře patrný i u mnoha „méně starých“ lidí, kteří umírají během prvních týdnů po nástupu do ústavu, tedy když opuštění dosáhlo svého vrcholu a člověk je propříště redukován na pouhé tělo. Jestliže takový člověk nezemře, přijme postupně určitý druh symbolické smrti tím, že je stále závislejší na pečujícím personálu, stáhne se do uzavřenějšího a znehodnocenějšího nitra, což může vést až k trvalému připoutání na lůžko, kdy všechny tělesné aktivity jsou převedeny na pečující personál. Jakmile člověk všechno ztratil, zbývá už jen „opěra těla“ nebo také demence: jiný způsob, jak už nebýt přítomen. (Le Breton, 2003)

Vždy je proto třeba pokoušet se pozitivně ovlivňovat psychiku geriatrického pacienta a motivovat ho: k potěšení a radosti ze života, k optimistické životní perspektivě, k pružnosti, k prozíravosti, k porozumění, přičemž uvedené působení musí být vykonáváno nikoli jen psychologem nebo psychiatrem, ale všemi členy ošetrovatelského týmu. (Kalvach, 2004, s. 111) Je totiž zřejmé, že duševní pohoda seniora je pro subjektivní hodnocení kvality života nejdůležitější.

Tomaszewski kvalitu života formuloval na základě přítomnosti těchto atributů: převaha vlastního prožívání, uvědomělost, činorodost, tvořivost a společenství s druhými. (Kalvach, 2004, s. 107) Musíme dodat, že pro seniory to platí tím spíše, neboť mnozí trpí osamoceností, což je faktor ovlivňující všechny ostatní jmenované atributy, zpravidla negativně. Podle Frankla je důležité, jestliže je člověk zaměřen na něco jiného než na nemoc, na nepříznivé důsledky stáří, na sebe sama, jestliže je zaměřen na smysl, který má být naplněn nebo na jiné lidi. (Kalvach, 2004, s. 108)

Kdo si v sobě uchoval i ten nejmenší pocit nejen pouhého žití, ale také pocit existence důstojného lidství, musí přiznat, že pouze zůstat při životě zanechává každou lidskou bytost hodnou toho jména nanejvýš prázdnou a nespokojenou. (Frankl, 1998, s. 47)

Z toho všeho vyplývá, že je nezbytné seniory motivovat, nikoli nárazově, ale že motivační prvky je třeba uplatňovat při každém kontaktu s geriatrickým pacientem.

Aby práce každého člena ošetrovatelského týmu byla ve výsledku efektivní, musí být nejen odborně zdatný, ale bezpodmínečně musí projevovat zájem o klientovy problémy tak, aby si získal jeho důvěru.

Dle Haddona by se sestry neměly soustřeďovat jen na sběr informací o svých nemocných, ale měly by též naslouchat jejich povídání. To, že věnují čas příběhům svých pacientů, jejich obavám a nadějím, jim umožňuje poskytovat lepší, cílenější a více na míru šitou péči. Pokud se sestry zajímají jen o zdravotní stav seniorů, jsou o tyto podstatné informace ochuzeny. Zdravotnický personál je v této oblasti v privilegovaném postavení, neboť jde o osoby, kterým pacienti věří. Naslouchání pacientům ze strany lékařů, především pak ze strany sester, které jsou s nemocným v daleko užším a hlubším kontaktu, umožňuje hlubší porozumění komplexnosti jejich stavu a ve výsledku efektivnější intervence. (Haddon, 2009)

Budeme-li naslouchat seniorům, o něž pečujeme, budeme mít možnost se jim přiblížit, sdílet s nimi radosti i starosti, a tak přispívat k jejich pocitu duševní pohody. Můžeme jim tak umožnit lepší prožívání sebe sama jako lidské bytosti, nikoliv jako „materiálu“ umístěného v nemocnici „k opravě“.

Starý člověk se setkává s řadou náročných životních situací, které mohou negativně ovlivňovat jeho psychický stav. Může jít o vyrovnávání se s těžkou nemocí, ale také o vyrovnávání se se ztrátou životního partnera, s pocity osamělosti a smutku, s pocity ztráty smyslu života apod. Tyto negativní prožitky mohou zhoršovat adaptaci seniora na jakékoliv somatické onemocnění nebo přímo zhoršovat jeho průběh. V rozhovorech jim můžeme např. suplovat absenci komunikačního partnera, můžeme je motivovat k aktivitě, nebo je prostě můžeme jen vyslechnout, což je mnohdy samo o sobě terapeutické.

Pro účinnou komunikaci s geriatrickými klienty je třeba, aby se personál choval ke každému seniorovi jako k „neseniorovi“, a to i když má klient nepochybné znaky stařeckého chování nebo dokonce diskrétní či zjevné znaky demence. Jinými slovy, je nezbytné, aby byl senior z hlediska potřeb (potřeba příjmu potravy a tekutin, různé pracovní potřeby, různé zájmy, sexuální potřeba atd.) považován za zcela normálního.

Přístup lékařů i sester k seniorům musí být přísně individuální. Lékaři, stejně tak sestry, někdy mají sklon pracovat podle zaběhaných schémat, jakýchsi obvyklých logaritmů, jako kdyby každý nemocný senior vyžadoval totéž, ve stejném pořadí apod. Např. běžně používaný, tedy většinou pacientů vyhovující způsob polohování nemusí vyhovovat všem nemocným, jak nám to „dokázal“ jeden seniorský pacient s těžkou Bechtěrevovou chorobou, který pro těžké deformity a bolesti nemohl ležet na jednom boku stejně dlouhou dobu jako na druhém, takže se po krátké době dožadoval otočení na záda nebo druhý bok. Sestry to však odmítly provést, s odůvodněním, že polohují správně, a všem ostatním pacientům to takto svědčí.

Také komunikace s nemocným seniorem musí být přísně individuální. V přístupu k němu je nutno brát v úvahu nejen jeho zdravotní situaci, ale také jeho povahové vlastnosti, aktuální stav jeho psychiky, stejně tak jeho osobitou sociální situaci.

V této souvislosti je třeba zmínit též spiritualitu, duchovní život člověka, jenž úzce souvisí s jeho psychikou. Spiritualitu lze vyjádřit dvojdimenzionálně, v dimenzi vertikální, jako vztah s transcendentem, tj. s Bohem nebo jinou nejvyšší mocí řídící lidský život, a v dimenzi horizontální, jako vztah jedince k sobě samému, k jiným a k prostředí, ve kterém žije. Mezi těmito dvěma dimenzemi je nepřetržitý, prolínající se vztah. V zásadě platí, že každý jedinec má „svoji víru“, smysl svého života.

„Spirituelní ukotvení“ může člověku pomáhat zvládat nemoc, což je pro nemocného vždy zvláštní, mimořádný stav nouze - úzkosti a strachu, tak či onak poznamenávající jeho psychiku. V této situaci zpravidla dochází k akcentaci jeho spirituality, bez ohledu na to, zda je nábožensky podložená či nikoli. Ústředním motivem spirituálních potřeb nemocného

člověka, tím spíše seniora, který stále více žije s vědomím vlastní ohroženosti a smrtelnosti, je naděje – na přežití, uzdravení nebo alespoň zmírnění utrpení (bolesti atd.).

Důležité je, aby zdravotnický personál seniorovi uměl dodat naději na zlepšení stavu. Malá naděje na zlepšení (tedy špatná prognóza) nesmí u ošetřujícího personálu vést k pasivitě a lhostejnosti k osudu seniora, ke ztrátě dobré perspektivy vlastní práce, což je navíc zárodek syndromu vyhoření u osob v pečujícím týmu.

V péči o staré občany platí zásada neoddělitelnosti a komplexnosti zdravotních a sociálních služeb. Nic na tom nemění skutečnost, že v určitém konkrétním čase jedna nebo druhá složka převažuje, a to podle toho, jaký je aktuální zdravotní stav seniora. Je nutné, aby obě složky byly relativně vyvážené a přiměřené individuálním potřebám klienta. Nebezpečí plyne na jedné straně z „medicinalizace“ dlouhodobé péče, tedy ze snahy o řešení všech problémů starého člověka medicínskými prostředky. Na straně druhé zde číhá nebezpečí redukovat dlouhodobý problém starého člověka na problém čistě sociální. (Goldmann et al., 2006, s. 56)

Za zásadní pro kvalitní péči o seniory tedy považujeme komplexní zdravotně-sociální péči, která může mít různý charakter. Může jít o přemístění seniora ze zdravotnického zařízení do zařízení následné péče, o zajištění profesionální, poloprofesionální či laické péče o seniora v domácím prostředí, o různé finanční dávky, zajištění vhodného bydlení nebo také o psychologickou pomoc seniorovi či jeho blízkým.

K možnostem následné ústavní péče, které mohou seniory využívat patří ošetrovatelská lůžka, léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační ústavy, ústavy sociální péče pro dospělé, domovy důchodců, sociální lůžka a hospice.

Život lidí v pobytových zařízeních sociálních služeb s celoročním pobytem se podstatným způsobem liší od běžného způsobu života jejich vrstevníků. Jde o uměle zbudovaná kolektivní zařízení, která mají ve společnosti plnit určité poslání. Podle cílové skupiny se mohou zaměřovat na péči o seniory nebo osoby se zdravotním postižením. (Vávrová, 2009, s. 17)

Pokud je to však jen trochu možné, upřednostňujeme péči v domácím prostředí (v některých případech možno saturovat dávkami sociální péče, např. tzv. příspěvkem na péči), včetně servisu, který poskytují agentury domácí péče a pečovatelská služba, případně kombinujeme domácí péči s péčí v denním stacionáři.

Ani závažné onemocnění obvykle nevede k redukci lidské bytosti na pouhé základní biologické potřeby. Právě proto volí pacienti velmi často možnost domácí péče, která lépe vyhovuje vyšším potřebám, i když tzv. ošetrovatelský komfort může být v ústavech technicky vyšší. (Kalvach, 2008, s. 15-16)

Pokud se rodina rozhodne pečovat o svého nemocného člena rodiny v domácím prostředí, musí si uvědomit svou roli a být edukována o zdravotních a sociálních problémech, se kterými se může při péči setkat a musí je umět pohotově řešit. Jinými slovy, laická péče může úspěšně fungovat pouze za předpokladu vzájemné spolupráce a pomoci mezi institucemi a rodinou.

Vhodnou alternativou může být pobyt seniora v domě s pečovatelskou službou nebo v pensionu pro důchodce.

Ve všech případech je zpravidla možné využít péče ze strany volentérů, tj. dobrovolníků. To, jaký charakter péče volit, záleží na řadě okolností. Pokud je domácí zázemí pro seniora z jakéhokoli důvodu nevhodné, pak bychom se rozhodně neměli snažit udržet geriatrického nemocného v domácí péči za každou cenu. Hlavním rozhodovacím kritériem by měla být kvalita péče při současném respektování důstojnosti starého člověka. V situacích, kdy to je jen trochu možné bychom měli respektovat přání seniora. Rozhodovat „o něm bez něj“ považujeme za neetické (s výjimkou situací těžké psychické alterace seniora). Např. pro umístění pacienta do hospice je dokonce nutný jeho písemný, tzv. informovaný souhlas.

Významnou součástí kvalitní péče o seniory je již zmíněná edukace. Edukace klientů/pacientů a jejich blízkých je integrovanou součástí moderního ošetřovatelství a vzhledem k neustále krátkému se pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení se stává mnohem důležitější, než kdykoli předtím. Bohužel je stále opomíjená a podceňovaná. (Haluzíková, 2008, s. 32)

Závěr

Akcentujeme potřebu komplexního vnímání seniora, jako entity s nedílnou součástí fyzickou, psychickou, sociální, kulturní a spirituální, přičemž tyto složky se vzájemně ovlivňují. Lékařovo úsilí musí směřovat k jeho léčbě jako integrované lidské bytosti, nikoli jen k léčbě jeho chorobně změněného orgánu. Pro moudrého, citlivého, eticky uvažujícího lékaře není seniorský pacient „jen“ objektem diagnostického či terapeutického výkonu. Skutečný profesionál vnímá nemocného jako jedinečnou bytost, entitu s vlastním tělem, individuálním prožíváním a neopakovatelným „vnitřním“ světem.

Také sestry musí usilovat o saturaci všech potřeb seniora, odstranění nebo alespoň zmírnění všech jeho problémů. Také od sester vyžadujeme schopnost celostního přístupu k nemocnému, což mimo jiné znamená schopnost přemýšlet, nacházet vztahy a souvislosti, zdůvodňovat, aktivně vyhledávat a hodnotit, zejména aktuální a potenciální potřeby a problémy nemocných.

Základním principem celého procesu léčby a ošetřování, resp. komplexní péče o geriatrického pacienta musí být zajištění individuálního přístupu ke každému seniorskému klientovi. Aby zdravotníci mohli uplatňovat individuální přístup k nemocnému seniorovi, je nutné seniory diferencovat podle toho, zda potřebují podporu nebo péči, tedy je třeba rozlišovat mezi těmi, kdo soběstačnost z těch či oněch důvodů ještě neztratil, a těmi, kdo již jsou více či méně nesoběstační. To platí i o psychické podpoře či péči.

Při poskytování profesionální péče seniorům je třeba vždy v rámci možností zohlednit osobní přání a touhy seniora, jinými slovy, je třeba je znát a srovnat je s možnostmi, které pro jejich uspokojení máme, stejně tak se schopnostmi seniora, jeho rodiny atd., jež zásadním způsobem ovlivňují výsledek.

Je zřejmé, že ve vztahu k nemocným seniorům, resp. nemocným vůbec, je posuzování kvality jejich života závislé na celé řadě faktorů, ať už jde o léčbu kauzální, nebo symptomatickou či paliativní. Za nejvýznamnější podmínky pozitivně ovlivňující kvalitu života nemocného seniora v průběhu léčby je považována jeho autonomie (tj. aby mohl rozhodovat sám o sobě), a také individualizace léčby a ošetřování (tj. aby byly respektovány jeho zvyky, hygienické a stravovací návyky, jeho schopnosti smyslové, pohybové, aby byl brány v úvahu jeho věk a jeho mentální schopnosti). Tyto faktory nejen že zvyšují spokojenost nemocného seniora, ale také významně podporují jeho spolupráci s ošetřujícím personálem (tzv. compliance), což jsou cíle, ke kterým bychom měli při poskytování profesionální péče vždy směřovat.

Seznam bibliografických odkazů:

1. CICHÁ, M., NOVÁKOVÁ, I. *Spirituální potřeby nemocných muslimského vyznání*. Sestra, číslo 3, březen 2007, s. 22-23. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404.
2. CICHÁ, M., FREMLOVÁ, H., KRÁTKÁ, A. Integrované přístupy v medicíně, ošetřovatelství a porodní asistenci - realita všedního dne nebo zbožné přání? In *Integrované přístupy k prevenci a péči o zdraví*, s. 5-11. Zlín: Academia centrum UTB, 2008. ISBN 978-80-7318-778-1.
3. CICHÁ, M., GOLDMANN, R., ČIŽMÁŘOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, I. Kvalita života jako klíč ke zdraví jedince, rodiny, společnosti. In Čáp, J., Žiaková, K. et al. *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve a v porodnej asistencii*, s. 580-585. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2009. 752 s. ISBN 978-80-88866-61-9.

4. GOLDMANN, R. et al. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Učební text. 3. rozšířené vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 2006. 131 s. ISBN 80-244-1454-6.
5. HADDON, A. *Listen to your patients' stories*. Nursing 2009. Vol. 39. No. 10, s. 42-44. ISSN 0360-4039.
6. HALUZÍKOVÁ, J. Edukační činnost sestry. Distanční opora a e-learningový kurz. In Sborník ze symposia *Rozvoj distančních kurzů dalšího vzdělávání v ošetrovatelství na Slezské univerzitě v Opavě*, s. 31-32. Opava: Slezská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7248-467-6.
7. KADUČÁKOVÁ, H. Specyfika procesu edukacji u seniorów. In *Wybrane aspekty opieki długoterminowej*. Ostrowiec Św.: Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój“, 2009, s.249-254. ISBN 978-83-8946-627-3
8. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
9. KALVACH, Z. *Pečujeme doma. Příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, o. s., 2008. 94 s.
10. LE BRETON, D. *Anthropologie du corp et modernité (Antropologie těla a modernita)*. Paris: Éditions Presses Universitaires de France, 2003. 243 s. ISBN 2-13055-247-1.
11. VÁVROVÁ, S., HOZOVÁ, L., MARÁŠKOVÁ, I., NOVÁKOVÁ, R. *Kontext transformace bytových sociálních služeb*. Zlín: Fakulta humanitních studií UTB ve Zlíně, 2009. 120 s. ISBN 978-80-7318-869-6
12. *Sociální a kulturní antropologie*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon), 2000. 175 s. ISBN 80-85850-29-X.

Kontaktní adresy autorek

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.; Mgr. Kateřina Šrahůlková; Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Institut zdravotnických studií

Ústav aplikovaných společenských věd

Fakulta humanitních studií UTB ve Zlíně

Mostní 5139

760 01 Zlín

cicha@fhs.utb.cz; srahulkova@fhs.utb.cz; dorkova@fhs.utb.cz

STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV - POTREBA INTERDISCIPLINÁRNEJ A MEDZISEKTOROVEJ SPOLUPRÁČE

Lucia Cintulová

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita

Abstrakt

V priebehu vývinu civilizácie môžeme sledovať rôzne formy správania sa k starým ľuďom - od ich uznávania, ako schopných a skúsených autorít až k zmene postojov k seniorom v spoločnosti, kedy sú často označovaní ako neproduktívni a vyžadujúci ekonomicky náročnú starostlivosť. Chceme tu však poukázať na potrebu spolupracovať pri starostlivosti o seniorov, vzhľadom na demografické tendencie smerujúce k starnutiu obyvateľstva a poklesu pôrodnosti.

Kontext príspevku sa zameriava na seniorov a vzájomnú kooperáciu verejného, súkromného a neziskového sektora, ktoré zohrávajú významnú úlohu pri zlepšovaní sociálnych služieb poskytovaných seniorom a pri zvýšení ich dostupnosti pre klientov.

Kvalita života seniora je ovplyvňovaná kvalitou ponuky sociálnych služieb, ktoré odrážajú a naplňajú ich základné životné a sociálne potreby.

Kľúčové slová: Seniori. Sociálne služby. Starostlivosť o seniorov. Medzisektorová spolupráca. Interdisciplinárny prístup.

Abstract

During the development of civilization can be identified the various forms of behavior to the elderly. Once they are recognised as a capable and experienced authorities otherwise there is current trend to change attitudes to the elderly in society, who are often perceived as non-productive and as people requiring care of high costs. But we want to highlight the need to work together in taking care of the elderly that it has to be effectively provided and also because of the demographic trends leading to aging of populations and falling birth rates.

The core of this thesis relates to seniors and mutual cooperation between the public, the private sector and non-profit sector which play main role in society in order to improve process of providing social services to seniors and make them more accessible for the clients.

Life of seniors is influenced by the quality of social services that should reflect and must satisfy the needs of seniors – basic necessities of life and social needs as well.

Key words: Seniors. Social Services. Taking Care About The Elderly. Cooperation among sectors. Interdisciplinary Approach.

Úvod

Všetci starí ľudia majú jeden spoločný znak a to, že sú iní ako ostatní ekonomicky aktívni ľudia a práve táto odlišnosť ich do istej miery predurčuje k sociálnej izolácii. Na jednej strane je tu vízia odkázanosti a vysoko-nákladových služieb a na strane druhej existencia potenciálu starých ľudí, vysokého intelektu a ich bohatých skúseností. V spoločnosti sú vnímaní rôzne, a preto aj ich potreby sú uspokojované rozdielne, najmä vzhľadom na kvalitu a dostupnosť sociálnych služieb.

Za optimálne prostredie pre starého človeka sa považuje jeho prirodzené sociálne prostredie. Každá zmena prostredia alebo zmena životnej situácie je vo väčšine prípadov spojená s jeho zhoršenou adaptáciou. Ak dôjde u starého človeka k strate sebestačnosti, jeho kvalita života sa výrazne zhoršuje, je odkázaný na pomoc svojej rodiny alebo je nútený odísť do zariadenia sociálnych služieb. To, kam je starý človek umiestnený závisí od stupňa jeho závislosti. Táto zmena pre neho predstavuje silné emocionálne vypätie a vyžaduje vysokú dávku adaptácie a flexibility, ktoré sú už vo vyššom veku menej zastúpené.

Vnímame interdisciplinárny prístup a medzisektorovú spoluprácu pri starostlivosti o seniorov ako silnú potrebu, ktorá, pokiaľ je riadená zásadnými princípmi a zodpovedá pravidelnosti a efektívnosti, tak sa môže lepšie a jasnejšie podieľať na riešení jednotlivých problémov v priebehu života seniorov. Zároveň môžu výrazne prispieť k zlepšeniu kvality života starých ľudí.

Staroba ako obdobie zmien

Staroba je obdobie života, ktoré je na jednej strane spojené so životným naplnením a na strane druhej je späté s rôznymi ťažkosťami a zmenami, najmä biologickými, psychickými a sociálnymi.

Dessaintová (1999) uvádza viacero funkčných zmien, ktorými sa staroba vyznačuje: biologická veková hranica, znižovanie bunkového kapitálu, opotrebenie orgánov, starnutie nervovej sústavy, oslabená funkcia zmyslových orgánov a oslabenie imunitného systému. Starnutie mení zloženie a funkciu živých organizmov od molekulárnej úrovne až po úroveň celého organizmu. Ubúda svalov a znižuje sa ich sila, čo vedie k častejším pádom starých ľudí. Zákonitá biologická involúcia vychádza z individuálnych genetických dispozícií (Mulpachr, 2004).

Ďalší duševný vývoj seniora závisí od toho, do akej miery sa dokáže vyrovnat' so svojou situáciou, resp. so zmenami svojho zdravotného stavu. Dobrý duševný stav zostane zachovaný vtedy, keď sa udrží aj záujem a aktívny život seniora. Ak má starý človek pocit, aj jeho proces staroby znáša lepšie.

Krajčík (2000) uvádza viaceré zmeny, ktoré nastávajú v starobe:

1. Spomalenie reakčného času sa podieľa na vyššom výskyte úrazov a ich horších následkov. Prejavuje sa to napríklad vyššou nehodovosťou seniorov. Tempo práce sa spomaľuje, sú váhavejší, neradi sa rozhodujú a pod.
2. Intelekt zostáva zachovaný, možno pozorovať len zhoršenie pamäte.
3. U mnohých starých ľudí sa objavuje „spomienkový optimizmus“ – chvália minulé časy.
4. Starí ľudia môžu mať zníženú nápaditosť, vynaliezavosť a nechúť sledovať zložité aktuálne problémy.
5. U mnohých starých ľudí sa sleduje túžba po súkromí, čo často kontrastuje s realitou v zariadení pre seniorov.
6. Zvýšená je citová labilita, seniora sa rýchlo dojmú. Často trpia depresiami a pocitmi úzkosti.
7. Charakteristické črty sa v starobe zvyrazňujú. Nedôverčivý sa stáva sťažovateľom, citlivý depresívnym, introvert sa stane samotárom,

V starobe sa často stáva, že človek sa z nejakého dôvodu stane nesebestačným a vo väčšej miere sa obracia na pomoc druhých. Každý starý človek sa správa odlišne a jeho prežívanie je rozdielne, preto ich nemožno unifikovať. Ich sociálne problémy si vyžadujú individuálny prístup. Medzi tie najčastejšie patria: sociálna izolácia, nevhodné bytové podmienky, osamelosť a absencia rodinného opatrovateľa, neschopnosť postarať sa o seba a svoju domácnosť, adaptačné problémy, strata partnera a mnoho iných.

Sociálne služby ako nástroj pomoci seniorom

Kvalitu života vo výraznej miere ovplyvňuje kvalita poskytovaných sociálnych služieb. Podľa Munpachra (2002) je kvalita života veľmi subjektívna a veľmi individuálna – predstavuje rôzne veci pre rôznych ľudí a to v rôznom čase. Upozorňuje, že individuálne tempo starnutia vedie k diferenciacii kvality života seniora. Okrem veku, zdravotného stavu, fyzickej a psychickej výkonnosti sa do posudzovania kvality premietajú aj faktory, ako pohlavie, rodinná situácia, vzdelanostná úroveň, spoločenský status. Na jednej strane môžu tieto faktory pôsobiť ako zdroj uspokojenia pri spätnom pohľade na život, a na tej druhej aj negatívne, predovšetkým tým, že stráca svoju podstatnú rolu v chode domácnosti.

Akékoľvek poskytovanie starostlivosti či sociálnych služieb by malo vychádzať z potrieb seniora, ktoré sú kľúčom na zabezpečenie kvalitnej starostlivosti a individuálneho poznania človeka. Kvalita života seniora závisí od efektívnosti uspokojovanie jeho potrieb, rozsah sociálnych kontaktov, ktoré má ako aj pozitívna atmosféra prirodzeného sociálneho prostredia.

Vo všeobecnosti môžeme povedať, že sociálne služby sú nástroje, pomocou ktorých môžeme zasahovať do sociálnej situácie človeka, a to pozitívne alebo negatívne v závislosti od účelnosti a spôsobu kompenzácie nepriaznivej situácie občana, ktorý zo spoločenského hľadiska potrebuje pomoc.

Podľa Levickej (2004) kvalitná sociálna sieť je adresná, flexibilná, známa a predovšetkým dostupná. Pričom dostupnosť treba chápať v troch rovinách - časovej, lokálnej a ekonomickej. Nevyhnutná je tu existencia nepretržitej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb až po opatrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí, ako aj dostupnosť takých služieb, ktoré sú poskytované s ohľadom na mieru potrieb seniora.

Starostlivosť o seniora v domácom prostredí je jedným z trendov pri poskytovaní sociálnych služieb. „*Ukazuje sa, že rodiny dospelých detí zaisťujú starostlivosť o 82 % starých ľudí, o 89 % tých, ktorí potrebujú väčšiu starostlivosť v domácnosti a 96 % starých, bezmocných a nepohyblivých členov svojej rodiny*“. (Mühlpachr, 2004, s. 104)

Na druhej strane popri domácej starostlivosti, je poskytovaná i starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb.

Sociálne služby poskytujú štátne i neštátne subjekty, ktoré majú relatívne rôznorodé spektrum služieb pre občanov vo vyššom veku. Mimovládne organizácie sa čoraz výraznejšie angažujú v tejto oblasti spoločne s podnikateľským subjektom, ktorý poskytuje sociálne služby na základe zápisu do registra.

Relatívne nový zákon o sociálnych službách č. 448/2008 Z.z. priniesol so sebou niekoľko zmien a vyšpecifikoval, že vo vybraných zariadeniach pre seniorov sa môže poskytovať okrem sociálnych služieb aj zdravotná starostlivosť v rozsahu opatrovateľskej starostlivosti.

Cieľom sociálnych služieb poskytovaných seniorom je dosiahnuť predovšetkým zmiernenie alebo zlepšenie ich nepriaznivej sociálnej situácie v dôsledku ich dôchodkového veku, nepriaznivého zdravotného stavu či zdravotného postihnutia. Tieto služby majú byť využívané v rámci sociálnej siete klienta a majú zostať súčasťou je prirodzeného sociálneho prostredia. Sociálne služby mali zachovávať, ale aj rozvíjať dôstojný život seniora, musia ochraňovať jeho základné ľudské práva a taktiež saturovať osobité potreby seniora.

Zákon o sociálnych službách priniesol pozitívne aj negatívne aspekty dotýkajúce sa života seniora. Pozitívnym krokom bolo rozšírenie druhov sociálnych služieb, kontrolnej činnosti, odbornosti a kvalifikácie vykonávania sociálnych služieb, zvýšenie objektivity pri posudzovaní stupňa odkázanosti na pomoc inej osoby, zavedenie partnerstva a - povinnosť vypracovať komunitný plán rozvoja sociálnych služieb v rámci územného obvodu, ako aj odľahčovaciu službu pre opatrovateľov.

Na druhej strane priniesol i niekoľko negatív, ktoré sa dotýkajú predovšetkým obcí, a to napr. povinnosť vykonávať posudkovú činnosť. Na vydanie rozhodnutia o poskytnutí sociálnych služieb sú potrebné 3 druhy posudkov: lekárske, sociálne a posudok odkázanosti, na ich vydanie je stanovená 30-dňová lehota, pričom má občan možnosť vyjadriť sa k nemu. Povinnosťou samosprávy je zabezpečiť poskytovanie sociálnej služby pre seniora do 60 dní odo dňa odovzdania žiadosti.

Vzhľadom na zložitosť procesu umiestňovania do sociálnych zariadení, a ich obmedzenú kapacitu, ako ak nedostatok voľných miest, stanovenú lehotu v praxi nie je možné dodržať. V praxi sa ukazuje, že priemerná čakacia doba je 3 až 5 rokov.

Ďalším problémom, na ktorý upozornili neziskové organizácie je zmena pravidiel fungovania poskytovania sociálnych služieb. Občan stratil právo na výber zariadenia, v praxi je uprednostňovaný verejný poskytovateľ, čiže je preferované zariadené zriadené obcou alebo vyšším územným celkom. Pokiaľ nie je voľné miesto v týchto zariadeniach, až potom si senior môže vybrať neverejného poskytovateľa sociálnych služieb. Tento postup je diskriminačný a zároveň likvidačný pre neziskové organizácie.

Domnievame sa, že v prípade začlenenia terénnych programov do štátom uznaných druhov sociálnych služieb a jasného definovania podmienok ich poskytovania by sa minimalizovali spomínané nedostatky a taktiež zabezpečila dôslednejšia kontrola a efektívnejšie využitie finančných prostriedkov, vynakladaných na poskytovanie týchto služieb (či už zo štátnych, samosprávnych alebo európskych zdrojov). (Hapalová, 2008)

Interdisciplinárny prístup v starostlivosti o seniorov

Interdisciplinárny prístup v starostlivosti o seniorov môžeme chápať aj ako súhrn odborných lekárskejších, ošetrovateľských, sociálnych, religiózných, psychologických a rehabilitačných činností poskytovaných ľuďom odkázaným na pomoc iných, a to s cieľom minimalizovať a zmierniť všetky obtiaže vyplývajúce zo staroby a životných komplikácií, ktoré prináša sám život. Interdisciplinárny tím zohľadňuje bio-psycho-spirituálno-sociálne potreby starého človeka a jeho rodiny.

Z teoretických i praktických postojov vieme, že starostlivosť o seniorov si vyžaduje rozsiahly a komplexný súbor činnosti, čo nám napovedá o nevyhnutnosti interdisciplinárnej spolupráce. Fungujúca vzájomná spolupráca medzi zdravotníckou a sociálnou oblasťou, ako aj kooperácia s klientom a jeho rodinou ukazuje množstvo pozitív, ktoré sa odrážajú v nasledovných oblastiach:

- dochádza k zlepšeniu komunikácie medzi participantmi, ako aj výsledkov,
- zlepšuje sa prístup a kvality starostlivosti o seniora,
- umožňuje lepšie udržanie a rozvoj zdravotníckych a sociálnych služieb,
- sú účinnejšie a efektívnejšie využité pracovné ľudské zdroje, ich odborné i praktické skúsenosti pri práci so seniormi,
- spokojnosť klientov a poskytovateľov sociálnych služieb je na väčšej úrovni a sociálne služby sú poskytované adresnejšie a účelnejšie,
- znižuje sa časová, finančná a ekonomická náročnosť poskytovania sociálnych služieb a starostlivosti o seniorov,
- interdisciplinárna spolupráca predstavuje „otvorenú nádobu“ vedomostí, poznatkov, zručností a schopností, ktoré sú obohacované vzájomným pôsobením subjektov, ktorí sa podieľajú spoločne na riešení problémov.

Účastníci v interdisciplinárnom tíme si musia uvedomiť dôležitosť ich prítomnosti, ktorá nemá byť príležitosťou pre súperenie či pre vytváranie konkurenčného prostredia, ale účastníci sa majú podieľať na vytváraní podmienok na efektívnu spoluprácu a zmysluplnú činnosť s cieľom nájdania uspokojivého riešenie nepriaznivej situácie klienta.

Význam interdisciplinárneho prístupu pri práci spočíva v schopnosti zúčastnených odborníkov odhaliť skutočné potreby starého človeka, poskytnúť mu adekvátne služby, uchopiť širší rozmer problému, nájsť vhodné riešenia, navrhnúť ďalší postup, zahrnúť ďalších potrebných ľudí do riešenia bez strachu z konkurencie, a to v rámci právomocí a kompetencií účastníkov tímu.

Dôležitou súčasťou tohto tímu popri rôznych profesionálov a odborníkov, sú aj dobrovoľníci, ktorí prinášajú do života seniorov iný rozmer - najmä energiu, entuziazmus a optimizmus. Sú pripravení poskytnúť pomocnú ruku, vyplniť voľný čas seniora alebo participovať na jeho starostlivosti, priamou alebo nepriamou formou.

Medzisektorová spolupráca

Pojmy ako medzisektorová spolupráca, partnerstvá, komunitný rozvoj a podniková filantropia sa vysvetľujú rozdielne. Závisia od zdroja a subjektu, od ktorého pochádzajú, od jeho vnímania a skúseností s danou problematikou. Vo všeobecnosti môžeme tvrdiť, že na strane vplyvných predstaviteľov verejného života chýba uvedomenie si a dôraz na

nevyhnutnosť prepojenia medzisektorovej spolupráce s komunitným rozvojom, pričom ich vzájomná previazanosť je evidentná. Spolupráca s partnermi z iných sektorov nadobúda úspešnú podobu v tých komunitách, kde sa podarilo tieto subjekty vtiahnuť do spolurozhodovania a aktívneho pretvárania prostredia. (Dluhá a kol., 2003)

Sila jednotlivých sektorov do značnej miery závisí od schopnosti konkrétnych organizácií spolupracovať a vytvárať partnerstvá s cieľom zefektívniť svoju činnosť, ktorá je predovšetkým určená pre ich klientov. Spolupráca môže spočívať v participácii na rôznych činnostiach organizácií, odovzdávaní informácií a skúseností alebo v poskytovaní rôznych služieb či komunitnom rozvoji.

Zmyslom kooperácie a partnerstva jednotlivých sektorov je dosahovanie vlastných cieľov, ktoré by však nemalo prebiehať na úkor úspechu či zdrojov iného sektora, ide tu o zapojenie väčšej množiny ľudí s využitím hlbšej nádoby zdrojov za účelom riešenia problémov.

Partnerstvo môžeme chápať z dvoch hľadísk. Na vytvorenie spolupráce je nevyhnutná existencia rovnakých problémov, cieľov, hodnôt a vízie. V tomto smere môžeme hovoriť o vzájomne výhodnom a dôvernom vzťahu spolupráce, ktorý vytvárajú viaceré subjekty na dosiahnutie spoločného cieľa. Spoluprácu možno vnímať i ako proces. Spočíva v tom, že jednotlivé strany previedol ku kooperácii spoločný problém, nazeranie na tento problém je rozličné, rôzne subjekty ponúkajú rozdielne aspekty pohľadov naň a hľadanie jeho riešenia vyžaduje vynaloženie rôznych zdrojov a prijatie spoločných rozhodnutí. (Ondrušek, 2000)

Na zvyšovanie efektivity práce jednotlivých subjektov pôsobiacich v sociálnej oblasti je nevyhnutná ich vzájomná kooperácia – teda hovoríme o spolupráci štátneho, mimovládneho a podnikateľského sektora.

V rámci všeobecnej diverzifikácie dochádza k dvom zásadným krokom:

1. postupnému prenosu plnenia funkcií štátu, napr. na verejnoprospešné inštitúcie alebo na štátne fondy, prípadne na organizácie neziskového sektora.
2. preberanie určitých funkcií štátu priamo mimovládnymi organizáciami súvisí s preťaženosťou a neschopnosť štátu adekvátne odpovedať na požiadavky a potreby občanov, najmä tých, ktorí sa ocitajú v nepriaznivej sociálnej situácii.

Súčasná spoločnosť je charakteristická trendom občianskej aktivizácie, ktorá prináša potrebu vzniku nových služieb a inštitúcií, ktoré by zastrešili riešenie rôznych sociálnych problémov, ktoré sa v spoločnosti objavujú.

Asociácia supervízorov a sociálnych pracovníkov (Mydlíková, 2006) popisuje výhody a nevýhody jednotlivých sektorov z hľadiska ich pozície a uplatnenia na trhu. Verejný sektor rieši občana len vtedy, ak sa o jeho sociálnom probléme dozvie. Štát rieši sociálne problémy

prostredníctvom „svojich zamestnancov“, ktorí sú poverení zaoberať sa sociálno-patologickými javmi v spoločnosti. Štát má kapacity na to, aby reagoval na potreby zdola a vytváral i legislatívne podmienky, no hoci presunul kompetencie na samosprávu, nedisponuje dostatočnými profesionálnymi i finančnými zdrojmi na to, aby mohol potrebnú starostlivosť o seniorov zabezpečiť. Napríklad množstvo obcí nie je pripravených, ani schopných zabezpečiť sociálne služby pre starých ľudí.

Mimovládne organizácie častokrát preberajú úlohu v starostlivosti o seniorov formou denných stacionárov, opatrovateľskej služby, terénnej sociálnej práce či iných zariadení. Ich zvláštnosťou je, že často vznikajú spontánne, na základe osobnej zaangažovanosti, „kričiacej“ potrebe po nejakej absentujúcej službe či ako reakcia na neriešený problém. Neziskové organizácie pôsobia všade tam, kde sú občania, ktorí potrebujú pomoc, teda pohybujú sa v prirodzenom prostredí klienta, čím si získavajú väčšiu dôveru a adekvátnu spätnú väzbu, ktorá môže odкрыť ich prípadné nedostatky a pomôcť tak zlepšiť činnosť organizácie. Na druhej strane môžeme konštatovať, že privátny sektor v sociálnej oblasti pôsobí ako podporovateľ sociálnych služieb pre seniorov, ktorí si však tieto služby dovoliť nemôžu. Podnikateľský sektor je v súčasnosti nedostatočne motivovaný k spolupráci s neziskovým sektorom, a to zo subjektívnych dôvodov, napr. nedôvera a predsudky, obmedzené chápanie charakteru spolupráce alebo objektívnych dôvodov, napr. negatívne podmienky či nevyhovujúca legislatívna úprava.

Motívom spolupráce neziskového sektora s podnikateľským je snaha o získanie nového zdroja financovania pre vlastné aktivity, čo v súčasnej situácii vysychania zdrojov zo zahraničia predstavuje pre mimovládne organizácie výzvu do budúcnosti. Pre podnikateľské subjekty je najväčším motívom získanie lepšieho imidžu či pozitívnej odozvy od verejnosti. Na druhej strane je to i snaha podnikov dlhodobo zlepšiť svoje postavenie vo vlastnej komunite. (Dluhá a kol., 2003)

Vo vzťahu medzi neziskovým sektorom a samosprávou či štátnou správou sa rozvíja vzájomná kooperácia najmä v dôsledku reformy a decentralizácie verejnej správy, pri ktorej množstvo kompetencií prechádza na mestá a obce. Tie si začínajú postupne uvedomovať dôležitosť spolupráce s neziskovými organizáciami pri riešení sociálnych problémov a tak efektívnejšie zabezpečiť verejné služby. Potreby jednotlivých komunit, ich poznanie a snaha o spoločné riešenie sú jedným z hlavných predpokladov pre rozvoj takejto spolupráce. (tamtiež)

Starostlivosť o seniorov si vyžaduje konkrétny a cielenú stratégiu, ktorá by zahŕňala účelnú spoluprácu štátneho, mimovládneho a podnikateľského sektora.

Niekoľko desiatok Sloveniek odchádza do Rakúska a iných krajín vykonávať opatrovateľskú službu, pretože táto práca je tam adekvátne ohodnotená. Na Slovensku je vykonávanie opatrovateľskej starostlivosti nedocenené, a preto ju často robia iba rodinný príslušníci, a to za nízky príjem, čím sa znižuje spoločenské postavenie a sociálna situácia celej rodiny.

Dlhodobým problémom je nedostatok finančných prostriedkov na zriadenie zariadení pre seniorov, ich počet je nízky a čakateľov na umiestnenie stále narastá. Proces zabezpečenia potrebných sociálnych služieb je zdĺhavý a ich kvalita nezodpovedá potrebám seniora. Na druhej strane existujúce zariadenia pre seniorov vyžadujú rekonštrukcie, vzhľadom na alarmujúci stav vybavenia i budov. Vyrovnanie regionálnych rozdielov je i napriek čerpaniu európskych fondov pomalé a bez vykazovania dobrých výsledkov.

Je zrejmé, že starostlivosť o seniorov je spojená s množstvom problémov, na ktorých riešenie je potrebná kooperácia subjektov pôsobiacich v oblasti sociálnych služieb, zdravotnej a sociálnej oblasti. Hoci jednotlivé subjekty spolupracujú, v praxi sa ich kooperácia javí ako „neviditeľná“, problematická či nedostatočná. Príčinou negatívnej praxe môžu byť viaceré faktory: konkurencia a rivalita medzi poskytovateľmi sociálnych služieb, ich finančná náročnosť, neochota komunikovať, zložitá udržateľnosť, vnímanie neziskového sektora ako konkurencia a zneužívanie podnikateľského sektora na získanie financií a pod.

Napriek širokému rozmeru problémov spolupráce troch sektorov, je dôležité apelovať na ich vzájomné budovanie vzťahov, na základe ktorých je možný sociálny rozvoj a zvyšovanie životnej úrovne občanov vo vyššom veku.

Ak má byť spolupráca jednotlivých sektorov efektívna, musí vychádzať z nasledovných princípov:

- vzájomná dôvera a ochota spolupracovať,
- princíp vzájomného informovania a komunikácie,
- rovnocenná spolupráca, akceptácia kompetencií a vzájomný rešpekt,
- participácia účastníkov na plánovaní a rozhodovaní,
- budovanie vzájomnej dôvery,
- predchádzanie a zamedzenie konfliktu záujmov zúčastnených strán,
- existencia profesionálnych výstupov zameraných na riešenie problému.

Záver

Záverom konštatujeme, že každý človek má právo na zachovanie svojej ľudskej dôstojnosti bez ohľadu na jeho vek či mieru odkázanosti. Toto právo výstižne vyjadruje pápež Ján Pavol II. v Encyklike „Centesimus annus“ slovami: „Okrem všetkých práv, ktoré človek

nadobúda svojim konaním a svojou prácou, má tiež práva, ktoré nie sú odmenou za jeho výkon, ale vyplývajú z jeho bytostnej dôstojnosti ľudskej osoby“.

Senior je ľudskou bytosťou, ktorá si zasluhuje akceptáciu a záujem. Najlepší spôsob, ako možno starého človeka ochrániť a podporiť jeho fyzické i duševné zdravie je ten, v ktorom je zaangažovaná rodina, sú zapojení všetci odborníci, ako aj verejnosť.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DESSAINTOVÁ, M.P. 1999. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portal, 296 s. ISBN 80-7178255-6
2. DLUHÁ, M. a kol. 2003. *Medzisektorová spolupráca v komunitách na Slovensku*. Monitoring a prípadové štúdie. Bratislava : Planet, 2003. ISBN 80-968920-0-2
3. KRAJČÍK, Š. 2000. *Geriatría*. Trnava: SAP- Slovak academic press, 2000. s. 490-508 s. ISBN 80-247-0548-69
4. LEVICKÁ, J. 2004. *Sociálna práca s rodinou*. 1. vyd. Trnava : Mosty, n.f., 2004. 177 s. ISBN 80-89074-93-6
5. MYDLÍKOVÁ, E. a kol., 2006. *Ako byť prospešný sebe aj iným*. Bratislava : ASSP, 2006. ISBN 978-80-968713-3-9
6. MÜHLPACHR, P. 2002. *K problematike vzdelávani seniorú*. In: Rehulka, Rehulková (eds.). *Učitelé a zdraví 4*. Brno : Nakladatelství P. Krepelka, 2002. 191-203 s. ISBN
7. MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2
8. HAPALOVÁ, M a kol. 2008. *Pripomienky k návrhu zákona o sociálnych službách a o zmene a doplnení niektorých zákonov č. 14554/2008-II/1* [online]. 2008. [cit. 2009-02-03]. Dostupné na internete:
<[http://www.clovekvtsni.sk/.../Zakon%20%20socialnych%20sluzbach %20-%20pripomienky.doc](http://www.clovekvtsni.sk/.../Zakon%20%20socialnych%20sluzbach%20-%20pripomienky.doc)>
9. Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

Kontaktná adresa autorky

Mgr. Lucia Cintulová
Plavecký Štvrtok 572
900 68 Plavecký Štvrtok
Email: lucia.cintulova@post.sk

PODPORA RODINY JAKO NÁSTROJ PREVENCE INSTITUCIONALIZACE UMÍRÁNÍ

Zlatica Dorková, Martina Cichá

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií,
Ústav aplikovaných společenských věd

Souhrn

Po staletí představuje rodina „reprodukční“ základ společnosti. Dnes je tato její funkce oslabována, a proto do popředí vystupuje otázka, „zda“, „na kolik“ a „jakými způsoby“ je ohrožován tradiční model rodinné péče. Rodinné prostředí však umožňuje umírajícím důstojné prožití posledních let, měsíců a dní jejich života. Autorky se snaží v příspěvku odpovědět na tyto otázky: „Kde obyvatelé ČR nechtějí umřít a jaká je skutečně realita?“, „Proč je třeba podporovat péči o umírajícího v domácím prostředí?“, „Co taková péče o umírajícího člověka obnáší?“, „Jaké jsou potřeby rodin, které doprovázejí umírajícího člena rodiny?“, „Jaká jsou pozitiva a negativa domácí péče o umírajícího člověka?“.

Klíčová slova: Rodina. Podpora. Prevence. Umírání.

Úvod

Mnoho z nás, stejně tak jako mnoho umírajících, vyjadřuje touhu: „Chci, nechte mě zemřít doma“. Rodinné prostředí umožňuje umírajícím důstojné prožití posledních let, měsíců a dní jejich života. Přesto více lidí umírá v „náručí“ profesionálů, kteří často „suplují“ přítomnost rodinných příslušníků. Je to jistě způsobeno i tím, že tzv. ars moriendi, tj. schopnost dobře se připravit na smrt a doprovázet umírajícího, je v současné společnosti vytěsněno. Pokud se rodina rozhodne pečovat o umírajícího člena rodiny, je třeba rodinu v této činnosti podporovat, protože v té době se mohou objevovat u jednotlivých členů rodiny pocity viny, skleslost či rodinné spory. Smrt, jako sociální událost, může vyhrotit rodinné problémy, ale na druhé straně může dojít k větší vzájemné solidaritě a sblížení, které přináší společně nesená bolest a služba prokazovaná umírajícímu člověku (Ambros, 2003, s. 27). I v rámci domácí (paliativní) péče lze uspokojovat všechny potřeby, které umírající má. Od biologických, psychických, přes sociální až po spirituální potřeby, které se v terminálním stadiu často dostávají do popředí.

Metodika

Autorky se v kontextu současných změn společnosti a rodiny, snaží nalézt odpovědi na tyto otázky:

- Kde obyvatelé České republiky nechtějí umřít a jaká je skutečná realita?
- Proč je třeba podporovat péči o umírajícího v domácím prostředí?
- Co taková péče o umírajícího člověka obnáší?
- Jaké jsou potřeby rodin, které doprovázejí umírajícího člena rodiny?
- Jaká jsou pozitiva a negativa domácí péče o umírajícího člověka?

Vlastní text práce

Kde obyvatelé České republiky nechtějí umřít a jaká je skutečná realita? Jak již bylo řečeno, mnoho z nás by chtělo umřít doma. Dokazují to i výsledky z výzkumu veřejného mínění, který byl realizován Střediskem empirických výzkumů v Praze (květen 2003), a to na vzorku 1283 respondentů reprezentujících dospělou populaci této země. Zajímavé je hodnocení, kde lidé nechtějí umřít. Na prvních třech místech se umístila tato zařízení: léčebna dlouhodobě nemocných (31,4 %), domov důchodců (12,6 %) a nemocnice (8,7 %). Varianty odpovědi „doma“ (6,8 %) a „v domácnosti někoho blízkého, např. blízkých příbuzných“ (5,8 %) byly uváděny na posledním místě. 34,8 % respondentů nad místem svého úmrtí nepřemýšlí. Z výzkumu jasně vyplývá, že současné instituce, určené k péči o nevléčitelně nemocné a umírající jsou nejvíce odmítány. Jasně vítězí domácí prostředí, konkrétně domácnost blízkých lidí, což poukazuje na to, že lidé se v poslední fázi svého života bojí osamělosti. Alarmující je však rozpor mezi preferencemi veřejnosti, které vyplynuly z výše uvedeného výzkumu a současným stavem péče o umírající v naší společnosti, protože podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (2001) více než dvě třetiny (68 %) úmrtí nastávají ve zdravotnických zařízeních a více než 4,5 % v sociálních zařízeních (Umírání a paliativní péče v ČR, 2004, s. 22). Jinak řečeno, cca 72,5 % lidí skutečně umírá ve zdravotnické či sociální instituci, skoro stejné procento lidí si však nepřeje v těchto zařízeních zemřít. Co z těchto výzkumů a výsledků vyplývá? Je třeba se orientovat na takovou péči o umírající, která by se pokud možno odehrávala v jejich prostředí (buďto doma nebo v domácnostech jejich nejbližších lidí, obvykle příbuzných) a probíhala v úzké spolupráci s rodinou nemocného (Umírání a paliativní péče v ČR, 2004, s. 28), samozřejmě za předpokladu, že rodina je schopna o umírajícího pečovat, že nedojde k „paralyzování“ života rodiny a poskytovaná péče nepřivede rodinu do neřešitelných problémů.

Proč je třeba podporovat péči o umírajícího v domácím prostředí? Domníváme se, že péče o umírajícího člověka v jeho nejpřirozenějším, tj. domácím prostředí by měla být samozřejmostí. Cílem domácí péče by mělo být důstojné umírání a tzv. dobrá smrt. Americký Institute of Medicine definuje dobrou smrt jako „...smrt, při které je odstraněno a zmírněno všechno ovlivnitelné utrpení a stres pacientů, jejich blízkých a také těch, kteří o pacienta pečují. Vše se děje s respektem k přání pacienta a jeho rodiny a v rozumné míře jsou respektovány klinické, kulturní a etické standardy“ (Umírání a paliativní péče v ČR, 2004, s. 10). Do úvahy je třeba vzít i přání, která umírající má. Nejnaléhavější a nejdůležitější přání umírajícího se dotýká sociálního rozměru existence a zní „*Nechtěl bych zemřít osamocen*“. Je to přání zemřít v důvěrném prostředí (nejlépe doma) a v kruhu svých blízkých příbuzných. Druhé nejčastější přání se vztahuje na tělesný rozměr a zní „*Chtěl bych zemřít bez bolesti*“. To obsahuje naději na možnost zemřít bez tělesných obtíží, stejně tak bez citového strádání a duchovní trýzně. Třetí skupina přání je spojena s psychickým rozměrem a můžeme ji formulovat takto: „*Chtěl bych ještě některé věci dotáhnout do konce*“. Umírající „volá“ po dostatku času a prostoru, aby si mohl zařídit poslední věci (podle E. K. Rossové tzv. neodkladné záležitosti), vyjasnit vztahy apod. Další je spirituální rozměr přání a je formulován takto „*Potřebuji někoho, kdo vydrží, když budu nyní vše zpochybňovat*“. Toto přání se obrací na ty, kteří jsou schopni vydržet takové zpochybňování, aniž by dávali uspěchané odpovědi, nebo od toho utíkali (Student et al., 2006, s. 36–37).

Co taková péče o umírajícího člověka obnáší? Podle A. Mračkové (Hatoková, 2009, s. 16) se domácí model umírání vyznačuje tím, že umírající prožívá poslední chvíle života doma a je mu poskytnuta psychosociální podpora ze strany rodiny. Nevýhodou tohoto „typu“ umírání je absence odborné medicínské pomoci. Doprovázení umírajícího zahrnuje mnoho aspektů: uspokojování základních potřeb, tlumení bolesti, opatrování, event. právní zastupování, zprostředkování lidské blízkosti, obnovování či zajišťování kvality života, péči o udržení autonomie apod. Je důležité říct, že doprovázet umírajícího je schopen jen ten, kdo chce, může a umí doprovázet. A jak bychom doprovázejícího mohli charakterizovat? Půjčíme si slova S. Naegeliové, která říká: „*Měl by mít ruce, které jsou jemné, umí uchopit, ale nikdy nevězní, dávají a nepočítají, mají silu potěšit. Dále by měl mít oči, které umí vidět nouzi a neodvrací se od toho, co není pěkné na pohled, ale vidí pod povrch a druhým je pod jejich pohledem dobře. Také by měl mít uši, které rychle postřehnou hlas toho, kdo je v tísní, umí být hluché k rámusu a ke zbytečným tlachům, ne však k hlasům, které prosí o slyšení a pochopení, i když to ruší jeho pohodlí. V neposlední řadě by měl mít ústa, která nikdy nevyřknou nic, co raní a boří, pronáší jen slova léčivá a nevyzradí důvěrná tajemství, ale umí vykouzlit usměv.*

A samozřejmě by měl mít srdce, které skýtá útočiště a teplo, bohatě odpouští a chápe a umí sdílet bolest a radost s láskou“ (Sláma et al., 2008, s. 19-20). Ten, kdo o umírajícího člověka pečuje, si často klade tyto otázky: „Jak bych měl/a postupovat?“, „Jsem vůbec kompetentní poskytovat takovou péči?“, „Jsem zaměstnán/a, mohu na sebe vzít tuto odpovědnost?“, „Co se stane, když se fyzicky sesypu nebo neunesu tuto tíhu psychicky?“, „Na koho se obrátit v případě nouze?“, „Jsem schopný/á být odpovědný/á za umírajícího 24 hodin denně?“, „Kdo mi pomůže v této situaci“, „Na koho se mohou obrátit pro radu a profesionální pomoc?“. Umírajícímu člověku se poskytuje osobní péče 24 hodin denně. Tato péče zahrnuje činnosti, které jsou časově, fyzicky i psychicky náročné a jsou spojené s intimní péčí o umírajícího člověka. H. Graham, který se zabývá péčí v obecné rovině, zdůrazňuje, že vztah péče je třeba definovat jako „práci z lásky“. Doslova říká: „*Caring...is experienced as a labour of love in which the labour must continue even where the love falters...*“, tj. „*Péče...je prožívána jako práce z lásky, v níž práce musí pokračovat i když láska klopýtne...*“ (Jeřábek, 2005, s. 10). Péče může být tedy často provázena také chvílemi beznaděje, bezmoci a osamělosti. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem je nezbytná a velmi důležitá profesionální podpora rodiny, která umírajícího doprovází. Problematikou podpory rodiny se budeme zabývat v následujícím textu.

Jaké jsou potřeby rodin, které doprovázejí umírajícího člena rodiny? V rámci zahraničních výzkumů se identifikovala tři klíčová témata potřeb rodin, které pečují o umírající – znalosti, způsob života a aktivity, kterými se teď budeme blíže zabývat. **Oblast znalostí** zahrnuje informace o nemoci příbuzného, o kterého pečujeme. Členové rodiny potřebují být informováni o diagnóze, symptomech, léčbě, péči a prognóze, stejně tak i o vývoji zdravotního stavu příbuzného. Rodinní pečující by měli mít také informace o finančních dávkách a službách, na které mají nárok, stejně tak informace o institucích, které jim mohou v tíživých situacích pomoci. Podle E. Hansonové (Payenová, 2007, s. 349) *stále více se uznává, že pro členy rodiny, kteří to přímo vyžadují, je důležité získat pravdivé informace, aby byli schopni plánovat zbývající čas se svým příbuzným. S tím souvisí i názor, že je nutné poskytovat rodinám příležitost připravit se na hrozící smrt. Konkrétněji řečeno, měli by vědět, jak bude smrt vypadat, vykonat patřičné přípravy a vést diskusi o osobním strachu, která by zmírnila obavy z budoucnosti.* **Způsob života** můžeme vymezit také jako blízkost a partnerství. Znamená to být se svým příbuzným, být si navzájem nablízku a trávit společně čas, jinak řečeno, jde o „společné sdílení nemoci a boje“. Ústředním prvkem způsobu života je schopnost rodiny a jejího nemocného člena otevřeně spolu mluvit o svých pocitech (Payenová, 2007, s. 351). **Aktivity** se týkají praktických činností a zahrnují

řadu pečovatelských úkolů, např. osobní péči, zmírňování symptomů, podávání léků, polohování, ale také úkoly, které se týkají domácnosti, např. nakupování, úklid, vaření, práce na zahradě, udržování domu apod. S těmito všemi úkoly se pečovatel musí „popasovat“. Vzhledem k výše uvedeným „potřebám“ jsou zapotřebí vzdělávací modely pro rodinné pečovatele. Dosud jsou vzdělávací modely zaměřeny na „aktivity“, v menší míře na „znalosti“ a zcela je přehlížena oblast „způsobu života“, tj. témata, která se týkají důstojnosti, psychosociální podpory, komunikace s umírajícím apod.

Jaká jsou pozitiva a negativa domácí péče o umírajícího člověka? Každá varianta péče má svá pozitiva i negativa. Stejně tak péče o umírající člověka v domácím prostředí má své klady i zápory. Nyní se pokusíme shrnout ty nejdůležitější. Rodinná péče se všude na světě považuje za nejvhodnější, vše ostatní je pouze náhradním řešením (Jeřábek, 2005, s. 33). Péče doma je péče poskytovaná v přirozeném prostředí, v takovém prostředí je člověk nejlépe adaptován, což má také pozitivní vliv na psychiku umírajícího. I v rámci domácí péče se respektuje integrita umírajícího v plném rozsahu, tj. lze zde uspokojovat biologické, psychické, sociální i spirituální potřeby umírajících. Velkou výhodou je možnost zapojení všech příslušníků rodiny do péče o umírajícího a vykonávání tzv. rodinných rituálů. Z hygienického hlediska je významné, že v domácím prostředí nehrozí přenos nozokomiálních nákaz. Z ekonomického hlediska je péče v domácím prostředí pro stát levnější a efektivnější. Na druhé straně, pro rodinu může být taková péče finančně náročná, pokud se snaží rodina zajistit umírajícímu co největší komfort a zajišťuje všechny pomůcky z vlastních prostředků. Důsledkem toho může být tíživá sociální situace rodiny. Rodina pečující o umírajícího se může před okolím uzavřít, mluvíme o tzv. sociální izolaci, která nastává tehdy, když pečující „zanedbávají“ své přátele, spolupracovníky apod. Dalším negativem je riziko vzniku psychických poruch, které jsou často způsobeny stresem a psychickým vypětím pečovatele. Může dojít až k nezvládnutí péče, které se nejčastěji projevuje pocity viny, výčitkami a duševními traumaty. Jak je vidět, *doprovázet nemocné v závěru jejich života je po všech stránkách těžké, náročné, mnohdy hodně smutné, ale na druhou stranu obohacující. Od nich se můžeme učit poznávat skutečné hodnoty života – a když je poznáme, naplníme život smysluplněji a budeme vytvářet teplejší, lidštější svět* (Sláma et al., 2008, s. 20).

Závěr

Co říci závěrem? *„Náš život je cesta. Má začátek a má i konec, obojí k cestě patří a do velké míry ji určuje. Když máme hodně sil a svižně kráčíme životem, umíme být stateční*

a samostatní. Když však na svět přicházíme a když z něj odcházíme, často tolik sil nemáme. Jsme křehcí. Potřebujeme mít nablízku ty, kteří nám rozumějí a kteří nám dokáží pomoci“. (Standardy domácí paliativní péče, 2004).

Seznam bibliografických odkazů

1. AMBROS, P. 2003. Bude možné v české společnosti umírat v rodině? In BEDNÁŘ, M., HAUFTOVÁ, D. (Eds.). *Mění se úloha rodiny v péči o seniory?* Olomouc: MSKA, 2003. s. 24-29. ISBN 88-1133-23-X.
2. HATOKOVÁ, M. et al. 2009. *Sprevádzanie chorých a zomierajúcich*. Bratislava: Don Bosco, 2009. 215 s. ISBN 978-80-8074-095-5.
3. JEŘÁBEK, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s. ISSN 1801-1519.
4. PAYNEOVÁ, S. et al. 2007. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou péči, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
5. SLÁMA, O. et al. 2008. *Umřít doma*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. 79 s. ISBN 978-80-254-2788-0.
6. STUDENT, J. CH. et al. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. München: H&H, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
7. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. 2004. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.
8. *Standardy domácí paliativní péče*. 2004. Praha: Cesta domů, 2004. 35 s. ISBN 80-239-4329-4.

Kontaktní adresy autorek

Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

Institut zdravotnických studií, Ústav aplikovaných společenských věd

Fakulta humanitních studií UTB ve Zlíně

Mostní 5139, 760 01 Zlín

E-mail: dorkova@fhs.utb.cz

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Institut zdravotnických studií, Ústav aplikovaných společenských věd

Fakulta humanitních studií UTB ve Zlíně

Mostní 5139, 760 01 Zlín

E-mail: cicha@fhs.utb.cz

DEPRESIA U SENIOROV

Terézia Fertaľová, Tatiana Šantová, Zuzana Novotná

Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva, Prešovskej univerzity v Prešove

Súhrn

Jednou z najvýznamnejších vymožeností modernej civilizácie je predĺženie dĺžky života. Pribúda počet ľudí nad 65 rokov, a tým sa dostávajú do popredia aj ich medicínske a sociálne problémy. Významným problémom v starobe je porucha nálady v zmysle depresie, ktorú najčastejšie provokujú negatívne životné udalosti, napríklad strata životného partnera, strata samostatnosti, zhoršené somatické zdravie, umiestnenie do inštitucionalizovanej starostlivosti. Keďže hľadanie životnej nádeje, viery v zlepšenie zhoršuje terapeutické úsilie lekára, je dôležité ochorenie včas diagnostikovať a cielene ho liečiť, čo prispieva k dobru samotného seniora, jeho rodiny, širšej spoločnosti a v konečnom dôsledku aj pre všetkých, ktorí sa akýmkoľvek spôsobom zúčastňujú na liečebnom procese.

Kľúčové slová: Depresia. Seniori. Starnutie. Sestra.

Úvod

Zdravie je najvyššou hodnotou človeka, má najvyššiu prioritu v jeho existencii. Vo všetkých štátoch Európskej Únie prebiehajú reformy zdravotnej starostlivosti. Efektívnosť, rovnoprávnosť a kvalita sú v súčasnosti veľkým problémom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Sestry tvoria najväčšiu skupinu pracovníkov v zdravotníctve na celom svete. Sú hlavnou a nenahradiiteľnou silou. Z tohto dôvodu je potrebné modifikovať podmienky ošetrovateľskej praxe tak, aby sestry mohli v dynamicky sa rozvíjajúcich zdravotníckych službách robiť maximum pre podporu zdravia a starostlivosť o seniorov. Aj keď dnes seniori predstavujú významnú spoločenskú skupinu, neznamená to, že sa tento štrukturálny posun odráža v kultúre spoločnosti. Depresie v staršom veku sú často nepoznané, nesprávne diagnostikované a neadekvátne liečené. Príčinou tohto javu býva to, že samotní pacienti, ich príbuzní, opatrovatelky, ale aj lekári často považujú depresívne príznaky za prejavy starnutia. Príznaky depresie u seniorov sa môžu stupňovať, ak sú nútení svoj život prežiť v inštitucionalizovanej starostlivosti.

Základný diferenciálne diagnostický problém v gerontopsychiatrii je rozlíšenie depresie a demencie. Je to obtiažnejšie o tú skutočnosť, že často sa tieto stavy vyskytujú komorbidne. Bezpečne odlíšiť depresiú od demencie a naopak, robí problém aj skúsenému klinickému psychológovi (Drastová, Krombholz, 2006). Ošetrovateľská starostlivosť o depresívneho pacienta vyžaduje od ošetrojúceho personálu dostatočné ovládanie problematiky depresie ako ochorenia, trpezlivosť a schopnosť empatie. Klinické prejavy depresie sú pre sestry výzvou a zároveň povinnosťou zapojiť všetky vedomostné a osobnostné predpoklady za účelom poskytnúť pacientovi adekvátnu starostlivosť a zabrániť poškodeniu jeho zdravia. Sestry poskytujú komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, riadia ošetrovateľský tím, plánujú a následne delegujú činnosti na uspokojovanie biologických, psychologických, sociálnych a spirituálnych potrieb pacienta (Marková, 2006).

Cieľ práce

Cieľom práce bolo sledovať aktuálny stav výskytu príznakov depresie v populácii nad 65 rokov pomocou Geriatrickej škály depresie, zistiť, či sú seniori spokojní s tým, ako a kde prežívajú svoju starobu, zistiť mieru sebestačnosti u seniorov, monitorovať komu sa seniori zdôverujú so svojimi pocitmi, vyzdvihnúť potrebu spoločnosti rešpektovať kultúru staroby a starnutia, navrhnúť odporúčania podporujúce elimináciu depresívnej symptomatológie u seniorov.

Súbor, metodika

Vychádzajúc z definovaného objektu výskumu, respondenti boli vyberaní na základe dostupnosti a výhodnosti. Výskumu sa zúčastnilo 129 respondentov, seniorov vo veku nad 65 rokov, ktorí žijú doma. Zber dát sa uskutočnil v mesiaci október 2008 až apríl 2009. S každým respondentom sme viedli vstupný rozhovor, o tom či je ochotný a schopný vyplniť dotazník. Ak respondent uviedol, že nie je schopný vyplniť dotazník samostatne, zvolili sme metódu štruktúrovaného rozhovoru. Počas zberu údajov 2 respondenti odmietli spolupracovať. Odpovede respondentov na otázky v dotazníku boli spolu s ostatnými informáciami východiskovými údajmi pri hodnotení prítomnosti príznakov depresívnej poruchy. Priemerný vek seniorov bol 75,16 rokov. Za účelom zistenia skutočného stavu výskytu príznakov depresie sme v zostavenom dotazníku použili Geriatrickú škálu depresie (ďalej GDS 15), ktorá je 30 položkovou sebaopisovacou škálou určenou najmä pre starších ľudí s možnými prejavmi depresie. Dotazovanie 30 položiek by bolo zdĺhavé, preto sme použili skrátený dotazník GDS-15 (Breznočáková, 2008). Pri vyhodnotení 0-7 bodov sa

považuje za normu, 8-12 bodov určuje miernu depresiú a skóre 13-15 je ukazovateľom výraznej depresie.

Výsledky a interpretácia

V našom súbore z celkového skóre GDS škály je 94 (73%) je bez depresie, 24 (19%) v miernej depresii a 11 (8%) respondentov vo výraznej depresii ako to vidíme v tabuľke 1.

Tabuľka 1

GDS škála	n	%
norma	94	73
mierna depresia	24	19
výrazná depresia	11	8
Spolu	129	100

Položkou či sú seniori spokojný so svojim životom sme chceli zistiť, do akej miery sú seniori spokojní so svojim životom. Výsledky uvádzame v tabuľke 2.

Tabuľka 2

Ste spokojní so svojim životom?	n	%
áno	98	76
nie	31	24
spolu	129	100

Seniori miere sebestačnosti pripisujú veľký význam. Závislosť na druhej osobe človeka obmedzuje a spôsobuje, či už fyzický, alebo psychický diskomfort. V skúmanom súbore je 26 (20%) seniorov nezávislých, 54 (42%) potrebuje minimálnu pomoc.

V rámci výskumu, ktorého cieľom bolo zhodnotiť kvalitu života seniorov žijúcich v Domove - penzióne pre dôchodcov Žamberk a u seniorov žijúcich v podobnom zariadení na Slovensku (Domov – penzión pre dôchodcov v Martine) bol hodnotený zmysel života spokojnosť a miera sebestačnosti. Z výsledkov dotazníkového šetrenia vyplýva, že sledovaní klienti mali dlhšie problémy vo všetkých oblastiach bio-psycho-sociálnej a spirituálnej sféry, a že spokojnosť je ovplyvňovaná vekom, pohlavím, sebestačnosťou, zmyslom života, pričom väčšiu mieru spokojnosti vyjadrovali seniori v Domove dôchodcov v Českej republike. Zmysel života v spomínanom súbore respondentov bol hodnotený LOGO testom. Genderové

rozdiely zmyslu života neboli zistené, ale klienti Domova dôchodcov Žamberk hodnotili zmysel života na stredne vysokej úrovni oproti klientom z Domova dôchodcov Martin, kde bol zmysel života hodnotený seniormi na výrazne nižšej úrovni (Tobišková, Jarošová, 2009, str. 568 - 569). Toto zistenie nám poukazuje na skutočnosti, že spokojnosť so životom súvisí s mnohými faktormi, ako celkový zdravotný stav, miera sebestačnosti, čo môžeme vidieť v tabuľke 3.

Tabuľka 3

Uved'te vašu úroveň sebestačnosti	n	%
som nezávislý/á	26	20
potrebujem minimálnu pomoc	54	42
potrebujem dohľad inej osoby	42	33
potrebujem vyššiu mieru pomoci	7	5
som úplne závislý/á	0	0
spolu	129	100

Niektorí ľudia sa radi zdôverujú, niektorí menej, je známe že muži sa zriedkavejšie zdôverujú ako ženy. Mnohokrát starší ľudia nechcú o svojich problémoch hovoriť iným často preto, aby nepridávali problémy svojim poslucháčom. Ak problém nerozpoznáme, nevieme ho ani liečiť. Je žiadúce povzbudzovať seniorov, aby o svojich problémoch, pocitoch, ťažkostiach rozprávali a neuzatvárali sa do seba.

Preto nás zaujímalo, s kým sa najčastejšie rozprávajú o svojich pocitoch. Keďže sme predpokladali, že respondenti sa zverujú so svojimi pocitmi viacerým osobám, mohli uviesť iba jednu možnosť. Zaujímavé bolo zistenie že až 47 (37%) seniorov sa o svojich pocitoch nerozpráva s nikým. 16 (12%) seniorov sa rozpráva o svojich pocitoch aj s lekárom ale iba 8 (6%) so sestrou, čo si vysvetľujeme obmedzeným kontaktom sestry a klienta v ambulancii, čo môžeme vidieť v tabuľke 4.

Tabuľka 4

S kým sa najčastejšie rozprávate o svojich pocitoch	n	%
s manželom/manželkou	25	19
s priateľmi	33	26
s lekárom	16	12

S kým sa najčastejšie rozprávate o svojich pocitoch	n	%
so sestrou	8	6
s nikým sa nerozprávam	47	37
spolu	129	100

Zistili sme, že seniori sa málo rozprávajú s lekárom o svojich pocitoch, komunikácia s lekárom je obmedzená na somatické ťažkosti mnohokrát pre nedostatok času. Aj táto skutočnosť je na príčine nepravnej diagnózy a následne neadekvátnej liečby. Bolo by vhodné viesť širší dialóg na túto tému na odborných fórach a venovať patričnú pozornosť diagnostikovaniu stareckej depresie, k čomu v neposlednom rade môže prispieť nielen lekár, ale aj erudovaná sestra.

Na základe našich zistení navrhujeme niekoľko odporúčaní pre sestry. Úloha sestry sa v druhej polovici 20. storočia výrazne zmenila. Ošetrovatelstvo dnes neznamená len zaistiť všetky ordinácie lekára a základnú ošetrovateľskú starostlivosť, ale pomáha jednotlivcovi a rodinám dosiahnuť telesného, duševného i sociálneho zdravia. Jedným z charakteristických rysov moderného ošetrovatelstva je preventívny charakter, preto sestrám odporúčame:

- Mapovanie rizikových faktorov depresie u seniorov vyplývajúcich z osobnej a rodinnej histórie jedinca.
- Používanie škály na diagnostikovanie depresie u seniorov.
- V línii prvého kontaktu – (Základná zdravotná starostlivosť) cielene identifikovať príznaky všetkých foriem afektívnych porúch u seniorov.
- Venovať zvýšenú pozornosť adaptácii seniora, pri prijatí do inštitucionalizovanej starostlivosti.
- U seniorov posudzovať kognitívne funkcie s nadväznosťou na adekvátnu zdravotnú starostlivosť, ale aj pravidelne posudzovať duševný stav počas pobytu v inštitucionalizovanej starostlivosti.
- Individualizovať prístup v starostlivosti o seniora.
- Podporovať spirituálnu dimenziu ľudského bytia u seniorov.
- Podporovať akceptovanie vlastnej smrteľnosti seniora a vyrovnanie sa so smrťou.
- Realizovať pravidelné semináre, školenia a konferencie v oblasti podpory duševného zdravia a liečby duševných porúch, s cieľom získania nových poznatkov a ich efektívne využitie.
- Propagovať duševné zdravie a zdravý životný štýl.

Záver

Starnutie človeka je prirodzený, nepretržitý a nezvratný proces. Od minulého storočia pokračuje predlžovanie ľudského veku najmä v priemyselne a ekonomicky vyspelých krajinách, v poslednom období sa to týka aj Slovenska. Predlžovanie ľudského veku prináša so sebou celý rad nových zdravotníckych a sociálnych problémov nielen pre jedinca a jeho rodinu, ale aj pre celú spoločnosť.

Základným strategickým opatrením pri procese starnutia je predovšetkým prevencia chorôb a preferencia dobrého zdravia. Snaha odstrániť, resp. minimalizovať negatívne, podporiť a posilniť pozitívne vplyvy na organizmus, nachádza svoj výraz v celoživotnej príprave na starnutie, v ktorej cieľom je pripraviť jedinca na starobu, pokiaľ možno v dobrom zdraví, v tvorivej podobe, v dôstojnom prostredí a sociálnom zabezpečení. Výskumná časť mala ambíciu sledovať aktuálny stav výskytu príznakov depresie v populácii nad 65 rokov pomocou Geriatrickej škály depresie. Výsledky takto realizovaného výskumu môžu byť vodidlom, ktorým smerom treba orientovať úsilie vedúce k zvyšovaniu kvality života seniorov so zachovaním duševného zdravia na čo najvyššej možnej úrovni.

Dobre liečená depresia výrazne zlepšuje kvalitu života seniorov a viditeľný efekt liečby patrí k radostným okamihom zainteresovaných, ktorým prináša uspokojenie z práce.

Starecká depresia nevykazuje špecifickú formu priebehu, ale často sa jej prisudzuje zvláštne postavenie pre súčasne sa vyskytujúce starecké ťažkosti a eventuálne začínajúce dementné zmeny.


Cieľom práce bolo sledovať aktuálny stav výskytu príznakov depresie v populácii nad 65 rokov pomocou Geriatrickej škály depresie, zistiť či sú seniori spokojní s tým ako a kde prežívajú svoju starobu, zistiť mieru sebestačnosti u seniorov, monitorovať komu sa seniori zdôverujú so svojimi pocitmi

Ste spokojní so svojim životom?	n	%
áno	98	76
nie	31	24
spolu	129	100

Ošetrovatelstvo dnes neznamená len zaistiť všetky ordinácie lekára a základnú ošetrovateľskú starostlivosť, ale pomáha jednotlivcovi a rodinám dosiahnuť telesného, duševného i sociálneho zdravia. Na základe výsledkov výskumu odporúčame sestram mapovať rizikové faktory depresie u seniorov pomocou GDS škály, venovať zvýšenú pozornosť adaptácii seniora, podporovať spirituálnu dimenziu ľudského bytia, podporovať akceptovanie vlastnej smrteľnosti, podporovať zdravé starnutie...

S kým sa najčastejšie rozprávate o svojich pocitoch	n	%
s manželom/manželkou	25	19
s priateľmi	33	26
s lekárom	16	12
so sestrou	8	6
s nikým sa nerozprávam	47	37
spolu	129	100

GDS škála	n	%
norma	94	73
mierna depresia	24	19
výrazná depresia	11	8
Spolu	129	100



Uveďte vašu úroveň sebestačnosti

	n	%
som nezávislý/á	26	20
potrebujem minimálnu pomoc	54	42
potrebujem dohľad inej osoby	42	33
potrebujem vyššiu mieru pomoci	7	5
som úplne závislý/á	0	0
spolu	129	100

Dobre liečená depresia výrazne zlepšuje kvalitu života seniorov a viditeľný efekt liečby patrí k radostným okamihom zainteresovaných, ktorým prináša uspokojenie z práce.

PhDr. Terézia Fertalová
PhDr. Tatiana Šantová
PhDr. Zuzana Novotná
FZ PÚ Prešov, Katedra ošetrovateľstva

Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov

1. BREZNOČÁKOVÁ, D. *Afektívne poruchy – súčasný pohľad – možnosti diagnostiky a liečby*. In *Ambulantná terapia*. 2008, roč. 6., č. 2, 112-118s. ISSN 1336-6750.
2. DRÁSTOVÁ, H., KROMBHOLZ, R. *Deprese v seniu*. [on-line]. Citované 2009-06-16. Dostupné na: <http://www.solen.cz/pdfs/med/2006/05/08.pdf>
3. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha: Grada, 2006. 248 – 255 s. ISBN 80-247-1151-6.
4. TOBIŠKOVÁ, L., JAROŠOVÁ, D. *Honocení kvality života seniorů v domově – penzioně pro důchodce*. In *Zborník: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii*. Martin, 2009. 564-570 s. ISBN 978-80-88866-61-9.

Kontaktná adresa:

PhDr. Terézia Fertal'ová

Partizánska 1 080 01

Prešov

Katedra ošetrovatel'stva FZ PU Prešov

email: tfert@unipo.sk

PORODNÍ ASISTENTKA V PŘÍPRAVĚ ŽENY NA PROCES STÁRNUTÍ

Helena Fremlová, Jana Křemenová

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Institut zdravotnických studií, Ústav porodní asistence

Souhrn

Autorky se v článku zabývají rolí porodní asistentky v přípravě ženy na proces stárnutí a stáří. Popisují důležitost osobnostního růstu, vývoje a zrání osobnosti porodní asistentky jako předpokladu stát se důvěryhodnou průvodkyní ženy a její komunity v závěrečné fázi ženina fertálního období. Popisují úlohu porodní asistentky ve zprostředkování komunikace mezi ženou a společností v nejrůznějších situacích sociální interakce. Autorky uvádějí přehled témat vhodných pro kontinuální přípravu ženy na další životní období. Stanovují cíle přípravy a konkrétně definují oblasti pomoci poskytované ženě porodní asistentkou, upozorňují na možné chyby a bariéry v komunikaci, kterým je třeba z pozice porodní asistentky se vyhnout. Závěr článku se věnuje psychoterapeutickému působení porodní asistentky na ženu.

Klíčová slova: Žena. Porodní asistentka. Osobnost. Akceptace. Adaptabilita .

Abstract

The authors are discussing the role of midwife in the women's preparation for the ageing process and the senility. They describe the importance of personal growth, the development and maturity of midwife's personality as a premise for getting ready for being a trustful guide for woman and her community in the final period of women's childbearing age. They describe the status of midwife in the mediation of the communication between woman and the community in the whole wide range of social interaction. The authors mention the table of acceptable subjects for the preparation women for the coming life period. They determine the aids of the preparation and define the helping areas important for the women and also the problematic parts, which are necessary to avoid them during the communication. The final part of the article is dedicated to the psychotherapeutic role of midwifery care of women.

Key words: Woman. Midwife. Personality. Acceptation. Adaptability.

Motto: PÍSEŇ

Jaroslav Seifert

Bílým šátkem mává,
kdo se loučí,
každého dne se něco končí,
něco překrásného se končí.

Poštovní holub křídly o vzduch bije,
vraceje se domů,
s nadějí i bez naděje
věčně se vracíme domů.

Setři si slzy
a usměj se uplakanýma očima,
každého dne se něco počíná,
něco překrásného se počíná. (Poštovní holub, 1929)

Úvod

Ačkoliv těžiště práce porodní asistentky je v péči o rodičku a novorozence, svou úlohu a profesní poslání naplňuje jako erudovaný průvodce s komplexními nejen znalostmi, ale i se schopností pomoci ženě objevit a přijmout všechny kvality obávaných životních období. Často stačí pomoci radou, návrhem, dát impuls k vyzkoušení nových, neprošlapaných cest. Jen ten, kdo těmito cestami sám projde, má šanci dojít k životní moudrosti a smíření s během života. Pro získání pocitu smysluplně prožitého života toto potřebuje jak porodní asistentka, tak i laik.

Porodní asistentka

Být dobrou průvodkyní je velmi obtížné, neboť sama porodní asistentka prochází životní sebereflexí, musí osobně dozrát, k poznání životních kvalit se sama prožít. Zejména v kontaktu mladé porodní asistentky a zkušené, stárnoucí ženy může nastat komunikační problém. Sama porodní asistentka musí cítit, že stáří není tragické, že ji samotnou její vlastní stárnutí nestraší.

Porodní asistentka vede ženu k přijetí přicházejících změn. Vede ženu k tomu, aby brala svoje stárnutí jako další příležitost svého života. Aby mohla podpořit individualitu ženy, musí porodní asistentka znát sociální vazby a mezigenerační vztahy v konkrétní rodině či

komunitě, ve které žena žije. Nezbytné je holistické vnímání ženy jako funkční součásti komunity a vztahů rozvíjejících se uvnitř komunity.

V komunitě je porodní asistentka koordinátorkou přijetí životních změn, podporuje vzájemnou pomoc žen se stejnou či podobnou zkušeností, spolupracovnic, kamarádek, vrstevnic, rodinných příslušnic. Sama je garantem kvality poskytované podpory.

Porodní asistentka svým profesionálním přístupem aktivně preventivně působí ve společnosti proti patologickým projevům společenského vztahu ke stárnoucím a starým ženám. Vystupuje proti předsudkům ke starším ženám, proti současnému kulturnímu stereotypu ageismu. Porodní asistentka vychází ze znalostí ontogenetických principů, ví, že zráním organismu včetně reprodukčního systému jde nutně ve spojitosti se získáváním a zhodnocováním životních zkušeností. Díky tomu je schopna odolat obecnému kultu mládí, glorifikaci tělesné krásy mladé ženy, proti postojovým stereotypům, že pocit štěstí je spojen s rozkvětem, úspěchem a mládím. Bourá předsudky o ošklivosti, neúčelnosti, zbytečnosti, sexuálnosti a celkově upadající stárnoucí ženy. V komunitě ženy dokáže vyhledat signály upozorňující na rizika a možnosti týrání a ubližování starým ženám, na špatné zacházení s nimi.

Porodní asistentka svým přístupem k péči o ženu obecně vede společnost k adekvátnímu zacházení se ženou, nejen při péči o její reprodukční zdraví, ale také v pracovním prostředí, v dopravních prostředcích, v obchodech, ve zdravotnických zařízeních. Pomáhá vytvářet společenské postoje proti diskriminaci žen a vybízí k projevení přirozené úcty k ženě ve všech jejich věkových a vývojových etapách.

Porodní asistentka přispívá kontinuálně k podpoře pozitivního sebehodnocení, sebepečení a sebeakceptace ženy ve vztahu k aktuálně probíhajícím vývojovým změnám. Ví, že se sebeobraz s postupem stáří může postupně zhoršovat.

Porodní asistentka ví, že pokud se jí podaří dobře ženu doprovázet procesem prožívání životních změn, zjistí, že i díky jejímu přispění žena odhalí nový smysl a novou spokojenost v dalším životním období. Žena změnu přijímá s pozitivy i negativy a dokonce cítí, že z ní má užitek.

Porodní asistentka vede společnost k toleranci a respektování ženy ve všech společenských rolích, zejména v těch, které nepřinášejí bezprostřední ekonomický efekt. Porodní asistentka prezentuje ženu jako člověka, který zcela zásadně ovlivňuje rozvoj společnosti, z biologického hlediska je role ženy nezastupitelná. Žena je nositelkou vzorců chování, skrze transgenerační přenos se podílí na tvorbě hodnotového systému společnosti.

Porodní asistentka usiluje o to, aby žena měla odpovídající společenský status vyplývající ze specifiky sociálních rolí. Žena má právo na trpělivost a toleranci v každém věku, zejména s ohledem na to, jak kvalitně naplnila očekávání společnosti.

Porodní asistentka podává společnosti reflexi o životě ženy. Může tak působit na sociální percepci a způsoby interpretace různých situací žen v sociální interakci a rovněž tak ovlivnit chování společnosti k ženám.

Témata přípravy ženy na přirozené stárnutí:

- celoživotní přístup k životu, ke zdraví, vývoji a stárnutí,
- individuální variabilita stárnutí,
- jedinečnost osobnosti ženy, motivace a čerpání životní energie, vnitřní síla a vitalita,
- zralost, moudrost, naděje, životní hodnoty, porozumění vlastním hodnotám, zakotvení,
- generativita, vývoj role ženy, prarodičovství,
- ženské vzory, žena jako vzor pro mladší generaci a učitelka svých následovnic,
- kontext životních období, tranzitorní krize, hledání smyslu života, pocit štěstí,
- nacházení duchovních hodnot, pohled na sebe a své možnosti,
- krize středního věku, akceptace odchodu dětí z rodiny, respekt k životním plánům dětí,
- důchod, změna náplně denního rozvrhu, vznik relativní ekonomické závislosti, změna sociálních kontaktů, možná změna úrovně životního standardu,
- partnerství, rodina a mezigenerační vztahy, stereotypy, kompromisy, rituály,
- zralý partnerský vztah a zralá sexualita, porozumění, úcta a láska, přátelství, koníčky,
- ztráty v životě ženy,
- lidská práva, práva žen, dětí a seniorů,
- genderový aspekt stárnutí,
- rizika ageismu a sexismu, mobing, šikana, sociokulturní handicap, nižší sociální status,
- úzkostné potíže, depresivní problémy, pocity nepohody, nespokojenosti a prázdnoty,
- tělesné a orgánové změny, pokles výkonnosti, vnější vzhled, změny myšlení, percepcie a paměti, emoční změny, zdravotní obtíže, změny soběstačnosti a schopnosti sebepéče,
- osobnostní typy podle strategie vyrovnávání se stářím,
- změna potřeb a hodnot, rozdílnost postoje ke světu projevující se mezi vrstevníky a s dopadem na kvalitu mezilidských vztahů.

Cíle přípravy:

- přirozené stárnutí,
- úspěšné stárnutí,

- posilování kvality života,
- udržování adaptability,
- udržování dostatečné aktivity,
- optimismus spojený s příchodem moudrosti, vnitřní stability, klidu, schopnosti nahlédnu, dovednosti rozpoznat podstatné od nepodstatného,
- optimismus k vidění smysluplnosti života,
- prevence nečinnosti, podpora mentálních i pohybových schopností,
- prevence citové deprivace,
- prevence pocitu bezmoci, beznaděje, zoufalství, zbytečnosti,
- prevence úzkosti.

Co potřebuje stárnoucí žena od porodní asistentky:

- zralá, empatická komunikace o své minulosti, přítomnosti i budoucnosti,
- občas si postěžovat a najít pro to pochopení,
- uznání, že stáří není „žádný med“,
- symetrický vztah,
- pocítit respekt a úctu, uznání, že mnoho svých životních úkolů dobře splnila,
- cítit přirozenou autoritu,
- cítit, že pro starou ženu je ve společnosti místo,
- mít možnost být ještě prospěšná druhým,
- informace, poradenství o možnostech podpory seniorů, o možnostech ošetrovatelské péče a pečovatelské služby.

Co nepotřebuje stárnoucí žena:

- falešné utěšování, laciné chlácholení,
- elixír mládí ani zázrak,
- soucit a lítost,
- přehnanou péči a shovívavost, která může až urážet,
- pocit co si vlastně počít se získanými roky života díky prodlužující se délce a zvyšující se kvalitě lidského života,
- sociální izolaci.

Závěr

V případě, že žena prožívá obtížně adaptaci na nové životní období, stává se porodní asistentka psychoterapeutkou ženy. Chápe, že ženu trápí vrásky, že má strach, jak nadále uplatní své schopnosti, jak si porozumí s partnerem, jak najde nový obsah svých dnů. Ví, že

žena se obává toho, že si neporadí v situaci, kdy ji partner opouští a odchází k mladší ženě, má s ní dokonce dítě. Rozumí její bezmoci a beznaději. Ví, jak obtížně se ženě hledá v takové situaci smysl dalšího života. Je kamarádkou ženě, která právě tu vlastní aktuálně nemá, aby ji vyslechla. Směřuje ji k odvaze pravou kamarádku najít a oslovit ji s pomocí najít nový program proto, aby se žena netrápila sebelítostí. Přesto však porodní asistentka ženě umožní negativní emoce prožít a uvědomit si je. Teprve potom žena obvykle nachází schopnost objevit sílu, se kterou vstupuje do nové životní etapy. Za podpory porodní asistentky se opět stává adaptovanou, trpělivou a spokojenou ženou.

Porodní asistentka dokáže opakovaně naslouchat příběhům žen, i když slyší zdánlivě stále stejné příběhy. Sama s příběhy žen zraje profesionálně i lidsky.

Seznam bibliografických odkazů:

1. BAŠTECKÁ, B. a kol., *Terénní krizová práce*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0708-X.
2. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
3. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
4. KŘEMENOVÁ, J., FREMLOVÁ, H. Výuka komunitní péče v porodní asistenci. In *Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na formovanie osobnosti budúcej sestry II., Varia*. Ed. I. Gulášová, D. Mikuličková. Vydavateľ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava. Detašované pracovisko Skalica, 2009, s. 47 – 51. ISBN 978-80-89271-55-9.
5. ŠPATENKOVÁ, N. a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0888-4.
6. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
7. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Kontakt:

Mgr. Helena Fremlová

Ústav porodní asistence, Institut zdravotnických studií

Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Příluky 372, 76001 Zlín

fremlova@fhs.utb.cz, tel: +420 577 008 139

NÁVRH EDUKAČNÉHO PROGRAMU PRE ŽENY V OBDOBÍ KLIMAKTÉRIA VYCHÁDZAJÚC Z VÝSLEDKOV VÝSKUMU

Helena Galdunová, Dagmar Magurová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Klimaktérium je jedno zo životných období ženy, ktoré však prináša nemálo zmien. Sú to zmeny, ktoré sa týkajú životného štýlu, hodnotového rebríčka, či hľadania vlastnej pozmenenej identity. Pri týchto zmenách zohráva významnú úlohu pôrodná asistentka a sestra, ako poradkyňa, edukátorka ženy. Na základe výsledkov výskumu, ktorý sa týkal vedomostnej úrovne žien o tomto období, sme vytvorili edukačný program pre úspešné zvládnutie tohto obdobia.

Kľúčové slová: Klimaktérium. Výskum. Pôrodná asistentka. Sestra. Edukačný program.

Abstract

Climacterium is one from a women's lifetime, which it brings a few changes. These are the changes related to lifestyle, value rankings, or find their own altered identity. At these changes play important role midwife and nurse, as an advisor, educator women. Based on the results of research, which concerning women's levels of knowledge about this period, we created an educational program for successful deal this time.

Key words: Climacterium. Research. Midwife. Nurse. Educational program.

Klimaktérium – prechod, je obdobím života ženy, kedy dochádza k zmene z obdobia plodnosti do obdobia prirodzenej neplodnosti. Inak povedané, prechod z fertílneho obdobia do obdobia reprodukčného pokoja.

Prvé zmienky o klinických príznakoch klimakterického syndrómu sa objavili v roku 1777, v diele Johna Leaka. V ňom bola pravdepodobne prvýkrát vysvetlená etyológia menopauzy. Je to viac menej prvé zamyslenie nad poslednou menštruáciou. Autor hovorí o rôznych ťažkostiach, bolestiach, závratoch, náladovosti, hystérií, melanchólií, urologických ťažkostiach (Donat, 2000).

Klimaktérium trvá v priemere 10 až 15 rokov. V týchto rôznych prechodových fázach sa plynulo menia koncentrácie ženských pohlavných hormónov a môžu vyvolávať diverzné klimakterické ťažkosti, ktoré sa spolu nazývajú klimakterický syndróm. Ide o súbor symptómov, ktoré sú typické pre toto vývojové obdobie, sú veľmi variabilné, objavujú sa niekoľko rokov pred menopauzou alebo po nej. Podľa časového obdobia sa rozdeľujú na včasné, strednodobé a chronické.

Symptómov, ktoré sprevádzajú klimaktérium je niekoľko a všetky súvisia s poklesom hladiny estrogénu. Niektoré ženy nemajú žiadne symptómy, iné môžu mať niekoľko naraz. Ide predovšetkým o: návaly horúčavy; nočné potenie; urogenitálne príznaky – bolesti pri močení, nutkavé a časté močenie, únik moču; svaly a kĺby - svaly začínajú strácať svoj objem, silu a koordináciu a kĺby začínajú tuhnúť; koža, vlasy a nechty - stencenie a ochabnutie kože, suchosť vlasov a krehkosť nechtov, vrásky na tvári; sexuálne príznaky - nedostatočná vlhkosť pošvy; problémy súvisiace s gastrointestinálnym traktom - zápcha, flatulencia - pocit nafúknutosti, zväčšenie brucha; priberanie na váhe; prsníky - nepríjemné napätie; zmena hlasu – jeho zhrubnutie; srdce - zvýšený výskyt srdcovo - cievnych ochorení; emocionálne príznaky – najčastejšie ide o zmeny nálad, pocit napätia, úzkosť, apatia, podráždenosť, plačlivosť a výkyvy nálady, niekedy depresia; intelekt - zábudlivosť, ťažšia koncentrácia pozornosti.

Výsledky výskumu so zameraním na problematiku súvisiace s informovanosťou žien o období klimaktéria

S cieľom zistiť úroveň vedomostí žien o období klimaktéria sme realizovali výskum na Gynekologicko-pôrodnickej klinike FNŠP J. A. Reimana v Prešove v období september - december 2009 s využitím metódy dotazníka, ktorý pozostával z 26 položiek.

Výskumnú vzorku tvorilo 100 respondentiek vo veku:

- od 40 – 46 rokov, čo predstavuje 50 %
- od 47 – 55 rokov, čo predstavuje 38 %
- od 56 a viac rokov, čo predstavuje 12 %.

Vzdelanostná úroveň:

- učňovské vzdelanie – 8 %
- stredoškolské vzdelanie – 72 %
- vysokoškolské vzdelanie – 20 %

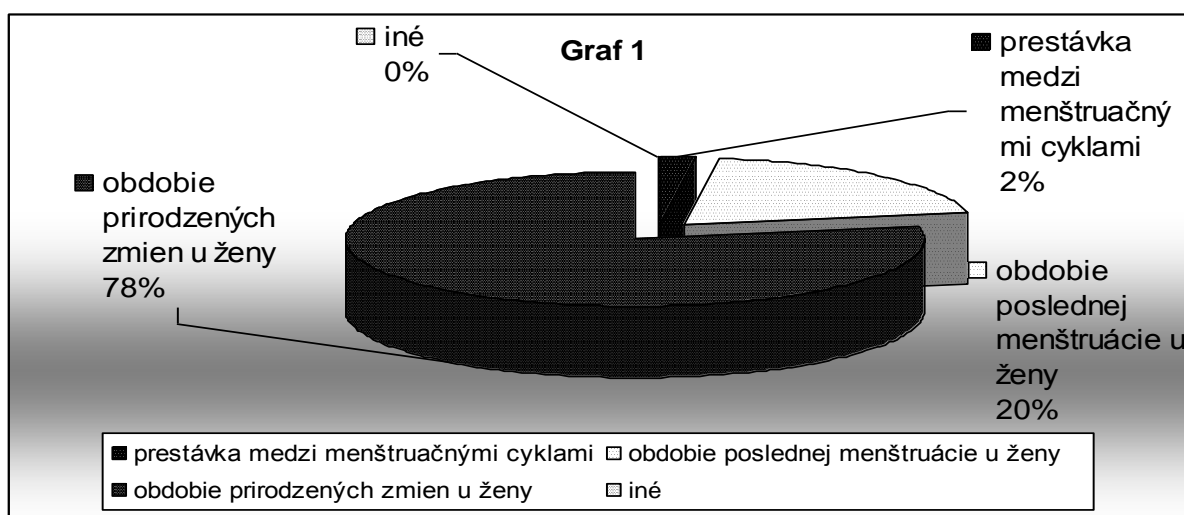
Na vybrané položky respondentky odpovedali nasledovne:

Otázka 1 Myslíte si, že menopauza je:

- prestávka medzi menštruačnými cyklami
- obdobie poslednej menštruácie u ženy
- obdobie prirodzených zmien u ženy
- iné

Tabuľka 1 Znalosť pojmu menopauza

	N	%
prestávka medzi menštruačnými cyklami	2	2
obdobie poslednej menštruácie u ženy	20	20
obdobie prirodzených zmien u ženy	78	78
iné	0	0
Spolu	100	100



Graf 1 Definícia menopauzy

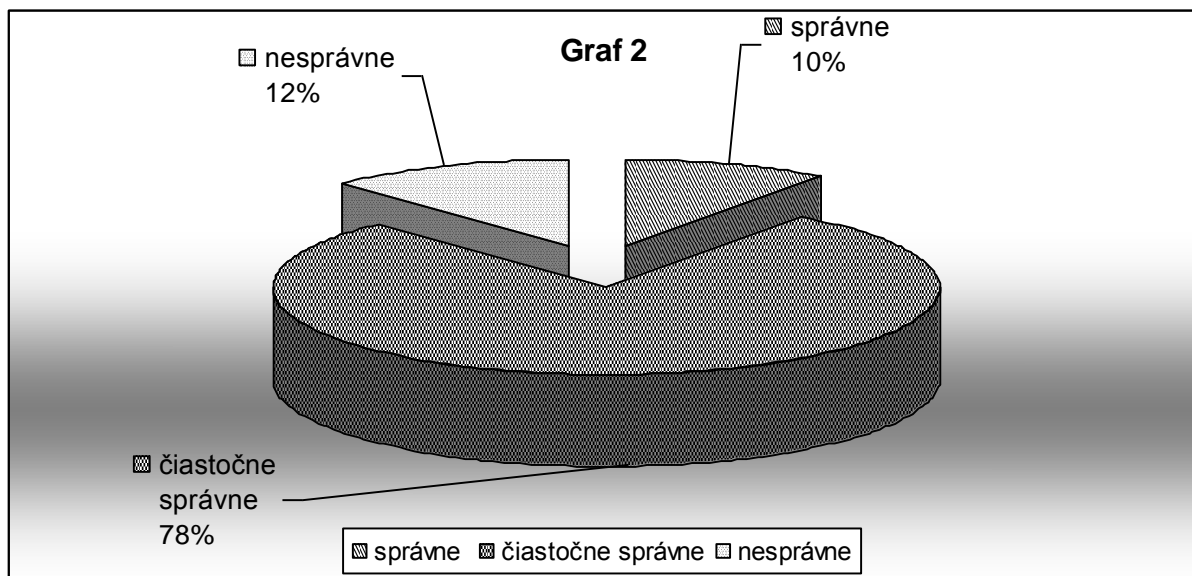
Interpretácia výsledkov:

Z uvedeného súboru 100 respondentov vedelo definovať menopauzu vedelo 20 %; až 78 % respondentiek si myslí, že menopauza je obdobie prirodzených zmien a 2 % respondentiek si myslí, že menopauza je prestávka medzi menštruačnými cyklami.

Otázka 2 Vymenujte aspoň 5 príznakov, ktoré sú typické pre obdobie klimaktéria

Tabuľka 2 Prehľad vedomostí respondentiek o príznakoch klimaktéria

	N	%
správne	10	10
častočne správne	78	78
nesprávne	12	12
Spolu	100	100



Graf 2 Prehľad vedomostí respondentiek o príznakoch klimaktéria

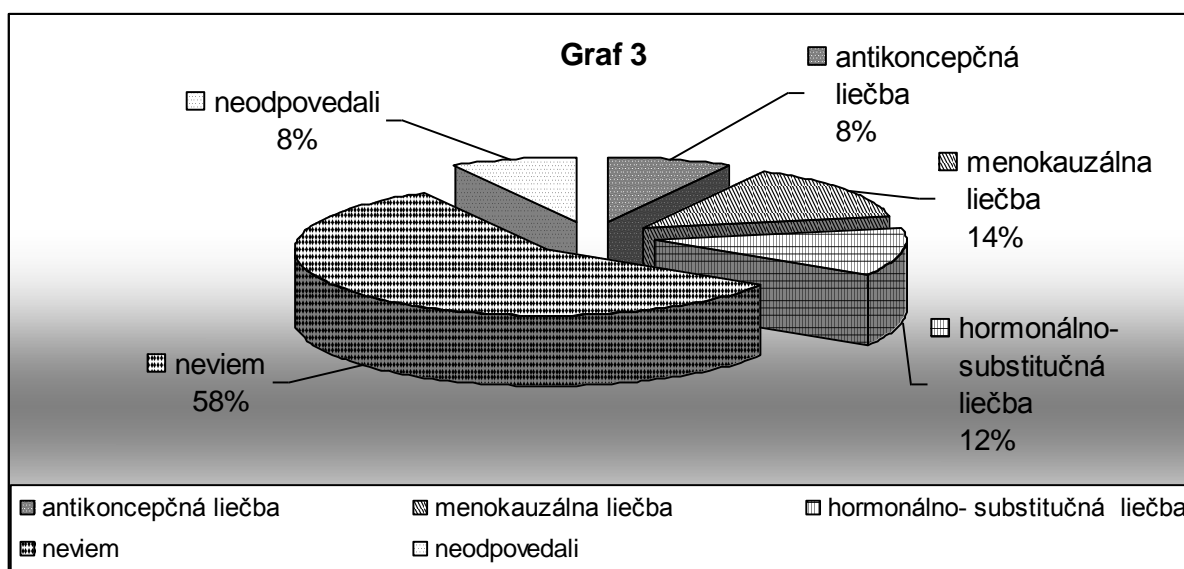
Interpretácia výsledkov:

V tejto položke mali respondentky vymenovať aspoň 5 príznakov typických pre obdobie klimaktéria. Uvedené príznaky sme následne analyzovali do 3 kategórií, pozostávajúcich zo správnych, nesprávnych a čiastočne správnych odpovedí. Z grafu 2 vyplýva, že príznaky klimaktéria pozná len 10 % respondentiek; čiastočne ich pozná 78 % respondentiek a 12 % respondentiek nepozná príznaky klimaktéria. Z uvedeného vyplýva, že respondentky nedisponujú správnymi informáciami o spomínaných príznakoch klimaktéria.

Otázka 3 Viete ako je možné zmierniť príznaky klimaktéria?

Tabuľka 3 Prehľad o vedomostiach respondentiek týkajúcich sa liečby žien v období klimaktéria

	N	%
antikoncepčná liečba	8	8
menokauzálna liečba	14	14
hormonálno- substitučná liečba	12	12
neviem	58	58
neodpovedali	8	8
Spolu	100	100



Graf 3 Prehľad o vedomostiach respondentiek týkajúcich sa liečby žien v období klimaktéria

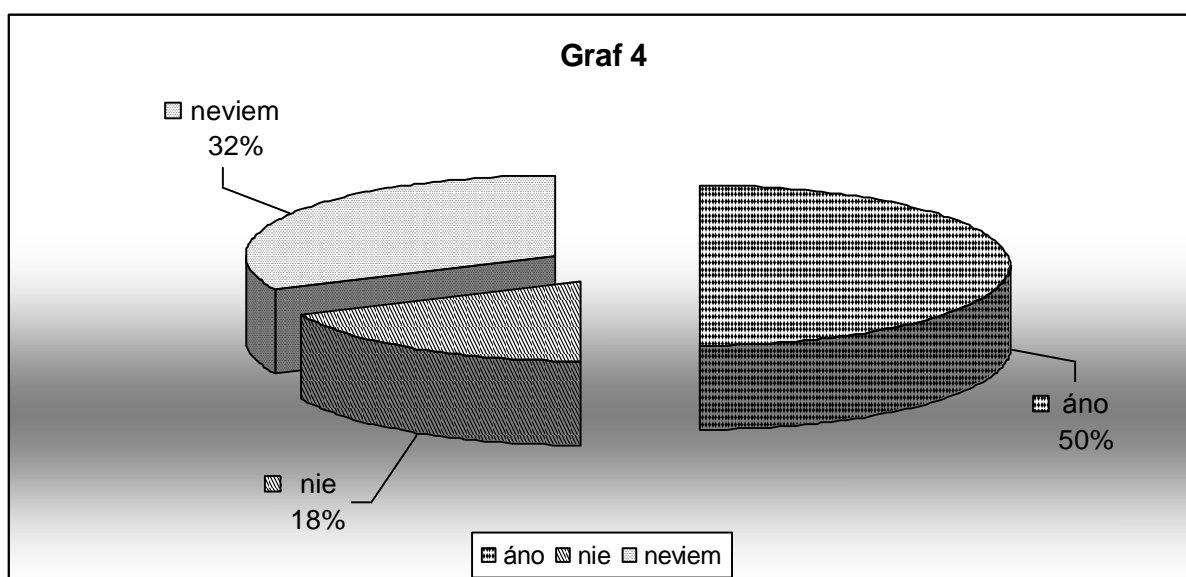
Interpretácia výsledkov:

Hormonálno-substitučnou liečbou by zmiernilo príznaky klimaktéria 12% respondentiek; menokauzálnu liečbu by uprednostnilo 14 % respondentiek; antikoncepčnú liečbu by využilo 8 % a 58 % respondentiek nevedelo odpovedať. Z uvedeného vyplýva, že respondentky majú veľký nedostatok vedomostí o možnostiach liečby žien v období klimaktéria.

Otázka 4 Môže mať žena problémy v sexuálnom živote v období klimaktéria?

Tabuľka 4 Problémy v sexuálnom živote v období klimaktéria

	N	%
áno	50	50
nie	18	18
neviem	32	32
Spolu	100	100



Graf 4 Problémy v sexuálnom živote v období klimaktéria

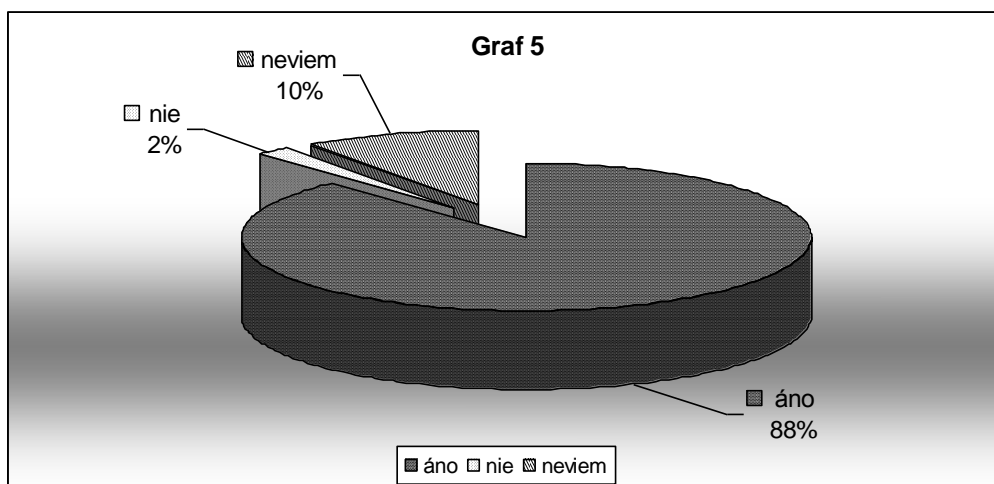
Interpretácia výsledkov:

Na otázku, či môže žena mať problémy v sexuálnom živote v období klimaktéria odpovedalo 50 % respondentiek „áno“; 18 % odpovedalo „nie“ a 32 % respondentiek nevedelo odpovedať.

Otázka 5 Je podľa vás dôležité dbať na správnu životosprávu v období klimaktéria?

Tabuľka 5 Dôležitosť správnej životosprávy v období klimaktéria

	N	%
áno	88	88
nie	2	2
neviem	10	10
Spolu	100	100



***Graf 5** Dôležitosť správnej životosprávy v období klimaktéria*

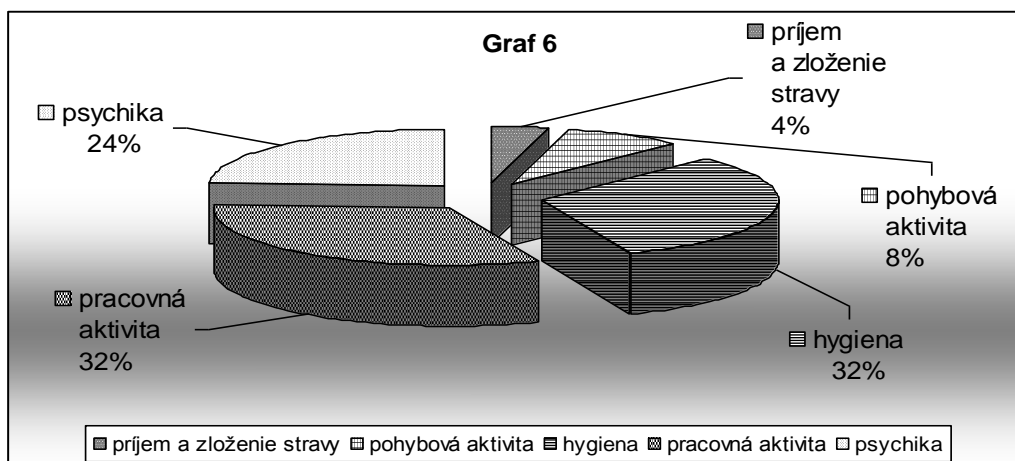
Interpretácia výsledkov:

Na otázku, či je dôležité dodržiavať správnu životosprávu odpovedalo 88 % respondentiek „áno“; 2 % respondentiek odpovedalo „nie“ a 10 % nevedelo dať odpovedať.

Otázka 6 Uvedte, ktorá z nasledujúcich oblastí si vyžaduje v období klimaktéria zvýšenú pozornosť

***Tabuľka 6** Oblasť zvýšenej pozornosti*

	N	%
príjem a zloženie stravy	4	4
pohybová aktivita	8	8
hygiena	32	32
pracovná aktivita	32	32
psychika	24	24
Spolu	100	100



***Graf 6** Oblasť zvýšenej pozornosti*

Interpretácia výsledkov:

24 % respondentiek považuje za najdôležitejšiu oblasť, ktorej by sa mala venovať zvýšená pozornosť psychiku, 32 % respondentiek pracovnú aktivitu a zhodný počet 32 % respondentiek hygienu. Len 8% respondentiek považuje za dôležitú oblasť pohybovú aktivitu a 4% príjem a zloženie stravy.

Z výskumu vyplýva, že oblasti, ktoré sme monitorovali, vykazujú značný vedomostný deficit o danej problematike. Avšak pozitívom je, že respondentky o túto problematiku prejavujú záujem a informácie by najradšej prijali od erudovanej sestry. Na základe týchto zistení sme stanovili následné vedomostné diagnózy a vypracovaný návrh edukačného programu pre ženy v období klimaktéria. Na edukácií by sa zúčastnili ženy- edukantky, ktoré prejavia záujem a vykázali v uvedených oblastiach deficit vedomostí. Edukačný program zameraný na rozšírenie vedomostí u žien- edukantiek pri výskyte prvých príznakov klimaktéria, by sa predovšetkým zamerlal na riešenie nasledujúcich edukačných diagnóz:

Diagnóza č. 1 – Deficit vedomostí v oblasti základnej charakteristiky menopauzy

Diagnóza č. 2 – Deficit vedomostí v oblasti príznakov a možných problémov súvisiacich s obdobím klimaktéria

Diagnóza č. 3 - Deficit vedomostí o možnej hormonálno – substitučnej liečbe

Diagnóza č. 4 - Deficit vedomostí v súvislosti so životným štýlom v období klimaktéria

Je potrebné si uvedomiť, že edukácia má v ošetrovatel'stve nezastupiteľné miesto. Sestra často plní rolu ošetrovatel'ky, manažérky, koordinátorky ale aj edukátorky pri riešení jeho problémov.

Edukačný proces v ošetrovatel'stve:

- predstavuje určitú formu odovzdávania konkrétnych informácií,
- je vytvorený zámerne, kvôli tomu, aby sa niekto niečo naučil,
- je to dynamický vzájomný vzťah medzi sestrou a klientom – učiacim sa,
- je výchovný a vzdelávací proces,
- je súčasťou ošetrovatel'ského procesu (Závodná, 2005).

Tabuľka 7 Edukačný plán

EDUKAČNÝ PLÁN	
Afektívny cieľ	Edukantky vyjadria záujem o získanie nových vedomostí
Výsledné kritériá	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukantky vyjadria spokojnosť s rozsahom a kvalitou podaných informácií ▪ Edukantky vyjadria psychickú vyrovnanosť, pohodu
Kognitívny cieľ	Edukantky disponujú vedomosťami o problematike súvisiacej s obdobím klimaktéria
Výsledné kritériá	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukantky vymenujú príznaky klimaktéria ▪ Edukantky popíšu možnosti zmiernenia príznakov klimaktéria ▪ Edukantky uvedú špecifické postupy na zvládnutie problémov súvisiacich s obdobím klimaktéria
Behaviorálny cieľ	Edukantky sa aktívne zapájajú do edukačného procesu a diskusie
Výsledné kritériá	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukantky sa aktívne zapájajú do diskusie počas edukačných stretnutí ▪ Edukantky realizujú základné zmeny, ktoré je nutné urobiť v ich životnom štýle
Dátum:	Forma: skupinová
Čas: 45 minút/ stretnutie	
Metóda: brainstorming, heuristická metóda, analýza prípadu, kognitívne mapovanie, pravda alebo klamstvo, prednáška, snowballing, diskusia.	
Miesto: edukačná miestnosť Gyn.-pôr. kliniky vo FNsP Prešov	Pomôcky: letáky, brožúry, príručky, odborné knihy, edukačné listy
Edukátor: sestra; pôrodná asistentka	Edukačné stretnutia: 3

V závere by sme chceli zdôrazniť, že informácie, ktoré ženy dostávajú prostredníctvom edukačných stretnutí majú nevyhnutný rozsah a obsah. Pôrodná asistentka a sestra v rámci kompetencií sú povinné zabezpečovať a realizovať edukáciu a tak systematickým a vhodným spôsobom podávať dostatočné množstvo informácií a „skreslené“ vedomosti edukantov uvádzať na pravú mieru.

Výhodou edukačných stretnutí je aj možnosť zoznámiť sa s inými ženami, ktoré majú podobné problémy a tak vo vzájomnej komunikácii sa navzájom obohacovať o nové informácie, vedomosti ako aj skúsenosti.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. DONÁT, J. Klimakterium. Praha: Vasut, 2000. 32 s. ISBN 80 7236-174-0.
2. JENÍČEK, J. Hormonálna substitučná terapia a klimakterium. Praha: Grada Publishing, 2001. 101 s. ISBN 80-247-0133-2.
3. KYČINOVÁ, S. Klimakterium z pohľadu ošetrovateľstva. In.: Moderný medicínsky manažment, ročník 8, 2001 č.4 s.28 ISSN 1335-2326.
4. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve. Martin: Osveta 2009. s. 155. ISBN 978-80-8063-326-4.
5. MARTIUS, G.- BRECKWOLDT, M.- PFLEIDERER, A. Gynekológia a pôrodníctvo. Martin: Osveta, 1997. 658 s. ISBN 80-88824-55-9.
6. MAŠLEJOVÁ, M. Edukácia žien v období klimaktéria. Bakalárska práca. PU v Prešove, FZ, 2008, 88s.
7. RYBÁROVÁ, L. Základy výskumu. Prešov. FZ, 2008. 176s. ISBN 978-80-8068-816-5.
8. STOPPARDOVÁ, M. Zdravie v menopauze. Bratislava: Ikar, 2002. 96 s. ISBN 80-551-0276-7.
9. ZÁVODNÁ, V. 2005. Pedagogika v ošetrovateľstve. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117s. ISBN 80-8063-193-X.
10. ŽIAKOVÁ, K. Ošetrovateľstvo: teória a vedecký výskum. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. 319 s. ISBN 80-8063-131-X.
11. ŽIVNÝ, J. Starnutie ženy a hormonálna substitučná terapia. In.: Interná medicína pre prax, ročník 6, 2004 č.8 s.422 ISSN 1212-7299

Kontaktná adresa:

PaedDr. Helena Galdunová, PhD. PU v Prešove, Fakulta zdravotníctva galdun@unipo.sk
PhDr. Dagmar Magurová, PhD. PU v Prešove, Fakulta zdravotníctva dmag@unipo.sk

STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV A INTERDISCIPLINÁRNY PRÍSTUP

Veronika Hencelová, Lucia Cintulová

Školiteľ: prof. Ing. Libuša Radková, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce

Abstrakt

Prehlbujúci sa trend v starnutí populácie má za následok zvyšujúci sa počet osôb vyžadujúcich si asistenciu druhej osoby pri zabezpečovaní základných životných potrieb. Túto osobou, ktorá zabezpečuje starostlivosť o seniora, nazývame opatrovateľom a môže ním byť buď profesionálny opatrovateľ alebo rodinný príslušník. V príspevku popisujeme a analyzujeme potreby seniorov. Porovnávame starostlivosť o seniorov resp. uspokojovanie potrieb seniorov v zariadeniach sociálnych služieb a v domácom prostredí. Proces starostlivosti o seniora či už v domácom prostredí alebo v zariadení sociálnych služieb je náročný, najmä po stránke fyzickej, psychickej, ale aj finančnej a sociálnej, preto tu významnú úlohu zastáva i zapojenie všetkých relevantných odborníkov v prospech klienta – teda tvorba interdisciplinárneho tímu.

Kľúčové slová: Seniori. Saturácia potrieb. Sociálne služby. Domáca starostlivosť. Interdisciplinárny tím.

Abstract

Deepening trend in the ageing of the population has resulted in an increasing number of people requiring the assistance of another person in ensuring their basic life needs. The person who provides care about senior is called caregiver and he could be either professional caregiver or family member. In the contribution, we describe and analyse seniors' needs. It is focused on comparing seniors care like satisfying seniors' needs in social services institutions and at home. The process of home care about seniors or providing social services in institutions is difficult, especially in physical, psychological but also in financial and social aspect and therefore important role performs cooperation of all relevant specialists in favour of the client- thus creating interdisciplinary team.

Key words: Seniors. Satisfying needs. Social services. Home care. Interdisciplinary team.

Analýza potrieb klienta (APK) vychádza z troch zložiek:

- **Minulosť** (poznanie aspektov z minulosti determinujúcich životnú situáciu klienta a jeho správanie)
- **Prítomnosť** (aktuálna sociálna situácia seniora, zhodnotenie doterajšej poskytnutej pomoci)
- **Budúcnosť** (forma starostlivosti o seniora a vplyv sociálnych služieb na jeho kvalitu života v budúcnosti)

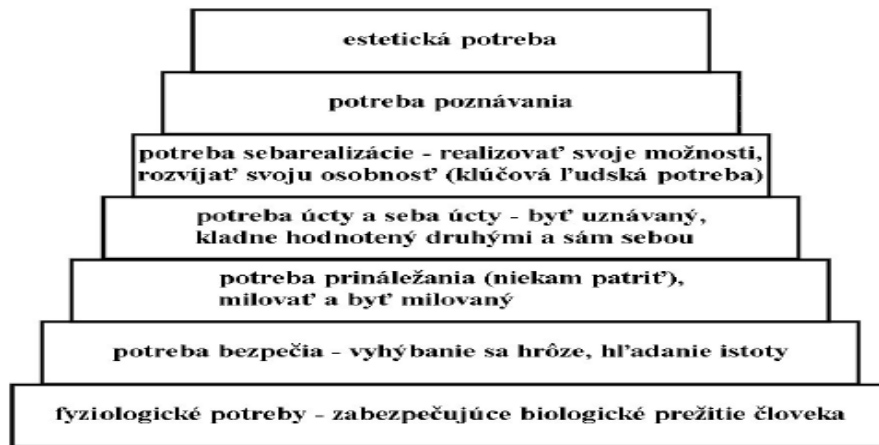
Prečo je APK dôležitá?

- umožňuje odhalenie skutočných potrieb klienta- seniora,
- umožňuje vytvárať ponuku služieb šitú na mieru klientovi,
- predstavuje profesionalitu v prístupe ku klientovi a orientuje sa len na jeho individuálne potreby,
- odhaľuje riziká súvisiace s poskytnutím konkrétnej služby,
- dochádza k bližšiemu a hlbšiemu poznaniu osobnosti klienta, ako aj jeho sociálnej situácie,
- je nástrojom na prípravu klienta na zmenu v jeho sociálnom prostredí,
- predstavuje skutočné sociálne zabezpečenie v rámci podmienok a možností danej spoločnosti,
- jej realizácia vytvára u klienta pocit istoty, rešpektu a záujmu,
- znižuje obavy a strach seniora z budúcnosti, čo zároveň vedie k správne mu uspokojeniu potrieb a požiadaviek seniora,
- zaručuje, že klient dostane to, čo potrebuje a čo chce – teda naplní sa význam jeho bytia v klientovom vnímaní,
- kvalitná analýza potrieb klienta = zvýšenie efektivity poskytovania sociálnych služieb pre seniorov.

Potreby seniorov

Potreba je prejavom nejakého nedostatku, chýbania niečoho, čoho odstránenie je žiaduce. Potreba nabáda k vyhľadávaniu určitej podmienky nevyhnutnej k životu, prípadne vedie k vyhýbaniu sa určitej podmienke, ktorá je pre život nepriaznivá (Trachtová, 2001, s. 10)

Hierarchia potrieb



Zdroj: Kurincová et al., 2008, s. 133

Graf 1 Maslowova hierarchia potrieb

Predpokladom k tomu, aby jedinec zameriaval aktivitu na uspokojenie hierarchicky vyššie zaradených potrieb, je uspokojenie potrieb nižších. (Kurincová et al., 2008, s. 132-133)

Klasifikácia potrieb

Tomagová, Bóriková v Potrebách v ošetrovatel'stve (2008, s. 15-16) delia potreby na:

1. **Biologické.** Zodpovedajú fyziologických potrebám organizmu, ich uspokojovanie je nevyhnutné pre život. Medzi biologické potreby patria: vzduch, potrava, tekutiny, vylučovanie odpadových látok, konštantná teplota, spánok a odpočinok...)
2. **Psychické, sociálne, duchovné.** Nesúvisia s existenciou človeka, ale aj tak zaujímajú výsadne postavenie v ľudskej psychológii. Ich mechanizmy fungovania sú zložitejšie. Ich uspokojovanie prináša pohodu, vedie k rozvoju osobnosti, kým ich frustrácia, predovšetkým z ranného detstva, môže byť príčinou porúch správania.

Medzi **psychické potreby** patria: starostlivosť, pomoc, bezpečie, istota, láska, emocionálny kontakt, nežnosť, šťastie, úcta, uznanie, obdiv, estetické a kultúrne potreby.

Medzi **sociálne potreby** patria: združovanie, sociálny kontakt, komunikácia, informovanosť, priateľstvo, sebarealizácia, kultúrne potreby. (Tomagová, Bóriková, 2008, s. 15-16)

Medzi **duchovné potreby** patria: vzťah k absolútnu, potreba nádeje, sebaúcty, vedomia vlastnej hodnoty a dôstojnosti, potreba slobody, poznania, dobra, krásna. (Nemčeková, 2004, s. 72-77)

Možnosti saturácie potrieb SENIOROV prostredníctvom 2 základných zložiek:

Rezidenciálna starostlivosť
(zariadenia sociálnych služieb)

Starostlivosť v domácom prostredí
(opatrovateľská starostlivosť)

V zmysle § 11 zákona č. 448/2008 Z.z. sa druh sociálnej služby, forma sociálnej služby a rozsah poskytovania sociálnej služby určia podľa nepriaznivej sociálnej situácie alebo aj podľa stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby.

V zmysle § 12 ods. c) zákona č. 448/2008 Z.z. sociálne služby sú určené na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie občana, ktorý sa z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku nedokáže postarať o svoju osobu bez pomoci inej fyzickej osoby.

Waerness (In. Jeřábek et al., 2005, s. 10) definoval starostlivosť o starých ľuďoch (elder care) nasledovne: „opatrovnícka alebo podporná pomoc alebo služba vykonávaná pre šťastie a blahobyt starých osôb, ktoré z dôvodu chronickej alebo duševnej choroby alebo nespôsobilosti nemôžu tieto činnosti samy vykonávať.“

Rezidenciálna starostlivosť /zariadenia sociálnych služieb/

„Ústav je do istej miery svetom pre seba, ostrovom sebestačného poriadku, v ktorom je život obmedzenejší a predvídavejší ako v okolitom sociálnom prostredí“. (Matoušek, 1995, s. 19)

Determinanty ovplyvňujúce rozhodovanie seniora o vstupe do zariadenia sociálnych služieb:

- 1. zdravotné dôvody**, ktoré spôsobujú neschopnosť seniora vykonávať základné životné činnosti v domácnosti, je tu stála potreba pomoci druhej osoby, prípadne pripútanie na lôžko. Rozhodujúcim faktorom je **celkový zdravotný stav** seniora.
- 2. rodinné pomery**, kde absentuje prítomnosť detí alebo sú veľmi vzdialené, k ďalším determinantom patria: absentujúce kontakty s okolím, prílišná zaneprázdnenosť alebo zamestnanosť detí, nesebestačný partner, osamelé bývanie.
- 3. psychologické pomery**, jedná sa o typ osobnosti, ktorý má dobrú povest' a skúsenosti s domovom dôchodcov alebo iným zariadením sociálnych služieb, je zachovaná aspoň čiastočná adaptabilita. Senior je zmierený s určitou stratou súkromia a skutočnosťou odchodu z domova, nakoľko nechce byť na ťarchu deťom či rodine.
- 4. bytové podmienky** – determinantmi sú tieto skutočnosti: nespokojnosť s bytom, jeho zlú vybavenosť, nedostatočné a nevyhovujúce bývanie.

5. **d'alsie sociálne činitele** - sem patrí: nemožnosť zaistenia pomoci druhou osobou, nefungujúca opatrovateľská služba a pod.
6. **iné faktory** - umiestnenie môžu urýchliť i náhle udalosti, ako napríklad náhla strata schopnosti sebestačnosti, smrť životného partnera, ktorý zaisťoval starostlivosť a iné. (Bartošovič, 2002)

Rezideciálna starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb spája v sebe sociálne, edukačné, psychoterapeutické, opatrovateľské, ale taktiež aj rehabilitačné, či resocializačné aktivity tak, aby mohla poskytnúť klientom koncentrovanú pomoc. (Levická, 2006)

Tieto inštitúcie charakterizujú nasledovné znaky, ktoré pôsobia **negatívne** na klienta:

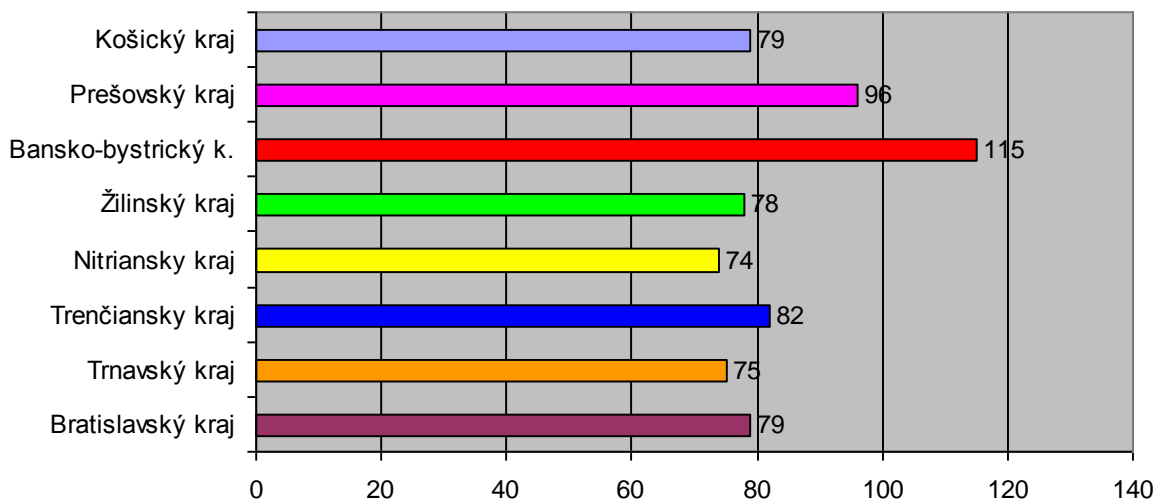
- formálne riadený celý sociálny život,
- spoločné bývanie, činnosti, rekreácia a voľný čas – strata určitého súkromia,
- separácia a izolácia z prirodzeného sociálneho života,
- dohľad tej istej autority,
- paušálne chápanie klienta a paušálny prístup,
- sociálny život sa realizuje za prítomnosti iných ľudí,
- potreba akceptácie cudzích ľudí, hrozba vzťahových konfliktov,
- neexistuje mobilita, pohyb z jednej pozície do inej,
- existencia všeobecne platných pravidiel, vyžaduje sa podriadenie,
- prevládajú disciplinárne opatrenia,
- uprednostňovanie poriadku a mimoriadny dôraz na režim. (Labáth, 2004)

Z praktických skúseností, osobných vedomostí a poznatkov sme dospeli k určaniu **výhod** starostlivosti poskytovanej v zariadeniach sociálnych služieb:

- kolektívna činnosť na druhej strane umožňuje podporu a zachovávanie existujúcich sociálnych zručností u seniorov,
- profesionálny prístup ku klientovi a nepretržitá odborná starostlivosť o seniora,
- možnosť participácie na pestrých záujmových činnostiach vo väčšej miere v porovnaní s domácou starostlivosťou,
- poskytované je inštitucionálne a sociálne poradenstvo klientom a ich rodinným príslušníkom,
- bezbariérový prístup do celého zariadenia, zatiaľ čo bytové podmienky v domácom prostredí môžu byť nevyhovujúce,

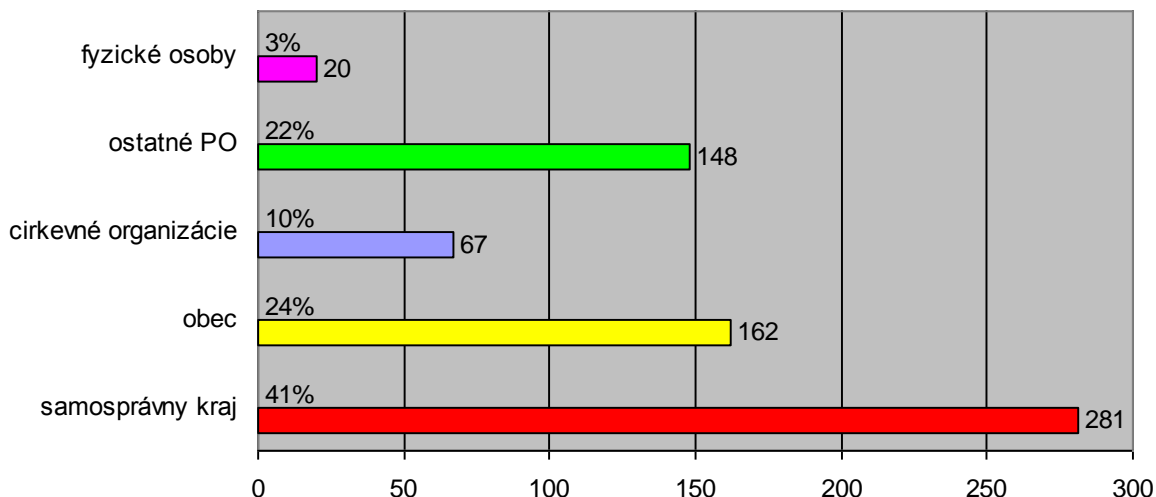
- vytvorenie podmienok a zdravého prostredia pre vlastnú zaangažovanosť seniorov na organizovaní činností v zariadení a podpora ich osobnostného rozvoja,
- postupné zvyšovanie kvality poskytovaných služieb, a to predovšetkým zásluhou novej vzdelávacej politiky zamestnancov zariadení, ich novým, individuálnym prístupom ku klientovi ako k človeku, ktorý z časti preberá zodpovednosť za svoju situáciu a mení sa z pasívneho na aktívneho užívateľa sociálnej služby,
- realizácia aktivít v oblasti športu, kultúry, vzdelávania, ktoré sú organizované zariadeniami s celoslovenskou i zahraničnou participáciou klientov zariadení sociálnych služieb,
- začínajúci trend vzniku zariadení pre klientov so špecifickými problémami a potrebami, napr. v DSS Holíč je vytvorené oddelenie pre klientov s Alzheimerovou chorobou, ktorý poskytuje špecifický prístup v starostlivosti o tento typ klientov, a iné.

„Jedným z problémov, ktorý inštitucionálny systém starostlivosti o starých ľudí trvalo znevýhodňuje v porovnaní s rodinným systémom starostlivosti je dvojkolažnosť systému starostlivosti o starých ľudí v našej spoločnosti. Zdravotný systém a sociálny systém tvoria dve vetvy inštitucionálneho zabezpečenia života starého nesebestačného človeka s doteraz nedoriešeným systémom spolupráce.“ (Jeřábek et al., 2005, s. 12)



Zdroj: Rezortná štatistika - Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny -
www.employment.gov.sk

Graf 2 Počet zariadení sociálnych služieb z hľadiska krajov



Zdroj: Rezortná štatistika - Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny -
www.employment.gov.sk

Graf 3 Prehľad zriaďovateľov zariadení sociálnych služieb za rok 2008

Starostlivosť v domácom prostredí (opatrovateľská starostlivosť)

Pomoc starému človeku v rodine vyžaduje značnú mieru sociálnej súdržnosti rodiny, ktorá pomoc poskytuje. (Jeřábek et al., 2005, s. 7)

Starostlivosť o starých ľuďoch v rodine môže mať rôzne podoby:

- neformálna rodinná starostlivosť (informal family care)
- profesionálna starostlivosť (professional care)- je zaisťovaná formou platených služieb v domácom prostredí
- zdravotná a zdravotne- sociálna starostlivosť v domácich podmienkach (home care)
- respitná starostlivosť (respite care)- dobrovoľníci, organizovaní najčastejšie neziskovou alebo charitatívnou organizáciou, zaisťujú občasné vystriedanie starajúceho sa člena rodiny v jeho nikdy nekončiacich povinnostiach, ktoré na seba zbral; menej frekventovanou formou respitnej starostlivosti je možnosť zaistenia krátkodobej inštitucionálnej starostlivosti o starého človeka, ktorá umožňuje osobe, ktorá sa stará o seniora krátkodobú „dovolenku na zotavenie“ z každodenných povinností trvajúcich často mesiace a roky. (Jeřábek et al., 2005, s. 10-16)

Neformálna rodinná starostlivosť (tzn. nie sú do nej zahrnutí profesionálni opatrovatelia a prostredím výkonu starostlivosti je domov, či už spoločný s opatrovateľom alebo nie). (Jeřábek et al., 2005, s. 31)

Týchto „neformálnych“ opatrovateľov predstavujú neplatení členovia rodiny, partneri alebo bližší priatelia, ktorí poskytujú priamo alebo organizujú zdravotnú starostlivosť pre jedinca - opatrovaného, ktorý je vážne chorý alebo invalidný. (Levine In. Jeřábek et al., 2005, s. 31)

Tri stupne starostlivosti podľa hľadiska intenzity a naliehavosti potrieb, ktoré opatrovaný (starý) človek vyžaduje:

- podporná starostlivosť (subsidiary care)

„Ide o finančnú podporu, zaistenie opráv v domácnosti, doprava k lekárovi, obstaranie úradov a pod., čo je potrebné zaisťovať len občas, nepravidelne a podľa podpory; a nevyžaduje to spoločné bývanie ani veľa vynaloženého času. Tento druh starostlivosti však zahŕňa taktiež emocionálnu zložku.“

- neosobná starostlivosť (impersonal care)

Ide o starostlivosť o domácnosť, najčastejšie o činnosti ako varenie, upratovanie, pranie, čo je časovo náročnejšie a spravidla vyžaduje cyklickosť. Zahŕňa zložku materiálnu i zložku emocionálnu.

- osobná starostlivosť (personal care)

Vyžaduje nepretržitú prítomnosť starajúcej sa osoby a zahŕňa osobnú hygienu, vrátane toalety, nakŕmenie, podávanie liekov, zdvíhanie, prenášanie, ukladanie alebo prevážanie starého človeka v byte. Je uskutočňovaná cyklicky, opakovane, prakticky stále, a starý človek je na túto starostlivosť odkázaný, je na nej závislý. Jej neodmysliteľnou súčasťou je jej emocionálny obsah. (Jeřábek et al., 2005, s. 31-32)

Tabuľka 1 Indikátory výkonnosti rodinnej starostlivosti a potrieb opatrovaného

Vysoká výkonnosť rodinnej starostlivosti	Vysoké potreby opatrovaného
<ul style="list-style-type: none"> • Prítomnosť zaväzujúca primárnu starostlivosť • Útechu a podporu poskytuje mnoho členov rodiny • Na rozhodnutiach spolupracuje celá rodina • Silné komunikačné schopnosti a schopnosti ohľadom riešenia problémov • Bohaté finančné zdroje • Žiadne ďalšie vážne choroby alebo invalidita v rodine • Pohodlné a prispôsobivé bývanie • Silná spoločenská sieť a sociálna podpora 	<ul style="list-style-type: none"> • Niekoľko chorôb či invalidita vysokého stupňa • Zložitá liečba alebo životospráva na prístrojoch • Pomoc pri 3 a viacerých ADL • Veľké zhoršenie ohľadom poznávania • Nestabilná nálada- výkyvy • Potreba oddeliť alebo prispôbiť obytný priestor
Primeraná/priemerná výkonnosť rodinnej starostlivosti	Primerané/priemerné potreby opatrovaného
<ul style="list-style-type: none"> • Prítomnosť primárnej starostlivosti • Útechu a podporu poskytujú aspoň 1 alebo 2 členovia rodiny • Na rozhodnutiach prevažne spolupracuje celá rodina • Pomerne dobré komunikačné schopnosti, i pri riešení problémov • Zodpovedajúce finančné zdroje • Nie viac ako jeden vážny rodinný problém • Pomerne prispôsobivé bývanie • Dosť veľká spoločenská sieť a sociálna podpora • Určité náboženské pričlenenie 	<ul style="list-style-type: none"> • Primeraná alebo ojedinelá invalidita alebo choroba • Priemerná liečba alebo životospráva na prístrojoch • Pomoc pri menej ako 3 ADL • Primerané alebo nestále zhoršovanie ohľadom poznávania • Obvykle stabilný stav nálady • Malé prispôsobenie bývania

Nízka výkonnosť rodinnej starostlivosti	Nízke potreby opatrovaného
<ul style="list-style-type: none"> • Bez primárnej starostlivosti alebo niekto, kto má vážne zdravotné alebo psychosociálne problémy • Bez členov rodiny, ktorí by poskytovali útechu a podporu • Na rozhodnutiach rodina nespokojuje alebo jej rozhodnutia sú konfrontačné • Mizerné komunikačné schopnosti, i pri riešení problémov • Nezodpovedajúce alebo premenlivé finančné zdroje • Ďalší členovia rodiny s vážnymi problémami • Chudobné bývanie • Bez spoločenskej siete a sociálnej podpory • Bez náboženského pričlenenia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ľahká invalidita alebo choroba • Jednoduchá liečba alebo životospráva na prístrojoch • Pomoc iba s 1 ADL (instrumental ADL) • Žiadne alebo slabé zhoršenie ohľadom poznávania • Bez špeciálnych potrieb ohľadom bývania

Zdroj: Levine In. Jeřábek et al., 2005, s. 33

Index ADL, tj. počet aktivít každodenného života, pri ktorých starý človek potrebuje pomoc. (Jeřábek et al., 2005, s. 9)

„Mnoho rodín sa však podľa tejto kategorizácie nedá presne zaškatuľkovať, niektoré záležitosti sa dajú zaradiť do jedného a iné do druhého typu, rovnako ako určité potreby opatrovaného tiež nemusia zodpovedať jednému určitému typu.“

„Rodinnú starostlivosť o starého človeka najčastejšie zaisťuje manželský partner, partnerka alebo deti a ich partneri.“ (Jeřábek et al., 2005, s. 13)

„Rodinná starostlivosť o starých ľudí je jedným z najfrekvencovanejších modelov starostlivosti o seniorov v súčasnej spoločnosti.“ (Jeřábek et al., 2005, s. 17)

Rodinná starostlivosť o starých ľudí v sebe zahŕňa všetky zložky starostlivosti, ktorú starý človek potrebuje: sociálnu, čiastočne zdravotnú (pochopiteľne s výnimkou akútnej

starostlivosti), fyzickú (opatrovateľskú) i emocionálnu (citovú, podpornú). (Jeřábek et al., 2005, s. 18)

Výhody rodinnej starostlivosti:

- rodinná starostlivosť sa všade na svete považuje za najvhodnejšiu, všetko ostatné je len náhradným riešením (Pacovský In. Jeřábek et al., 2005, s. 33)
- domáca starostlivosť rešpektuje integritu klienta v plnom rozsahu s jeho vlastným sociálnym prostredím i individuálne vnímanie kvality života
- tento typ starostlivosti má tiež pozitívny vplyv na psychiku opatrovaného, na ktorú v domácej starostlivosti bezprostredne a priaznivo pôsobí samotné domáce prostredie, prítomnosť blízkych osôb, čo buď priamo ovplyvňuje stav imunitného systému opatrovaného a hrá nezastupiteľnú úlohu v procese uzdravovania, alebo zmierňuje negatívny vplyv sprievodných psychických symptómov takmer u všetkých foriem ochorení
- eliminácia nosokomiálnych nákaz (kvapôčkových infekcií), ktoré vznikajú v súvislosti s pobytom v zdravotníckych zariadeniach (Bartoňová In. Jeřábek et al., 2005, s. 33-34)
- ak prichádza napríklad nie celkom zdravý senior po chorobe do inštitucionálneho zariadenia, môže len naozaj výnimočne získať rovnako kvalitnú starostlivosť, akú by mu mohla poskytnúť kvalitne fungujúca rodina (Jeřábek et al., 2005, s. 11)

Podľa nášho názoru, uspokojovanie potrieb seniora v domácej starostlivosti nemá **nevýhody** ako napríklad rezidenčná starostlivosť. Máme na mysli nevýhody z hľadiska seniora, nie z hľadiska opatrovateľa. Samozrejme pokiaľ hovoríme o sociálne súdržnej rodine. Problém môže nastať, ak opatrovaný človek nemá záujem resp. si nepraje takúto domácu starostlivosť. Ak k nej bude nútený, môže sa k nej postaviť veľmi negatívne- bude k opatrovateľom veľmi náročný, nevľúdny, či dokonca psychicky alebo emocionálne urážlivý. (Levine In. Jeřábek et al., 2005, s. 34)

K neuspokojovaniu potrieb seniora dochádza, ak rodina nie je ochotná a nemá záujem starať sa o nesebestačného seniora. „Rodina seniorovi pomoc vyčíta, bez zábran za ňu prijíma úplatok. Stáva sa, že senior kvôli starostlivosti, ktorú potrebuje začne rodine prekážať. Niektorí seniori sú opatrovateľmi vystavovaní nielen fyzickému, ale častejšie i psychickému strádaniu.“ (Veselá In. Jeřábek et al., 2005, s. 67)

„Týranie a zneužívanie starých ľudí môže mať mnoho podôb a foriem, od fyzického násillia, ponižovania a vydierania, odmietania pomoci až k zanedbávaniu.“ (Tošnerová In. Jeřábek et al., 2005, s. 67)

„Najčastejšími prejavmi sú nadmerná zanedbanosť seniora (zápach, nevykonávanie hygieny), preležaniny, príznaky emocionálneho týrania (vyčítanie, nekomunikovanie, izolácia seniora), nesprávne dávkovanie liekov, dehydratácia, ale tiež zneužívanie finančných zdrojov seniora a zneužívanie jeho majetku.“ (Veselá In. Jeřábek et al., 2005, s. 68)

„Pomery v rodinách môžu byť pre seniora i dôvodom k „dobrovoľnému“ odchodu do ústavného zariadenia s trvalým pobytom.“ (Veselá In. Jeřábek et al., 2005, s. 68)

„Riešenie zlého zaobchádzania so starším človekom často komplikuje skutočnosť, že takéto konanie zostáva utajené.“ (Jeřábek et al., 2005, s. 68)

Praktické odporúčania na zlepšenie starostlivosti o seniorov v oblasti sociálnych služieb

- podpora možnosti zacielenia pomoci podľa individuálnych potrieb klienta a riešenie problému,
- zvyšovanie adresnosti a účelnosti pri vynakladaní verejných prostriedkov a podpora rozvoja neziskového sektora v oblasti sociálnej a aj iných oblastí,
- podporovať vznik nových subjektov (právnických a fyzických osôb), ktoré budú poskytovať nedostatkové sociálne služby na území pôsobnosti krajských samosprávnych orgánov,
- otvorený dialóg na všetkých úrovniach a podpora medzisektorovej spolupráce,
- možnosti využívania eurofondov pre rekonštrukciu zastaranej infraštruktúry, využívania ľudských zdrojov a celkový rozvoj sociálnych služieb,
- podpora a rozvoj dobrovoľníctva, ktoré sa výrazným spôsobom podieľa na zlepšení a skvalitnení starostlivosti o seniorov,
- odstránenie problematického vytvárania a rozvíjania medzirezortnej spolupráce na komplexnom riešení situácie a potrieb občanov- seniorov,
- odstránenie nedostatočnej pružnosti štátnych orgánov v procese prijímania legislatívy upravujúcej poskytovanie sociálnych služieb,
- zvýšenie počtu nízkoprahových a terénnych služieb pre seniorov,
- transformácia a eliminácia poskytovania tradičných sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb a ich inovácia na základe princípov nízkoprahovosti, otvorenosti a ľudskosti,
- rozvoj zahraničných kontaktov a podpora získavania know-how v sociálnych službách,
- lepšia kontrola toho, či sú napĺňané európske normy a štandardy na poskytovanie inštitucionálnych sociálnych služieb.

Praktické odporúčania na zlepšenie domácej starostlivosti

- podpora zosúladenia pracovného života a opatrovateľskej starostlivosti fyzickej osoby, ktorá osobne zabezpečuje saturáciu potrieb odkázaného člena rodiny,
- podpora a rozvoj činnosti agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti a posilnenie ich nevyhnutnej pozície v spoločnosti,
- potreba smerovať všetky aktivity v domácej starostlivosti k tomu, aby seniorovi bolo umožnené viesť kvalitný a plnohodnotný život, a aby mohol byť v čo najvyššej možnej miere fyzicky, psychicky a sociálne aktívny,
- intenzívnejšia a účelnejšia podpora poskytovania terénnych zdravotných a sociálnych služieb v prirodzenom prostredí seniora, je nevyhnutné zlepšiť prístupnosť starých ľudí k týmto službám a zvýšiť kvalitu ich poskytovania,
- samostatne sa starajúca osoba o seniora je vo vyššie miere vystavená fyzickej, ale najmä psychickej záťaži, preto je potrebné, aby takáto osoba ovládala copingové stratégie zamerané na zvládanie záťažových situácií – potrebný je školiaci tréning,
- prevencia syndrómu vyhorenia týkajúca sa opatrovateľov seniorov prostredníctvom odľahčovanej služby, informatívnych preventívnych programov a neformálneho vzdelávania,
- je potrebné budovať plnohodnotný systém poskytovania starostlivosti o seniorov, nemali by sme na nich nazeráť ako na neproduktívne jednotky našej ekonomiky vyžadujúce zvýšené investície a starostlivosť a najmä upevňovať úlohy rodiny v starostlivosti o seniorov,
- nevyhnutná je podpora zmiešaných foriem starostlivostí o seniorov, pri ktorých je zdieľaná domáca starostlivosť; rodina prispôsobuje rozsah a intenzitu starostlivosti v zmysle požiadaviek a potrieb seniora, rovnako rodina potrebuje podporu (finančnú, sociálnu i spoločenskú) pri realizácii opatrovateľstva,
- nevyhnutné je vzdelávanie a zvyšovanie zručností a znalostí opatrovateľov, ktorí sa starajú o seniorov v domácom prostredí,
- opatrovateľská starostlivosť je náročná činnosť, ktorá si vyžaduje veľa času, energie, síl a chuti do práce – nemali by sme zabúdať na to, že i opatrovateľ má vlastné potreby a jeho energia je tiež vyčerpatel'ná, preto musíme prihliadať i na saturáciu potrieb daného človeka.

Spolupráca v interdisciplinárnom tíme

Aké zloženie interdisciplinárneho tímu je vhodné v oblasti starostlivosti o seniorov?

Na túto otázku odpovieme znázornením diagramu, ktorý vyjadruje ideálnu kooperáciu odborníkov z rôznych vedných disciplín s cieľom poskytnúť, čo najlepšiu a najefektívnejšiu starostlivosť o seniorov. Zjednodušene môžeme povedať, že sem patria všetky subjekty, ktoré môžu pozitívnym smerom ovplyvniť starostlivosť o seniorov a zlepšiť ich kvalitu života.



Graf 4 Zloženie interdisciplinárneho tímu

Pracovať v tíme znamená vytvárať rovnovážnosť všetkých odborníkov v zodpovednosti, hodnotách, vedomostiach, zručnostiach a dokonca aj v cieľoch pri starostlivosti o seniorov, ktorá má vyššie postavenie ako samotná rola profesionála.

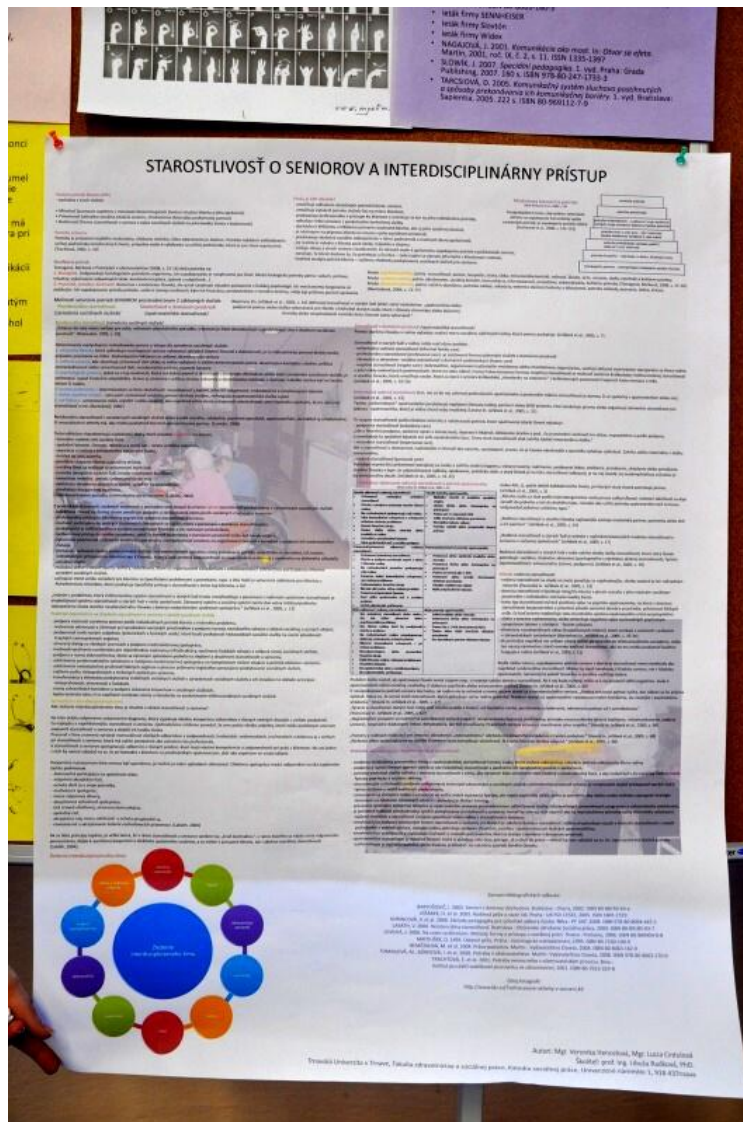
V starostlivosti o seniorov spolupracujú odborníci z rôznych profesií, ktorí majú vlastné kompetencie a zodpovednosti pri práci s klientom. No ani jeden z nich by nemal zabúdať na to, že pri kontakte s klientom sú predovšetkým spolutvorcom, skôr ako expertom vo svojej oblasti.

Kooperácia v pracovnom tíme nemusí byť spontánna, je možné ju istým spôsobom stimulovať. Efektívna spolupráca medzi odborníkmi vzniká naplnením týchto podmienok:

- dobrovoľná participácia na spoločnom diele,
- vzájomná akceptácia ľudí,

- ochota deliť sa o svoje poznatky,
- motivácia k spolupráci,
- miera vzájomnej dôvery,
- obojstranná výhodnosť spolupráce,
- istá úroveň efektívnej, otvorenej komunikácie,
- spoločný cieľ,
- akceptácia istej miery odlišnosti a ochota prispôbiť sa,
- rovnomerné a akceptované delenie rozhodovacích právomocí. (Labáth, 2004)

Ak sa tieto princípy naplnia, je veľká šanca, že v rámci starostlivosti o seniorov vznikne tzv. „kruh kontraktov“, v rámci ktorého sa nájdu cesty vzájomného porozumenia, dôjde k asertívnej kooperácii a efektivite spoločného snaženia, a to nielen v prospech klienta, ale i aktérov sociálnej starostlivosti (Labáth, 2004).



Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BARTOŠOVIČ, I. 2002. *Seniori v domove dôchodcov*. Bratislava : Charis, 2002. ISBN 80-88743-63-x
2. JEŘÁBEK, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha : UK FSV CESES, 2005. ISSN 1801-1519
3. KURINCOVÁ, V. et al. 2008. *Základy pedagogiky pre učiteľské odbory štúdia*. Nitra : PF UKF, 2008. ISBN 978-80-8094-445-2
4. LABÁTH, V. 2004. *Rezidenčná starostlivosť*. Bratislava : Občianske združenie Sociálna práca, 2004. ISBN 80-89185-03-7
5. LEVICKÁ, J. 2006. *Na ceste za klientom. Metódy, formy a prístupy v sociálnej práci*. Trnava : ProSocio, 2006. ISBN 80-969454-0-8
6. MATOUŠEK, O. 1995. *Ústavní péče*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-7160-190-X
7. NEMČEKOVÁ, M. et al. 2004. *Práva pacientov*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2004. ISBN 80-8063-162-X
8. TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. et al. 2008. *Potreby v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-270-0
9. TRACHTOVÁ, E. et al. 2001. *Potreby nemocného v ošetrovatelském procese*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-8
10. Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách v znení neskorších predpisov
11. Rezortná štatistika. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. [online]. Január-December 2009, [cit. 2010-01-29] Dostupné na internete: <
<http://www.employment.gov.sk/index.php?SMC=1&id=16470>>

Kontaktná adresa autoriek:

Veronika Hencelová
Kapustná 17
Košice, 040 17
Mobil: 0903 649 056
Email: vhencelova@gmail.com
Lucia Cintulová
Plavecký Štvrtok 572
90068 Plavecký Štvrtok
Mobil: 0910 228 919
Email: lucia.cintulova@post.sk

POTREBA EDUKÁCIE V GERIATRII

Anna Hudáková, Ludmila Majerníková

Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity

Abstrakt

Edukácia je prioritnou súčasťou ošetrovateľstva. Má nezastupiteľnú úlohu pri aktivizácii seniorov. V príspevku ponúkame teoretický rámec edukácie a jej predpoklady úspešného využitia v geriatrii. Analyzujeme jednotlivé fázy edukácie a špecifiká edukácie seniora s dôrazom na využitie asertivity a empatie.

Kľúčové slová: Edukácia. Ošetrovateľstvo. Senior. Asertivita. Empatia.

Abstract

Is a priority part of the education of nursing. It has a vital role in galvanizing the elderly. The article offers a theoretical framework for educative and assumptions of where the geriatrics. We analyze each phase of educative and educative seniors with specific emphasis on the use asertivity and empathy.

Key words: Education. Nursing. Senior. Assertiveness. Empathy

Text

Edukácia je neoddeliteľnou súčasťou ošetrovateľstva a znamená výchovu a vzdelávanie. Je to nadobúdanie nových vedomostí, ale aj získavanie nových, praktických zručností a vyžaduje interakciu najmenej dvoch osôb. Cieľom edukácie je získať a udržať chorého v úlohe aktívneho a konštruktívneho spolutvorcu liečby (Magurová et al., 2008).

Cieľom edukačného procesu je dosiahnuť požadované zmeny v konaní a v životnom štýle človeka. Šofranková (2007) o edukácií hovorí, že ide o: „*Pojem zahrňujúci vzdelanie a výchovu, je to činnosť, ktorá pomáha jedincom orientovať sa v procesoch zmien. Edukácia pacienta je najdôležitejším aspektom ošetrovateľskej praxe a je dôležitou samostatnou funkciou ošetrovateľstva.*“

Pojmom edukátor označujeme učiteľa, vychovávateľa, sestru, inštruktora, ako aj osoby, ktoré štandardným spôsobom vyučujú alebo poučujú iné subjekty (matka, kňaz...) (Kubíková, 2006).

Základné aspekty roly sestry charakterizuje Kozierová, Erbová, Olivierová, (2005) v modernom ošetrovatel'stve ako:

- ošetrovatel'ku,
- **edukátorku pacienta a rodiny,**
- advokátku,
- učiteľku,
- manažérku,
- koordinátorku,
- asistentku,
- výskumníčku.

Edukačné ciele delí Svistáková (2007) na:

- **Kognitívne** - zameriavajú sa na poskytovanie informácií, na ich bližšie vysvetlenie a objasnenie, aby pacient informáciám rozumel a vedel ich správne použiť, interpretovať.
- **Afektívne** - sústreďujú sa na vytváranie nového vzťahu k životu a k novovzniknutým zmenám, v súvislosti s prijatím choroby. Informácie formujú postoje, názory, hodnoty a presvedčenie,
- **Psychomotorické** - zameriavajú sa predovšetkým na poskytnutie čo najväčších zručností a spôsobilostí.

Metódy edukácie môžu byť rozličné, podľa jej zamerania na cieľ pôsobenia a podľa jednotlivých fáz procesu.

Podľa objektu zdravotno-výchovného pôsobenia rozlišuje Závodná (2006) metódy:

1. **individuálneho pôsobenia** – rozhovor, inštruktáž a konzultácia,
2. **skupinového pôsobenia** – prednáška, diskusia a beseda,
3. **hromadného pôsobenia** – tlač, rozhlas a televízia.

Podľa etáp edukačného procesu delí Závodná (2006) metódy:

1. **Motivačné** – rozprávanie, rozhovor, demonštrácia, výzva, pochvala a povzbudenie.
2. **Expozičné:**
 - **metódy priameho prenosu poznatkov:**
 - a) monologické – rozprávanie, opis, vysvetľovanie, presvedčanie a prednáška,
 - b) dialogické – rozhovor a beseda.

- metódy sprostredkovaného prenosu poznatkov:

- a) demonštračné metódy – demonštrácia činností,
- b) pozorovanie – javov a situácií,
- c) manipulácia s predmetmi.

3. Fixačné:

- metódy opakovania a precvičovanie vedomostí a zručností:

- a) ústne opakovanie učiva,
- b) metóda otázok a odpovedí,
- c) opakovací rozhovor,
- d) písomné opakovanie,
- e) praktické opakovanie.

- hodnotiace:

- a) kontrolné otázky,
- b) praktické skúšanie,
- c) test.

Pri edukácií pacientov sa priaznivo osvedčilo využívanie alternatívnych a modifikovaných metód výučby so zameraním na obsah a cieľ edukácie.

Faktory napomáhajúce učeniu:

- Motivácia – ide o vnútornú pohnútku človeka alebo sily. Je najúčinnějšía vtedy, ak daná osoba verí, že bude uspokojená získaním potrebných vedomostí.
- Pohotovosť – ide o prejav motivácie v určitom čase. Hlavnou úlohou sestry je tento vývoj podporovať.
- Spätná väzba – ide o určitú informáciu, ktorá pomáha dosiahnúť pacientov cieľ. Musí mať zmysel, je nápomocná napr. u človeka, ktorý si osvojuje psychomotorické zručnosti

Typy edukácie sú:

- Základná - ak pacient ešte o danej problematike nebol v minulosti informovaný – edukovaný.
- Komplexná - edukácia sa prevádza v niekoľkých edukačných sedeniach.
- Reedukačná - pokračujúca, rozvíjajúca a napravujúca. Nadväzuje na už získané vedomosti, zahrňuje opakovanie a sprostredkovanie nových a doplňujúcich informácií.

Predpoklady úspešnej edukácie

- každý pacient v zdravotníckom zariadení má právo na edukáciu,

- je dôležité edukovať nie len pacienta, ale aj rodinu a príbuzných, aby sa zabránilo zbytočným komplikáciám a konfliktom,
- v rámci edukácie edukátor pôsobí na pacienta formou edukačného procesu, nie iba učením, ale taktiež reaguje na ďalšie potreby pacienta a rodiny,
- snaží sa pacientovi pomôcť pochopiť jeho rolu v starostlivosti o svoju osobu a jeho zodpovednosť za svoje zdravie,
- predpokladá, že edukátor bude mať dostatok znalosti, empatie a ochoty pomôcť, rešpektovanie osobnosti pacienta a komunikačné zručnosti (Hlinovská, Koišová, 2008).

Faktory ovplyvňujúce výsledok edukácie

- intelektuálna výkonnosť,
- **vek človeka,**
- motivácia,
- fyziologický stav človeka,
- predchádzajúce skúsenosti pacienta/klienta,
- postoj pacienta k svojmu ochoreniu, liečbe, štádiu vyrovnávania sa s chorobou,
- psychosociálne problémy,
- sezóny života a s tým súvisiace priority pacienta,
- pohotovosť,
- spoločensko-ekonomické faktory,
- štýl učenia,
- názory na zdravie a ich praktizovanie (Magurová et al., 2008).

V rámci **vzdelávania seniorov** sa musia zvoliť iné formy vzdelávania ako u mladšej vekovej kategórie, hlavne rozpoznať zloženie účastníkov podľa veku, profesie, vzdelania, sociálnej príslušnosti, rodinného stavu, miesta bydliska. Rýchlo prezentované učivo sťažuje proces učenia u starých ľudí, je vhodné použiť rôzne didaktické pomôcky, tabuľu, obrázky, prípadne aj vopred pripravené tézy, stručné prehľady napísané väčším písmom. **Učenie seniorov** si vyžaduje vhodné priestorové podmienky a primeranú atmosféru v miestnosti, pretože proces učenia je u starších ľudí citlivejší na vonkajšie vplyvy ako u mladších osôb. Vzdelávacie aktivity by sa mali konať v čase doobeda alebo popoludní, realizácia aktivít neskoro popoludní a večer sa u väčšiny starých ľudí neodporúča pre ich momentálny duševný stav (Fižová, 2004).

Cieľom vzdelávania seniorov je spomaliť proces psychického a fyzického starnutia. Pri vzdelávaní osôb vyšších vekových kategórií odporúča (Fižová, 2004) dodržiavať metodické odporúčania:

- oboznámenie s novými poznatkami by sa malo uskutočňovať postupne a primeraným tempom,
- seniorom sa musí ponechať možnosť, aby si mohli zvoliť resp. ovplyvniť tempo svojho vzdelávania,
- množstvo informácií poskytnutých na jednom sústredení by malo byť menšie ako u mladších účastníkov,
- informácie by mali byť dopĺňované názornými príkladmi,
- je vhodné ponúknuť účastníkom k dispozícii písomné materiály,
- taktne opraviť rôzne chyby a nedostatky, ktoré majú seniori osvojené z rôznych predchádzajúcich informácií (aby sa z nich neupevnil nesprávny návyk),
- aktivizovať účastníka rôznymi predmetmi, otázkami, aby sa zapájali do výkladu nových informácií.

Klevetová, Dlabová (2008) uvádza nasledovné zásady pri vzdelávaní seniorov: potreba vlastného spôsobu a tempa pre pochopenie nové:

- potreba mať k dispozícii prehľadné a názorné písomné informácie,
- rozdelenie podávaných informácií na niekoľko častí,
- potrebné je hovoriť zrozumiteľne a vyjadrovať sa pomaly,
- pri nácviku nových pomôcok opakovať jednotlivé kroky a objasniť ich význam,
- seniora primerane motivovať, oceniť jeho snahu.

Pri **edukácii seniora** je dôležitá väčšia časová dotácia, trpezlivosť a empatický prístup. Je nevyhnutné zapojiť do edukačného procesu príbuzných seniora alebo podporné osoby (Majerníková, Obročníková, 2008). Ústrednou osobou v procese edukácie je samotný **senior**. Vo veľkej miere sa zachováva a podporuje aktivizácia fyzického a psychického stavu v starobe.

Cieľom edukácie seniora, rodiny, príp. podporných osôb je:

- zapojiť ich do liečby,
- zvýšiť samostatnosť pacienta/klienta, samotnej rodiny pri zvládaní ochorenia,
- pomôcť adaptovať sa na nemocničné prostredie, minimalizovať stres počas hospitalizácie,
- prebrať väčšiu zodpovednosť za seba a svoje zdravie,

- zlepšiť kompenzáciu ochorenia a znížiť frekvenciu hospitalizácií,
- znížiť výskyt komplikácií ochorenia,
- zlepšiť kvalitu života.

Učenie seniorov má určité osobitosti, ktoré podmieňujú zmeny v zmyslovom vnímaní, rozumových schopnostiach (pozornosť a pamäť) a emocionálnymi zmenami (Magurová et al., 2008).

1.1 Fázy edukačného procesu

O edukačnom procese hovoríme, že je to dynamická interakcia medzi edukátorom (učiteľom, vyučujúcim) a edukantom (pacient, človek učiaci sa). Podobne ako v ošetrovateľskom procese, aj v edukačnom procese rozlišujeme jednotlivé fázy, a to:

- zber informácií, hromadenie a triedenie údajov,
- stanovenie edukačnej diagnózy,
- spracovanie edukačného plánu,
- úkon samotnej edukácie,
- vyhodnotenie edukačného procesu.

Posudzovanie – 1. fáza edukačného procesu

V prvej fáze edukačného procesu edukátor posudzuje množstvo faktorov, ktoré by mohli ovplyvniť proces edukácie. Zameriava sa na:

- charakteristiku edukanta, účastníkov edukácie,
- osobnú charakteristiku edukátora,
- popisanie jednotlivých edukačných konštruktov (vzdelávacie programy, učebnice),
- podrobný opis prostredia, v ktorom bude edukácia prebiehať.

Diagnostika – 2. fáza edukačného procesu

Po vyhodnotení získaných informácií od pacienta pristupujeme k fáze stanovenia pacientovho problému, k diagnostike. Analyzujeme získané informácie, zisťujeme pacientové zručnosti a stanovujeme želaný cieľ.

Plánovanie – 3. fáza edukačného procesu

Podstatou tretej etapy edukačného procesu je vytvorenie učebného plánu. Tento musí byť systematický a musí spĺňať požiadavky na potreby edukanta. Na dosiahnutie cieľa volíme správne edukačné stratégie. Využívame rôzne pedagogické metódy, prostriedky, formy a zásady. Zamýšľame sa nad správnu voľbou obsahu edukačného plánu, poskytované informácie musia byť jednoduché a základné.

Realizácia – 4. fáza edukačného procesu

Ide o samotné zrealizovanie naplánovaných úkonov a výučbu. Edukátor musí byť pružný, pohotový a prispôsobivý požiadavkám edukanta.

Vyhodnotenie – 5. fáza edukačného procesu

Ide o spätné zhodnotenie toho, čo si edukant v priebehu výučby osvojil, čomu porozumel, respektíve neporozumel, čomu je potrebné venovať pozornosť a pod. (Magurová et al., 2008).

Schopnosť dobre komunikovať patrí k najdôležitejším schopnostiam zdravotníka a sociálny kontakt je nenahraditeľnou súčasťou zdravotníckej profesie. Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť je nemysliteľná bez komunikácie medzi sestrou a chorým človekom (Horňáková, 2008).

V geriatrickej je v rámci ošetrovania pacientov, ale najmä pri edukácii veľmi dôležitá štandardná dávka **empatie a asertivity**.

Kristová (2004, s.105) charakterizuje empatiu ako:

- *„vcítenie sa do prežívania pacienta,*
- *osobitnú kognitívno-emočnú funkciu, ktorá sa zameriava na spoznávanie duševného stavu a pochopenie prežívania druhého človeka,*
- *na jednej strane „zahĺbením sa“ do prežívania pacienta - „spoluprežívaním“, predpokladá teda „odovzdanie“ sa mu, na druhej strane je jasným hodnotením, určitým odlišením sa od neho,*
- *pochopenie toho ako pacient vníma svoju chorobu, ako ju prežíva, čo sa odohráva v jeho vnútri,*
- *uvedomelú náklonnosť k pacientovi,*
- *pocit spolupatričnosti.“*

Základné zložky empatie:

- **Poznávací (kognitívna)** zložka empatie znamená schopnosť sestry určiť, v akom duševnom stave sa pacient nachádza, akú má náladu, čo od nej očakáva, aký je jeho spôsob myslenia a pod. Sestra sa snaží predvídať pacientové myšlienkové procesy a reakcie.
- **Emocionálna** zložka predstavuje vcítenie sa do psychického stavu pacienta.

Jednotlivé zložky empatie sú na seba navzájom napojené, nemôžu existovať oddelene. Navzájom sa dopĺňajú, prehĺbujú. Sestra spoznáva pacientove emócie, čiže ich identifikuje.

Sestra môže vlastnú empatiu prejavovať:

- vedome,
- nevedome (inštinktívne).

Vedomá empatia má intenzívnejší charakter, súvisí predovšetkým so zámerným riadením správania sa a konania. Sestra hodnotí dané okolností, situáciu, v ktorej sa pacient nachádza, pomenúva jeho problémy a interpretuje a vyjadruje pochopenie.

Nevedomá empatia je založená na intuitívnom správaní sa a emočnom naladení sa na pacienta a jeho duševný stav. Sestra vníma prejavy správania sa pacienta a inštinktívne sa im prispôsobuje (Kristová, 2004).

„Asertivita je praktický spôsob komunikácie a správania, ktorým človek vyjadruje a presadzuje otvorene a primerane svoje myšlienky, city, názory a postoje. Postupuje tak, aby neprekračoval vlastné práva ani práva ostatných ľudí. Asertivita je dôležitou podmienkou rovnocennosti vzťahov ľudí“ (Sidorová, 2003, s.64).

Základné varianty asertivity:

- základná asertivita – ide o jednoduché vyjadrenie svojich myšlienok, názorov,
- empatická asertivita – je typická vnímavosťou a citlivosťou voči iným ľuďom,
- stupňovaná asertivita (eskalujúca) – pristupujeme k nej vtedy, ak partner ignoruje náš postoj a tak narúša naše práva,
- konfrontatívna asertivita - táto asertivita vychádza z rozporu medzi slovami a skutkami partnera (Sidorová, 2003).

Asertívna osoba má pozitívne vzťahy s okolím, vyjadruje sa priamo a jasne. Je spokojná sama so sebou, má pozitívny sebaobraz. Rieši konflikty s okolím a vytvára kladné medzilidské vzťahy. Asertívny človek ovláda svoju agresiu. Vie, v akých situáciách ju môže použiť, aby uchránil svoju identitu a psychické zdravie.

Neverbálne prejavy asertivity:

- otvorený pohľad do očí,
- uvoľnené ruky,
- pevný a vzpriamený postoj,
- primerané gestá,
- primeraná sila hlasu (Antoničová, 2008).

Techniky asertivity:

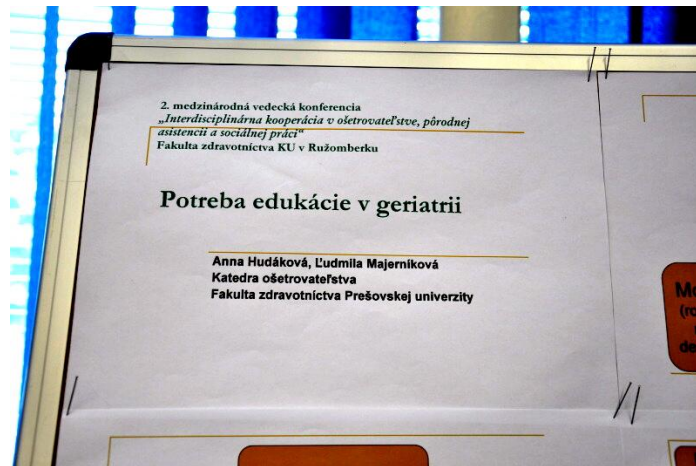
Pokazená gramofónová platňa – ak chceme niečo presadiť, a druhá strana s nami nesúhlasí, tvrdohlavo opakujeme svoju požiadavku aj niekoľko krát. Dáme tým partnerovi na vedomie, že to čo hovoríme, myslíme naozaj vážne.

Otvorené dvere – pôsobí ako rozrezanie odomknutých dverí. Technika spočíva v akceptácii kritiky a následného súhlasu.

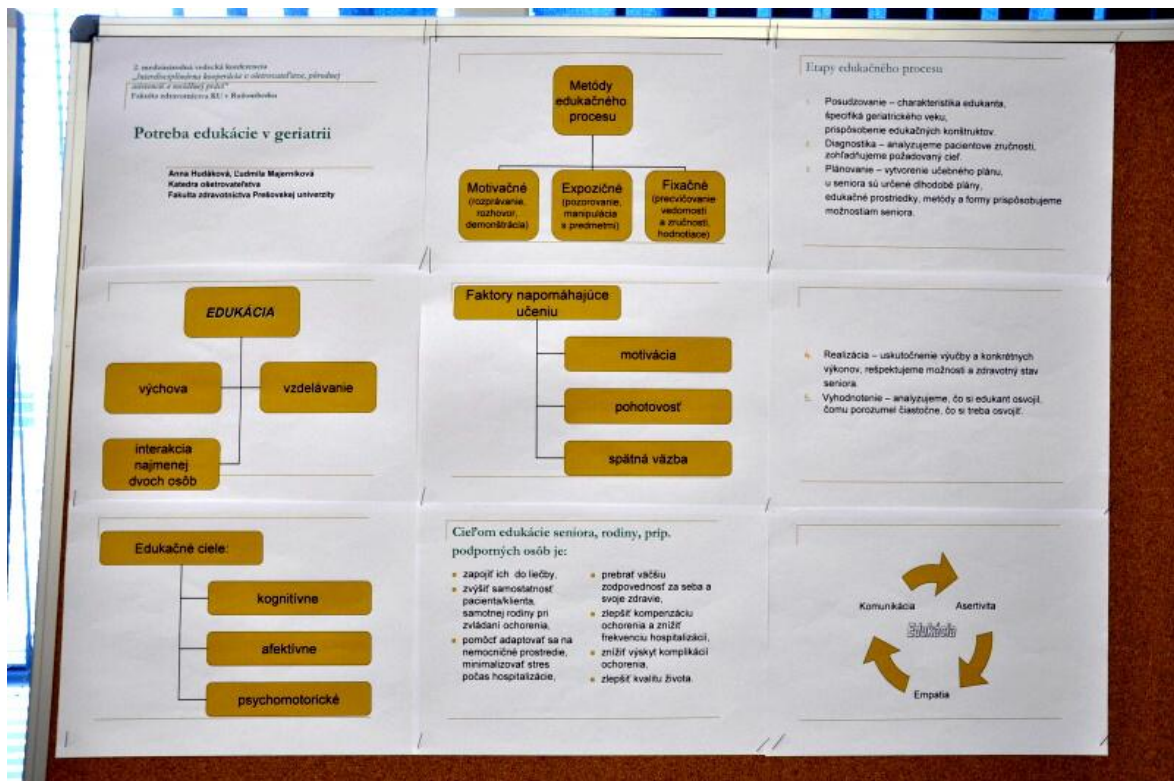
Mlčanie – ide o neverbálnu stránku komunikácie, ktorá spočíva v tichom prikyvovaní s chápaným pohľadom.

Negatívna asercia (kritizujem seba) – uvedená technika funguje podobne ako technika odomknutých dverí v zmysle prenesenia viny na seba a neustáleho sa kritizovania.

Negatívne opytovanie sa (prehĺbenie viny u kritizujúceho) – počas kritiky u kritizujúceho prehĺbujeme pocit viny rôznymi otázkami (Podhajecký, 2008).



Obrázok 1 Názov posteru



Obrázok 2 Poster

Zoznam bibliografických odkazov:

1. ANTONIČOVÁ I. *Asertivita – technika nácviku asertivity*. [online]. 2008. [citované: 10/2/2010]. Dostupné na internete: <http://www.scribd.com/doc/2626101/Asertivita>
2. ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. 2.vyd. Bratislava: Polygrafické stredisko UK, 2007. 156s. ISBN 978-80-223-2287-4
3. FIŽOVÁ, L.: *Vzdelávanie seniorov v problematike zdravého starnutia*. In. Lekárske listy č. 21, s.14, 2004.
4. HAYNES, T., HECKHAUSEN, J., CHIPPERFIELD, JG., PERRY, RP., NEVALL, NE.: Primary and secondary control strategies: Implication for health and well-being among older adults. *Journal of Social and Clinical psychology*. New York: Feb. 2009. Vol. 28, Iss 2; pg. 165. ISSN 07367236.
5. HIRSCH, R.: Senior living: Seniors work it out. *Mercer Business*. Trenton: Aug. 2009. Vol. 85, Iss. 7; pg.6.
6. HLINOVSKÁ, J., KOIŠOVÁ, H. *Edukace v ošetrovatelství – prostředek k získání aktivního přístupu klienta/pacienta k vlastnímu zdraví*. [online]. 2008. [citované: 28/12/2009]. Dostupné na internete: www.vzsp5.cz/vzs/aktivity/eu/cd/hlinovska.pps.
7. HORŇÁKOVÁ, A.: *Multikultúrna komunikace při ošetrování klienta jiné kultúry*. Mladá fronta a.s. Praha. Sestra, roč.18., č. 9, 23-24s. 2008. ISSN 1210-0404.
8. HRUŠKOVÁ, S. a kol.: *Špecifika edukacie seniorov na geriatrickom oddelení*. In: Multioborová, interdisciplinárni a medzinárodní kooperace v ošetrovatelství. Ostrava, 2002. 400 s. ISBN 80-215-4507-7.
9. JAKUBÍKOVÁ, M., SIDOROVÁ, E.: *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Prešov: Fakulta zdravotníctva PU, 2003. 76s. ISBN 80-8068-196-1
10. JUHÁSOVÁ, I. *Edukácia v ošetrovatel'stve*. In *Slovenský zdravotník*. ISSN 1335-4388. 2002, Roč.IX, č.2, s.1-3.
11. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 208 s., 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
12. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. 1.vyd. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 1995. 638s. ISBN 80-217-0528-0
13. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 2004. 211s. ISBN 80-8063-160-3
14. KUBÍKOVÁ, J. *Edukačná realita*. [online]. 2008. [citované: 27/01/2010]. Dostupné na internete: <http://studium.druskova.sk/vseobecna-pedagogika/jana-kubikova.pdf>.

15. MAGUROVÁ, D., KAPOVÁ, S., MAJERNÍKOVÁ, Ľ., ŠANTOVÁ, J. *Základy edukácie a jej využitie v ošetrovateľskej praxi*. 1.vyd. Prešov: GRAFOTLAČ s.r.o., 2008. 127s. ISBN 978-80-8068-821-9.
16. MAJERNÍKOVÁ, Ľ., OBROČNÍKOVÁ, A.: *Špecifika v edukácii seniorov*. In:Diagnóza v ošetrovateľstve, č. 1, roč. IV, str. 27. 2008. ISSN 1801-1349.
17. NÉMETH, F et al.: *Geriatría a geriatrické ošetrovateľstvo*. Martin: Osveta. 193 s., 2009. ISBN 978-80-8063-314-1.
18. PODHAJECKÝ, A. *Asertivita, asertívne práva, asertívne techniky*. [online]. 2008. [citované 28/01/2009]. Dostupné na internete:
<http://www.socialnapraca.sk/showthread.php?tid=165>.
19. POLEDNÍKOVÁ, Ľ. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. 1.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 216s. ISBN 80-8063-208-1
20. SVISTÁKOVÁ, Ľ. *Edukácia dialyzovaného pacienta*. [online]. 2007. [citované: 27/01/2009]. Dostupné na internete:
http://www.logman.sk/buxus/docs//content/2007/Svistakova_2007.pdf
21. ŠOFRANKOVÁ, M. *Plánovanie, realizácia a vyhodnotenie edukácie pacienta v ošetrovateľstve*. [online]. 2007. [citované: 27/01/2009]. Dostupné na internete:
<http://www.vusch.sk/editor/file/oseetrovateľstvo/seminar07/sestry/edukacia.pdf>.
22. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. 1.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 118s. ISBN: 80-8063-193-X.

Kontakt autora:

PhDr. Anna Hudáková,
Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity
Partizánska 1, 080 01 Prešov
Email: aahudak@gmail.com
T. č.: 0907/412 206
051/ 7562465

ŠKOLA DÝCHANIA V PREVENCII OCHORENÍ SENIOROV

Zuzana Hudáková, Mária Novysedláková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Program na zlepšenie životného štýlu a návykov použitím správneho dýchania je súčasťou sekundárnej zdravotnej prevencie. Úlohou je zlepšiť zdravotný stav tak, aby sa zlepšila adaptabilita na záťaž fyzickú aj psychickú, čo sa prejaví napríklad znížením srdcovej frekvencie. Správnym dýchaním sa zlepši i sebavedomie, vnútorná pohoda. U seniorov je dosť časté aj to, že sa pre chorobu nemôžu pohybovať, alebo dokonca ležia na lôžku. Účinnou náhradou pohybu je dychová gymnastika, pri ktorej sa dych vedome ovláda. Dychom spojeným s vedomím môžeme ovplyvniť funkcie tela aj mysle. Už len naučiť sa správne dýchať má na človeka blahodarný účinok. Na každú chorobu, na každý duševný stav je dych ovládaný vedomím pomocnou terapiou. Samotným pozorovaním dychu človeka sa dá veľa dozvedieť o jeho zdravotnom stave.

Kľúčové slova: Endogenné dýchanie. Sekundárna prevencia. Frolov trenážér. Dychová gymnastika. Senior.

Abstract

Program to improve the lifestyles and habits of using the correct breathing is part of the secondary medical prevention. The challenge is to improve the health status so as to improve the adaptability to physical and psychological burden, which is reflected as a reduction in heart rate. The correct breathing and improving self-esteem, inner contentment. For seniors is fairly common and that the disease can not be moved or even lie in bed. Effective substitute for respiratory movement is gymnastics, where the breath consciously controlled. Associated with conscious breathing can affect the function of the body and mind. Just learn to breathe properly has beneficial effects on humans. For each disease, for every mental state is controlled by the breath of knowledge co-therapy. Observing the breath of man alone can learn a lot about his health.

Key words: Endogenous respiration. Secondary prevention. Frolov simulator. Brass gymnastics. Senior.

Úloha vedomého učenia dýchania v sekundárnej prevencii je zlepšenie zdravotného stavu seniorov tak, aby nebola potrebná hospitalizácia. Tréningom je možné zlepšiť adaptabilitu na fyzickú, ale aj psychickú záťaž ktorá sa prejaví znížením srdcovej frekvencie (Beňuška, 2005). Zlepšenie ventilačného ekvivalentu pre kyslík zabezpečí zníženie ventilácie pri rovnakej záťaži. Vedomé učenie dýchania má zlepšiť sebavedomie, ale aj psychický stav záujemcu o nácvik. Medzi takéto vedomé učenie patrí aj endogénne dýchanie.

Našou úlohou na cvičeniach je prijať dýchanie ako čosi väčšie. Dýchanie vedie k vedomiu slobody. Dychové cvičenia prinášajú veľmi veľa pokoja. Harmonizujú látkovú výmenu, obdarovávajú vitalitou a zdravým spánkom.

Cvičeniami sa pripravujeme na prijatie vlny dýchania bez zábran. Dôležité je udržiavať vedomie v bdelosti. Spôsob života a štruktúra charakteru priamo súvisí s utváraním individuálneho rytmu dychu. Dych nie je náš produkt, ale je nám daný.

Väčšina ľudí má chybné dýchanie. No nápravu nemôžeme dosiahnuť pomocou priameho vedenia dychu, pretože každý telesný prejav má paralelu k duševnému stavu. Práca s dychom je v prvom rade prácou s vedomím. Dýchanie prichádza a odchádza a predstavuje tiché spojenie s vonkajšou sférou. Cvičebná zostava zo sústreďuje energie priamo k chrbtici a do miechy. Vyvoláva to prežitie vlastnej sily a pokoja. Energie prúdia silnejšie chrbticou nahor a vedú k bdelosti a jasnosti myslenia (Kozierová, 1995).

Úloha vedomého učenia dýchania v sekundárnej prevencii je zlepšenie zdravotného stavu seniorov tak, aby nebola potrebná hospitalizácia. Tréningom je možné zlepšiť adaptabilitu na fyzickú, ale aj psychickú záťaž ktorá sa prejaví znížením srdcovej frekvencie. Zlepšenie ventilačného ekvivalentu pre kyslík zabezpečí zníženie ventilácie pri rovnakej záťaži. Vedomé učenie dýchania má zlepšiť sebavedomie, ale aj psychický stav záujemcu o nácvik. Medzi takéto vedomé učenie patrí aj endogénne dýchanie.

Pri endogénnom dýchaní sa bunky omladzujú a krv sa ozdravuje. Dýchanie je proces, ktorý prebieha v každej bunke s prítomnosťou kyslíka. Správne dýchanie je základom pre každý ozdravovací proces. Endogénnym dýchaním sa v istom zmysle usilujeme napodobniť dýchanie morských cicavcov. Prístroj, ktorý nám pomôže naučiť sa endogénne dýchania sa volá Frolov dýchací trenažér. Vynašiel ho ruský vedec a biochemik Frolov, ktorý si endogénnym dýchaním vyliečil rakovinu hrubého čreva, tuberkulózu a stratili sa u neho bolesti pri srdci a v žalúdku (<http://www.noe.sk/frolov-dychaci-trenazer>).

Pri „endogénnom dýchaní“ dostávajú naše bunky oveľa viac energie, čím je zaistená dobre fungujúca látková výmena, ktorá spolu s výrazným zvýšením energie v organizme a vyššou intenzitou činnosti imunitného systému na stoluje proces samoliečby. Má pozitívny vplyv na činnosť mozgu, všetkých vnútorných orgánov a psychický i emocionálny stav a

pomáha udržať vysokú úroveň duševnej aktivity. Zvyšuje sa taktiež účinnosť podávaných liekov, výživových doplnkov, fyzikálnych a iných postupov liečenia. Dýchanie pomocou trenažeru simuluje dýchanie veľrýb, delfínov a dýchanie ľudí vo vysokohorských podmienkach, kde ľudia žijú vždy výrazne dlhšie než v údoliach (Kozlovova, 2000).

Základom endogénneho dýchania je návyk organizmu vytvárať si svoj vlastný kyslík, čím sa podstatne znižuje potreba používať kyslík vonkajší. V dôsledku prechodu na endogénne dýchanie nadobúda organizmus nové vlastnosti. Množstvo voľných radikálov, s nadbytkom, ktorých sú spájané príznaky starnutia a vznik rôznych nemocí, klesá 4-8x v porovnaní s priemerným množstvom. Klesá aj teplota tela a to o 1,2-1,5 stupňa C, čo má za následok menšie opotrebenie organizmu. Je určený na dýchacie cvičenia so zameraním na prevenciu a liečenie rôznych ochorení. Nácvik tzv. endogénneho spôsobu dýchania pozitívne vplýva na látkovú výmenu, činnosť mozgu a všetkých vnútorných orgánov. Posilňuje aktivitu imunitného systému, zlepšuje psychický a emocionálny stav. Prispieva k udržaniu dobrého zdravia a vysokej úrovne duševnej aktivity.

Technika endogénneho dýchania na Frolovom trenažeri je veľmi jednoduchá. Je to dýchanie pomocou bránice, čo znamená, že nádych ide do brucha a pri výdychu sa brucho vtiahne. Ramená a hrudník ostávajú v pokoji spustené. Nádych sa uskutoční ústami, alebo nosom v trvaní dvoch sekúnd. a výdych ústami cez trenažer v trvaní 7 sekúnd. Vydychovanie je možné postupne predlžovať a to o sekundu týždenne. Cvičenie je možné aplikovať raz denne (večer), alebo 2x denne (ráno a večer), max. 10 až 20 minút. Na základe klinických výsledkov i praktických poznatkov má Frolov dýchací trenažer vysoký liečebný efekt pri artérioskleróze, ischemickom ochorení srdca, srdečnej arytmií, vegetatívnej kapilárnej distónii, vysokom krvnom tlaku, chronickej bronchitíde, pneumoskleróze, chrípkových ochoreniach a iných chorobách. Účinným liečením onemocnení a ich prevenciou náš život nadobudne novú a lepšiu kvalitu, vrátane jeho predĺženia (Kozlovova, 2000).



Obrázok 1 Frolov dýchací trenažer

Zdroj:http://www.relaxujdoma.sk/?cat=1&subcat=53§ion=product&id_product=265

Endogénne dýchanie je darom pre tých, ktorým nie je ľahostajné ich zdravie, ale aj pre tých, ktorí bojujú so svojim ochorením. Vplyvom endogénneho dýchania vzrastie energia buniek 2-4-krát, čo je pre organizmus dôležité, bunky v tkanivách prechádzajú do režimu riadeného procesu okysličenia membrán lipidov voľnými radikálmi. Tento proces dáva bunkám toľko energie, koľko potrebujú na boj s rakovinovými bunkami. Dôležitá je nielen prevaha energie, ale i to, v akých bunkách sa výroba energie uskutočňuje. Nediferencované bunky (rakovinové) nie sú geneticky prispôsobené systematickému a trvalému okysličovaniu voľnými radikálmi vo svojich membránach. Pri vonkajšom dýchaní sa zvýšený tlak v pľúcach udržiava asi po dobu jednej pätiny z celkovej doby trvania dýchacieho aktu, ale pri dýchaní na trenažéri je to takmer po 90 % doby dýchacieho aktu (Frolov, 2000).

V prevencii ochorení u seniorov endogénne dýchanie :

- normalizuje arteriálny tlak,
- zlepšuje krvný obeh,
- upokojuje nervovú sústavu,
- spomaľuje proces starnutia,
- zlepšuje ventiláciu pľúc,
- spevňuje dýchacie svaly - predchádza pľúcny a bronchiálnym ochoreniam,
- priaznivo ovplyvňuje liečbu chronickej bronchitídy, bronchiálnej astmy vegetatívnej dystónie, hypertonického ochorenia a stenokardie,
- zvyšuje účinnosť liekov a skracuje dobu liečenia

(<http://www.centrumzdravi.net/frolovuv-dychaci-trenazer.html>)

Záver

Veľkú časť populácie ohrozuje nedostatok pohybu, ktorý vedie nielen k zníženiu funkčnej schopnosti, ale aj k zníženiu odolnosti organizmu ako celku. Dnešná populácia stráca pružnosť, silu, rýchlosť a vytrvalosť (Kopáčiková, 2009). Dychom spojeným s vedomím môžeme ovplyvniť funkcie tela aj mysle. Naučiť sa správne dýchať má na človeka blahodarný účinok. Správnym dýchaním sa ventilujú a čistia pľúca, prekrvujú svaly, rozširujú cievy, posilňuje sa srdce. Čím je človek starší, tým býva pohyb problematickejší, dýchanie plytšie a je naozaj veľa dôvodov na to, aby sme sa dýchali správne a tak podporovali vitalitu svojho organizmu aj starobe.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BEŇUŠKA, J. a kol.: Anatomia pre nelekárske študijné odbory 2., Bratislava: UK, 2005.133
2. FROLOV, F. V.: [Endogenní dýchání - medicína třetího tisíciletí](#). Praha, Stratos, 2009. 240.s. ISBN 978-80-85962-12-3
3. KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J.: Liečebná telesná výchova po gynekologických operáciách. In: Zdravotnícke štúdie. 2/2009, s. 24-27, ISSN 1337-723
4. KOZIEROVÁ, B. a kol.: Ošetrovatel'stvo 1 a 2, Osveta, Martin, 1995
5. KOZLOVOVA, T.: 2000. [Nové dýchání, nová naděje 1. díl](#). Praha, 2000, 80 s.
6. <http://www.centrumzdravi.net/frolovuv-dychaci-trenazer.html>
7. <http://www.noe.sk/frolov-dychaci-trenazer>
8. http://www.relaxujdoma.sk/?cat=1&subcat=53§ion=product&id_product=265
9. <http://www.o-zdravi.cz/clanky/endogenni-dychani.html>

Kontaktná adresa:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

EDUKÁCIA SENIORA O DYCHOVEJ REHABILITÁCII PRI RESPIRAČNÝCH OCHORENIACH

Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Rehabilitácia, ako súčasť liečby, predpokladá sledovanie všetkých experimentálnych a klinických novín a hľadanie, čo z týchto nových poznatkov využiť na zlepšenie poškodeného organizmu. Choroby dýchacích orgánov sú v dnešnej dobe vážnym zdravotníckym problémom. Základný patologický proces, ktorý postihuje bronchiálny strom alebo pľúcny parenchým, spôsobuje poškodenie funkcie dýchania s celou škálou výrazných symptómov. Ak sú tieto zmeny ireverzibilné, nemožno dosiahnuť úplný návrat normálneho dýchania, ale dychová gymnastika funkciu udýchania podstatne zlepšuje.

Kľúčové slova: Respiračná insuficiencia. Dychová rehabilitácia. Dychová gymnastika. Pľúcna ventilácia. Poloha.

Abstract

Rehabilitation, as part of treatment, provides tracking of all experimental and clinical news and search, which of these new findings be used to improve the injured organism. Respiratory diseases are nowadays a serious medical problem. The basic pathological process that affects the bronchial tree or lung parenchyma, causing damage to the respiratory function with a range of significant symptoms. If these changes are irreversible, can not achieve full return of normal breathing, but gasping respiratory gymnastics function significantly improves.

Key words: Respiratory insufficiency. Respiratory rehabilitation. Brass gymnastics. Pulmonary ventilation. Location.

Základnou úlohou dýchacieho systému je zásobovať organizmus kyslíkom a odvádzať nepotrebný kysličník uhličitý z tela von. Pľúcna ventilácia a distribúcia je pochod, pri ktorom sa kyslík dostáva z vonkajšieho prostredia do alveolárneho priestoru a nepotrebný kysličník uhličitý z alveolárneho priestoru von. Túto úlohu pomáha plniť:

- ventilácia alveolárneho priestoru pľúc,
- difúzia dýchacích plynov cez alveolokapilárnu membránu,
- dobre prekrvenie kapilárneho riečišťa malého krvného obehu.

Ak v dôsledku patologického stavu vznikne porucha v niektorej z uvedenej zložke, má to za následok celý rad porúch, ktorý označujeme spoločným názvom respiračná insuficiencia. Respiračná insuficiencia je patofyziologický stav, charakterizovaný nedostatočným zásobovaním tkanív kyslíkom a nedostatočným odvádzaním nepotrebného kysličníka uhličitého.

Hlavným problémom pacienta v intenzívnej medicíne je zlyhanie základných vitálnych funkcií, predovšetkým dýchania. Súčasné možnosti rehabilitácie na oddeleniach anestéziológie a intenzívnej medicíny spočívajú v uplatňovaní pasívnych postupov viac preventívneho ako liečebného charakteru. Príčinou je nedostatočná spolupráca s pacientom a obmedzená možnosť manipulácie v dôsledku potrebných lekárskeho opatrení, hlavne v rannej fáze postihnutia.

Primárne príčiny respiračného zlyhania vznikajú na podklade porúch:

1. Ventilácie – porucha činnosti dýchacieho centra, paralýza dýchacích svalov, pohyblivosť hrudníka, reštrikčné a obštrukčné choroby pľúc.
2. Perfúzie – nedostatočnosť obehu resp. srdca, konstriktoria alebo uzáver pulmonálnych ciev.
3. Difúzie – pľúcny edém, pneumónia, emfyzém, fibróza, TBC a pod. Pri väčšine týchto porúch dochádza k nárastu dychového odporu a zvýšeniu nárokov na dychovú prácu.

Dýchacou gymnastikou v liečebnej telesnej výchove rozumieme systém cvikov zameraných na dýchanie, najmä mechaniku dýchania, porušenú, alebo poškodenú patologickým či fyziologickým (tehotenstvo) procesom.

Zdravé dýchanie je okrem pobytu vonku (prípadne pri otvorenom okne, na terase...) tiež podporované nácvikom správneho dýchania. Každodenné dychové cvičenia by mali byť súčasťou celkového kondičného cvičenia (u zdravých ľudí, chorých a starých chorých). Dychové cvičenia je potrebné nielen pre adekvátne, ekonomické dýchanie, ale i pre odstránenie napätia a stresu, pre moduláciu hlasu. Správne dýchanie vytvára a podporuje v organizme rovnováhu (homeostázu).

Vedomé dýchanie. Dýchacie funkcie prebiehajú nevedome (svojoľne). Môžeme pozorovať, že v situácii neprimeraného napätia ovplyvňuje dýchanie voľnú námahu a dýchame „zhlboka“. To nazývame vedomé dýchanie.

Medzi nevedomým (mimovoľným) a vedomým (voľným) dýchaním existuje ešte tretí typ dýchania, ktoré sa môžeme alebo musíme naučiť – naučené dýchanie:

- uvoľníme sa v polohe sede alebo v ľahu, zatvoríme oči,
- necháme dýchanie voľne plynúť,
- položíme ruky na brucho a dýchame „do brucha“, koncentrujeme sa na dýchacie pohyby, cítime dýchanie,
- po určitej dobe položíme ruky na kosť krížovú, potom nahor na hrudník (dýchame „do hrudníka“), sústredíme pozornosť na dýchacie pohyby, cítime dýchanie.

Vnímanie vlastného dychu a nácvik správneho dýchania sú dôležité pre navodenie stavu duševnej rovnováhy a zachovanie zdravia (Trachtová, 1998).

Nedostatočné dýchanie. Chyby v dýchaní majú mnoho príčin, sú často automatické a stávajú sa súčasťou nášho života. Medzi najväčšie nedostatky dýchania patrí:

- Zlé držanie tela s napätím brušného svalstva, zníženou pohyblivosťou bránice, ovisnutými ramenami, so súčasným zúžením v oblasti brucha a hrudníka.
- Nadychovanie ústami. Správne je dýchanie nosom, lebo nosná dutina zbavuje vdychovaný vzduch prachu, zvlhčuje a otepľuje ho.
- Zadržovanie dychu pri dvíhaní predmetov, behu a námahe prevádzanej krátkym povrchovým dýchaním.

Pri nácviku správneho dýchania sa zameriavame na:

- plynulosť dýchania,
- na dýchanie brušné, hrudné,
- dostatočné predychávanie, hlboký výdych a dostatočná nádych,
- cvičenie zamerané na uvoľnenie, natiahnutie a posilňovanie.

Pre všetky zdravotne prospešné opatrenia platí: zdravé, optimálne dýchanie a jeho nácvik musí rešpektovať vzájomné prepojenie vnútorného naladenia organizmu a jednotlivých aktivít v rámci upevnenia a zachovania zdravia (Trachtová, 1998, s. 119).

Najčastejšie chyby pri liečbe respiračného systému:

- nesprávne cielenie jednotlivých typov lokalizovaného dýchania,
- nerealizovanie dýchacej gymnastiky v prípadoch imobilného pacienta,
- neznalosť možnosti využitia reči a mobilizačných techník v rámci dýchacej gymnastiky (Gúth, A. a kol., s. 95 – 100).

Edukácia pacienta

Edukačný plán predstavuje základnú dokumentáciu o vykonaných edukačných aktivitách edukátora a edukanta. Edukačný program je realizovaný ako edukačný proces, ktorý pozostáva z fáz – posudzovania, diagnostiky, plánovania, realizácie, vyhodnotenia (Novosedláková, Višňovská, 2009).

Súčasťou terapeutického procesu je rehabilitácia, jej hlavným cieľom je reedukácia dýchania. Voľba a kombinácia techník závisí od klinického stavu pacienta, pridružených komplikácií a od veku. Podľa Kadučákovej (2009) proces má splňať nasledovné kritériá. komplexnosť pôsobenia, vyváženosť telesného a duševného zaťaženia, dlhodobosť, pravidelnosť a primeranosť zaťaženia, celkový zdravotný stav a bezpečnostné opatrenia a príprava na cvičenie.

Pre pacienta s chronickým alebo závažným respiračným ochorením je charakteristické inspiračné postavenie hrudníka, typické držanie hlavy, ramien i celého tela. Respiračná fyzioterapia využíva na dosiahnutie plnohodnotného dýchania súbor techník umožňujúcich uvoľnenie hrudníka, vyčistenie dýchacích ciest, rozdýchanie nedostatočne ventilovaných častí pľúc (Kozierová, 1997).

Hlavný cieľ: P/k bude preukazovať vedomostí o dychovej rehabilitácii.

Ciele edukátora:

- poskytnúť informácie o dychovej rehabilitácii a jej význame,
- poskytnúť informácie o indikáciách dychovej rehabilitácie,
- poskytnúť informácie o cieľoch dychovej rehabilitácie,
- poskytnúť informácie o technikách dychových cvičení,
- poskytnúť informácie o zásadách pri dychových cvičení.

Ciele pre pacienta:

Afektívne

- p/k prejavuje záujem oboznámiť sa s dychovou rehabilitáciou,
- p/k verbalizuje presvedčenie o potrebe oboznámenia sa s dychovou, rehabilitáciou, významom, indikáciách, cieľoch, technikách, zásadách,
- p/k preukazuje pozitívny postoj k edukácii,
- p/k prejavuje ochotu spolupracovať.

Kognitívne

- p/k preukáže vedomosti o dychovej rehabilitácii,
- p/k popisuje význam dychovej rehabilitácie,
- p/k pozná indikácie dychovej rehabilitácie,
- p/k pozná ciele dychovej rehabilitácie,
- p/k popisuje zásady pri dychových cvičeniach.

Psychomotorické

- p/k sa aktívne zúčastňuje edukácie,
- p/k praktizuje nadobudnuté vedomosti,
- p/k demonštruje techniky dychových cvičení,
- p/k pravidelne praktizuje techniky dychových cvičení,
- p/k spolupracuje s lekárom.

Realizácia (prednáška)

Dychová gymnastika, nácvik dýchania. Dychová gymnastika má veľký význam v terapii porúch dýchania, pri ochoreniach dýchacieho aparátu, pooperačných stavoch, u ležiacich pacientov. Pacient s chronickým ochorením dýchacieho ústrojenstva si musí nacvičiť a naučiť sa správnu techniku dýchania vo všetkých aktivitách denného života (vstávanie a sadanie, zdvíhanie predmetov, chôdza po schodoch, odpočinok a relaxácia).

Cieľom dychovej gymnastiky je naučiť sa správne dýchať (odstrániť chyby pri dýchaní), uvoľniť sekrety, naučiť sa vykašľávať, zlepšiť fyzickú výkonnosť optimálnu pre dane štádium ochorenia, nacvičiť účelné dýchanie a tak predchádzať komplikáciám daného ochorenia.

Indikácie dychovej rehabilitácie: chronická obštrukčná choroba pľúc, bronchiálna astma, cystická fibróza, bronchiektázie, transplantácia pľúc, poruchy ventilácie pri spánku, pred operačnými výkonmi a po nich, chronická dychová nedostatočnosť iného pôvodu, akútna dychová nedostatočnosť u chorého s chronickou dychovou nedostatočnosťou, dlhodobá umelá pľúcna ventilácia, pľúcna fibróza, pneumokonióza a iné intersticiálne choroby a neuromuskulárne poruchy a choroby hrudnej steny (Palát, 1982).

Polohy v sede k nácviku správnej techniky dýchania

- a) - sed na prednej polovici stoličky
 - horné končatiny voľne položiť na kolená, príp. podopierajú hlavu
 - uvoľniť odev, pretiahnuť chrbát
 - hlavu k osi chrbta
- b) - otočiť stoličku, hrudník smeruje k opera

- oprieť lakte o stoličku
- narovnať chrbát (Gúth, 2005).

Návod na nácvik účelného, efektívneho dýchania: Pacient by mal dýchať pomaly, pokojne, mal by sa uvoľniť a nadýchnuť sa, ak je to možné cez zúžené nosové otvory (pomáha to vedomému nádychu nosom, zapojeniu bránice do dýchania – dostatočnému prevzdušneniu pľúc).

a) Technika terapeutického zúženia nosných otvorov

- zhlboka sa nadýchneme (akoby sme vdychovali vôňu kvetov),
- ľahko stlačíme nosové otvory
- vdychovaný vzduch nezadržujeme, necháme ho voľne vypúšťať cez takmer uzavreté pery, iba cez malú štrbinu, líca sú zľahka nafúknuté,

b) Úmyselné hlboké vdychy

- správne maximálne inšpírium 10 × za hodinu

c) Špeciálne techniky dýchania

- bránicové dýchanie
- lokalizované segmentálne dýchanie - u pacientov v pooperačnej starostlivosti sústredíme pozornosť chorého na určitú časť hrudníka, priložíme na ňu dlaň a ľahkým tlakom zdanlivo kladieme odpor inšpiračnému pohybu. Tak dosiahneme prehĺbenie ventilácie v príslušnej oblasti. Nácvik dynamického dýchania má za cieľ správne zladit' pohyby horných končatín s pohybmi hrudníka (rozvinutie horných centrálnych častí pľúc pri vzpažení) (Krištůfek, 1988).

Pravidelné dychové cvičenie slúži k dosiahnutiu pocitu spokojnosti a podporuje vlastné dýchanie. Má význam nielen pre chorých, ale aj pre samotný personál:

- brušné dýchanie je účinnou masážou vnútorných orgánov, podporuje ich prekrvenie,
- hrudné dýchanie zmierňuje tlak v oblasti srdca a pľúc a aktivizuje cirkuláciu krvi,
- efektívne dýchanie pôsobí priaznivo na dokonalé prevzdušnenie pľúc, tým sa zlepšuje zásobenie kyslíkom a výsledkom je upokojenie nervového systému, uvoľnenie pri nespavosti, nepokoja, strachu a povzbudenie činností jednotlivých orgánov.

Zásady pri dychovom cvičení

- cvičenia vykonávame nie skôr ako 1 hodinu po najedení,
- vyvetráme izbu,
- podstatné je zachovanie časového odstupu od posledných vyšetrení,
- miestnosť pred cvičením musíme vyvetrať,

- pri cvičení s vyššou intenzitou je vhodné vytvorenie prestávok na oddych,
- cvičiť môžeme posediačky, ležmo alebo postojačky,
- odstránime tesné oblečenie,
- dôležité je sledovanie subjektívnych príznakov pacienta (dýchavica, únava),
- ak nie je určené inak, chorý vdychuje a vydychuje nosom, ústa ostávajú zatvorené,
- cvičenie opakujeme 7-krát, podľa stavu chorého robíme prestávky, aby sa neunavil,
- cvičenie musí byť vhodné pre konkrétneho chorého, iba tak dosiahneme zlepšenie zdravotného stavu a pacient sa cíti spokojný (Laník,1968).

Poloha chorého. K lepšiemu prevzdušneniu a odľahčeniu určitých oddielov pľúc môžeme využiť rôzne polohy nemocného. Chorý leží na pravej alebo ľavej strane, podľa toho, ktorú stranu chceme odľahčiť, vo zvýšenej polohe, eventuálne s podopretím horných končatín o okraj postele, stôl.

- a) jednoduchá poloha vo vystretí* – poloha na boku, dolná končatina je vystretá, vrchná pokrčená, horné končatiny vo zvýšenej polohe. Výsledok je zväčšenie plochy pre dýchanie.
- b) poloha polmesiaca* – horná končatina je pokrčená a smeruje na hlavu, dolné končatiny sú vystreté šikmo k osi tela. Tak sa dosiahne rozpätie najmä hornej časti pľúc (na postihnutej strane) a umožní lepšie prevzdušniť pľúca. Túto polohu možno doplniť vibračnou masážou
- c) člnková poloha* – slúži k uvoľneniu vo zvýšenej polohe. Používame dva vankúše menej naplnené (veľkosti 20-30x80 cm). Vankúše sú položené tak, že sa krížia a vytvárajú tvar písmena V. Chorý leží tak, že vrchol je umiestnený v oblasti šije, oblasť krku je bez podloženia, pod hlavu možno dať malý vankúš. Poloha podporuje dostatočné predýchanie pľúcnych hrotov, horných oddielov pľúc. Panva a krížová kosť nie sú podložené. Poloha je vhodná aj ako profylaxia preležaním (Gúth, A., 2005).

Pri **vyhodnotení edukačného procesu** by mali byť ciele edukačného procesu splnené. Pacient by mal verbalizovať presvedčenie oboznámiť sa s dychovou rehabilitáciou, popisovať význam dychovej rehabilitácie, poznať indikácie dychovej rehabilitácie, poznať ciele dychovej rehabilitácie, popísať zásady pri dychových cvičeniach a techniky dychových cvičení.

Záver

Choroby dýchacích orgánov, ale aj iné ochorenia sú takmer vždy spojené so zmenami a poruchami dýchania. Medzi orgánmi hrudníka a brucha a dýchacími pohybmi sú úzke nervovoreflexné vzťahy a preto postihnutie jednotlivých orgánov môže ovplyvňovať dýchacie pohyby hrudníka. Pri dýchacej gymnastike používame dýchacie zamerané na odstránenie alebo kompenzovanie chybných dýchacích funkcií podmienených chorobným procesom. Táto činnosť sa nazýva ja reedukácia dýchania a jej úlohou je nácvik fyziologicky správneho dýchania.

komunikácie s 1):
informácie,
- napríklad
silný, aby bol
slymi a rozhovoru
so neľepzivosť.

komunikácie s 2):
neznížovať
ami, ako „Si
„Je to takto ležie,
ež už jedno zdravie
odkryvanie
sti sa musí
v prípade, že to
zostatých
tepadaj plaču.

ry (1):
alebo dva po
f) (plati
zomrel
ty dýchajú dobu)
tvo,
lebo páru.
lekovú
viac ako 50.

(2):
ne
internetu
ie. Návšteva
podočenských
buznými
ktoré môžu
období
podas celý
tvo svogu
že zachiatom
v) formo
naplnenie

Edukácia seniora o dychovej rehabilitácii pri respiračných ochoreniach
Zuzana Huďáková, Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Úloha dýchacieho systému
■ ventilácia alveolárneho priestoru pľúc,
■ difúzia dýchacích plynov cez alveolokapilárnu membránu,
■ dobre prekrvenie kapilárneho riečišťa malého krvného obehu

Primárne príčiny respiračného zlyhania vznikajú na podklade porúch
Ventilácie – porucha činnosti dýchacieho centra, paralýza dýchacích svalov, pohyblivosť hrudníka, reštriktívne a obštrukčné choroby pľúc.
Perfúzie – nedostatočnosť obehu resp. srdca, kontrakcia alebo uzáver pulmonálnych ciev.
Difúzie – pľúcny edém, pneumónia, emfyzém, fibróza, TBC a pod. Pri väčšine týchto porúch dochádza k nárastu dýchového odporu a zvýšeniu nárokov na dýchovú prácu.

Najväčšie nedostatky dýchania
■ zle držanie tela s napätím brušného svalstva, zníženou pohyblivosťou bránice, ovisnutými ramenami, so súčasným zužením v oblasti brucha a hrudníka
■ nadychovanie ústami, správne je dýchanie nosom, lebo nosná dutina zbavuje vdychovaný vzduch prachu, zvlhčuje a otepľuje ho,
■ zadržovanie dychu pri dvíhaní predmetov, behu a nímaleh provádzanej krátkym povrchovým dýchaním

Dýchová gymnastika pri respiračných chorobách
■ systém cvikov zameraných na dýchanie, najmä mechaniku dýchania, posilnú, alebo poškodenú patologickým procesom
■ je potrebná nálež pre adekvátne, ekonomické dýchanie, ale i pre odstránenie napätia a stresu, pri možstúkou hľasu
■ podporuje v orgnisme rovnováhu (homeostázu)
■ vedome dýchanie – v situácii negramerického napätia ovplyvňuje dýchanie voľnú námaľu a dýchanie „hĺbkova“

Poloha chorého
Jednoduchá poloha vo výstrete – poloha na boku, dolná končatina je vystretá, vrchná pokrčená, horná končatina vo zvýšenej polohe, vysokýdž – zvláčené plochy pre dýchanie.
poloha polmesaca – horná končatina je pokrčená a smeruje na hlavu, dolná končatina sú vystreté pámo k osi tela, dosiahne sa rozpláča, hľadíš hornej časti pľúc (na posthrovej strane) a umocní lepšie prevádzanie pľúc.
člnková poloha – slúži k uvoľneniu vo zvýšenej polohe, používame dva varkoše pokrčené tak, že sa križia a vytvárajú tvar písmena V, poloha podporuje dostatočné predýchanie pľúcnych hrozov, ktorých oddielov pľúc.

Nácvik správneho dýchania zameriavame na
■ plynulosť dýchania,
■ na dýchanie brušné, hrudné,
■ dostatočné predýchavanie, hlboký výdych a dostatočná nádých,
■ cvičenie zamerané na uvoľnenie, natiahnutie a posilňovanie

Polohy v sede k nácviku správnej techniky dýchania
a) - sed na prednej polovici stoličky
- horné končatiny voľne položiť na kolena, prip. podopierajú hlavu
- uvoľniť odev, pratalnuť chrbát
- hlavu k osi chrbta
b) - otočiť stoličku, hrudník smeruje k opera
- oprieť lakťe o stoličku
- narovnať chrbát

Špeciálne techniky dýchania
- bránicové dýchanie
- lokalizované segmentálne dýchanie – u pacientov v pooperačnej starostlivosti sústredíme pozornosť chorého na určitú časť hrudníka, priložíme na ňu dlaň a ľahkým tlakom zdaniľovo kladieme odpor inspiračnému pohybu, dosiahneme prehĺbenie ventilácie v príslušnej oblasti

Technika terapeutického zariadenia nosných otvorov
- zhlboka sa nádýchame (akoby sme vdychovali voňu kvetov),
- ľahko stlačíme nosové otvory
- vdychovaný vzduch nezadržujeme, necháme ho voľne vypúšťať cez takmer uzavreté
- pery, iba cez malú štrbinu, lica sú zľahka nafúknuté.

Zásady správneho dýchania
■ vykonať vykonávanie na odtráco 1 frekvenciu po naplnení
■ vyvážené dých.
■ pokrčená je zachovanie správneho náklaku od pasových výštam,
■ možnosť sledovať dýchacie rytmus, vyvolať,
■ pri vydaní a výdychu narámku je vhodné vykonanie prenávk na odých,
■ ovocí náležane potlačujú, ľahko ľahko potlačujú,
■ odstavíme hornú končatinu,
■ opoždiť je medzera vykonávaných postupov pravidelnú dýchavania,
■ ak nie je určité nask, úlohy v dýchajú a vyvíjajú ak náskom, ľahko odstaví zhlboka,
■ vedome dýchanie, ľahko, podľa náležu chorého nosom prenávk, ale sa nechovať,
■ vedome dýchať mať hľ vlnu je p konštantného úroveň, že sa rovnováhu dýchame, zvlášť náležu, slúži k uvoľneniu vo zvýšenej polohe

Záver
■ Choroby dýchacích orgánov, ale aj iné ochorenia sú takmer vždy spojené so zmenami a poruchami dýchania. Pri dýchacej gymnastike používame dýchacie zamerané na odstránenie alebo kompenzovanie chybných dýchacích funkcií podmienených chorobným procesom. Táto činnosť sa nazýva ja reedukácia dýchania a jej úlohou je nácvik fyziologicky správneho dýchania.

Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov:

1. DOENGENS, M.E. et al. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2 vyd. 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
2. GÚTH, A. et al. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava: Liečreh Gúth, 2005. 470 s. ISBN 80-88932-16-5
3. KADUČÁKOVÁ, H. Specyfika procesu edukacji u seniorów. In *Wybrane aspekty opieki długoterminowej*. Ostrowiec Św.: Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój“, 2009, s.249-254. ISBN 978-83-8946-627-3
4. KOZIEROVÁ, B. et al. *Ošetrovatel'stvo I , II*. 1. slovenské vyd. Martin : Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
5. KRIŠTÚFEK, P. et al. *Funkcia dýchania v laboratórnej a klinickej praxi*. Martin: Osveta, 1988, 360 s. FDV 70-088-88
6. LÁNIK, V. et al. *Liečebná telesná výchova a rehabilitácia II*. Ružomberok: Obzor, 1968. 424 s. ISBN 65-053-68
7. NOVYSEDLÁKOVÁ, M., VIŠŇOVSKÁ, D.: Edukácia v ošetrovatel'stve. In: *Veda a výskum v zrkadle času: Zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie Inštitút Juraja Páleša v Levoči*. Ružomberok: PF KU, 2009. s. 344 – 349. ISBN 978 – 80 – 8084 - 417 – 2.
8. PALÁT, M. *Dýchacia gymnastika*. Martin : Osveta, 1982. 263 s. ISBN 70-051-82
9. TRACHTOVÁ, E. et al. 2005. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procese*. 2 vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických odborů v Brne, 2005. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

Kontaktná adresa:

PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku

Námestie A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

e-mail: zuzana.hudakova@ku.sk

ŠPECIFIKÁ KOMUNIKÁCIE SESTRY SO SLUCHOVO POSTIHNUTÝMI PACIENTMI

Marcela Ižová, Andrea Nagyová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Abstrakt

Profesionálna práca sestry vyžaduje nielen perfektne odvedené ošetrovateľské výkony, ale vyžaduje aj schopnosť vedieť komunikovať s pacientmi v rôznych situáciách, s rôznymi obmedzeniami. Na to, aby sme dosiahli kvalitnú obojstrannú komunikáciu medzi sluchovo postihnutými pacientmi a sestrou, je potrebné rešpektovať všeobecné požiadavky. Tieto požiadavky má sestra uplatňovať v prístupe a pri komunikácii nielen so sluchovo postihnutými pacientmi, ale aj s počujúcimi pacientmi.

Kľúčové slová: Komunikácia. Sestra. Pacient. Sluchové postihnutie.

Abstract

Professional work requires not only perfect nurses paid nursing performance, but also requires the ability to communicate with patients in different situations with different constraints. To achieve high-quality two-way communication between deaf patients and nurse, it is necessary to comply with the general requirements. These requirements apply to a nurse in the approach and not only communication with deaf patients, but also with patients without handicap.

Keywords: Communication. Nurse. Patient. Hearing disability.

Profesionálna práca sestry vyžaduje nielen perfektne odvedené ošetrovateľské výkony, ale vyžaduje aj schopnosť vedieť komunikovať s pacientmi v rôznych situáciách, s rôznymi obmedzeniami. Na to, aby sme dosiahli kvalitnú obojstrannú komunikáciu medzi sluchovo postihnutými pacientmi a sestrou, je potrebné rešpektovať všeobecné požiadavky. Tieto požiadavky má sestra uplatňovať v prístupe a pri komunikácii nielen so sluchovo postihnutými pacientmi, ale aj s počujúcimi pacientmi.

„Je len veľmi ťažké predstaviť si, že by sestra s pacientom verbálne, či neverbálne nekomunikovala. S komunikačným deficitom by nemohla plniť nijakú zo svojich rolí“ (Kristová, 2004, s. 77).

Sestra musí byť v prístupe k sluchovo postihnutým pacientom empatická, to znamená, že sestra sa musí vedieť vcítiť do situácie sluchovo postihnutých pacientov, do ich duševného stavu, čo práve cítia, ako hodnotia seba, svoje okolie, aký vzťah majú k svojej chorobe a ako ju prežívajú. Sestra tu využíva predovšetkým prostriedky neverbálnej komunikácie. Empatická sestra poskytuje sluchovo postihnutým pacientom pocit istoty, bezpečia, emocionálnu oporu, pochopenie, porozumenie a pozitívne pôsobí na sluchovo postihnutých pacientov tým, že navodzuje pocit spolupatričnosti. Empatia v ošetrovateľskom procese a v celom ošetrovateľstve uľahčuje vzájomnú interakciu a komunikáciu medzi sestrou a pacientmi s rôznymi zdravotnými postihnutiami. Sestra rozumie odchýlkam v správaní a konaní sluchovo postihnutých pacientov a na základe toho volí terapeutický prístup.

Sestra musí mať pozitívny vzťah k sluchovo postihnutým pacientom, ide o postoj sestry k sluchovo postihnutým pacientom, ktorý sa prejaví v celkovom správaní sestry k sluchovo postihnutým pacientom.

Sestra musí v prístupe k sluchovo postihnutým pacientom uplatňovať vždy individuálny prístup to znamená, že musí prispôbiť svoje správanie pacientovým špecifikám, ktoré vyplývajú z jeho sluchového postihnutia.

Sestra musí mať úctu k sluchovo postihnutým pacientom, si musí vážiť sluchovo postihnutých pacientov, ako neopakovateľné bytosti v ich biopsychosociálnej jednote vždy a za každých okolností. Sestra musí rešpektovať sluchovo postihnutých pacientov, to znamená prijať ich myšlienky, názory, postoje, potreby a individuálne osobitosti a v plnej miere zachovávať ich ľudskú dôstojnosť.

Sestra v prístupe k sluchovo postihnutým pacientom musí uplatňovať aj etické princípy (Džumelová, Malíková, Hudáková, 2008), (Kristová, 2004).

Komunikácia v nemocničnom prostredí

Komunikácia sestry zohráva v ošetrovateľskom procese kľúčovú úlohu, pretože je v prítomnosti pacientov oveľa častejšie ako lekár. „*Prostredníctvom komunikácie získava informácie od pacienta, informuje ho, ovplyvňuje, presviedča, motivuje, povzbudzuje, edukuje, vysvetľuje, odporúča a hodnotí*“ (Kristová, 2004, s.9).

Pri prvom stretnutí sestra posudzuje komunikačnú úroveň u sluchovo postihnutých pacientov a diagnostikuje ich komunikačné problémy. Na to, aby sestra mohla plánovať a

realizovať efektívnu komunikáciu so sluchovo postihnutými pacientmi sa od nej očakáva, že okrem bežne používaných komunikačných zručností bude ovládať aj špecifiká komunikácie so sluchovo postihnutými pacientmi. Sestra sa stretáva vo svojej práci s pacientmi, ktorí majú rôznu stratu sluchu.

Po dohode s Vyším územným celkom (ďalej len VÚC) Žilina, ktoré má v správe zdravotníckeho zariadenia sa Asociácia Nepočujúcich Slovenska (ďalej len ANEPS) Krajské centrum (ďalej len KC) Žilina so sídlom vo Vrútkach dohodli, že sluchovo postihnutým pacientom uľahčia komunikáciu so zdravotníckym personálom a návštevu zdravotníckeho zariadenia, pretože sluchovo postihnuté osoby dlho čakali na vyšetrenie. Po vzájomnej dohode zaviedli kartičky s názvom Nepočujem! Na tejto kartičke je fotografia sluchovo postihnutej osoby a informácia o tom, že sa jedná o sluchovo postihnutú osobu. Tieto kartičky využívajú sluchovo postihnutí pri návšteve zdravotníckeho zariadenia, čo uľahčuje komunikáciu medzi sluchovo postihnutými a zdravotníckym personálom. Tieto kartičky sa zatiaľ využívajú len v Žilinskom kraji.

Zásady komunikácie sestry so sluchovo postihnutými pacientmi:

- sestra pred začatím komunikácie so sluchovo postihnutým pacientom musí vyhľadať tiché a dostatočne osvetlené miesto na komunikáciu, ak treba sestra odstrániť rušivé vplyvy,
- komunikácia medzi sestrou a sluchovo postihnutým pacientom môže začať až vtedy, keď sluchovo postihnutý pacient zachytí sestru vizuálne a sestra mu dá najavo svoju prítomnosť tým, že sa ho jemne dotkne ruky a predstaví sa mu,
- tvár sestry pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom musí byť dostatočne osvetlená, aby sluchovo postihnutý pacient mohol dobre odzerať z jej pier,
- pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom sestra nesmie stáť chrbtom k oknu, ani stáť v tieni, lebo sluchovo postihnutý pacient nemôže odzerať,
- vzdialenosť medzi sestrou a sluchovo postihnutým pacientom nemá byť väčšia, ako 1,5 metra a nie menšia ako 0,5 metra,
- pri komunikácii je dôležité udržiavať neprerušovaný zrakový kontakt,
- sestra pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom by nemala nadmerne hýbať a otáčať hlavou, zakrývať si ústa rukou, jesť, piť, žuť žuvačku, fajčiť cigaretu, lebo tým skresľuje verbálny prejav,
- pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom sestra primerane artikuluje, nahlas a zrozumiteľne, dostatočne otvára ústa, hovorí správnou slovenčinou, používa slová všeobecne známe, vyhýba sa odborným a cudzím slovám, odbornej terminológii,

- sestra pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom nikdy nekričí na sluchovo postihnutého pacienta,
- pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom sestra používa krátke vety, dôležité je, aby neznižovala tón hlasu na konci viet, ale aby hovorila rovnakou intenzitou hlasu, nekladie pacientovi naraz dve a viac otázok, pretože sluchovo postihnutý pacient ich nemôže naraz vizuálne zachytiť,
- sestra kladie sluchovo postihnutému otázky, či rozumel daným informáciám a či ich správne pochopil, ak nie sestra sa snaží zopakovať obsah informácií približne rovnakými slovami,
- pri komunikácii s nedoslýchavým pacientom, ktorý má postihnutý jeden sluchový analyzátor sa musí sestra pri komunikácii s ním postaviť tak, aby mu informácie odovzdávala do zdravého ucha,
- ak sluchovo postihnutý pacient používa pri komunikácii načúvací aparát sestra skontroluje či je zapnutý a funkčný,
- odzveranie sťažuje keď je odzverajúci a hovoriaci unavený,
- ak komunikácia medzi sestrou a sluchovo postihnutým pacientom zlyháva, aj napriek všetkým dodržaným komunikačným zásadám, tak sestra poskytne sluchovo postihnutému pacientovi pero a papier, aby sa mohol vyjadriť písomne, prípadne kresbou (Kristová, 2004), (Grausová, 1988).

Pri komunikácii so sluchovo postihnutým pacientom platí aj etické pravidlo. Ak sestra komunikuje so sluchovo postihnutým pacientom prostredníctvom tlmočníka posunkovej reči, tak vždy zameriava svoju pozornosť na sluchovo postihnutého pacienta, až potom na tlmočníka. Tlmočník sluchovo postihnutého pacienta nezastupuje, ale mu len tlmočí naše podané informácie (Slowík, 2007).

Komunikácia v domácom prostredí

Komunikáciu medzi sluchovo postihnutými osobami a počujúcimi môžeme označiť ako most, ktorý spája sluchovo postihnutých s počujúcimi. Je príležitosťou na komunikáciu medzi sluchovo postihnutými a počujúcimi, ale tiež príležitosťou na vytváranie pozitívnych vzťahov medzi sluchovo postihnutými a počujúcimi. Tento most môže spolu s kompenzačnými pomôckami prelomiť nielen komunikačnú bariéru medzi sluchovo postihnutými a počujúcimi, ale tiež bariéru v osobnom rodinnom, spoločenskom, či pracovnom živote sluchovo postihnutých osôb (Nagajová, 2001).

Dnešná doba ponúka sluchovo postihnutým oveľa väčšie možnosti na komunikáciu, ako to bolo kedysi. Na trhu je veľa firiem, ktoré sa venujú výrobe a distribúcii kompenzačných pomôcok pre sluchovo postihnuté osoby. Napr. Audioprotetika Dunaj, Akustik plus, Slovton. Kompenzačné pomôcky umožňujú sluchovo postihnutým osobám vnímať svet zvukov, zlepšujú a uľahčujú komunikáciu v bežnom živote a výrazným spôsobom zlepšujú kvalitu života sluchovo postihnutých osôb, čo im umožňuje začleniť sa do „normálneho života“.

Infraport SET 810 s mikrofónom - prenos zvuku sa uskutočňuje pomocou infračerveného svetla bezdrôtovo. Určený je pre sluchovo postihnutých ľudí so stredne ťažkou až ťažkou stratou sluchu. Táto kompenzačná pomôcka slúži na počúvanie rozhlasu, magnetofónu a televízie (leták firmy SENNHEISER).

Audioport A 200 - kompenzačná pomôcka umožňuje lepšie počuť sluchovo postihnutému a okoliu pomáha lepšie sa dorozumieť so sluchovo postihnutým. Je určený pre osoby so slabou až stredne ťažkou stratou sluchu (leták firmy SENNHEISER).

Infraport SET 810 S, Rečový tréner - súprava je určená na tréning reči a výučbu reči, počúvanie rozhlasu a televízie. Súprava je bezdrôtová, prenos signálu je uskutočnený na základe infračerveného svetla. Sluchovo postihnutý počúva pomocou svojich individuálnych naslúchadiel cez indukčnú slučku (leták firmy SENNHEISER).

MicroLink - je malý bezdrôtový systém, ktorý zlepšuje komunikáciu v domácom prostredí, zamestnaní, v škole, vo voľnom čase a pri rôznych športoch. Skladá sa z dvoch častí. *Prijímač MicroLink* – bezdrôtový rádiový prijímač sa pripevňuje na slúchadlo.

Vysielače *MicroLink* sú dva typy :

HandyMic – umiestňuje sa blízko hovoriaceho alebo ho môže mať hovoriaci so sebou. Je to špeciálny mikrofón so zabudovaným FM rádiovým vysielačom. Mikrofón sa dá pripojiť k televízii, rádiu alebo telefónu.

MicroVox – tento rádiový vysielač je vhodný najmä na prednášky a do výučbového prostredia. *MicroVox* môžu nosiť hovoriaci na opasku, alebo vo vrecku, mikrofón je pripnutý na oblečení (leták firmy Widex).

Telefónny zosilovač pre domáce telefóny

TA - 2 – je to univerzálny telefónny zosilovač. Dá sa použiť pri všetkých druhoch sluchových strát. Toto zariadenie nezachytáva zvuky iných zariadení.

PL - 10 – je to malý prenosný zosilovač, ktorý môže byť jednoducho pripevnený na všetky typy telefónnych slúchadiel (leták firmy Slovton).

Zosilovače pre mobilné telefóny - sú pripájané adaptérmi na mobilné telefóny a poháňané batériami. Plynulým regulátorom sa nastavuje hlasitosť mobilného telefónu (leták firmy Slovtón).

Mirafone - je to špeciálny telefón ideálny pre nedoslýchavých i pre ľudí bez poruchy sluchu pri rušivých zvukoch okolia (leták firmy Slovtón).

Zábleskové a vibračné budíky - kompletný budiaci systém vyvinutý podľa rôznych požiadaviek. Budíky do práce, na cesty, na doma. Tiché budenie blikaním, alebo vibráciami (leták firmy Slovtón).

Lisa bezdrôtový zábleskový signalizačný systém - mení akustické signály, ako napríklad zvonenie telefónu, dverového zvončeka, plač dieťaťa, budík a iné na svetelné signály v každej miestnosti bytu, alebo domu. Vysielače prijímajú akustické signály, premieňajú ich na rádiové a prenášajú ich elektrickou sieťou k prijímačom, ktoré reprodujú rádiové signály, ako svetelné. Rádiový konvertor s mobilným prijímačom dopĺňa stacionárny Lisa systém (leták firmy Slovtón).

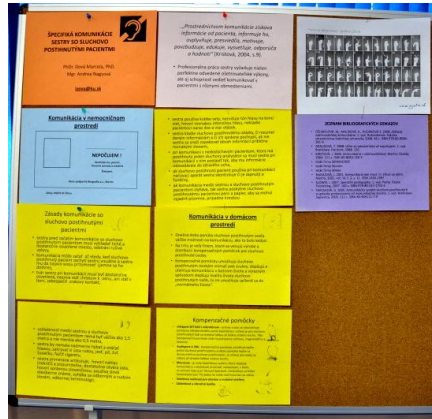
Prenosný vibračný prijímač - vysielače prijímajú akustické signály, premieňajú ich na rádiové a prenášajú ich k prijímačom, ktoré tieto rádiové impulzy prevedú na vibračné (leták firmy Slovtón).

Veľkým prínosom a posunom v komunikácii sluchovo postihnutých osôb je používanie mobilných telefónov, počítačových prístrojov, internetu, elektronickej pošty, chatu, ale tiež otvorené alebo skryté titulky v televízii a na videu (Tarciová, 2005). Sluchovo postihnutí majú možnosť tiež využívať služby tlmočníkov posunkovej reči.

Podľa ich zamerania ich môžeme rozdeliť na všeobecných tlmočníkov, ktorí majú najväčšie zastúpenie, medzinárodných tlmočníkov, súdnych tlmočníkov, pedagogických tlmočníkov a tlmočníkov v médiách. Všeobecní tlmočníci poskytujú informácie, riešia vzniknuté problémy u sluchovo postihnutých osôb. V prípade potreby sprevádzajú sluchovo postihnuté osoby pri návšteve zdravotníckeho zariadenia a zúčastňujú sa na veľkom množstve akcií, ktoré si vyžadujú tlmočníkov posunkovej reči (Tarciová, 2005).



Obrázok 1 *Názov posteru*



Obrázok 2 Poster

Zoznam bibliografických odkazov:

1. DŽUMELOVÁ, M., MALÍKOVÁ, K., HUDÁKOVÁ Z. 2008. *Základy ošetrovateľskej komunikácie*. 1. vyd. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity, 2008. 66 s. ISBN 978-80-8084-281-9
2. GRAUSOVÁ, T. 1988. *Učím sa odzerať lebo už nepočujem*. 1. vyd. Bratislava: Horizont, 1988. 120
3. KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3
4. leták firmy SENNHEISER
5. leták firmy Slovton
6. leták firmy Widex
7. NAGAJOVÁ, J. 2001. *Komunikácia ako most*. In: *Otvor sa efeta*. Martin, 2001, roč. IX, č. 2, s. 11. ISSN 1335-1397
8. SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3
9. TARCSIOVÁ, D. 2005. *Komunikačný systém sluchovo postihnutých a spôsoby prekonávania ich komunikačnej bariéry*. 1. vyd. Bratislava: Sapientia, 2005. 222 s. ISBN 80-969112-7-9

Kontaktná adresa:

PhDr. Ižová Marcela, PhD.

Papiernícka 1

034 01 Ružomberok

Email: izova@ku.sk

Mobil: 0918 722 195

MEDZIGENERAČNÁ KOMUNIKÁCIA - INDIKÁTOR SOCIÁLNEHO ZDRAVIA

Marta Jakubíková, Slávka Kapová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Príspevok prináša zamyslenie nad možnosťami a významom komunikácie medzi starým rodičom a vnúčaťom v tradičnej rodine. Výsledky prieskumu realizovaného pomocou anonymného dotazníka na vzorke 112 študentov Fakulty zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove preukázali, že medzigeneračná komunikácia je významným faktorom udržiavania sociálneho i telesného zdravia. Zaznamenali sme lepšie zdravie u tých starých rodičov, ktorí žijú v spoločnej domácnosti s rodinou alebo vo vzdialenosti do dvadsať kilometrov a kde zároveň mladí ľudia uviedli častý sociálny kontakt a rozvoj interakcie so svojimi starými rodičmi.

Kľúčové slová: Komunikácia. Sociálne zdravie. Sociálna opora. Starý rodič. Vnúča.

Úvod

Súčasný svet zachvátil akýsi „infantilný“ modernizmus. Máme na mysli rôzne zábavné parky a centrá, sci-fi filmy a počítačové hry, v ktorých reálny svet, ktorý človeka dostatočne neuspokojuje (?) je nahradený umelým životom, ktorý je lákavejší, oveľa lepší. Stúpajúci záujem o tieto umelé svety naznačuje neisté balansovanie človeka v realite každodenného života, ktorý naberá na rýchlosti tak, až spochybňuje účel nej samej...Zabúdame pritom na istoty overené časom. Zabúdame napríklad na múdrosť a krásu starých rodičov, pričom je isté, že emocionálne prežívanie vzájomnej interakcie medzi starým rodičom a vnúčaťom je silným socializačným procesom a zlepšuje kvalitu života oboch generácií. Medzigeneračná komunikácia vytvára predpoklady pre hlboké a trvalé vzťahy, rozvíja úctu a zodpovednosť k umnému využívaniu výtvarných produktov moderného sveta, ukotvuje človeka v pravde a pravých hodnotách a chráni ho pred rozčarovaním z iluzórného sveta. Tu si treba uvedomiť, že písané či hovorené slovo, je len jedna z možností nadviazania komunikácie s okolím. Mostom komunikácie medzi starším človekom a jeho okolím sú zmyslové orgány (Kadučáková, 2008, s.34)

Cieľ práce

Cieľom nášho úsilia bolo analyzovať problematiku medzigeneračnej komunikácie na základe postrehnuteľného zvýšeného záujmu mnohých oblastí spoločenského života o seniorov v poslednom období. Chceli sme zistiť možnosti i úskalia komunikácie medzi starým rodičom a vnúčaťom v tradičnej rodine, identifikovať jej vplyv na sociálne i telesné zdravie. Zamerali sme sa na identifikáciu potreby mladých, dospelých ľudí komunikovať so svojimi starými rodičmi, na potrebu sociálneho kontaktu a rozvoja interakcie s nimi a či sú starí rodičia vnímaní svojimi vnukmi ako autority.

Súbor, metodika

Prieskum bol realizovaný na Fakulte zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove. Vzorku respondentov tvorili študenti prvých ročníkov fakulty zdravotníctva; podmienkou okrem dobrovoľnosti bol fakt, že majú aspoň jedného zo starých rodičov. Počet študentov bol 112, z toho 98 % žien. Na získanie údajov sme použili anonymný dotazník s 15 položkami. 11 položiek bolo zatvorených a 4 položky otvorené.

Výsledky a interpretácia

Výstupy položiek anonymného dotazníka, ktorý vyplnili študenti respondenti uvádzame v reálnych číslach a percentách:

1. *Bývanie* – 68 (60,7%) respondentov má trvalé bydlisko v meste, 44 (39,3 %) na dedine.
2. *Vzdialenosť* – so starým rodičom/rodičmi v spoločnej domácnosti býva 47 (42 %) respondentov, ostatných 65 (58%) majú starých rodičov vzdialených od 1 do vyše tristo kilometrov.
3. *Zdravotný stav starých rodičov* – ako dobrý alebo veľmi dobrý ho označilo 72 (64,3 %) respondentov, ostatných 40 (35,7 %) respondentov označilo zdravie svojich starých rodičov ako mierne, stredne alebo ťažko poškodené. Vyššie zastúpenie starých rodičov (celkom 32, čo je 68,1 %) s dobrým zdravím sme identifikovali v skupine 47 respondentov bývajúcich so starými rodičmi. Dobré zdravie starých rodičov nebývajúcich spolu s respondentmi bolo celkom v 28 (43,1 %) prípadoch.
4. *Častota kontaktov so starými rodičmi* – 75 (67 %) respondentov uviedlo frekvenciu kontaktov so starým rodičom od 20 minút denne do 1-2 krát mesačne, navyše sú tieto kontakty dopĺňované telefonátmi. 36 (32,2 %) udržiava osobný kontakt každý druhý mesiac i menej. Išlo tu prevažne o ďaleko bývajúcich starých rodičov. Osobný kontakt

je tu častejšie suplovaný telefonickým, dokonca mailovým. Dvaja respondenti (1,98 %) už dlhší čas neudržia žiadny kontakt so starými rodičmi.

5. *Obsah kontaktov*- okrem štandardného rozhovoru uvádzali respondenti rôzne spoločné činnosti: sledovanie televízie, prechádzky, upratovanie, nákupy, varenie, spoločenské hry, práca v záhrade, návšteva lekára a kostola. Zaujímavé boli výpovede: prezeráme si knihy, vyšívame, tancujeme, „len tak sedíme“, počúvam, o čom rozprávajú s rodičmi, „riešime moje aj ich problémy“, „dedko nechodí, tak sa s ním modlím doma“, „netrávim s ním čas, len ho stretávam na spoločnom dvore“.
6. *Význam kontaktov so starým rodičom*- kontakt za potrebný, podstatný, dôležitý, označilo 51 (46,6 %) respondentov, v šiestich, t.j. 5,4 % prípadoch dokonca ako nenahraditeľný. Za málo dôležitý považovalo kontakt so starým rodičom 36 (32,1 %) respondentov a za nepodstatný ho označilo 19 (15,9 %) respondentov.
7. *Kvalita vzťahu*- dobrý a veľmi dobrý vzťah so starými rodičmi sme identifikovali v 62 (55,4 %) prípadoch, neutrálny vzťah v 24 (21,4 %) prípadoch a nie veľmi dobrý alebo negatívny v 17 (15,2 %) prípadoch. 9 (8 %) respondentov uviedlo protikladný vzťah ku starým rodičom –s jedným vychádza dobre, s druhým naopak.
8. *Frekvencia konfliktov*- žiadne konflikty so starými rodičmi uviedlo 86 (76,8 %) respondentov. Ostatných 26 (23,2 %) uvádzali občasné alebo zriedkavé konflikty. V jednom prípade znela odpoveď: „nemáme konflikty, lebo sa jej vyhýbam“.
9. *Zdôverovanie sa starým rodičom*- áno, zdôverujem sa im so všetkým, uviedlo 31 (27,7 %) respondentov, zdôverujem sa im viac ako rodičom, uviedlo 14 (12,5 %), len s niektorými problémami 44(39,3 %) a nikdy sa im nezdôveruje 23 (20,5 %) respondentov.
10. *Dôvod ne/zdôverovania*- najčastejšie odpovede boli, že starým rodičom verím, zaujímajú sa o moje problémy, vždy ma vypočujú, majú na mňa čas, majú ma veľmi radi. Dôvod, prečo sa zdôverujú málo alebo vôbec bol väčšinou ten, že na niektoré veci majú zastaralé názory.
11. *Čo majú respondenti radi na svojich starých rodičoch*- respondenti v tejto položke uvádzali: láskavosť voči nám, čas pre mňa, dobrú radu, ich dobrú náladu, že im môžem veriť a zdôveriť sa. Uvádzali aj veci materiálne, najčastejšie peniaze, rôzne darčeky a dobroty.
12. *Čo nemajú respondenti radi na svojich starých rodičoch*- najčastejšie sa pri tejto položke objavili: tvrdohlavosť, zveličovanie maličkostí, presadzovanie svojho názoru a napríklad poznámka: „ keď rozprávajú kto, kedy a ako zomrel“.

13. *Podpora rodiny zo strany starých rodičov*- až 51 (45,5 %) respondentov uviedlo finančnú podporu. K finančnej, či inej ekonomickej pomoci pridali v 38 (34 %) prípadov ešte psychickú podporu, rady, pomoc v domácnosti. Ostatných 23 (20,5 %) žiadnu podporu rodiny zo strany starých rodičov nepocitujú.

14. *Autorita starých rodičov*- 62 (55,3 %) respondentov označilo svojich starých rodičov ako autority. 21 (18,8 %) označilo ako autoritu len jedného zo starých rodičov a 29 (25,9 %) nepokladá ani jedného zo svojich starých rodičov za autoritu.

15. *Výjadrenie vzťahu k starým rodičom „z očí do očí“* - okrem jednej záhadnej výpovede: „povedala by som jej v slabej chvíľke – prečo?“ sa najčastejšie objavili rôzne poďakovania, uistenia o láske k starým rodičom a vyznania, ako:

- záleží mi na tebe,
- ste dôležitou časťou môjho života,
- chýbate mi,
- veľmi si ťa/vás vážim,
- dávaj/te na seba pozor, nechcem vás stratiť,
- ďakujem za všetko, čo pre mňa robíte,
- ďakujem, že ste vychovali pre mňa takých fajn rodičov.

Starobu zvykneme dnes posudzovať skôr podľa zdravotného, psychického, či sociálneho stavu jedinca, ako podľa jeho kalendárneho veku. Z predložených výsledkov vyplýva, že medzigeneračná komunikácia je významným faktorom udržiavania sociálneho i telesného zdravia. Konštatujeme to na základe zistenia, že lepší zdravotný stav sme zaznamenali u tých starých rodičov, ktorí žijú v spoločnej domácnosti s rodinou alebo vo vzdialenosti do dvadsať kilometrov od svojich detí s rodinami, kde zároveň mladí ľudia uviedli častý sociálny kontakt a rozvoj interakcie so svojimi starými rodičmi a bez, alebo len so zriedkavými konfliktami. Lepšie telesné zdravie udávali respondenti aj u tých starých rodičov, ktorí síce bývajú aj sto či viac kilometrov od nich, ale sociálny kontakt je intenzívne udržiavaný prostredníctvom častých telefonátov, dokonca aj mailovou poštou. Podľa našich zistení nemá na zdravotný stav starého človeka veľký vplyv bývanie v meste, či na dedine a ani to, či bývajú v spoločnej domácnosti so svojimi dospelými deťmi, ale frekvencia a kvalita vzťahov s vlastnými deťmi a vnukmi. Rozdiely sme našli v druhoch spoločných činností v meste a na dedine. Medzigeneračná komunikácia má u značnej časti respondentov (59,8 %) svoje úskalia a obmedzenia, napr. odlišné názory, či sebaapresadzovanie, ale aj tak nás prekvapilo vysoké percento (33,2 %) tých, ktorí nemajú problém zdôverovať sa so všetkým svojim starým rodičom alebo dokonca viac, ako vlastným rodičom. Ako ďalší ukazovateľ

sociálneho zdravia v našom prieskume sa javí vnímanie starých rodičov ako autorít. Ak uvážime, že spolu 74,1 % respondentov nášho prieskumu považuje jedného či oboch starých rodičov za autoritu, 67 % udržiava časté kontakty, 55,4 % má veľmi dobrý vzťah so starými rodičmi a ak vezmeme do úvahy pestrosť spoločne vykonávaných činností, musíme uznať, že vnímanie starších ľudí nie je výrazne odlišné od vnímania kategórie dospelšej populácie. Prevažne príjemné a pozitívne boli odpovede na poslednú položku- vyjadrenie osobného vzťahu k starým rodičom. Tu sme u časti respondentov zaznamenali rozdiely v intenzite vzťahu k jednému a druhému starému rodičovi. Výpovede však dokazujú presvedčivú prevahu silných sociálnych väzieb mladých ľudí so starými rodičmi vyjadrujúce úctu a lásku. Toto poznanie stojí v protiklade k často proklamovanému negatívnemu názoru verejnosti na starých ľudí.

Záver

Populačné starnutie má nesmierny vplyv na ďalší vývoj spoločnosti, pretože väčšina staršej populácie trpí vysokým výskytom chronických chorôb, ale tiež rôznymi psychickými poruchami a je vo zvýšenej miere odkázaná na sociálnu a zdravotnú starostlivosť (Simočková, 2005,s.18). Na uvedenú situáciu sa treba zodpovedne pripraviť. Ak má človek v starobe silné sociálne zázemie, pociťuje sociálnu oporu. K tomu, ak je človek zmierený so svojim zdravotným stavom, má najlepšiu šancu dosiahnuť vysokú úroveň kvality života (Hudáková et al., 2009, s.41). To však neznamená len pasívne sa odovzdať, ale aktívne sa pripraviť na proces starnutia. Ošetrovatel'stvo sa cez výchovu k zdraviu (telesnému, či sociálnemu) zameriava na ľudí v každom štádiu zdravia či choroby, od úplne zdravého až po chronicky chorého alebo postihnutého človeka s cieľom maximalizovať potenciál jednotlivca pre zdravý život (Magurová et al.,2008,s.39). Tam, kde kvalitné sociálne zázemie absentuje, starší ľudia potrebujú podporu pri svojom začlenení do spoločnosti a sociálnych aktivít (Balková et al.,2006). Pre dnešné ošetrovatel'stvo je táto oblasť spadajúca pod starostlivosť o sociálne zdravie veľkou výzvou.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BALKOVÁ, D. et al. 2006. *Gerontologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Prešovská univerzita v Prešove: Fakulta zdravotníctva, 2006. 91s. ISBN 80-8086-525-8.
2. HUDÁKOVÁ, A., SLANINKOVÁ, J., TOMAŠČINOVÁ, V. 2009. Aspekty kvality života v terminálnej starostlivosti. In *Molisa 6*. Ed. Ľ. Derňarová. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2009, s. 41- 45.

3. KADUČÁKOVÁ, H. 2008. *Kinestetika ako pohybový a komunikačný koncept interakcie medzi sestrou a pacientom*. Ružomberok : PF KU v Ružomberku 2008, 82 s. ISBN 80-8084-366-3.
4. MAGUROVÁ, D., KAPOVÁ, S., MAJERNÍKOVÁ, Ľ., ŠANTOVÁ, T. 2008. *Základy edukácie a jej využitie v ošetrovateľskej praxi*. 1.vyd. Prešovská univerzita v Prešove: Fakulta zdravotníctva, 2008. 127s. ISBN 978-80-8086-821-9.
5. SIMOČKOVÁ, V., 2005. Príprava na starobu. In *Sestra*, 2005, roč. 4, č. 9, s. 18.

Kontaktná adresa autora

Adresa: PhDr. Mgr. Marta Jakubíková, PhD.

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva,

Partizánska 1, 080 01 Prešov

Telefón: 051/ 7562451

email: jakubm@unipo.sk

SOCIÁLNE KONTAKTY SENIOROV A ICH VÝZNAM PRE UDRŽANIE ZDRAVIA

Marta Jakubíková, Slávka Kapová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Príspevok poukazuje na dôležitosť udržania a pestovania kvalitných formálnych a neformálnych sociálnych kontaktov so svojim okolím a rodinou u seniorov. Výsledky prieskumu realizovaného pomocou anonymného dotazníka na vzorke 80 seniorov nad 70 rokov žijúcich v Prešove a v blízkom okolí preukázali, že seniori sa necítia osamelí, ale skôr sa cítia byť ohrození smútkom a strachom z budúcnosti. Zaznamenali sme, že denný kontakt seniorov so svojimi deťmi nezaručuje kvalitu sociálnych vzťahov.

Kľúčové slová: Senior. Sociálny kontakt. Sociálna izolácia. Vnúča. Taktilná senzorická deprivácia.

Úvod

V spoločnosti by mali mať starí i mladí ľudia svoje čestné miesto, kde skúsenosti starých sú vyvážené aktivitou mladých a nerozvážnosť mladých vyrovnaná múdrosťou starých. Rodina nie sú len rodičia a deti, ale súčasťou sú aj starí rodičia, sú koreňom rodiny. Rodina je ako strom, ktorý má kmeň, korunu a korene, bez ktorých by celý strom vyschol. Je smutnou skutočnosťou, že naši seniori sú ohrození smútkom a strachom z budúcnosti. Peknú myšlienku vyslovil Kofi Annan na svetovej konferencii: „Je veľmi bohatá spoločnosť, ktorá využíva skúsenosť a múdrosť starých ľudí“, preto aj my chceme byť bohatou spoločnosťou. Ani dennodenný sociálny kontakt nezaručuje kvalitu sociálnych vzťahov, ak seniorom nezabezpečíme pozornosť, lásku, úctu, potrebné služby a opateru. V prípade, že ich nemôžeme zabezpečiť, spôsobuje to často veľké problémy obidvom stranám.

Cieľ práce

Cieľom nášho prieskumu bolo zistiť kvalitu sociálnych kontaktov seniorov a potrebu komunikácie s rodinou a so svojim okolím. Chceli sme poukázať na vážne dôsledky sociálnej izolácie u seniorov.

Súbor, metodika

Prieskum bol realizovaný v Prešove a v blízkom okolí u 80 respondentov /seniorov. Oslovili sme 38 žien a 42 mužov nad 70 rokov. Na získanie údajov sme použili anonymný dotazník s 20 položkami. Na prieskume sa podieľali študenti druhého ročníka fakulty zdravotníctva, študijného odboru ošetrovateľstvo.

Výsledky a interpretácia

Tabuľka 1 Bývanie seniorov v domácnosti

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
s partnerom	n	%	n	%
		17	21	9
sám/a	9	11	17	21
iné/dcéra, syn, vnuk	12	16	16	20
spolu	38	48	42	52

36% seniorov žije v spoločnej domácnosti so svojimi deťmi, alebo inými príbuznými.

32% seniorov žijú v spoločnej domácnosti s partnerom, z toho 21% žien a 11% mužov.

32% seniorov žije osamelo. Túto skupinu respondentov aj vzhľadom na ich vek považujeme za rizikóvu, odkázanú na pomoc v blízkej budúcnosti, či dokonca už dnes. Okrem telesného zdravia je v ohrození aj ich zdravie psychické a sociálne. Izolácia môže viesť až k taktilnej sociálnej deprivácii.

Tabuľka 2 Návštevy seniorov deťmi, rodinou

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
denne	n	%	n	%
		17	21	14
1 – 2x týždenne	15	19	13	16
1 – 2x mesačne	6	8	10	13
nenavštevujú	0	0	5	6
spolu	38	48	42	52

Môžeme konštatovať, že 73% respondentov seniorov je pravidelne navštevovaných deťmi a rodinou, avšak zaznamenali sme, že ani denný kontakt nezaručuje kvalitu sociálnych

vzťahov. 21% seniorov uviedlo návštevu 1x 2 mesačne, čo môže byť podmienené väčšou vzdialenosťou. 6% (mužov) uviedlo bez udania dôvodu, že deti ani rodina ich nenavštevujú.

Tabuľka.3 Telesné zdravie

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
dobré	n	%	n	%
		5	6	9
podlomené	26	33	17	21
narušené, potreba pomoci	7	9	16	20
spolu	38	48	34	52

Iba 17 % respondentov seniorov uviedlo, že zdravie má dobré. Až 83 % seniorov uviedlo podlomené alebo narušené zdravie, z čoho jednoznačne vyplýva potreba pomoci potreba pomoci podporných osôb alebo aj štátu.

Tabuľka 4 Návšteva poteší

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
veľmi	n	%	n	%
		38	48	37
menej	0	0	0	0
nepoteší	0	0	3	4
neviem	0	0	2	2
spolu	38	48	42	52

Až 94 % seniorov návšteva blízkych veľmi poteší, túžia po sociálnom kontakte, naopak 6 % seniorov mužov (!) návšteva blízkych nepoteší, čo môže svedčiť o narušených sociálnych vzťahoch v rodine.

Tabuľka 5 Návšteva zaťažuje

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
nezaťažuje	n	%	n	%
		31	39	37
častočne	7	9	5	6
dost	0	0	0	0
spolu	38	48	42	52

85 % respondentov seniorov návšteva nezaťažuje, čo svedčí o tom, že seniori túžia po sociálnom kontakte a 15 % uviedlo, že ich čiastočne zaťažuje. Dôvodom, môže byť narušenie denného režimu, alebo podlomené a narušené zdravie seniorov.

Tabuľka 6 Potešenie z návštevy vnúčat

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
áno/veľmi	n	%	n	%
		38	47	39
nie	0	0	3	4
spolu	38	47	42	53

Až 96 % respondentov seniorov uviedlo potešenie z návštevy vnúčat aj napriek svojmu podlomenému a narušenému zdraviu. 4 % respondentov opäť mužov z návštevy sa nevie potešiť, čo by mohlo byť podmienené rôznymi faktormi, napr. generačnými vekovými špecifikami, zdravotnými problémami a pod.

Tabuľka 7 Radi sa rozprávate s vnúčatami

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
áno	n	%	n	%
		38	47	42
nie	0	0	0	0
spolu	38	47	42	53

100 % respondentov seniorov uviedlo, že sa veľmi radi rozprávajú s vnúčatami, z toho môže vyplývať, že seniori jednoznačne potrebujú sociálny kontakt a komunikáciu so svojou rodinou k udržaniu a zlepšovaniu sociálnej väzby aj keď im niekedy prináša kontakt aj určitú záťaž, či narušenie denného režimu.

Tabuľka 8 Po návšteve vnúčat

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
som rád/a, že odišli	n	%	n	%
		2	3	4
smutno, teším sa na ďalšie stretnutie	33	41	34	42
Cítim sa unavene, chcem si oddýchnuť	3	4	4	5
spolu	38	48	42	52

83 % respondentov seniorov pociťuje smútok a tešia sa na ďalšie stretnutie. Dôvodom smútku, je nutnosť návratu do stereotypného spôsobu života. 9 % seniorov pociťuje únavu a potrebu oddychu, čo môže byť spôsobené rýchlejšou unaviteľnosťou, potrebou častejšieho oddychu aj počas dňa. Problémom môže byť tiež dynamickejší spôsob komunikácie mladej generácie, ktorý seniora vyčerpáva. 8 % respondentov uviedlo radosť z odchodu vnúčat, čo môže potvrdzovať predošlé konštatovania.

Tabuľka 9 Prevažujúci pocit

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
	n	%	n	%
osamelosti, smútku	17	21	20	25
spokojnosti, radosť z detí	13	16	4	5
strach z budúcnosti	5	6	16	20
Iné (negatívne pocity)	3	4	2	3
spolu	38	47	42	53

21 % respondentov pociťuje spokojnosť a radosť zo svojich detí, čo svedčí o dobrých sociálnych vzťahoch v rodine. Až 46% pociťuje osamelosť a smútok, čo svedčí o absencii užšieho sociálneho kontaktu. Ani časté návštevy seniorov, tak sa zdá, nie sú zárukou ich spokojnosti a harmonického pocitu zo života. 26 % seniorov pociťuje strach z budúcnosti a 7 % uviedlo iné negatívne pocity, ako napr. strach o zdravie syna, dcéry.

Tabuľka 10 Čo očakávajú deti

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
	n	%	n	%
materiálnu podporu	2	2	18	23
radu, pomoc	17	21	11	14
materiálnu podporu + radu, pomoc	18	23	4	5
nič	1	1	7	9
myslím, že som na ťarchu	0	0	2	2
spolu	38	47	42	53

35% seniorov uviedlo, že deti od nich očakávajú radu a pomoc, vzhľadom na ich celoživotné skúsenosti. 25% respondentov uviedlo, že deti od nich očakávajú materiálnu podporu a 28 %

radu a pomoc vrátane materiálnej podpory. Materiálne požiadavky môžu súvisieť s celkovou ekonomickou situáciou v Prešovskom regióne, ale aj s vypočítavosťou a lakomosťou detí.

10 % uviedlo, že detí od nich nič neočakávajú. Toto konštatovanie bolo u časti respondentov pozitívne v tom zmysle, že deti od rodičov neočakávajú nijakú materiálnu podporu, naopak pomáhajú svojim starým rodičom. U niektorých bolo toto konštatovanie pesimistické- sociálny kontakt je tu značne chladný.

2 % respondentov mužov si myslí, že sú deťom na ťarchu, seniori si veľmi pripúšťajú zhoršenú finančnú situáciu v regióne a návštevu považujú za míňanie finančných prostriedkov.

Tabuľka 11 *Kde chcú prežiť jeseň života*

pohlavie vek	ženy		muži	
	nad 70		nad 70	
	n	%	n	%
so svojím partnerom, rodinou	36	47	42	51
sám/a	0	0	0	0
v domove dôchodcov	2	2	0	0
iné	0	0	0	0
spolu	38	49	42	51

Až 98 % jeseň života chce prežiť so svojím partnerom alebo so svojou rodinou, čo svedčí o veľmi silných sociálnych väzbách na partnera alebo rodinu. Z celkového počtu respondentov iba 2 % žien uviedli domov dôchodcov.

Záver

Na záver nášho prieskumu môžeme konštatovať, že seniori veľmi túžia po častom sociálnom kontakte so svojimi blízkymi. Bývanie spoločne s rodinou a návštevy nemusia zaručovať všetkým seniorom pocit spokojnosti a kvalitnú interakciu. Potvrďuje to značná časť respondentov, ktorí sa cítia opustení, ohrození strachom z budúcnosti a osamelosti. Túžia po spoločnom bývaní so svojím partnerom alebo rodinou, drvivá väčšina odmieta záver života stráviť v ústavnom zariadení. Preto pri poskytovaní starostlivosti je potrebné vytvárať mosty medzi starším človekom a jeho rodinou, priateľmi a udržiavať ich. Sestry majú byť v tomto procese oporou a spolutvorcami (Kadučáková, 2008,s.38). Je preto namieste zaoberať sa a riešiť zavčasu životnú situáciu tých seniorov, ktorí tvoria rizikóvu skupinu osamelých a chorých tak, ako je to štandardné a etické v každej civilizovanej spoločnosti.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BALKOVÁ, D. et al. 2006. *Gerontologické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2006. 91 s. ISBN 80-8086-525-8.
2. HUDÁKOVÁ, A., SLANINKOVÁ, J., TOMAŠČINOVÁ, V. 2009. Aspekty kvality života v terminálnej starostlivosti. In *Molisa 6*. Ed. Ľ. Derňárová. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, 2009, s. 41-45.
3. KADUČÁKOVÁ, H. 2008. *Kinestetika ako pohybový a komunikačný koncept interakcie medzi sestrou a pacientom*. Ružomberok : PF KU v Ružomberku 2008, 82 s. ISBN 80-8084-366-3.
4. KRISTOVÁ, J. 2004. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Vyd. Osveta Martin . ISBN 80-8063-160-3.
5. RYBÁROVÁ, Ľ. 2008. *Základy výskumu*. 1. vyd. Prešovská univerzita v Prešov, Fakulta zdravotníctva, 2008. ISBN 978-80-8068-816-5.
6. SIMOČKOVÁ, V., 2005. Príprava na starobu. In *Sestra*, 2005, roč. 4, č. 9, s. 18.
7. www.forumseniorov.sk

Kontaktná adresa autora

Adresa: PhDr. Mgr. Marta Jakubíková, PhD., PhDr. Slávka Kapová

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva

Partizánska 1, 080 01 Prešov

Telefón: 051/7562411

Email: jakubm@unipo.sk, kapova@unipo.sk

SUBJEKTÍVNY NÁZOR ŠTUDENTOV SOCIÁLNEJ PRÁCE NA VYKONÁVANIE ICH PRAXE POČAS ŠTÚDIA

Lucia Juhásová, Lenka Štefáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Ústav sociálnych vied

Abstrakt

Príspevok v prvej časti prináša teoretické informácie o rozdelení praxe u študentov sociálnej práce počas ich štúdia. Prináša tiež stručnú charakteristiku jednotlivých foriem odbornej praxe – povinnej rotačnej, povinnej súvislej, povinnej priebežnej v bakalárskom stupni, a povinnej priebežnej a povinnej preddiplomovej v magisterskom stupni. Druhá časť je zameraná na empirický prieskum, realizovaný u študentov sociálnej práce v 4. ročníkoch, prostredníctvom metódy dotazníka. Dotazník bol zameraný na zistenie subjektívneho názoru študentov sociálnej práce na vykonávanie ich praxe počas štúdia, aby im táto prax mohla byť čo najviac skvalitnená a prípadné problémy odstránené. Otázky boli zamerané na praxové pracoviská, i na výučbu praxe na univerzite. Zistené údaje budú prezentované na praxových pracoviskách a u koordinátorky praxe na univerzite.

Kľúčové slová: Formy odbornej praxe. Koordinátor odbornej praxe. Prax. Praxové pracovisko. Študent sociálnej práce.

ÚVOD

Sociálna práca patrí k pomáhajúcim profesiám. Ide o pomoc človeka človeku. Výkon sociálnej práce si vyžaduje od sociálneho pracovníka okrem iného najmä pochopenie a uplatňovanie hodnôt prispievajúcich k upevňovaniu sociálnej spravodlivosti a k sociálnemu rozvoju, ktorého cieľom je zabezpečiť kvalitu života individua, rodiny alebo skupiny v rámci komunity a odstrániť všetky formy negatívnej diskriminácie. A aký by teda mal byť sociálny pracovník? Mal by mať všetky kladné osobnostné vlastnosti ako sú: pracovitosť, spravodlivosť, pravdovravnosť, poctivosť. Aj z tohto hľadiska určite zohráva dôležitú úlohu odborná príprava a vzdelávania sociálnych pracovníkov počas ich štúdia na vysokej škole.

Odborná príprava sociálnych pracovníkov na vysokých školách

Najlepšie pre vytvorenie a rozvíjanie vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom je získavanie zručností prostredníctvom priameho osobného kontaktu. Preto

môžeme povedať, že pre vzdelávací proces je dôležitá odborná prax študentov, ktorá sa vykonáva v reálnom prostredí a študent tak spolupracuje priamo pri riešení konkrétnych problémov. Odborná prax študentov sociálnej práce je neoddeliteľnou súčasťou vzdelávacieho procesu a je považovaná za nenahraditeľný prvok profesionálnej identity každého sociálneho pracovníka. Pre význam odbornej praxe je dôležitá jej nadväznosť na teoretickú výučbu. Je potrebné povedať, že súčasťou študijných programov vzdelávania sociálnych pracovníkov v rámci ich odbornej prípravy je spojenie získavania všeobecných a odborných teoretických poznatkov a praktických zručností čiže odbornej praxe. Odborná prax je súčasťou bakalárskeho aj magisterského vysokoškolského štúdia sociálnej práce. Praktické zručnosti študenti nadobúdajú počas odbornej praxe, ktorá je vykonávaná v zimnom aj letnom semestri a aj počas súvislej letnej praxe. Jej rozsah je rozdielny a závisí od typu a zamerania vysokej školy a univerzity. „Odbornú prax chápeme ako cieľavedomú činnosť študenta v pregraduálnej príprave, zameranú na nadobudnutie určitých praktických zručností, ktoré si študent overuje na praxovom pracovisku na základe teoretických, praktických vedomostí a tréningových zručností získaných v školskom prostredí“ (Vaska, 2007).

Realizácia odbornej praxe v študijnom programe sociálna práca

Na Katedre sociálnej práce Pedagogickej fakulty Katolíckej univerzity v Ružomberku sa odborné praxe vykonávajú v každom ročníku bakalárskeho aj magisterského štúdia. V prvom ročníku bakalárskeho štúdia ide o jednovstupovú formu, kde študenti navštevujú v zimnom semestri zariadenia, ktoré sa venujú práci s detským klientom a v letnom semestri navštevujú zariadenia, ktoré pracujú s dospelým klientom. Dĺžka praxe je 4 hodiny týždenne. Cieľom tejto odbornej praxe je zoznámiť študentov prostredníctvom skupinovej rotačnej praxe spojenej s odborným výkladom so sociálnou sieťou. Jednotlivé exkurzie sú organizované tak, aby študent poznával zariadenia sociálnych služieb podľa vekovej, vecnej aj podľa organizačnej štruktúry služieb. Súčasťou je hodnotenie a analýza získaných faktov a vedenie záznamov.

Študenti druhého ročníka bakalárskeho štúdia absolvujú už individuálnu odbornú prax. Zároveň absolvujú konzultácie so svojím supervízorom. V druhom ročníku ide o povinnú priebežnú prax, ktorá je zameraná na sociálnu prácu s deťmi a mládežou. Študent si vyberá praxové zariadenie podľa vlastného výberu a navštevuje toto zariadenie 4 hodiny v týždni. Z tejto praxe študenti sociálnej práce odovzdávajú vypracovanú správu z praxe, kde uvádzajú všetky potrebné informácie o zariadení v ktorom pracovali a súčasne čo bolo ich pracovnou náplňou poprípade s akými problémami sa na praxovom pracovisku stretli. Cieľom je získanie

priamej skúsenosti z práce s klientom a prostredníctvom supervízie hľadať optimálne formy riešenia sociálneho problému. Študenti prvého aj druhého ročníka bakalárskeho stupňa majú aj povinnú súvislú letnú prázdninovú prax, ktorú môžu absolvovať v druhom alebo štvrtom semestri svojho štúdia. Trvanie tejto súvislej praxe je 2 týždne. Na tejto praxi si študenti „overujú teoretické vedomosti, nadobúdajú nové zručnosti a poznávajú vlastné možnosti a obmedzenia pri práci v pracovnom tíme a hlavne v kontakte s klientom.“ (Kamanová, I.-Gejdošová, Z.-Almašiová, A., 2007, s.8)

V treťom ročníku bakalárskeho štúdia je prax spojená aj s tvorbou záverečnej bakalárskej práce. Študenti teda v letnom semestri absolvujú súvislú odbornú prax, ktorá je orientovaná k výberu bakalárskej práce. V zimnom semestri aj študenti tretieho ročníka absolvujú priebežnú povinnú prax, ktorá by mala byť zameraná na chorých ľudí a zdravotne postihnutých. Odborná prax v prvom ročníku magisterského štúdia by mala byť zameraná na sociálno-patologické javy. V druhom ročníku je prax opäť orientovaná podľa výberu a zamerania témy diplomovej práce študenta. „V magisterskom štúdiu študent absolvuje individuálnu prax podľa vlastného výberu a strieda sa semestrálne podľa dohody a určení cieľov so supervízorom, ktoré sú orientované na výkon a musia jasne vyjadrovať spôsob angažovanosti a účasti študenta na ich dosahovaní.“(Kamanová, I. – Vaska, L., 2008) Na Katedre sociálnej práce PF KU v Ružomberku majú povinnosť absolvovať odbornú prax aj externí študenti a ich hodinová dotácia je 1/3 dennej formy štúdia sociálnej práce.

Ako uvádzajú Rusnáková, M. a Kovalčíková, N. (2007) v rámci interných predpisov katedry musia študenti 2., 3. Bc. A 1. Mgr. štúdia absolvovať odbornú prax v oblastiach ako sú štátna správa, samospráva, 3. Sektor (neštátne subjekty, nadácie atď.) a verejnoprávne inštitúcie (poisťovne, úrady práce, sociálnych vecí a rodiny atď.). V ostatných ročníkoch si študenti vyberajú praxové pracovisko podľa vlastného výberu a po vzájomnej dohode so supervízorom. Na Katedre sociálnej práce PF KU v Ružomberku sú súčasťou absolvovania odbornej praxe aj predmety, ktoré s odbornou praxou úzko súvisia. Ide o kauzistický seminár, supervízia k odbornej praxi 1, supervízia k odbornej praxi 2 a supervízia v bakalárskom aj magisterskom stupni štúdia sociálnej práce.

Subjektívny názor študentov na vykonávanie ich odbornej praxe

Odborná prax je dôležitou a súčasťou štúdia sociálnej práce na každej vysokej škole alebo univerzite. Tieto praxe ako sme už definovali na začiatku prebiehajú buď skupinovú alebo individuálnou formou. Sú zamerané na to aby študent vedel svoje teoretické poznatky, ktoré získa počas štúdia na univerzite, využiť reálne v zariadení. Je potrebné študentov

pripraviť na možné situácie do ktorých sa môžu dostať a pripraviť ich adekvátne v týchto situáciách reagovať. Najdôležitejšou úlohou odbornej praxe je sprostredkovať študentom skúsenosti s realitou praxe a aby si prakticky vyskúšali a overili vedomosti a metódy práce, ktoré získali v teoretickej forme počas štúdia. Hlavným cieľom nášho empirického prieskumu bolo zistiť subjektívny názor študentov na Katedre sociálnej práce Pedagogickej fakulty Katolíckej univerzity v Ružomberku na vykonávanie ich praxe počas štúdia.

Cieľ a metodika

Pre splnenie cieľa boli zvolené adekvátne vedecké metódy ako štúdium dokumentov, dotazníková metóda, komparácia, matematicko-štatistické metódy. V prípravnej etape bol definovaný cieľ prieskumu a v realizačnej etape sa zabezpečil zber a spracovanie údajov, analýza údajov, interpretácia výsledkov prieskumu a odporúčania pre teóriu a prax. Na zistenie subjektívneho názoru študentov bola použitá dotazníková metóda. Dotazník bol rozdelený na dve časti, kde v prvej časti sme zisťovali stredoškolské zameranie študentov a ročník štúdia. Druhá časť obsahovala 8 otázok, ktorými sme sa snažili získať čo najviac informácií o spokojnosti študentov s priebehom ich odbornej praxe a súčasne aj zistiť čím by sa dala ich spokojnosť s praxou zvýšiť. V súvislosti s hlavným cieľom boli riešené aj čiastkové ciele prieskumu, ktoré boli zamerané na zistenie s akými problémami sa študenti stretávajú na praxových pracoviskách, akú pomoc očakávajú od koordinátorky praxe a aké sú ich odporúčania pre zefektívnenie realizácie odbornej praxe. Otázky v prvej časti dotazníku boli zatvorené a študenti si mohli vybrať z piatich alternatív, druhej časti dotazníku boli otázky otvorené. Dotazník bol rozdáný medzi študentov na Katedre sociálnej práce Pedagogickej fakulty Katolíckej univerzity v Ružomberku. Zber dát sa robil osobne čím bola zabezpečená 100% návratnosť.

Vzorka respondentov

Do prieskumu bolo zapojených 102 respondentov z 2. a 3. ročníka bakalárskeho štúdia a 1. ročníka magisterskeho štúdia.

Do tabuľky 1 sme rozdelili študentov podľa odpovedí na otázky 1 a 2. Kde prvá otázka sa týkala zamerania stredoškolskeho štúdia, druhá otázka bola v ktorom ročníku momentálne študujú.

Tabuľka 1 Zameranie stredoškolského štúdia

Zameranie stredoškolského štúdia	2.Bc	3.Bc	1. Mgr.
humanitné	23	14	15
technické	7	13	5
zdravotné	1	3	1
všeobecné	7	5	8
umelecké	0	0	0

Z tabuľky nám teda vyplýva, že najväčšie zastúpenie medzi študentmi na Katedre sociálnej práce má humanitný smer strednej školy kde sme zaradili stredné odborné školy a akadémie, na druhom mieste bolo technické zameranie školy, kde sme taktiež zaradili stredné školy a akadémie, ale s technickým zameraním. Na treťom mieste sú študenti všeobecného zamerania strednej školy (gymnaziá) a po nich nasledujú stredné zdravotné školy.

Do tabuľky 2 sme rozdelili študentov podľa odpovede na otázku č. 7, ktorá znela :“ktorá možnosť by Vám viac vyhovovala pri výbere praxového zariadenia?“

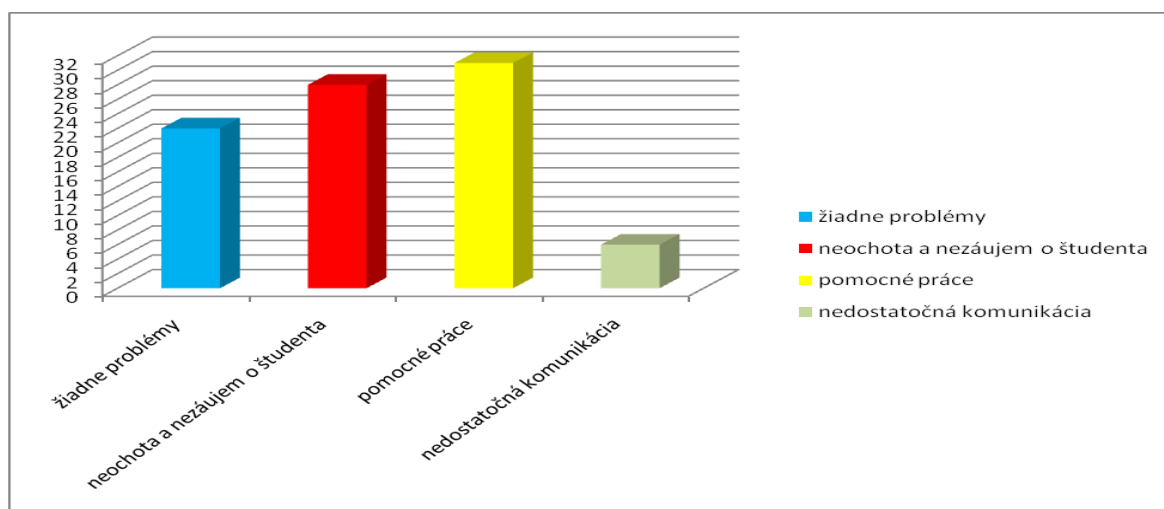
Tabuľka 2 Výber praxového pracoviska

Výber praxového pracoviska	2.Bc	3.Bc	1. Mgr
chcel/a by som si vybrať praxové pracovisko sam/a	35	31	26
chcel/a by som, aby mi škola pridelila praxové pracovisko	3	4	3

Z tabuľky teda vyplýva, že študentom všetkých oslovených ročníkov viac vyhovuje možnosť ak si sami môžu vybrať praxové pracovisko. Len veľmi nízky počet opýtaných študentov by radšej využilo možnosť aby im škola pridelovala praxové pracovisko.

Výsledky prieskumu

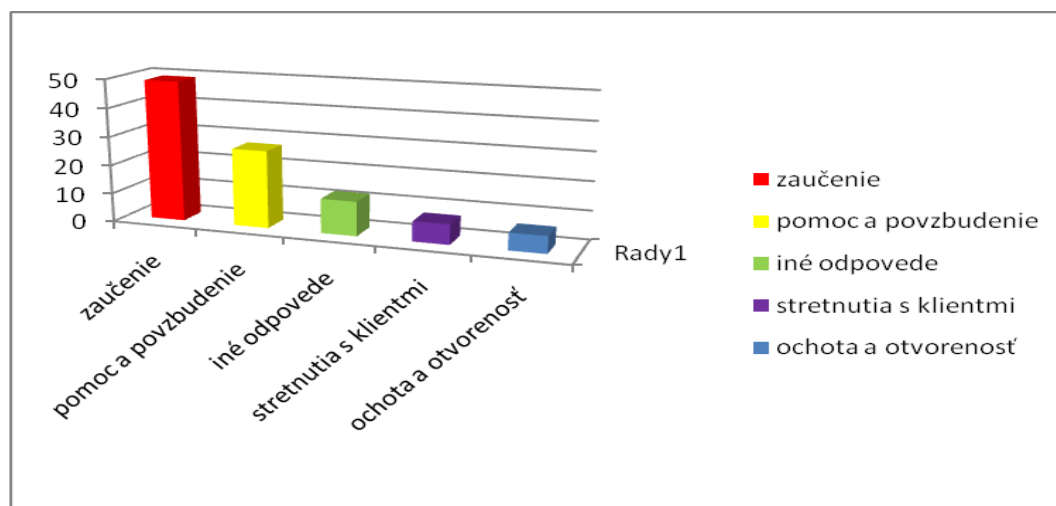
Na otázku s akými problémami sa stretávajú na praxovom pracovisku odpovedali študenti v dotazníkovej otázke číslo 3. Zistenia uvádzame v grafe 1.



Graf 1 Problémy študentov na praxovom pracovisku

Z grafu nám jednoznačne vyplýva, že najviac problémov na praxových pracoviskách súvisí s tým, že študenti nemajú možnosť reálne pracovať s klientmi, ale dávajú im vykonávať len pomocné práce. Ďalším problémom z hľadiska študentov je neochota a nezájem zo strany sociálnych pracovníkov na praxových pracoviskách. Medzi inými odpoveďami boli uvedené aj odpovede: nedostatočná komunikácia medzi sociálnym pracovníkom a študentom, nekompetentnosť, nedostatok času na študentov a problémy správania klientov.

Graf 2 bol zameraný na zistenie akú pomoc očakávajú študenti od sociálnych pracovníkov v zariadení, kde vykonávajú prax.

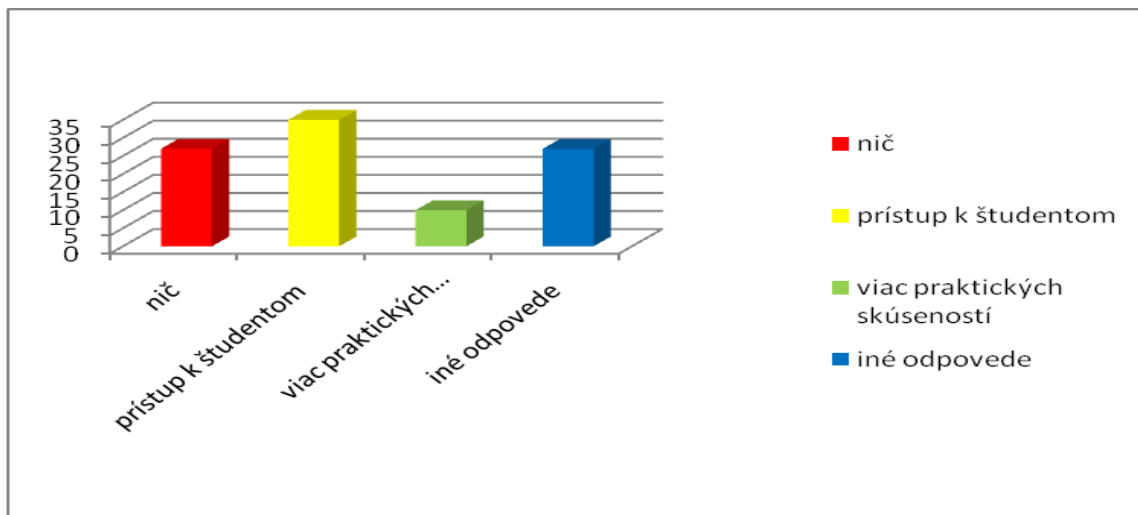


Graf 2 Akú pomoc očakávate od sociálnych pracovníkov

Z grafu možno jednoznačne povedať, že najviac očakávajú študenti pomoc od sociálnych pracovníkov v zariadení pri zaučení a oboznámení s pracovnou náplňou sociálneho pracovníka v konkrétnom zariadení. Dôležitá je pre študentov j pomoc a povzbudenie pri práci. Ďalej je pre študentov dôležité poskytovanie informácií o klientoch a osobné stretnutia

s nimi, ochota a otvorenosť zo strany sociálnych pracovníkov, sprostredkovanie skúseností a odborná pomoc od sociálnych pracovníkov a opäť ako aj v predošlej odpovedi lepšia komunikácia medzi sociálnym pracovníkom a študentom.

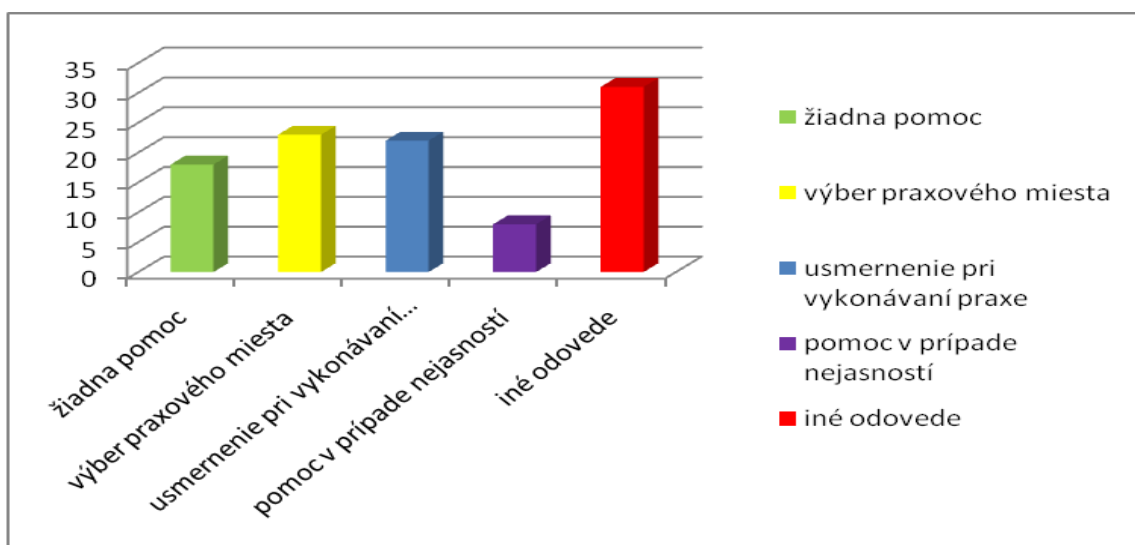
Graf 3 sa zamerlal na to, čo by chceli študenti aby sa zmenilo na praxových pracoviskách



Graf 3 Zmeny v praxových zariadeniach

Študentom najviac prekáža v praxových zariadeniach prístup zo strany sociálnych pracovníkov, chýba im viac praktických zručností, pretože majú dojem, že sú využívaní len na administratívnu prácu. S tým súvisí aj ďalší návrh na zmenu, ktorý sa týkal väčších možností práce s klientmi, ďalej viac ústretovosti zo strany sociálnych pracovníkov ako aj opäť lepšiu komunikáciu.

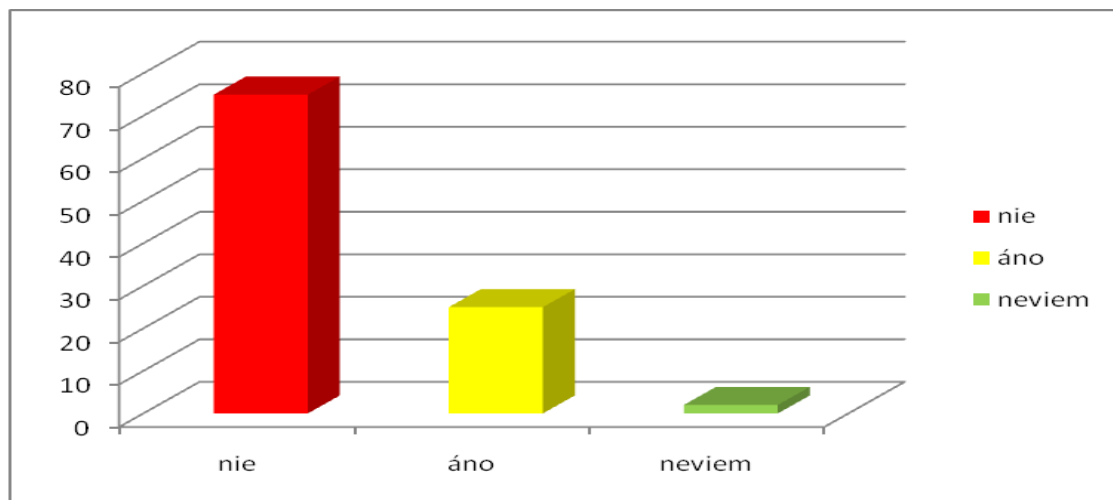
Graf 4 priniesol názor študentov na prácu koordinátora praxe na Katolíckej univerzite v Ružomberku.



Graf 4 Akú pomoc očakávate od koordinátorky praxe?

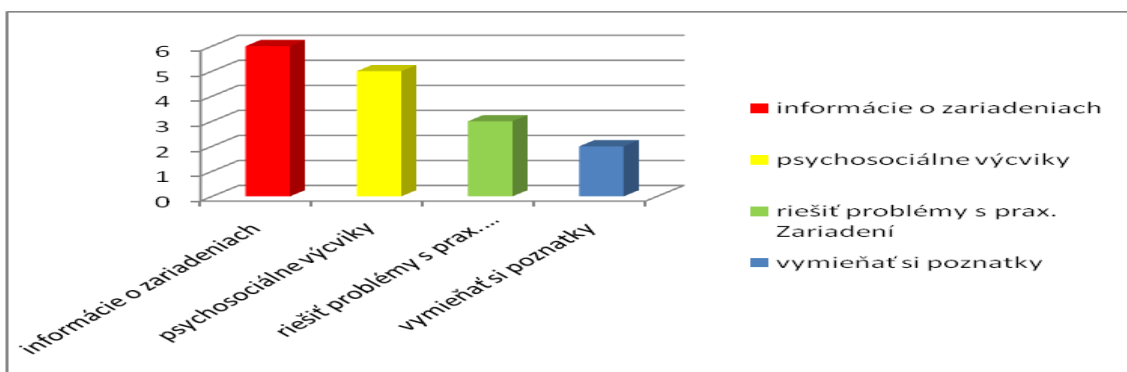
Najviac pomoci od koordinátorky praxe na Katolíckej univerzite očakávajú študenti pri výbere praxového zariadenia, pomoc pri poskytovaní informácií a usmernení pri vykonávaní praxe, ďalej pomoc v prípade, že sa na praxovom pracovisku vyskytnú problémy. Medzi inými odpoveďami by študenti uvítali pomoc pri vybavovaní dokumentácie medzi školou a praxovým zariadením a taktiež viac možností na výber praxového zariadenia, kontrolu pri vykonávaní praxe. Ďalej boli uvedené aj možnosti väčšieho výberu praxového miesta a lepšiu motiváciu.

Graf 5 popisuje názor študentov na vytvorenie nového predmetu k praxi. A ak vyjadrili súhlas tak aj to čo by sa chceli na tomto predmete dozvedieť.



Graf 5 Je potrebný nový predmet k praxi?

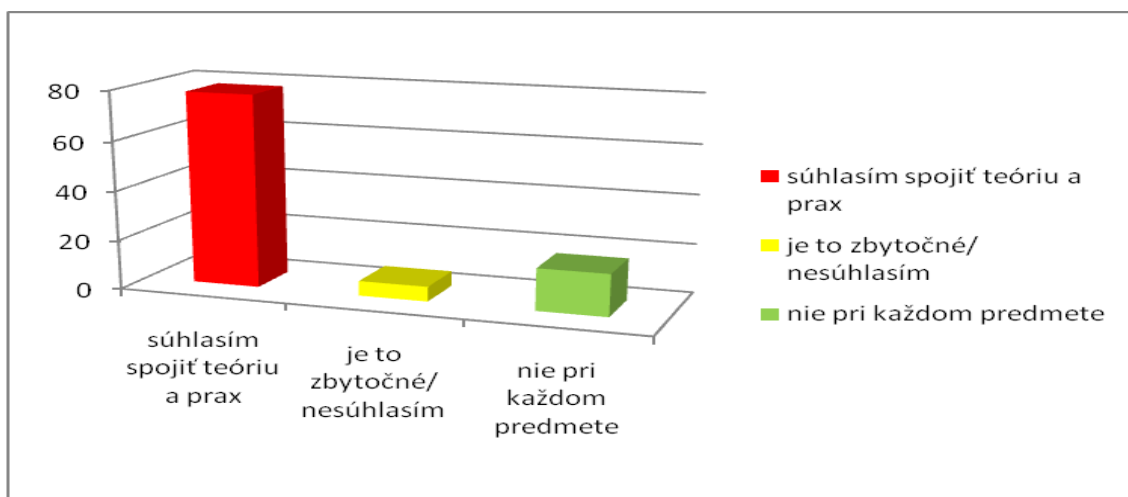
Väčšina študentov si myslí, že nie je potrebné vytvárať nový predmet k praxi a tie, ktoré majú počas štúdia im stačia. Naopak 25 respondentov si myslí, že by to bolo potrebné. V grafe 6 sú uvedené niektoré odpovede, prečo by to bolo podľa týchto respondentov potrebné.



Graf 6 Dôvody pre vytvorenie nového predmetu k praxi

Z grafu teda vyplýva, že väčšina študentov, ktorí by uvítali nový predmet k praxi by ho potrebovali na získanie informácií k praxovým zariadeniam, psychosociálne výcviky, preberať konkrétne problémové situácie do ktorých sa môžu na praxi dostať, vymieňať si navzájom poznatky a venovať sa poradenstvu.

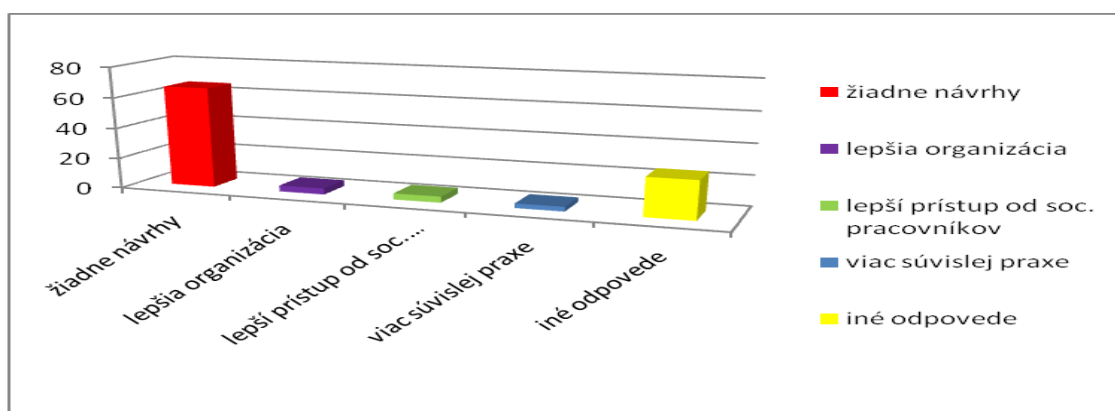
Graf 7 vykresľuje názor študentov na to, aby na každom predmete bola jedna hodina venovaná praktickému zameraniu daného predmetu.



Graf 7 Názor na hodinu venovanú praktickému zameraniu daného predmetu

Väčšina respondentov by privítala možnosť aby bola na každom predmete jedna hodina venovaná praktickému zameraniu daného predmetu. Študenti si myslia, že by bolo vhodné spojiť teóriu s praxou. Len 6 respondentov s takouto možnosťou nesúhlasila a 17 respondentov by takúto možnosť privítala, ale len na vybraných predmetoch nie na všetkých, ktoré sa na Katedre sociálnej práce vyučujú.

Graf 8 znázorňuje návrhy a pripomienky opýtaných respondentov, ktoré by viedli k zlepšeniu a zefektívneniu vykonávania odborných praxí na Katedre sociálnej práce v Ružomberku.



Graf 8 Návrhy a pripomienky k praxi

Graf nám teda vykresľuje, že viac ako polovica študentov nemá žiadne pripomienky ani návrhy k priebehu praxí na Katedre sociálnej práce. Návrhy, ktoré sa v dotazníkoch vyskytli boli predovšetkým toho aby bola prax v mieste bydliska, aby bolo viac hodín súvislej praxe a menej hodín priebežnej praxe. Stretli sme sa aj s návrhom aby bola prax počas štúdia uznaná pri nástupe do zamestnania.

Záver

Z nášho prieskumu sa teda dá jednoznačne určiť, že študenti by najviac uvítali lepšiu spoluprácu medzi nimi a sociálnymi pracovníkmi v zariadeniach, kde svoju prax vykonávajú. Najčastejšie sa vyskytoval problém využívania študentov len na administratívnu prácu a nemožnosť práce s klientmi v praxových zariadeniach. Bolo by teda vhodné zamerať sa na odstránenie problémov, ktoré študenti na svojich praxiach vnímajú negatívne. Pretože len kvalitná odborná prax môže priniesť pozitívne efekty v podobe sociálnych pracovníkov, ktorí budú spĺňať náročné požiadavky, ktoré sú na túto pomáhajúcu profesiu kladené.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. TOKÁROVÁ, Anna a kolektív: Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce. 1. Vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. 573 s. ISBN 80-8068-086-8.
2. KAMANOVÁ, Irena - GEJDOŠOVÁ, Zuzana – ALMAŠIOVÁ, Angela: *Význam študentskej odbornej praxe pre prípravu sociálnych pracovníkov*. In.: *Význam študentskej odbornej praxe pre prípravu sociálnych pracovníkov*. Ústav sociálnych vied, Katedra sociálnej práce PF KU v Ružomberku, 2007. S. 7-10. ISBN 978-80-8084-208-6.
3. KAMANOVÁ, Irena – VASKA, Ladislav: *Odborná prax študentov sociálnej práce a jej manažment na Katedre sociálnej práce PF KU v Ružomberku a Katedre sociálnej práce PdF UK v Bratislave*. In.: *Prínos študentskej odbornej praxe v sociálnej práci, ošetrovatelstve a pôrodnej asistencii*, 2008. S. 19 – 37. ISBN 978-80-8084-458-5.
4. RUSNÁKOVÁ, Markéta – KOVALČÍKOVÁ, Nadežda: *Popis a analýza praktickej výučby na Katedre sociálnej práce, ÚSV PF KU v Ružomberku*. In.: *Význam študentskej odbornej praxe pre prípravu sociálnych pracovníkov*. Ústav sociálnych vied, Katedra sociálnej práce PF KU v Ružomberku, 2007. S. 14-17. ISBN 978-80-8084-208-6.

5. TOKÁROVÁ, Anna a kolektív: *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. 1. Vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002. 573 s. ISBN 80-8068-086-8.

Mgr. Lucia Juhásová

Ústav sociálnych vied, PF KU v Ružomberku

lucia.juhasova@ku.sk

PhDr. Lenka Štefáková

Ústav sociálnych vied, PF KU v Ružomberku

lenka.stefakova@ku.sk

ŠTANDARDY V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

Irena Kamanová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta
Ústav sociálnych vied, katedra sociálnej práce

Resume

Právna úprava zákona o sociálnej pomoci dostatočným spôsobom neriešila a neupravovala poskytovanie a financovanie sociálnych služieb, nezabezpečovala každej fyzickej osobe prístup k sociálnej službe, ak bola na ňu odkázaná, neposkytovala dostatočnú variabilitu sociálnych služieb, neupravovala sociálne služby nízkoprahového charakteru a nevytvárala vhodné podmienky pre zotrvanie klienta v prirodzenom (domácom) sociálnom prostredí. Chýbala koordinácia dlhodobej sociálnej a zdravotnej starostlivosti a systém komunitného plánovania, neboli ustanovené podmienky a kritériá kvality sociálnych služieb, jednotný systém vzdelávania zamestnancov sociálnych služieb a požiadaviek na kvalifikáciu odborných zamestnancov. Z dôvodu uvedených nedostatkov bol zákon o sociálnej pomoci nahradený novou právnou normou NR SR *zákonom č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov* s účinnosťou od 1.1.2009.

Kľúčové slová: Sociálne služby. Kritériá hodnotenia kvality. Štandardy. Zariadenie pre seniorov.

ÚVOD

Cieľom novej právnej úpravy právnych vzťahov pri poskytovaní sociálnych služieb je podporovať sociálne začlenenie občanov a uspokojovať sociálne potreby ľudí v nepriaznivej sociálnej situácii¹. Nový zákon o sociálnych službách je komplexne orientovaný na jednotlivca, rodinu a komunitu fyzických osôb, ktoré sa ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii alebo v krízovej sociálnej situácii, ktorej riešenie alebo riziko jej vzniku zakladá vhodnosť

¹ Za **nepriaznivú sociálnu situáciu** sa považuje stav sociálnej núdze fyzickej osoby, rodiny a komunity, v ktorom sa táto osoba, rodina, komunita nachádza z dôvodu, že nemá zabezpečené základné životné potreby, pre svoje životné návyky, pre spôsob života, pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav, pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím, pre ohrozenie správaním iných fyzických osôb alebo z dôvodu, že sa stala obeťou obchodovania s ľuďmi

a účelnosť pomoci poskytnutím sociálnej služby. Zákon o sociálnych službách zaručuje právo fyzickej osoby na poskytnutie sociálnej služby, na jej zabezpečenie, na právo výberu poskytovateľa a ďalšie práva pri poskytovaní sociálnych služieb. Zároveň sú upravené práva klienta (ako prijímateľa) v zariadení sociálnych služieb.

Samosprávne kraje však môžu poskytovať sociálne služby len prostredníctvom právnických osôb na tento účel zriadených alebo založených. V zákone o sociálnych službách sú podrobne upravené povinnosti poskytovateľa sociálnej služby. Ide napríklad o povinnosť poskytovateľa vypracovať a dodržiavať procedurálne, personálne a prevádzkové podmienky poskytovania sociálnej služby (tzv. štandardy). Poskytovateľ je ďalej povinný vypracovať individuálny rozvojový plán klienta, dodržiavať maximálny počet klientov na jedného zamestnanca a za účelom zvýšenia profesionality práce vypracovať a uskutočňovať program supervízie. Osobitne je upravená povinnosť zariadenia pri ochrane života a zdravia prijímateľa sociálnej služby.²

Predmetom zákona je upraviť právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, za aktívnej účasti klienta a jeho rodiny a:

- predchádzať sociálnemu vylúčeniu pri zachovaní ľudskej dôstojnosti;
- predchádzať vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, zmierniť a riešiť ju;
- utvoriť nevyhnutné podmienky na zabezpečenie základných životných potrieb;
- zmierniť alebo prekonať sociálne dôsledky ťažkého zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného stavu;
- vytvárať podmienky pre sociálne začlenenie;
- zachovať, obnoviť alebo rozvíjať schopnosť viesť samostatný život, v spolupráci s rodinou.

1 PODMIENKY HODNOTENIA KVALITY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

V zákone o sociálnych službách sa v prílohe č. 2 uvádzajú podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby a jeho kritériá hodnotenia podľa jednotlivých kategórií:

I. Procedurálne podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby

1. Ochrana práv klientov – skúma sa dodržovanie základných ľudských práv a právom chránených záujmov, určenie postupov, spôsobov a podmienok (vrátane miesta a času) poskytovania sociálnej služby a aj jej rozsahu a formy.

² t.j. vymedzuje situácie a podmienky, pri ktorých je možné použiť prostriedky netelesného/telesného obmedzenia klienta, ako aj postup pri jeho použití.

2. Dodržiavanie postupov pri realizácii sociálnej služby - určenie postupov a pravidiel na dosiahnutie účelu a odborného zamerania pri poskytovaní sociálnej služby prostredníctvom metód, techník a postupov sociálnej práce a zásad poskytovania sociálnej služby.
3. Individuálne plánovanie sociálnej služby - určenie postupov a pravidiel na vypracovanie, hodnotenie a revízie individuálneho rozvojového plánu prijímateľa sociálnej služby alebo práce s prijímateľom sociálnej služby.
4. Preventívne opatrenia - určenie postupov a pravidiel a preventívnych opatrení, aby nedochádzalo k porušovaniu základných ľudských práv a slobôd prijímateľa sociálnej služby a používaniu prostriedkov telesného obmedzenia a netelesného obmedzenia.
5. Dohoda - určenie postupu pri uzatváraní zmluvy o poskytovaní sociálnej služby.
6. Informovanosť sociálneho prostredia – o poskytovaní informácií záujemcom o sociálnu službu a prijímateľom sociálnej služby v im zrozumiteľnej forme, podľa ich individuálnych potrieb, schopností a cieľov.
7. Sťažnosti - určenie spôsobu podávania sťažnosti, súvisiacej s poskytovaním sociálnej služby.
8. Sociálne poradenstvo - pomoc prijímateľovi sociálnej služby pri sprostredkovaní a využívaní inej sociálnej služby podľa jeho potrieb a schopností.
9. Hodnotenie kvality života klienta - určenie postupov a pravidiel na zisťovanie spokojnosti prijímateľov sociálnej služby so všetkými zložkami poskytovanej sociálnej služby (prostredie, starostlivosť, strava a pod.) a využívanie zistených skutočností pri zvyšovaní kvality poskytovanej sociálnej služby.
10. Kritériá hodnotenia poskytovateľa - hodnotenie poskytovateľa sociálnej služby, či je spôsob poskytovania sociálnej služby v súlade s potrebami prijímateľa sociálnej služby a v súlade s cieľmi poskytovanej sociálnej služby.

II. Personálne podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby

1. Personálne zabezpečenie sociálnych služieb - určenie postupov, pravidiel a podmienok na prijímanie, zaškoľovanie, rozvoj ďalšieho vzdelávania a zvyšovanie odbornej spôsobilosti zamestnancov, ktoré sú v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
2. Počet prijímateľov na jedného zamestnanca - stanovenie štruktúry a počtu pracovných miest, kvalifikačných predpokladov na ich plnenie v súlade s § 84 s určením štruktúry, povinností a kompetencií jednotlivých zamestnancov; počet zamestnancov je primeraný počtu prijímateľov sociálnej služby a ich potrebám.

3. Riadenie organizácie - určenie postupov a pravidiel na hodnotenie zamestnancov, ktoré zahŕňajú stanovenie osobných cieľov, úloh a potrebu ďalšieho vzdelávania a spôsob ich naplnenia.
4. Supervízny plán - určenie systému ďalšieho vzdelávania zamestnancov a pravidiel pre výkon supervízie u poskytovateľa.

III. Prevádzkové podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby

1. Priestorové a materiálne vybavenie - zabezpečenie prevádzkových podmienok (najmä bezbariérovosť, materiálne vybavenie, vybavenosť sociálnymi zariadeniami, svetelná a tepelná pohoda) zodpovedajúce kapacite, druhu poskytovanej sociálnej služby a potrebám prijímateľov sociálnej služby v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.
2. Intrapersonálne podmienky poskytovania služby - poskytovanie sociálnej služby v podmienkach, ktoré zachovávajú ľudskú dôstojnosť.
3. Núdzové a havarijné situácie - určenie pravidiel, postupov a kompetencií pri vzniku a riešení zadaných havarijných a núdzových situácií.
4. Správa o činnosti v hospodárení - stanovenie postupov a pravidiel na spracovávanie a zverejňovanie výročnej správy o činnosti a hospodárení, ktorá obsahuje ročnú účtovnú uzávierku a jej zhodnotenie, výrok audítora k ročnej uzávierke (ak bola audítorom overovaná), prehľad o príjmoch (výnosoch) a výdavkoch, členenie podľa zdrojov,
 1. úplný objem výdavkov (nákladov) v členení na priame poskytovanie sociálnej služby a na vlastnú činnosť (správu), stav a pohyb majetku a záväzkov poskytovateľa.
5. Kritériá prijímania darov - určenie pravidiel prijímania darov.
6. Kritériá vedenia depozitov - určenie pravidiel hospodárenia s depozitmi.
7. Dokumentácia osobných údajov - určenie postupov a pravidiel pri spracúvaní a zverejňovaní osobných údajov prijímateľa sociálnej služby.
8. Evidencia žiadateľov o sociálnu službu - určenie postupov, pravidiel a spôsobu spracúvania a vedenia evidencie dokumentácie o prijímateľovi sociálnej služby a jej archivácie.
9. Informovanosť o službe - určenie spôsobu spracúvania a poskytovania informácií o poskytovanej sociálnej službe (informačná stratégia), ktoré sú dostupné verejnosti v prijateľnej forme (písomná podoba, audio alebo video záznam, internetová stránka) tak, aby boli dostupné aj pre osoby so špeciálnymi potrebami v oblasti komunikácie a porozumenia.

10. Ekonomika - spracovanie rozpočtu na príslušný kalendárny rok, ktorý obsahuje najmä plánované výdavky a príjmy na zabezpečenie poskytovania sociálnych služieb, ktoré zodpovedajú plánovanému rozsahu sociálnych služieb na príslušný kalendárny rok.

Hodnotiaci škála plnenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby sa hodnotí bodovým hodnotením,³ vyhodnotenie plnenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby je úroveň podľa jednotlivých bodov + počet dosiahnutých bodov.⁴

2 HODNOTENIE KVALITY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V ŽILINSKOM SAMOSPRÁVNOM KRAJI

Cieľ príspevku

Cieľom príspevku je poukázať na niektoré prvky implementácie zákona o sociálnych službách v zariadení pre seniorov. V realizovanej prieskumnej sonde sme hodnotili kvalitu sociálnej služby (konkrétne zariadenia pre seniorov v Žilinskom samosprávnom kraji z pohľadu klienta/prijímateľa sociálnej služby). Realizácia v prvých mesiacoch roku 2009, po implementácii zákona o sociálnych službách., na vzorke respondentov 100, v okrese Ružomberok, Dolný Kubín, Čadca, Žilina.

Cieľom našej sondy bolo zistiť podávanie informácií o implementácii zákona o sociálnych službách a jednotlivých kategórií hodnotenia kvality sociálnej služby, ako sú uvedené v prílohe č.2. zákona o sociálnych službách. Výsledky sondy sú vyhodnocované podľa podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby a jeho kritérií hodnotenia jednotlivých kategórií: **procedurálne, personálne a prevádzkové.**

2.1 Procedurálne štandardy kvality v zariadení pre seniorov

Cieľom sociálnych služieb je umožniť K/P v nepriaznivej sociálnej situácii využívať miestne inštitúcie, ktoré poskytujú sociálne služby. Poskytované sociálne služby zachovávajú a rozvíjajú dôstojný život tých, ktorí ho využívajú, sú bezpečné a odborné.

Procedurálne štandardy kvality sociálnych služieb zahŕňajú: *ochranu práv prijímateľa/užívateľa, oboznámenie sa so všetkými podmienkami poskytovania služby, s rozhodnutím/ dohodou o službe, plánovaním a priebehom služby, o osobných údajoch, o podávaní sťažnosti.*

³ pri dosiahnutí bodov: 0 – nespĺňa, 1 – prevažne nespĺňa, 2 – splnil dostatočne, 3 – spĺňa dobre, 4 – spĺňa veľmi dobre, 5 – spĺňa výborne (škála hodnotenia pri maximálnom počte bodov 5) podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby. Pri dosiahnutí bodov: 0 – nespĺňa, 1 – prevažne nespĺňa, 2 – spĺňa dobre, 3 – spĺňa výborne (škála hodnotenia pri maximálnom počte bodov 3) podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby.

⁴ $3 + (100 - 90) =$ spĺňa **výborne**, $2 + (89 - 75) =$ spĺňa **veľmi dobre**, $1 + (74 - 60) =$ spĺňa **dostatočne**, $0 + (59 - 0) =$ **nespĺňa** celkové hodnotenie podmienok poskytovanej kvality sociálnej služby

Preto nás zaujímalo, odkiaľ prišiel K/P do konkrétneho zariadenia sociálnych služieb a dôvod podania žiadosti o prijatie. Výsledky prieskumnej sondy: **z rodinného prostredia:** 96 %, ktorí ako dôvod pre prijatie do zariadenia uviedli sociálnu núdzu (samotu); **z iného zariadenia sociálnych služieb:** 4 % K/P, ktorí ako dôvod uviedli vzdialenosť zariadenia sociálnych služieb pre svojich blízkych.⁵

Dôvody podania žiadosti: **z rodinného domu do domova dôchodcov:** 58 % K/P, ktorí ako dôvod v 80 % uviedli – „zanechanie bytu pre svoje deti“, 10 % neschopnosť postarať sa o svoju domácnosť, 10% nevyhovujúce technické podmienky; **z bytu:** 40 % K/P, ako dôvod v 90 % uviedli – „zanechanie bytu pre svoje deti“, 10 % neschopnosť postarať sa o svoju domácnosť; **z podnájmu:** 2 % K/P, ako dôvod v 100 % uviedli neschopnosť plnenia finančných nárokov. Tento znak sme skúmali ďalej, kde u 100 % respondentov bol sociálny status (stav) rozvedený.

Procesuálna metóda hodnotenia je systematický a priebežný spôsob hodnotenia kvality sociálnych služieb systémom porovnávania vedecky spracovaných kritérií s reálnym stavom sociálnych služieb v konkrétnom sociálnom prostredí. Pre potreby nášho príspevku si vyberáme z procedurálnych podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby: konkrétne sa zameriavame na vypracovanie rozhodnutia/dohody o sociálnej službe. Pri prijímaní K/P do zariadenia sociálnych služieb sa podľa zákona o sociálnej pomoci vypracovalo rozhodnutie o poskytovaní sociálnej služby; podľa zákona o sociálnych službách sa vypracováva dohoda o poskytovaní sociálnej služby.

Preto nás zaujímalo, kto a akým spôsobom podával informácie o zmene zákona o sociálnych službách. Odpovede boli jednoznačné: informácie podávali štatutári (riaditelia) jednotlivých zariadení sociálnych služieb na stretnutí s klientmi/ prijímateľmi sociálnej služby. Individuálne informácie podávali sociálni pracovníci.

Ďalej sme sa zaujímali akým spôsobom (metódou) boli K/P oboznamovaní s podmienkami platby / zmene rozhodnutia na dohodu o poskytovaní sociálnej služby v zariadení sociálnych služieb: individuálnym rozhovorom sociálneho pracovníka s K/P: 100 % z opýtaných respondentov, kde im boli vysvetlené rozdiely medzi platným rozhodnutím a pripravovanou dohodou.

⁵ Vzťah medzi bydliskom a osamelosťou v zariadení pre seniorov v procese adjustácie je dokázaný viacerými výskumami zaoberajúcimi sa kvalitou života (In Balogová-Žiaková,2007).

Spracovaniu dohody predchádza:

1. podanie žiadosti o uzatvorenie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby (§74 ods.3);
2. vypracovanie zmluvy o poskytovaní sociálnej služby č. 24/2009, uzatvorená v zmysle zákona o sociálnych službách podľa článku I – XVI:

suma úhrady za sociálnu službu, spôsob jej určenia a spôsob platenia za: odborné činnosti, obslužné činnosti (ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie), ďalšie činnosti; podmienky zvyšovania sumy úhrady za sociálnu službu; dôvod odstúpenia od zmluvy; práva a povinnosti zúčastnených strán.

Individuálne plánovanie je základom pre poskytovanie služby jednotlivým klientom/prijímateľom, čím sa umožňujú rozvíjať a naplňať ich osobné ciele. Možnosť zmeny sociálnej služby v priebehu mesiaca pri rôznych situáciách (zhoršenie zdravotného stavu) uviedlo vždy: 50 %, niekedy: 29 %, nikdy: 21 % respondentov. Túto odpoveď sme skúmali ďalej, kde rozdiely medzi mužmi a ženami neboli. Podľa veku K/P je v jednotlivých odpovediach rozdiel, keď: 32,7 % K/P vo veku **od 60 – 65 rokov** uviedlo, že sociálna služba, jej častosť sa nikdy nezmení pri ich zhoršenom zdravotnom stave v ich prospech bez toho, aby sa zvýšila za ňu platba. Vždy sa zmení platba podľa 24,5 %; K/P. Podľa 22 % K/P vo veku **od 66 – 74 rokov** sa sociálna služba nikdy nemení. Vždy sa zmení podľa 50 % K/P; Podľa 22 % K/P vo veku **od 75 – 80 rokov** sa sociálna služba nikdy nemení. Vždy sa sociálna služba, jej častosť zmení pri ich zhoršenom zdravotnom stave podľa 45 % K/P.

Prostredie, materiálno-technické vybavenie, osobná sloboda, ochrana súkromia K/P v zariadení sociálnych služieb zodpovedá jeho kapacite a charakteru služby. Organizácia má platné predpisy, s ktorými oboznámi aj svojich klientov/prijímateľov. Zaujímalo nás, či sa môžu K/P voľne pohybovať po celom zariadení, okrem častí, ktoré musia spĺňať všeobecné záväzné normy. Osobná nezávislosť sa prejavuje aj tým, že sa môžu K/P sociálnej služby voľne pohybovať po celom zariadení sociálnych služieb. 71 % respondentov sa môže voľne pohybovať po celom zariadení, a tak využívať všetky miestnosti pre svoje aktivity (okrem obytných miestností, kde sa pohybujú so súhlasom konkrétneho K/P); 29 % uviedlo možnosť pohybu niekedy (ako dôvod uvádzali „nemám záujem“, „môžem sa stratit“, „nie som zvedavá“).

Využívanie sociálnych služieb nebráni klientom/užívateľom žiť bežným rytmom života (rytmus deň–noc, doma–vonku), práve naopak má zohľadňovať individuálne potreby K/P v závislosti od jeho veku, zdravotného stavu. Preto sme sa zaujímali o voľný odchod zo zariadenia sociálnych služieb za účelom návštevy mesta, dediny, priateľov a pod.

Podľa odpovedí vždy, ak potrebuje opustiť zariadenie pre seniorov, tak to môže urobiť a ísť samostatne 69 %; niekedy: 18 %; nemá potrebu samostatne odchádzať 13 % P/K. Každý jeden odchod 100 % sa musí nahlásiť sociálnemu pracovníkovi. Pri porovnávaní týchto odpovedí sme dospeli k názoru, že sloboda pohybu a prejavu v zariadeniach sociálnych služieb nami skúmaných je na dobrej úrovni.⁶ Pre potreby našej prieskumnej sondy sme vyhodnocovali MMS test, podľa Bartelovho testu ak je klient závislý, tak sloboda pohybu je priamo závislá od jeho zdravotného stavu (mentálneho a fyzického).

Sloboda prejavu, prejav nespokojnosti navrhovanej zmeny, nie je nikdy sankcionovaný. Voľný čas, ako jeden z atribútov pri adjustácii klientov v zariadení sociálnych služieb je veľmi dôležitý, preto nás zaujímali vedenia voľnočasových aktivít, ich systémové plánovanie zohľadňujúce individuálne záujmy K/P.⁷ 50 % respondentov vníma voľnočasové aktivity vedené systematicky; 30 % čiastočne, 20 % nie sú vedené vôbec. Tento údaj bol pre nás zaujímavý overovali sme so ho u sociálnych pracovníkov daných zariadení pre seniorov, ktorí ako dôvod neúčasti K/P na voľnočasových aktivitách uvádzali: záujmy jednotlivých K/P sa nie vždy zhodujú s ponukou voľnočasových aktivít.

2.2 Personálne štandardy kvality sociálnych služieb

Štruktúra, počet pracovníkov, ich vzdelávanie a zručnosti zodpovedajú potrebám K/P služieb a umožňujú plnenie štandardov kvality sociálnej služby. Vedenie zariadenia sociálnych služieb zabezpečuje pracovníkom podmienky pre výkon kvalitnej práce, stanovuje a prispôsobuje pravidlá pre ich prácu, zabezpečuje profesijný rozvoj pracovných tímov a jednotlivých pracovníkov, ich zručností a schopností potrebných pre dosiahnutie záväzkov zariadení i osobných cieľov užívateľov služieb. Sociálny pracovník podľa zákona o sociálnych službách je fyzická osoba, ktorá je spôsobilá na právne úkony, získala vysokoškolské vzdelanie v študijnom odbore sociálna práca v prvom stupni, druhom stupni alebo má uznaný doklad o vysokoškolskom vzdelaní vydaný zahraničnou školou.

Zaujímali nás názor klientov, ako prijímateľov sociálnej služby na odbornosť a kvalifikovanú prácu zamestnancov ich zariadenia sociálnych služieb. Odpoveď sme skúmali podľa dĺžky pobytu klienta v zariadení sociálnych služieb, kde: 86 % P/K z celkového počtu hodnotí odbornú pripravenosť pracovníkov ako vysokú, vzdelanie

⁶ Naš výberový súbor tvorí 100 klientov, ktorým sa pred vyplňovaním dotazníka previedol Folsteinuv test kognitívnych funkcií Mini – Mental – State test(MMS), modifikovaný v roku 1993(Topínková, Mellanová). Hodnota každého testu bola 30 bodov.

⁷ Zaujímali sme sa o ergoterapiu, biblioterapiu, muzikoterapiu.

zamestnancov zodpovedá ich potrebám; 14 % nevie ohodnotiť vplyv vzdelania na výkon práce.

Ďalšie vzdelávanie zamestnancov je veľmi dôležitý faktor pri realizácii sociálnych služieb, nakoľko len kvalifikovaný sociálny pracovník dokáže zvládať často protichodné sily v sociálnom prostredí, dokáže intervenovať na viacerých úrovniach, vie zastávať rôzne profesionálne roly. Veľmi zaujímavý je výsledok nami realizovaného výskumu v roku 2007, kde 100 % respondentov (pracovníkov pracujúcich v priamom kontakte s klientom) malo záujem o ďalšie vzdelávanie a považuje vzdelávanie za veľmi potrebné a dôležité pre výkon svojej práce.⁸ V tom istom výskume sme zisťovali využívanie supervízie, ako novej pracovnej metódy v sociálnej práci. Zaujímavý bol údaj, kde 49 % respondentov hodnotí poradenstvo a supervíziu ako potrebnú, ale supervíziu vnímajú, ako represívnu metódu hodnotenia v 85 % z celkového počtu respondentov.

2.3 Prevádzkové štandardy kvality sociálnych služieb

Dôležitá je miestna a časová dostupnosť sociálnej služby, informovanosť o dianí a ekonomika. Ekonomická nezávislosť je jeden z indikátorov kvality života človeka, zvlášť klienta/prijímateľa sociálnych služieb. Tento indikátor sme skúmali v súvislosti s rôznymi doplnkovými službami, a ďalšími činnosťami, ktoré ponúka a vytvára zariadenie sociálnych služieb. Saturovanie potrieb klientov je prvoradou úlohou poskytovateľa sociálnej služby. Ak nemôže pokryť odbornosťou a rozsahom potreby K/P, tak zabezpečuje tieto služby od iných subjektov.

Platby za sociálnu službu. Zisťovali sme, aké informácie má K/P o výške platby za nevyhnutnú starostlivosť (podľa zákona o sociálnej pomoci). Podľa odpovedí: 69 % respondentov vždy vie, koľko, a za aké služby/činnosti platí v danom kalendárnom mesiaci. 16% respondentov z celkového počtu nikdy nevie, za aké služby/činnosti platí. Túto znak sme skúmali ďalej a vyhodnocovali odpovede podľa dĺžky pobytu klienta v zariadení sociálnych služieb. Dĺžka pobytu nemá priamy vplyv na obsah informácie nakoľko 69% respondentov (dĺžka pobytu: 0- 6, 7-24,25-120, nad 120 mesiacov) si nevedie zoznam svojich vlastných finančných výdavkov v zariadení sociálnych služieb, ktoré sú spojené s priamou platbou. Zostatok zo svojho dôchodku pozná každý K/P.

Doplnkové služby. Z uvedených odpovedí respondentov jednoznačne vyplynulo, že 65% K/P má možnosť vždy využívať a využíva doplnkové služby (manikúra, pedikúra, kaderník..)

⁸ KAMANOVÁ, I. 2007. *Inštitucionalizované sociálne služby a kvality života seniorov*. Ružomberok: PF KU. 2007. ISBN 978-80-8084-275-8.

v danom zariadení sociálnych služieb. 35% K/P tieto služby nevyužíva, ako dôvod uviedli ekonomickú závislosť (neschopnosť platby). Zistili sme, že nižšia hranica výšky dôchodku neumožňuje K/P využívať doplnkové služby.⁹

Zariadenie sociálnych služieb musí vytvárať podmienky na rôzne kultúrne a športové aktivity. Zaujímali sme sa o aktívnu účasť na týchto aktivitách. Veľmi prekvapivá bola odpoveď K/P o pravidelnej účasti na rôznych rekreačných aktivitách: 52 % respondentov z celkového počtu odpovedalo, že sa nikdy nezúčastňuje na rôznych rekreačných aktivitách. 50 % K/P ako hlavný dôvod neúčasti uviedlo, neúčasť spojenú s finančnou platbou; 50 % respondentov ako hlavný dôvod uviedlo nezáujem o ponúkanú aktivitu. Tento údaj je veľmi zaujímavý, nakoľko prieskumná sonda bola realizovaná v zariadeniach sociálnych služieb s väčšou kapacitou.

Rozpočet zariadenia sociálnych služieb. Organizácia má vypracovaný vlastný finančný rozpočet (nami skúmané zariadenia sociálnych služieb sú rozpočtové organizácie v zriaďovateľskej pôsobnosti ŽSK), zdroje, prehľad o finančných operáciách predkladá formou výročnej správy svojmu zriaďovateľovi, zamestnancom, klientom štatutár organizácie.

Zaujímali sme sa o informovanosti K/P o rozpočte ich zariadenia sociálnych služieb, kde: 72% K/P nemá informácie o hospodárení s finančnými prostriedkami zariadenia sociálnych služieb; 28 % pozná finančný rozpočet organizácie.

Skúmali sme tento údaj ďalej, kde 80 % K/P sa nezúčastňuje stretnutí s manažmentom zariadenia pri stretnutiach zameraných na zverejňovanú výročnú správu o hospodárení a plánovaní.

2.4 Participácia na tvorbe sociálnej služby

Poslanie a ciele sociálnej služby poskytuje poskytovateľ (zariadenie sociálnych služieb) upravené v písomnej podobe (rozhodnutie, dohoda) prijímateľovi a vždy obsah zodpovedá cieľom sociálnej služby. Zaujímali sme sa o to, aké diferenciácie môžeme špecifikovať po zmene zákona o sociálnej pomoci a nadobudnutí platnosti nového zákona o sociálnych službách. Podľa zákona NR SR č.195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci, sociálna služba poskytovala nevyhnutnú starostlivosť a zabezpečovala ďalšiu starostlivosť. Za

⁹ Priemerný starobný dôchodok na Slovensku ku koncu minulého roka predstavoval 8 885 Sk, k februáru 2009 335,5 eur. V nami skúmanej vzorke 85% respondentov má výšku svojho dôchodku pod hranicou priemerného dôchodku na Slovensku.

nevyhnutnú starostlivosť bolo považované: stravovanie, bývanie a zaopatrenie, za ktorú K/P platil úhradu.

Poskytovateľ sociálnej služby podľa zákona o sociálnych službách je povinný vykonávať odborné činnosti, obslužné činnosti a ďalšie činnosti, zabezpečovať vykonávanie týchto činností alebo utvárať podmienky na ich vykonávanie v rozsahu ustanovenom zákonom, pre druh sociálnej služby, ktorý poskytuje (§15).

Stravovanie (obslužné činnosti). Stravovanie bolo závislé na počte odberu jedál denne a diéte K/P. Podľa zákona o sociálnej pomoci bol K/P povinný odoberať dve jedlá denne, z toho jedno hlavné. Možnosť diétného stravovania¹⁰ bola v každom nami skúmanom zariadení sociálnych služieb. Podľa odpovedí: 71 % K/P nemá možnosť výberu hlavného jedla aspoň z dvoch diétnych jedál. Zákon o sociálnych službách zaraďuje stravovanie medzi obslužné činnosti (§17)¹¹ a nestanovuje počet odoberaných jedál, ale úhrada za stravovanie musí zodpovedať zásadám zdravej výživy s prihliadnutím na vek a zdravotný stav fyzickej osoby podľa stravnej jednotky.

Bývanie (obslužné činnosti). Na účely určenia sumy úhrady za ubytovanie sa považuje: ubytovanie - poskytovanie bývania v obytnej miestnosti alebo v jej časti s príslušenstvom, užívanie spoločných priestorov a poskytovanie vecných plnení spojených s ubytovaním, vybavenie príslušenstva obytnej miestnosti, spoločné priestory, vecné plnenia spojené s bývaním. Bývanie bolo, a je závislé od podlahovej plochy a počtu P/K v obytnej miestnosti. Úhrada je vždy závislá od veľkosti podlahovej plochy.¹²

Zaopatrenie (odborné činnosti). Ak sa zmení klinická diagnóza a obmedzenia z nej plynúce, je možné individuálne plánovanie, ktoré je základom pre poskytovanie služby jednotlivým K/P, čím umožňuje rozvíjať a naplňovať ich osobné ciele a navrhovať, meniť zmenu sociálnej služby, časť z odborných činností sme rozpracovali v procedurálnych podmienkach kvalita poskytovanej služby.

¹⁰ Výber diétného stravovania je podľa jednotného diétného systému v Slovenskej republike. Najčastejšie sa používajú základné diéty: č.3 – racionálna; č.2 – šetriaca; č.4 – s obmedzením tukov; č.9 – diabetická; č.10 – neslaná.

¹¹ **Za stravnú jednotku** sa považujú náklady na suroviny. Za celkovú hodnotu stravy sa považujú náklady na suroviny a režijné náklady na prípravu stravy. Z uvedeného vyplýva, že stravovanie ako jedna z činností naplňajúca sociálnu službu je rozdielna podľa zákona o sociálnych službách v tom, že režijné náklady spojené s prípravou stravy klient/užívateľ hradí, je stanovený počet odberu jedál denne: celodenné stravovanie - raňajky, desiata, obed, olovrant a večera, celodenné stravovanie pri diabetickom dieťu, bielkovinovej diéte, výživnej diéte a špeciálnych diétach - raňajky, desiata, obed, olovrant, večera a druhá večera.

¹² Výška ceny za 1m² sa zvýšil 0,1 – 0,9 €

ZÁVER

V zákone o sociálnych službách č.448/2008 Z.z sa v prílohe č. 2 uvádzajú podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby a jeho kritériá hodnotenia podľa jednotlivých kategórií:

I. Procedurálne podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, kde sme poukázali podľa nami realizovanej prieskumnej sondy v zariadeniach pre seniorov v Žilinskom samosprávnom kraji na niektoré indikátory v procedurálnom procese klienta/prijímateľa sociálnej služby. Prieskumnou sondou sme dôvody podania žiadosti do zariadenia pre seniorov; spôsob podávania informácií o zmene rozhodnutia na zmluvu a podanie žiadosti o sociálnu službu; možnosť zmeny sociálnej služby v priebehu mesiaca; slobodu pohybu a prejavu; účasť na systematicky organizovaných aktivitách.

II. Personálne podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, kde nás zaujímal názor klientov, ako prijímateľov sociálnej služby na odbornosť a kvalifikovanú prácu zamestnancov ich zariadenia sociálnych služieb. Prieskumnou sondou sme zistili, že K/P vnímajú poskytovanie sociálne služby na vysokej úrovni.

III. Prevádzkové podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, kde sme analyzovali implementáciu zákona cez jednotlivé činnosti sociálnej služby: platby za sociálnu službu; doplnkové služby; rozpočet zariadenia sociálnych služieb, participácia na tvorbe sociálnej služby.

Hodnotenie kvality podľa jednotlivých autorov je možné aj na základe metód hodnotenia kvality: procesuálna metóda hodnotenia kvality (kritériá, štandardy, indikátory), metóda sociálneho poradenstva a supervízie, metóda identifikácie subjektívnej spokojnosti odberateľa sociálnych služieb. Procesuálnu metódu definuje Krupa (2003,s.7) ako „*systematický a priebežný spôsob hodnotenia kvality sociálnych služieb systémom porovnávania vedecky formulovaných kritérií, štandardov a indikátorov kvality s reálnym stavom sociálnych služieb v konkrétnom sociálnom prostredí.*“ V procesuálnej metóde hodnotenia využívame tri nástroje: **kritériá, štandardy, evalváciu.**

Sociálna služba by mala zahŕňať okrem zabezpečenia primárnych potrieb K/P aj možnosti primeraných sociálnych kontaktov, rešpektovania klienta ako jedinečnej individuality. Jedným z hlavných cieľov humanizácie sociálnych služieb je zabezpečenie komplexných služieb podľa potrieb klienta v miere, ktorá mu pomáha vo vlastnej aktivite pri riešení svojej sociálnej situácie. V predkladanom príspevku sme sa zameriavali na individuálne plánovanie sociálnych služieb. Komunitnému plánovaniu sociálnych služieb sme sa nevenovali aj napriek tomu, že individuálny rozvojový plán klienta/prijímateľa vždy sa odvíja z komunitného rozvoja samosprávneho kraja.

V kvalite sociálnych služieb dochádza v súčasnosti k rýchlejšiemu nástupu nových metód a postupov, k zmene prístupu ku klientom/užívateľom, preto sa zvyšujú aj požiadavky na ďalšie vzdelávanie pracovníkov pracujúcich v sociálnych službách, zákon presne stanovuje kritériá vzdelanosti sociálnych pracovníkov. Zaoberá sa humanizáciou prostredia, debarierizáciou stavieb.

V príspevku sme spracovali výsledky nami realizovanej prieskumnej sondy v zariadeniach sociálnych služieb v Žilinskom samosprávnom kraji, ktorej cieľom bolo zistiť podávanie informácií o implementácii zákona o sociálnych službách a jednotlivých kategórií hodnotenia kvality sociálnej služby.

Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že jednotlivé zmeny a implementácia zákona sú v zariadeniach sociálnych služieb uskutočňované v jednotlivých krokoch, vždy v priamom vzťahu ku klientom zariadenia.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BALOGOVÁ, B. 2005. *Seniori*. Prešov: Ankcent Print, 2005. ISBN 80-969274-9-3.
2. KAMANOVÁ, I. 2007. *Inštitucionalizované sociálne služby a kvality života seniorov*. Ružomberok: PF KU. 2007. ISBN 978-80-8084-275-8.
3. KRUPA, MEZIANOVÁ, 2002. *Kvalitné sociálne služby*. In: Sociální práce – sociální práca, 2002, č. 1., ISSN 1213-6204.
4. KRUPA, S.: *Sociálne služby a zdravotná starostlivosť alebo zdravotná starostlivosť a sociálne služby*. In: Integrácia, 2005, roč. 3, s. 15-16.
5. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*, Praha: Vydavatelství Galén, 2005, ISBN 80-7262-365-6.
6. NR SR: Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Kontakt:

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

Katedra sociálnej práce

Katolícka univerzita, pedagogická fakulta

Irena.kamanova@ku.sk

EDUKÁCIA V KONTEXTE PODPORY ZDRAVÉHO STARNUTIA

Mária Kopáčiková, Jaroslav Stančík

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Príspevok je zameraný na skúsenosti, praktickú realizáciu a dopady projektu na podporu základných schopností zdravého života a zlepšenie kvality života seniorov.

Seniori v našej spoločnosti sú skupinou, ktorá zmeny súvisiace so starobou nevnímajú vždy pozitívne, a to i preto, že do niektorých procesov už nemôžu aktívne zasiahnuť. Práve táto skutočnosť nás motivovala, aby sme upriamili aktivity seniorov do vzdelávacieho modulu „**Akadémia seniorov – 1. ročník**“.

Vzdelávanie a výchova sú kľúčom k zlepšeniu životných podmienok tejto komunity sociálne odkázaných občanov – seniorov. Nové vedomosti a zručnosti im dávajú možnosť aktívne ovplyvňovať kvalitu svojho života.

Kľúčové slová: Senior. Starnutie. Zdravý spôsob života. Edukácia.

Summary

The contribution focuses on experience, practical implementation and impact of the project to support basic skills of healthy living and improving quality of life of seniors. Seniors in our society is the group, which changes associated with aging do not perceive always positive, because they cannot in some processes intervene actively. This is the fact, which motivated us to action to draw the elderly into learning module "College Seniors - 1 year. Education and training are the keys to improve welfare of the community merely socially deprived citizens - the elderly. New skills give them the opportunity to actively influence the quality of their life.

Keywords: Senior. Aging. A healthy way of life. Education .

ÚVOD

Starnutie je prirodzenou etapou života. Starneme všetci, či chceme alebo nie a staroba, tak ako iný vek má aj svoje problémy. Ľudský organizmus v každej fáze svojho života vykazuje určité vlastnosti, charakteristické pre danú vekovú kategóriu. Po dosiahnutí vrcholu zrelosti začína postupne funkčná schopnosť organizmu klesať a sily začnú ubúdať. Najvýraznejšie sa to prejavuje starnutím tkanív, tieto sa buď vôbec nenahrádzajú, alebo sa nahrádzajú menejcennými tkanivami. Ide o dlhodobý proces, ktorý sa označuje ako starnutie a ktorý vykazuje veľké interindividuálne rozdiely (Krčméry, 2004, s. 135).

Fyziologické starnutie je normálne obdobie života, ako detstvo, dospelosť a pod. Charakterizované je dobrým duševným a fyzickým zdravím, schopnosťou pracovať, udrжанím kontaktov a záujmov o okolité dianie až do vysokého veku. Za týchto okolností sa zmeny rozvíjajú postupne a rovnomerne vo všetkých systémoch, pri súčasnom prispôbení sa ku klesajúcim možnostiam. Svetová zdravotnícka organizácia definuje zdravé starnutie ako proces optimalizácie príležitostí pre fyzickú, sociálnu a duševnú pohodu počas celého života tak, aby sa predlžovala očakávaná dĺžka života prežitého v zdraví.

Charakteristika starnutia a staroby

Staroba je konečnou etapou procesu starnutia, kým **starnutie** je proces prebiehajúci v oblasti biologicko-fyziologickej, psychickej a sociálnej. Staroba nie je chorobou. Kým staroba je vnútorná a nemožno jej zabrániť, choroba je javom zvratným (Kráľovská, 2005, s. 51)

Podľa Krčméryho (2004), biologický vek zohľadňuje funkčný potenciál jedinca. Takáto diagnostika stupňa procesu starnutia na podklade objektívnych údajov je nejednotná a naráža na značné ťažkosti. Preto sa v praxi používa **kalendárny vek**, ktorý je ľahko stanoviteľný, ale z hľadiska biologického nespoľahlivý. Kalendárny vek však nehovorí nič o zdravotnom stave, ani o sebestačnosti človeka. Skutočnému funkčnému stavu jedinca zodpovedá biologický vek, ktorý nemusí byť totožný s kalendárnym vekom (Hanzlíková, 2004, s.211).

Biologické starnutie sa deje v dôsledku:

- involúcie štruktúr a funkcií orgánov,
- zhoršenia perfúzie,
- zhoršenia adaptačných a regulačných funkcií,
- poklesu imunity,
- zníženého zmyslového vnímania.

K týmto javom pristupuje aj vysoký výskyt chorôb a distability, ktoré nepriaznivo ovplyvňujú dĺžku života a sebestačnosť starých ľudí. Seniori aj napriek tomu, že majú ťažkosti menej vyhľadávajú lekára z vlastnej iniciatívy a nežiadajú včasnú pomoc. Príčinou je chybný názor, že starnutie sprevádzajú ťažkosti.

V priebehu starnutia dochádza v organizme **k poklesu viacerých psychických funkcií**. Psychika starého človeka však závisí od viacerých faktorov. V prvom rade je to somatický stav a stupeň pokročilosti aterosklerotických zmien. Významne ju ovplyvňuje aj prostredie, v ktorom jedinec žije, sociálny stav a spoločenské väzby.

Prejavy psychického starnutia sú v zmene osobnostných rysov, v znížení poznávacích schopností, v spomalení psychomotorického tempa (spomaľujú sa psychické pochody a predlžuje sa reakčný čas), v zhoršení pamäti, v nižšej koncentrácii pozornosti, ale aj vo zvýšení vytrvalosti, v stálosti názoroch, v múdrosti, v rozvahe a tolerancii.

Do popredia vystupujú základné povahové rysy. Je to spôsobené znížením až vymiznutím spoločenskej korekcie. V mladosti menej nápadné povahové črty sa akcentujú – šetrnosť sa mení na lakomstvo, opatrnosť v nedôverčivosť až konzervativizmus. Častá je extrémna introvezia vyusťujúca do samotárstva. Zvýrazňuje sa egocentrizmus. Emocionalita javí tendenciu k oplošteniu. Typický je pokles empatie. Tvorivá schopnosť začína klesať najčastejšie po 40 – tom roku života. Stupeň poklesu je individuálny a mnohí ľudia majú zachovalú kreativitu až do vysokého veku (Krčméry, 2004, s. 138).

Percepcia a psychomotorika klesajú, čo negatívne ovplyvňuje najmä výkon činností, ktoré sú náročné na rýchlosť reakcie (napr. riadenie dopravných prostriedkov). So zvyšujúcim vekom sa začína kvalitatívne meniť aj pamäť. Zhoršuje sa učenie, klesá schopnosť vytvárať spomienky na nové udalosti. Kvalita novopamäte sa znižuje, čiže nové informácie sa osvojujú pomalšie. O to viac sa vynárajú do vedomia zážitky dávno minulé, už zdanlivo zabudnuté - ide o staropamäť.

Staroba so sebou prináša závažné **zmeny sociálneho postavenia**. Je obdobím najčastejších životných strát. Veľkým problémom v starobe je strata partnera a rovesníkov. Taktiež je namáhavá i starostlivosť o chorého partnera a ťažká je i adaptácia na svoje vlastné zdravotné problémy. Sociálne starnutie prebieha pod obrazom adaptácie na odchod do dôchodku, na zmenu sociálneho postavenia, zmenu životného programu a akceptácie sociálnych dôsledkov poruchy zdravia (Hegyí, 2006, s.25). Všetky tieto zmeny vedú k tomu, že seniori sa čoraz viac uzatvárajú do seba, sociálne sa izolujú. Stracajú svoje životné istoty, stávajú sa závislými od iných. Udržanie sociálnej sebestačnosti je dôležitou úlohou spoločnosti. Sociálne sebestačný je taký človek, ktorý žije spokojný vo svojom navyknutom prostredí (Kozierová, 1995, s. 669).

Edukačné rámce

Svetová zdravotnícka organizácia vo svojom programe „Zdravie 21 – zdravie pre všetkých v 21. storočí“ jasne definovala, že starostlivosť o zdravé starnutie si vyžaduje aktívne kroky na zmenu obrazu starnutia. Účinné zdravotno-sociálne opatrenia sú: integrované a orientované na komunitu, situované v blízkosti bydliska, umožňujúce ich účasť, zamerané na ich potreby a stavajúce na zdrojoch zdravia (Zdravie 21, 2001). Medicínske odbory sa spolu z ošetrovatel'stvom zaoberajú prevenciou, diagnostikou a liečbou chorôb. Je to náplň, ktorá vyžaduje interdisciplinárny prístup. Pedagogika umožňuje ošetrovatel'stvu zvládnuť edukačné postupy v podpore zdravia, uchovávaní zdravia, alebo prinavrátania zdravia.

Ošetrovatel'stvo má kompetencie nielen v ošetrovatel'ských výkonoch a postupoch ale aj kompetencie zamerané na pomoc jednotlivcovi, skupine, pacientovi pri orientácii v prostredí, pri rozvoji návykov a zručností sebaobsluhy, v rozvoji schopnosti riešiť problémy (Novysedláková, Višňovská, 2009, s. 344 – 349).

Profesia sestry – ošetrovatel'ky je pri ošetrovaní starých chorých tradične spojená aj s morálnymi nárokmi. Nejde len o odborné vedomosti a zručnosti, ale tiež schopnosť eticky jednať s ľuďmi a vedieť spolupracovať (Hudáková, 2009, s. 50-54). Starobu musíme vedieť prijať a zmieriť sa aj s týmto vekovým obdobím. Praktický to znamená, že už od mladosti by sme sa mali pripravovať na toto vekové obdobie. Vedieť zdravo žiť si vyžaduje istú sebadisciplínu. Významnou súčasťou v podpore zdravého starnutia je poskytovanie informácií a zvyšovanie úrovne vedomostí seniorov tak, aby úspešne zvládli proces starnutia, obdobie staroby a rolu seniora v celej šírke. Edukácia vychádza z cieľov zdravého starnutia. Zameriava sa na nasledovné oblasti:

- Na prvom mieste je zdravá životospráva, to znamená, vyhýbať sa alkoholu, pitiu kávy, samozrejme fajčeniu, jesť nízkokalorické jedlá. Starší človek má znížený metabolizmus a tak strava by nemala byť vysoko energetická. Dôležitý je aj prísun vitamínov, najmä vitamínu A, B, C a D. Nedostatok D vitamínu spôsobuje mäknutie kostí, zlomeniny, deformácie kostí. Treba jesť veľa zeleniny, ovocia, dôležité je prijímať dostatok tekutín. Starším ľuďom sa odporúča mierna fyzická záťaž. Zdravé sú prechádzky, plávanie, ale aj práca v záhrade. Dôležité je, aby aktivita nebola veľmi vyčerpávajúca a aby sa robili časté prestávky. Dôležité je takisto zachovať si duševnú rovnováhu. Byť optimistický ladený, nepodliehať obavám z rôznych chorôb.
- Stretávať sa s priateľmi, vedieť si byť oporou jeden druhému. Mnohí seniori majú tendenciu izolovať sa, prerušiť kontakty s priateľmi, izolovať sa od spoločenského

diania, obmedzujú svoju fyzickú aktivitu. A to je najväčšia chyba. Tak sa cítia nepotrební, izolovaní, strácajú elán do života, myslia často na smrť. Takýto pasívny život má jednoznačne negatívny vplyv na kvalitu života a často seniora privádza do depresie, keď stráca chuť žiť, tešiť sa, venovať sa svojim záľubám. Názor, že človek v staršom veku sa musí fyzický šetriť je mylný a je dokázané, že primeraný pohyb je priam nevyhnutný na udržanie zdravia v starobe.

Trnavský samosprávny kraj vyhlásil v roku 2008 výzvu na predkladanie projektov v rámci programu „Podpora aktivít zameraných na pomoc pre sociálne odkázaných občanov“. Na jej základe sme vypracovali projekt pre seniorov Trnavy „Akadémia seniorov – I. ročník“, ktorý je zameraný na podporu základných schopností zdravého života a zlepšenia jeho kvality u seniorov. Ďalším zámerom projektu je v rámci aktivít ponúknuť seniorom možnosť nadobudnutím nových vedomostí ovplyvniť kvalitu svojho života.

Seniori v našej spoločnosti sú skupinou, ktorá zmeny súvisiace so starobou nevnímajú vždy pozitívne vzhľadom na to, že do niektorých procesov nemôžu aktívne zasiahnuť. Naším vstupom do Európskej únie sme sa prihlásili k hodnotám, ktoré Európska únia deklaruje a to je spoločnosť založená na hodnotách a vzdelanosti, na celoživotnom vzdelávaní. Tieto hodnoty sa stali hlavným motívom, ktorý spája aktivity seniorov do vzdelávacieho modulu „**Akadémia seniorov – I. ročník**“.

Jeho cieľom je:

- motivovať seniorov k vzdelávacím aktivitám,
- k aktívnemu prežívaniu seniorského veku,
- zvýšiť úroveň poznatkov o ľudskom tele,
- pochopiť význam aktivít zameraných na prevenciu ochorení,
- priblížiť význam aktivít zameraných na udržanie duševného zdravia seniorov,
- vytvárať medzigeneračné priateľstvá, vzájomnú výmenu a odovzdávanie skúseností.

Obsahová náplň a spôsob realizácie projektu sú podriadené jeho cieľu. Vytvorili sme dve skupiny seniorov v počte po 13 osôb. Vzdelávacie aktivity uskutočňujeme formou prednášok, seminárov a praktického nácviku, pričom využívame vzhľadom na osobitosti jednotlivých účastníkov hlavne individuálnu formu edukácie. Vo vzdelávacích aktivitách sa zameriavame na edukačné pôsobenie a aktivity sa uskutočňujú v troch oblastiach:

- **Ľudské telo od A po Z** – V tomto bloku venujeme pozornosť anatómii a fyziológii jednotlivých systémov a odlišnostiam vzhľadom k procesom starnutia.
- **Kultúra starostlivosti o zdravie** – zahrňuje prednášky o naturálnej medicíne a alternatívnych spôsoboch liečenia.

- **Podpora duševného zdravia** – Charakterizujeme duševné zdravie, uvádzame možnosti a ich význam pre udržania duševného zdravia.
- Súčasťou vzdelávacieho modulu sú aj športové aktivity a telesné cvičenia. Seniorom sú poskytnuté praktické návody na cvičenie, kondičné a relaxačné cvičenia a masáže.

Na realizácii projektu participujú vyučujúci a žiaci SZŠ Trnava tak, aby projekt priniesol pre zúčastnených seniorov plánovaný efekt. Výsledkom je už teraz prejavenie väčšieho záujmu cieľovej skupiny o svoje zdravie, uplatňovanie aktivít v prevencii ochorení, perspektívne zníženie ochorení a vytvorenie medzigeneračných priateľstiev.

Na záver úspešného absolvovania vzdelávacieho modulu dostanú seniori osvedčenie o absolvovaní Akadémie seniorov.

Diskusia a záver

Plány a zámery na zlepšenie zdravia obyvateľstva by mali obsahovať aj prípravu ľudí na starnutie v zdraví, najlepšie systematickou prípravou počas celého života. Zdravie starších ľudí, ale aj sebaúctu, nezávislosť a prínos pre spoločnosť udržuje a zvyšuje ich činnosť a aktivitu v prostredí, kde žijú ako aj ďalšie vzdelávanie sa. Seniori sú cenným zdrojom pre rodinu a spoločnosť. Ich skúsenosti a nahromadená múdrosť sú neoceniteľnou devízou pre spoločnosť, ktorej prinášajú úžitok ešte dlho po ukončení zamestnania. Fyzické prostredie by im malo umožniť účasť na práci rôznych organizácií a denne byť v styku s ľuďmi. Zdôrazňujeme, že udržiavanie správnych medziľudských kontaktov, dobrých rodinných vzťahov, správnej životosprávy, dodržiavanie primeranej fyzickej kondície má pozitívny vplyv na udržanie si zdravia v starobe.

Univerzita tretieho veku predstavuje jednu z možností ako prežiť plnohodnotným spôsobom poproduktívny vek. Na vysokoškolskej úrovni sprístupňuje poznatky z vedeckých disciplín, ktoré študujúci využívajú pre svoj osobný rozvoj a súčasne i v prospech spoločnosti. Ponúka občanom tretieho veku možnosti, aby uspokojili túžbu po doplnení svojich vedomostí z rôznych vedných odborov, kvalitné využitie voľného času, pozitívne sociálne zaradenie, udržiavanie duševnej a fyzickej rovnováhy, čo prispieva k navráteniu pocitu plne prežívaného života. Projekt „Akadémia seniorov“ ponúka túto možnosť seniorom s rôznym stupňom vzdelania v mieste bydliska. Na základe našich doterajších skúseností navrhujeme pokračovať v projekte aj v ďalších rokoch resp. realizovať ďalšie vzdelávacie moduly podľa požiadaviek a potrieb seniorov.

Starnutie sa dostáva do centra pozornosti v posledných rokoch v živote človeka. Človek v tomto veku je neopakovateľná individualita. Toto obdobie je alebo môže byť

súčasne spoločenský aj individuálny problém. Problematika starnutia je komplexná, ktorá má biologický somatický (vrásky, šedivé vlasy), psychologický (sú apatickejší), sociálny (dom dôchodcov) charakter. Dôležité je, aby spoločnosť chápala starobu a sympatizovala s ňou.

Skúsme si vážiť starých ľudí a pomôcť im prispôbiť sa spoločnosti, veď aj my budeme starí a budeme tiež hľadať podpornú ruku a rodinné teplo. Pripravovať sa na starobu, aby sme si vedeli vychutnávať s dobrým pocitom čas v období človeka – Jeseň života.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd., Martin: Osveta, 2004. 279 s., ISBN 80-8063-155-7.
2. HEGYI, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: SAP, 2001, 128 s., ISBN 80- 88908- 80- 9
3. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatría pre praktického lekára*. 2.vyd. Bratislava: Herba, 2006, 364 s., ISBN 80- 89171- 36- 2
4. HUDÁKOVÁ, Z. 2009. *Etické aspekty pri ošetrovaní geriatrického pacienta*. In Etické aspekty ošetrovateľskej péče v terii a praxi: Sborník z 1. konferencie k aplikovanej etice s mezinárodnou účasťou. Ed. Z. Dorková, A. Krátka, Zlín : Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2009. 191 s. ISBN 978-80-7013-506-8. s. 50-54.
5. HULANSKÁ, K. 2005. *Starnutie*. In: *Mám 65+ a teší ma, že žijem zdravo*. 1. vyd. Bratislava: ÚVZ SR, 2005, 75 s., ISBN 80-7159-156-4
6. KRČMÉRY, S. a kol. 2004. *Interná medicína II*. Bratislava: SAP, 2004, 196 s., ISBN 80- 89104- 41- X
7. Národný program podpory zdravia: *Zdravie pre všetkých v 21. storočí*. Národné centrum podpory zdravia, Bratislava 2000, 21 s., ISBN 80 - 7159-123 – 8
8. NOVYSEDLÁKOVÁ, M., VIŠŇOVSKÁ, D.: *Edukácia v ošetrovatel'stve*. In: *Veda a výskum v zrkadle času: Zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej pri príležitosti založenia Inštitútu Juraja Páleša v Levoči*. Ružomberok: PF KU, 2009. s. 344 – 349. ISBN 978 – 80 – 8084 - 417 – 2.
9. ZÁVODNÁ, V. 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vydanie. Martin: Osveta, 2005, 118 s., ISBN 80-8063-193-X

Kontakt:

maria.kopacikova@gmail.com

j.stanciak@gmail.com

KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ V ZSS

Margita Kosturíková

DD a DSS pre dospelých Nádej Likavka

Súhrn

Hlavnou témou mojej prednášky je realizácia ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a domove sociálnych služieb pre dospelých v Likavke. Naším cieľom bolo zistiť pomocou obsahovej analýzy zdravotnú skladbu klientov, ošetrovateľské výkony, diagnózy a posúdiť ich vplyv na realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti.

V krátkosti je spomenutá charakteristika staroby a starnutia, spomenutá je problematika ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti na základe dostupnej literatúry. V praktickej časti sme si vytýčili ciele a úlohy prieskumu za účelom potvrdenia potreby nielen sociálnej, ale hlavne komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o klientov DD a DSS.

Prieskum potvrdil obsahovou analýzou základného súboru klientov DD a DSS potrebu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Kľúčové slová: Staroba, starnutie, ošetrovateľská starostlivosť, sociálna starostlivosť, klient, ošetrovateľské výkony, ošetrovateľské diagnózy, Domov dôchodcov.

Úvod

Celosvetové demografické ukazovatele jasne naznačujú, že ľudstvo starne a že ľudí v postproduktívnom veku neustále pribúda. Ľudský vek sa predlžuje a možno predpokladať, že terajšie i budúce storočia budú storočiami starých ľudí. Predlžovanie ľudského života, ako celoeurópsky a celosvetový fenomén starnutia populácie prináša rad nových problémov, ktoré sa týkajú všetkých oblastí spoločnosti. Tento fenomén si preto nutne vyžaduje nové prístupy a vízie, otvárajúc otázky nielen v lekárskej a ošetrovateľskej starostlivosti, ale i v oblasti sociálnych, právnych, ekonomických a etických problémov. Starnutie je teda problémom celospoločenským, pričom zdravotná a sociálna dimenzia sú na prvom mieste čo do dôležitosti.

V komplexnej starostlivosti o seniorov začali v dnešnom období, tak ako vo všetkých oblastiach, stúpať nároky a to nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale aj v zariadeniach

sociálnych služieb. Domovy dôchodcov sa postupne stávajú „ošetrovateľskými domami“ so zdravotnou skladbou klientov a starostlivosťou na úrovni liečební pre dlhodobo chorých.

V poslednej dobe sú do týchto zariadení umiestňovaní predovšetkým klienti, ktorí po prekonaní ochorenia sa stali plne závislými na pomoci druhej osoby. Ich stav je stabilizovaný, ale potrebujú intenzívnu sociálnu a ošetrovateľskú starostlivosť. V minulosti bolo bežné, že v zariadeniach sociálnych služieb pracovali sestry, potom prišiel zákon 195/1998 o sociálnej pomoci, ktorý hovoril, že zdravotná starostlivosť sa v zariadeniach sociálnych služieb neposkytuje, ale len zabezpečuje. Sestry sa zrazu stali v ZSS nadbytočnými, znižovali sa ich stavy, alebo boli preradené na miesto opatrovateľky. Zamestnávateľ však aj naďalej využíval ich schopnosti, vedomosti, zručnosti.

Základnou požiadavkou kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti je uspokojenie základných potrieb chorých. Vzhľadom na zhoršujúci sa zdravotný stav klientov v zariadeniach sociálnych služieb (najmä v DD a DSS) a na zvyšujúcu sa ošetrovateľskú záťaž sa menia požiadavky na kvalitu, odbornosť, počet a štruktúru zdravotníckeho personálu v týchto zariadeniach. Aj tým sa DD a DSS podobajú čím ďalej tým viac na liečebne pre dlhodobo chorých.

Ešte včera sa mohla ošetrovateľská starostlivosť v týchto zariadeniach len zabezpečovať – čo spôsobilo jedno slovíčko v zákone NR SR č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci, dnes vstupuje do platnosti nový zákon NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách, v ktorom je už slovíčko “zabezpečuje” zdravotnú starostlivosť nahradené slovami “môže poskytovať”. Tento zákon už hovorí o vybraných sociálnych zariadeniach, v ktorých sa ošetrovateľská starostlivosť môže poskytovať. Prijatie tohto zákona je prvým krokom k tomu, aby aj v zariadeniach sociálnych služieb bola ich klientom poskytovaná odborná starostlivosť, akú potrebujú vzhľadom k svojmu nepriaznivému zdravotnému stavu, a aby sa zlegalizovala práca sestier, ktoré túto starostlivosť poskytujú.

Cieľom mojej prednášky je poukázať na zdravotnú skladbu klientov DD a DSS, množstvo a druh ošetrovateľských výkonov realizovaných pri poskytovaní starostlivosti v sociálnom zariadení, teda na nutnosť prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti a tým zabezpečiť komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť.

STAROBA A STÁRNUTIE

Starnutie v dnešnej dobe prestalo byť výsadou niekoľkých šťastných, ale je dopriate väčšine z nás. Ešte nikdy v histórii ľudstva sa toľko ľudí nedožilo vlastnej staroby, teda 80 alebo dokonca 90 rokov.¹³

¹³ TOPINKOVÁ, E.: *Geriatric pro praxi*, Praha: Galén, 2005, s. XVII.

Starnutie je nezvratný biologický proces, ktorý sa týka celej prírody. Je to zákonitý, všeobecný jav, ktorému podliehajú všetky živé bytosti, teda aj človek. Staroba má svoje špecifické znaky, ktoré ju reprezentujú a tým aj odlišujú od predchádzajúcich životných etáp. Podľa toho, ako v nich jednotliviec žil, koľko správnych či nesprávnych návykov si vypestoval, koľko zručnosti si osvojil či zanedbal, toľko potešenia, alebo trápenia mu staroba prinesie. Starnutie prebieha ako proces v oblasti biologicko-fyziologickej, psychickej a sociálnej. Životné podmienky určujúcim spôsobom vplývajú na proces starnutia. Nízky životný štandard prináša so sebou mnohé obmedzenia fyzických, psychických a sociálnych aktivít.

Starnutie Hegyi rozdeľuje na biologické, psychické a sociálne.¹⁴

- **Biologické starnutie** je dôsledkom involúcie štruktúr a funkcií orgánov, zhoršenia perfúzie, adaptačných a regulačných funkcií, poklesu imunity, zníženého zmyslového vnímania.
- **Psychické starnutie** sa prejavuje zmenou osobnostných rysov, znížením poznávacích schopností, spomalením psychomotorického tempa, zhoršením pamäti, nižšou koncentráciou pozornosti, ale i zvýšením vytrvalosti, stálosťou v názoroch múdrosťou, rozvahou a toleranciou.
- **Sociálne starnutie** prebieha ako obraz adaptácie na odchod do dôchodku, zmenu sociálneho postavenia, zmenu životného programu a akceptácie sociálnych dôsledkov poruchy zdravia.

Čornaničová delí starnutie na:

- fyziologický typ starnutia ako normálna súčasť života, ktorá nie je postihnutá patologickým procesom,
- patologický typ starnutia akým je napríklad predčasné starnutie, o ktorom hovoríme vtedy, keď jednotlivec má kalendárny vek nižší (počet prežitých rokov) ako funkčný vek (skutočná výkonnosť).¹⁵

Problémy v starobe vyplývajú z množstva faktorov vedúcich k neschopnosti vyrovnáť sa s nárokmi denného života. Najzložitejším problémom staroby však ostáva osamelosť, choroba a inštitucionalizácia.

Vysoká mortalita mužov v strednom veku má za následok feminizáciu spoločnosti a často osamelosť žien v starobe. S pribúdajúcim vekom mnoho starých ľudí žijúcich osamelo začína mať zdravotné a sociálne problémy. Samota sa stáva ťažko znesiteľnou.

¹⁴ HEGYI, L: *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*, Trnava: Slovak academic press, 2001, s. 56.

¹⁵ ČORNANIČOVÁ, R.: *Edukácia seniorov*, Bratislava: FF UK, 1998, s. 156.

Nedobrovoľná, smutná ale najmä obávaná samota je údelom chorých, opustených, hendikepovaných a slobodných starých ľudí. Starnutie limituje inteligenciu človeka a čoraz viac ho približuje k smrti.

Negatívnym javom dnešnej spoločnosti je zväčšovanie priepasti medzi generáciami, čo naznačuje krízu vzájomných medziľudských vzťahov. Prvýkrát v dejinách sa objavuje problém starých ľudí, sťahovaním sa do sociálnych zariadení.

Väčšina starých ľudí dožíva v kruhu svojej rodiny. Niekedy rodina nie je schopná zabezpečiť adekvátnu starostlivosť starému človeku. Inokedy dochádza k oslabeniu solidarity s druhými. Individualizmus popiera rozmer služby v sebadarovaní a otvorení sa druhému.

Intermitentná (dočasná) starostlivosť o seniora väčšinou nespôsobuje rodinám ťažkosti. Najnáročnejšia je dlhodobá alebo dokonca trvalá starostlivosť o starého človeka, ktorá vyžaduje, že rodina musí chcieť, vedieť a môcť. Vážnym problémom býva najmä „môcť“. Ťažko môžu doma vlastnými silami a schopnosťami zabezpečiť dôslednú kontrolu symptómov, podávanie liekov v pravidelných intervaloch či odbornú a kvalifikovanú starostlivosť počas 24 hodín. Všetky tieto prekážky zvyšujú obavy príbuzných, že v starostlivosti o starého, chorého človeka neurobili všetko a dožadujú sa pomoci v niektorej inštitúcii.¹⁶

Každá sestra, ktorá v rámci svojej profesie poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť ľuďom vo vyššom veku by mala byť informovaná o osobitostiach, ktoré so sebou prináša starnutie a staroba, aby im vedela zabezpečiť čo najlepšiu telesnú a psychickú pohodu.

KOMPLEXNÁ OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ

V slovníkoch slovenského jazyka sa pod pojmom ošetrovateľstvo chápe odborná starostlivosť o chorých. Ošetrovateľstvo by však malo zahrňovať nielen odbornú starostlivosť o pacientov, ale aj komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť v zdraví i počas choroby o všetky vekové skupiny.¹⁷

Ošetrovateľská starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu, metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe.¹⁸

Gerontologické ošetrovanie predstavuje pomoc poskytovanú pri zvládaní činnosti, ktoré starší človek nedokáže vykonať sám.

¹⁶ JANOŠIKOVÁ, E.: *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*, Martin: Osveta, 1999, s. 328.

¹⁷ FARKAŠOVÁ, D.: *Ošetrovateľstvo – teória*, Martin: Osveta, 2001, s. 10.

¹⁸ NÁRODNÁ RADA SR: *Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*.

Geriatrické ošetrovateľstvo je komplexná ošetrovateľská starostlivosť o chorých seniorov, ktorá zohľadňuje ich potreby v súvislosti s chorobami vo vyššom a vysokom veku, najmä so špecifickými geriatrickými syndrómami a komplikáciami chorôb. Je to starostlivosť zameraná na uspokojovanie potrieb starého človeka a na riešenie jeho problémov. Vyznačuje sa individuálnym prístupom. Kritériom posúdenia starostlivosti je samotný senior, ktorý musí mať z tejto starostlivosti prospech.

Gerontologické ošetrovateľstvo má plniť tieto úlohy:

- udržiavať a podporovať optimálny zdravotný stav seniora, uspokojovať jeho telesné, psychické, sociálne a duchovné potreby,
- riadiť a poskytovať komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť na základe najnovších vedeckých poznatkov, vedomostí a ošetrovateľských teórií v súlade s etickými princípmi a právami pacienta,
- podporovať seniora a jeho rodinu a aktívne ich zapájať do procesu ošetrovania, uzdravovania, prevencie komplikácií a podpory zdravia,
- poskytovať primárnu, sekundárnu a následnú ošetrovateľskú starostlivosť vo všetkých zložkách zdravotnej starostlivosti o geriatrických pacientov – v prevencii, diagnostike, terapii, rehabilitácii, sociálnej a edukačnej starostlivosti,
- monitorovať ošetrovateľské požiadavky seniora na ošetrovateľskú starostlivosť, používať metódu ošetrovateľského procesu s dôrazom na maximálnu kvalitu a efektívnosť,
- vyhľadávať a riešiť ošetrovateľské problémy v geriatrickom veku, ktoré môžu byť predmetom výskumu, a aplikovať výsledky vedeckého výskumu do geriatrickej ošetrovateľskej praxe,
- využívať vedecky zdôvodnené pracovné metódy, postupy a techniky kvalifikovanými odborníkmi v gerontologickom ošetrovateľstve.¹⁹

Komplexnosť ošetrovateľskej starostlivosti spočíva v tom, že k pacientovi sa pristupuje ako k celistvej osobnosti, t. j. starostlivosť sa zameriava na telesné, psychické i na sociálne potreby (holistický prístup).

Kontinuálnosť znamená, že ošetrovateľská starostlivosť je nepretržitá, poskytuje sa počas celej hospitalizácie podľa individuálnych potrieb pacienta a plynule prechádza do domácej starostlivosti, prípadne poloinštitucionálnej starostlivosti (denná nemocnica) alebo sociálnej inštitucionálnej starostlivosti (domovy dôchodcov, penzióny).

¹⁹ POLEDNÍKOVÁ, E.: *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*, Martin: Osveta, 2006, s. 14.

Aktívny prístup sestry spočíva v tom, že sa zameriava na mobilizáciu seniora a na zvyšovanie jeho sebestačnosti a nezávislosti.

Preventívnosť ošetrovateľstva spočíva v jeho participácii na prevencii chorôb a ich komplikácií. U starších pacientov zahŕňa jednak prevenciu imobilizačného syndrómu, jednak edukáciu pacienta a rodinných príslušníkov o životnom štýle, životospráve, užívaní liekov, primeraných spôsoboch a správnych technikách ošetrovania a pod.

Plánovitý prístup pri ošetrovaní spočíva vo využívaní metódy ošetrovateľského procesu. To znamená, že sestra najprv diagnostikuje ošetrovateľské problémy, stanovuje ošetrovateľské ciele a potom zostavuje plán starostlivosti na ich dosiahnutie. Nepracuje teda živelne, ale na základe premysleného postupu.

Ošetrovateľské výkony dnes - podľa vyhlášky 109/2009

Od apríla 2009 vstupuje do platnosti vyhláška MZ SR č. 109 /2009, ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb.

Sociálna starostlivosť

Sociálna starostlivosť o seniorov na území Slovenskej republiky sa realizuje podľa platných právnych úprav, ktoré sú zakotvené v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a v zákone č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení.²⁰

Sociálna starostlivosť je súčasťou jestvujúceho systému sociálneho zabezpečenia, v rámci v ktorej príslušné štátne orgány a obce zabezpečujú pomoc občanom, ktorých životné potreby nie sú dostatočne zabezpečené príjmami z pracovnej činnosti, dávkami dôchodkového alebo nemocenského zabezpečenia, prípadne inými príjmami a občanom, ktorí ju potrebujú vzhľadom na svoj zdravotný stav, vek alebo nemôžu bez pomoci spoločnosti prekonať ťažkú životnú situáciu, prípadne nepriaznivé životné pomery. Podľa vecného rozsahu sa starým a ťažko zdravotne postihnutým občanom poskytujú:

- peňažné a vecné dávky,
- sociálne služby :

1. sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach, ktorými sú - nocľaháreň, útulok, domov na pol ceste, nízkoprahové denné centrum, zariadenie núdzového bývania,

²⁰ BALKOVÁ, D.: *Gerontologické ošetrovateľstvo*, Prešov: PV, 2006, s. 39.

2. sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, ktorými sú – pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladovania rodinného a pracovného života, poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti, poskytovanie sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu
3. sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú – poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek, opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská služba a predčítateľská služba, tlmočnická služba.....²¹

1.2 Starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb

Poskytovanie starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb upravuje nový zákon o sociálnych službách – zákon NR SR č. 448/2008 s účinnosťou od 01.01.2009, ktorý upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnej služby, ich financovanie a dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb. Tento zákon prináša zmenu v poskytovaní zdravotnej – ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá sa vo vybraných zariadeniach sociálnych služieb podľa tohto zákona už môže poskytovať a nielen zabezpečovať.. **Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti upravuje § 22 tohto zákona.** Tento paragraf určuje, v ktorých ZSS sa môže okrem poskytovania sociálnych služieb poskytovať zdravotná starostlivosť, v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti (podľa osobitného predpisu - zákon č. 578/2004 Z. z.).

Ošetrovateľská starostlivosť má byť poskytovaná zamestnancami zariadenia, ktorí spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania, teda **sestry so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva, v pediatrii, v komunite a v psychiatrii.** Jednotlivé ošetrovateľské výkony vykonávané v ZSS upravuje vyhláška MZ SR č. 109/2009, ktorá nadobudla účinnosť 01.04.2009

V zariadeniach sociálnych služieb nie je možné poskytovať starostlivosť občanovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje ústavnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení.

Zariadenia sociálnych služieb, v ktorých sa môže poskytovať ošetrovateľská starostlivosť:

- zariadenie pre seniorov
- domov sociálnych služieb

²¹ NÁRODNÁ RADA SR: Zákon 448/2008 Z.z. o sociálnych službách

- špecializované zariadenie
- domov opatrovateľskej služby

Zariadenie pre seniorov

V zariadení pre seniorov sa poskytuje sociálna služba

- fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 (zákona 448/2008 Z.z.)
- fyzickej osobe, ktorá dovŕšila vek a poskytovanie sociálnej služby potrebuje z iných závažných dôvodov

V zariadení pre seniorov sa poskytuje:

1. pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby
2. sociálne poradenstvo
3. sociálna rehabilitácia
4. ošetrovateľská starostlivosť
5. ubytovanie
6. stravovanie
7. upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva
8. osobné vybavenie

Z ďalších služieb to je utváranie podmienok na úschovu cenných vecí a záujmová činnosť.

Domov sociálnych služieb

V domove sociálnych služieb sa poskytujú sociálne služby fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej III. podľa prílohy č. 3 zákona o sociálnych službách, alebo fyzickej osobe, ktorá je nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III. podľa prílohy č.3

V domove sociálnych služieb sa poskytujú tie isté sociálne služby ako v zariadení pre seniorov, plus vreckové a vecné dary, utvárajú sa podmienky pre vzdelávanie a úschovu cenných vecí, zabezpečuje sa záujmovú činnosť a pracovná terapia.

Ak sa v domove sociálnych služieb poskytuje sociálna služba deťom, poskytuje sa im výchova.

Špecializované zariadenie

V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V. podľa prílohy č.3 a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä **Parkinsonová choroba, Alzheimerová**

choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencie rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS.

V špecializovanom zariadení sa poskytujú tie isté sociálne služby ako v zariadení pre seniorov, plus vreckové a vecné dary podľa osobitného predpisu dieťaťu s nariadenou ústavnou výchovou, ktorému sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba, utvárajú sa podmienky pre vzdelávanie a úschovu cenných vecí, zabezpečuje sa záujmovú činnosť a pracovná terapia.

Na vzdelávanie sa nevytvárajú podmienky v špecializovanom zariadení, v ktorom sa poskytuje sociálna služba plnoletej fyzickej osobe.

Zariadenia sociálnych služieb zatiaľ neboli pretransformované podľa nového zákona o sociálnych službách na nové druhy zariadení – stále sú to domovy dôchodcov a domovy sociálnych služieb.

1.3 Komplexná starostlivosť v DD a DSS

V komplexnej starostlivosti o seniorov začali v dnešnom období, tak ako vo všetkých oblastiach, stúpať nároky a to nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale aj v zariadeniach sociálnych služieb. Domovy dôchodcov sa postupne stávajú „ošetrovateľskými domami“ so zdravotnou skladbou klientov a starostlivosťou na úrovni liečební pre dlhodobo chorých alebo nemocničných oddelení.

Dlhodobá sociálna inštitucionalizovaná starostlivosť o seniorov sa poskytuje najčastejšie práve v terajších domovoch dôchodcov.

Niektorí starí ľudia dnes vidia v pobyte v domove dôchodcov pokojné, príjemné a bezstarostné dožitie staroby. Chcú odísť do tejto inštitúcie s pohnútkou, že sa tu o nich postarajú po stránke sociálnej i zdravotnej.

Väčšinou sa však starý človek k odchodu do domova dôchodcov odhodláva ťažko. Úzkostné stavy a negativistické pocity sú spojené s odchodom do neznámeho prostredia, s určitým definitívnym riešením. Odchod do domova dôchodcov si často starý človek spája i s očakávaním a s rizikom blížiacej sa smrti. Tieto stavy sú o to horšie, keď starý človek a jeho rodina nemá adekvátne informácie a skúsenosti s dlhodobým pobytom v zariadení sociálnych služieb. Na prvom mieste je teda dostatočná informovanosť a tiež pomocná ruka a láskavý prístup od najbližších.

Úlohou celého personálu domova dôchodcov je zasa u starého človeka zvýšiť záujem o účasť na spolupráci na vlastnej starostlivosti. Pracovníci DD musia v prvom rade zistiť a uviesť si, do akej miery seniora umiestnenie v domove dôchodcov telesne i duševne

ovplyvňuje a na základe toho mu pomáhať pri prekonávaní jeho každodenných pocitov úzkosti, pomáhať mu riešiť všetky jeho problémy, neustále poukazovať na pozitívne skutočnosti, ktoré vyplývajú z jeho pobytu v tejto inštitúcii (predovšetkým stála a komplexná starostlivosť a pomoc). Ďalej treba zapojiť do procesu adaptácie seniora na nové prostredie jeho najbližších príbuzných a priateľov.

Dôvody pre podanie žiadosti do domova dôchodcov sú rôznorodé, ale možno ich charakterizovať najmä:

- sociálnou situáciou, ktorá nedáva možnosť samostatne uspokojovať životné potreby seniora, napr. pre nesebestačnosť, osamelosť, veľkú vzdialenosť od rodiny a pod.,
- chronickým zhoršením zdravotného stavu, ktorý vyžaduje starostlivosť nad rámec a možnosti rodiny i nad rámec a možnosti opatrovateľskej služby či ošetrovateľskej starostlivosti prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti,
- potrebami ochorenia, ktoré nemôže zabezpečiť rodina v domácom prostredí, napr. neustály 24 – hodinový dozor pre demenciu, sústavnú ošetrovateľskú a opatrovateľskú starostlivosť pre imobilitu a podobne.

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

Pre súčasné obdobie je v ústavnej sociálnej starostlivosti o seniorov charakteristická snaha o:

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

Dnes je už bežným štandardom, že domov dôchodcov sa člení na tri až štyri základné časti alebo oddelenia:

1. **oddelenie pre relatívne samostatných** klientov, ktorí sú mobilní a dobre kompenzovaní po psychickej a fyzickej stránke,
2. **oddelenie pre klientov s čiastočne obmedzenými fyzickými a psychickými schopnosťami**, ktorí sú buď čiastočne pripútaní na lôžko, alebo vzhľadom na svoj psychický stav v kombinácii s čiastočne obmedzenou pohyblivosťou potrebujú sústavnú starostlivosť a pomoc pri základných denných činnostiach,

3. **oddelenie pre imobilných klientov**, ktorí sú trvale pripútaní na lôžko a sú plne závislí na pomoci ošetrojúceho personálu pri všetkých denných činnostiach a v sebaobsluže,
4. **oddelenie so zvýšeným gerontopsychiatrickým dohľadom** je pre klientov, ktorí trpia pokročilým štádiom demencie alebo inou gerontopsychiatrickou diagnózou; pre typické symptómy týchto ochorení, pre ktoré chorý zlyháva pri základnom dennom fungovaní, potrebujú títo obyvatelia neustály dozor a pomoc alebo asistenciu pri sebaobsluže či nácvik bežných denných činností.

PRIESKUM

Vymedzenie problému

V prieskume sme sa zamerali na tieto problémy:

1. Sú v DD a DSS Likavka umiestnení klienti, ktorých vekový priemer je nad 70 rokov a majú minimálne 3 lekárske diagnózy?
2. Sú v DD a DSS Likavka umiestnení klienti, ktorých zdravotný stav si vyžaduje ošetrovateľskú starostlivosť?
3. Sú v DD a DSS Likavka klienti, ktorí sú vysoko závislí v bežných denných činnostiach, a ktorí potrebujú 24 hodinový dohľad?
4. Vykonávajú sestry v DD a DSS Likavka ošetrovateľské výkony a koľkým klientom?
5. Sú stanovené sesterské diagnózy?

1.4 Metóda prieskumu

Obsahová analýza zdravotnej dokumentácie, ošetrovateľskej dokumentácie, osobných spisov klientov, organizačnej štruktúry DD a DSS

Charakteristika základného súboru

Vzhľadom na častú obmenu klientov v DD a DSS Likavka sme za základný súbor zvolili počet klientov k 31.12.2008, ktorý bol 293 klientov v DD a DSS Likavka. Na tomto počte klientov sme vykonávali obsahovú analýzu dostupných údajov podľa metódy prieskumu. Zo základného súboru pre účely stanovenia sesterských diagnóz sme si stanovili výberový súbor z oddelenia 3B.

1.5 Realizácia prieskumu

Obsahová analýza organizačnej štruktúry DD a DSS

Pracovníci zdravotného úseku

Funkcia	Oddelenie						Spolu
	1B	2B	3B	1C-PC	2C	3C	
Úseková sestra	1	1	1	1	1	1	6
Sestra tri zmeny	2	2	1	1	1	1	8
Opatrovateľky	9	9	9	12	8	8	52
Hlavná sestra	1						1
Ambulantná sestra (aj NS)	1						1
Diétna sestra	1						1
Celkovo:							71

K 16.02.2010 bolo na zdravotnom úseku plus 13 zdravotných asistentov. Celkový počet pracovníkov zdravotného úseku je 81.

Skladba klientov

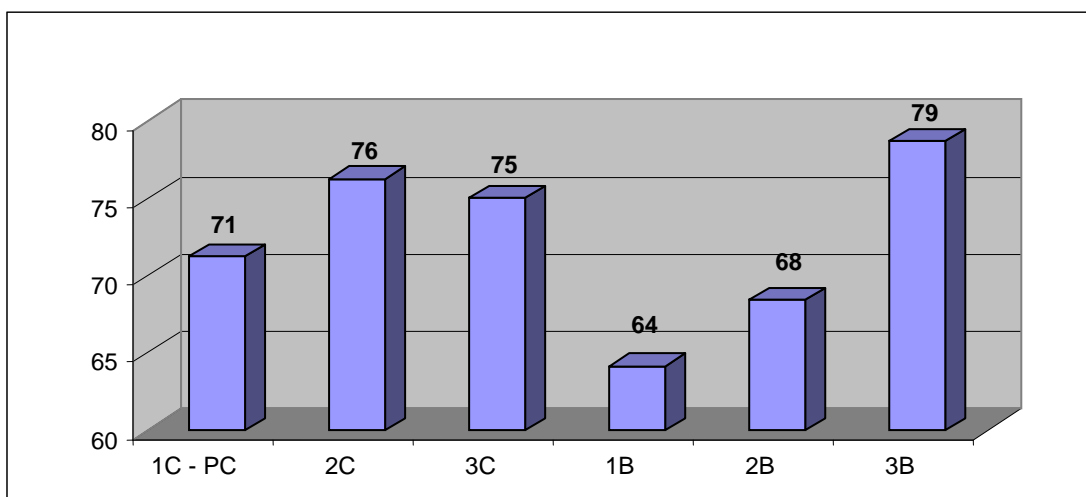
Odd.	Organizačné rozdelenie	Muži	Ženy	Spolu
1B	Oddelenie gerontopsychiatrické muži	36		36
2B	Oddelenie gerontopsychiatrické ženy		35	35
3B	Oddelenie gerontopsychiatrické ženy		37	37
1C - PC	Oddelenie ležiace a telesne postihnutí muži	36	20	56
2C	Oddelenie mobilné ženy	1	63	64
3C	Oddelenie mobilní muži	58	7	65
Spolu:		131	162	293

Celkovo v DD a DSS k 31.12.2008 bolo 131 mužov a 162 žien.

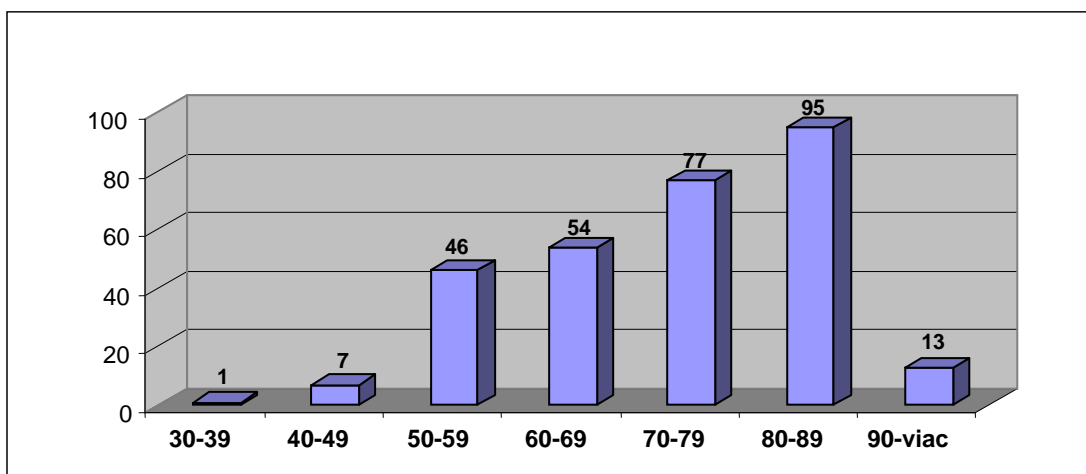
Obsahová analýza osobných spisov klientov DD a DSS

Vekový priemer klientov

Odd.	Počet	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90- viac	Vekový priemer
1C - PC	56		2	14	10	9	18	3	71
2C	64			5	8	25	22	4	76
3C	65			6	17	16	24	2	75
1B	36	1	1	13	7	9	5		64
2B	35		4	6	7	7	10	1	68
3B	37			2	5	11	16	3	79
Spolu:	293	1	7	46	54	77	95	13	72



Graf 1 Vekový priemer klientov podľa oddelení



Graf 2 Početnosť klientov v jednotlivých vekových skupinách

- Chronologické delenie veku sme previedli podľa WHO – rozpätie po 10 rokov.
- Vekový priemer klientov DD a DSS je 72 rokov.
- Najväčšie zastúpenie klientov v DD a DSS je od 80 do 89 rokov v počte 95 klientov. Z toho 24 je umiestnených na odd. 3C.
- Zastúpenie klientov vo veku od 70 do 89 rokov je 172 čo je 58,7 %
- Najmladší klient 39 rokov je na odd. 1B, najstarší klient 99 rokov je umiestnený na odd. 2C.

Úmrtnosť v DD a DSS v roku 2008

Priemerný počet klientov	Počet zomrelých klientov	% zomrelých
293	110	37,5 %

Počet zomrelých klientov v závislosti od dĺžky pobytu

Do	Dĺžka pobytu v rokoch													Spolu
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Nad 3	
Počet zomrelých	63	14	7	6	1	2	1	2	1	3	3	2	5	110
%	55,7	12,3	6,1	5,3	0,8	1,7	0,8	1,7	0,8	2,6	2,6	1,7	4,4	100
% z celkového počtu klientov 293	21,5	4,7	2,3	2,0	0,3	0,6	0,3	0,6	0,3	1,0	1,0	0,6	1,7	37,5

Prehľad pobytu zomrelých klientov v roku 2008

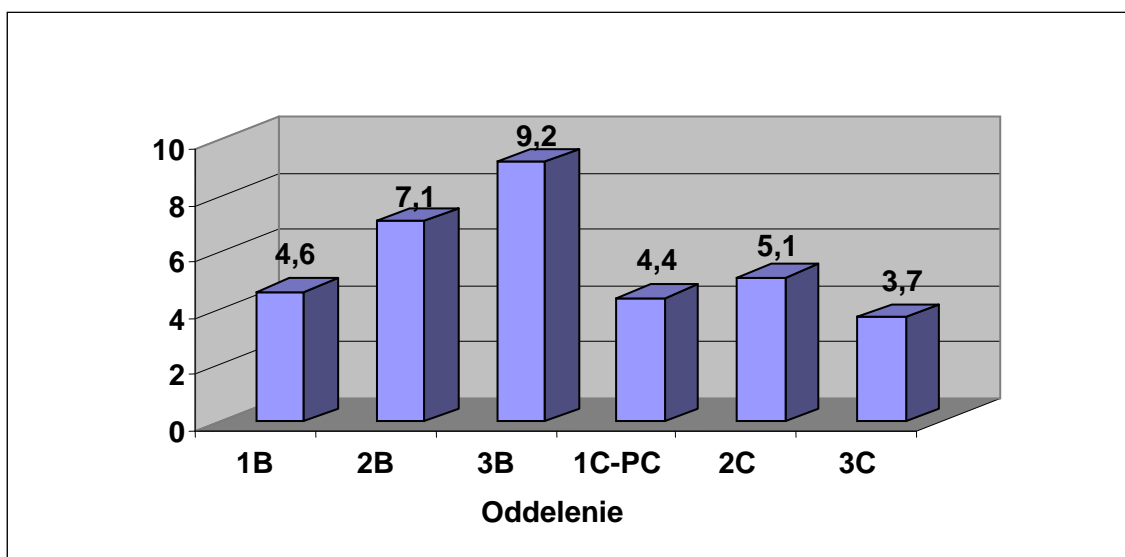
Čas	Do 14 dní	Do 1 mesiaca	Do 6 mesiacov	Spolu 2008
Počet	15	22	49	110
%	13,6%	20%	44,5%	100,0%
% z celkového počtu klientov 293	5,1%	7,5%	16,7%	37,5%

Obsahová analýza zdravotnej dokumentácie

Priemerný počet lekárskejších diagnóz na jedného klienta

	Oddelenie						Priemer
	1B	2B	3B	1C-PC	2C	3C	
Priemerný počet Dg/klient	4,6	7,1	9,2	4,4	5,1	3,7	5,7

Priemerný počet lekárskejších diagnóz na jedného klienta

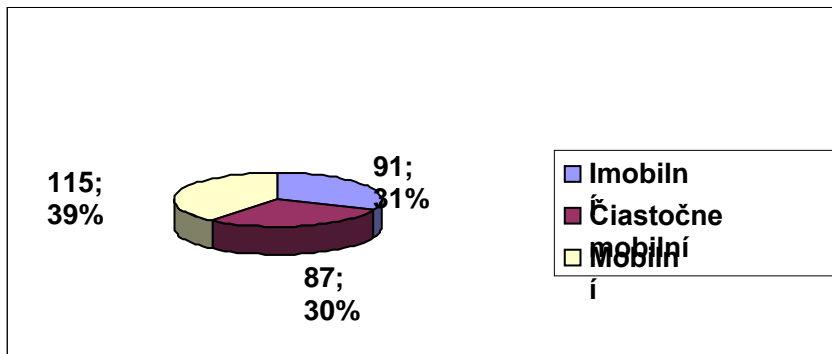


- Z tabuľky nám jednoznačne vyplýva, že na odd. 3B pripadá na jedného klienta 9,2 lekárskejších diagnózy.
- Priemerný počet lekárskejších diagnóz v celom zariadení je 5,7.
- Najnižší počet lekárskejších diagnóz na jedného klienta je na odd. 3C – chodiaci muži.

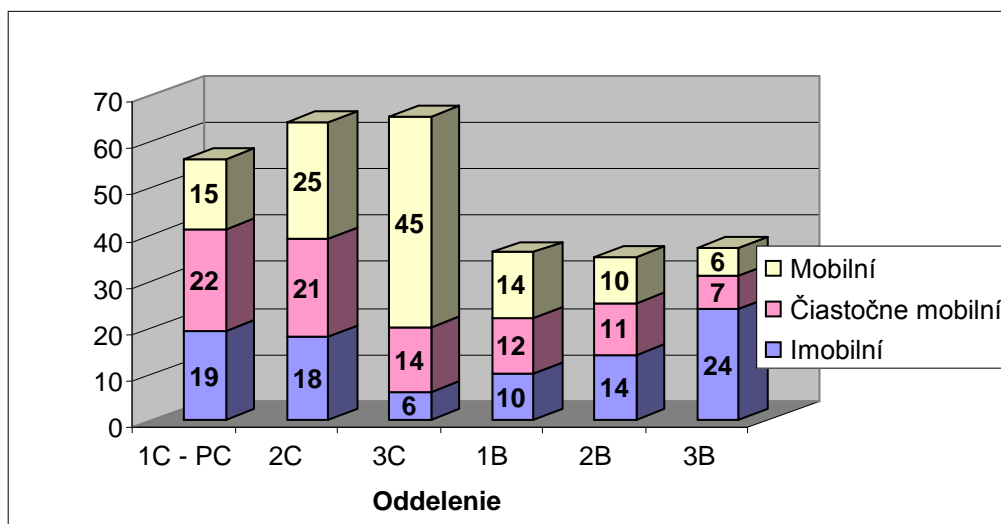
Mobilita klientov

Odd.	Imobilní	Čiastočne mobilní	Mobilní	Spolu
1C - PC	19	22	15	56
2C	18	21	25	64
3C	6	14	45	65
1B	10	12	14	36
2B	14	11	10	35
3B	24	7	6	37
Spolu:	91	87	115	293

Mobilita klientov



Mobilita klientov podľa oddelení

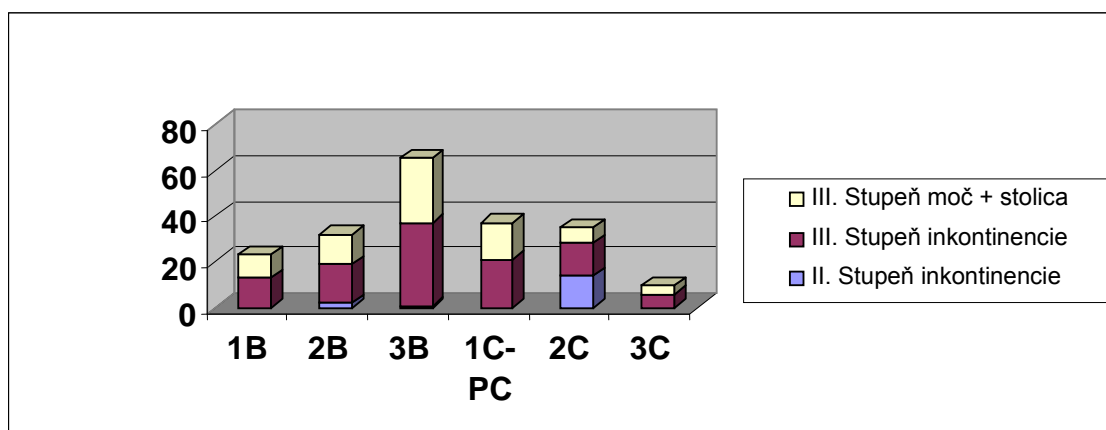


- Imobilní a čiastočne mobilní klienti tvoria 60,7 % všetkých klientov zariadenia.
- Ako vidíme z tabuľky č. 9 sú aj na oddelenia chodiacich (2C, 3C) umiestňovaní klienti s poruchou mobility.
- Na odd. 3B je 24 klientov imobilných, čo predstavuje 64,8 % z celkového počtu klientov na oddelení.

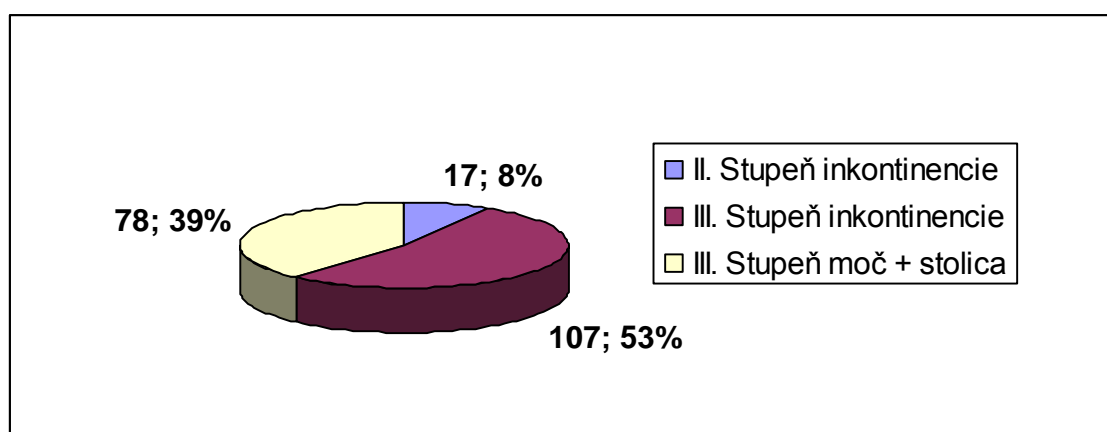
Inkontinencia

Odd.	1B	2B	3B	1C-PC	2C	3C	Spolu	
Stupeň inkontinencie/počet klientov	36	35	37	56	64	65	293	
II. Stupeň inkontinencie	0	2	1	0	14	0	17	5,8%
III. Stupeň inkontinencie	13	17	36	21	14	6	107	36,5%
III. Stupeň moč + stolica	10	13	28	16	7	4	78	26,6%

Rozdelenie klientov podľa stupňa inkontinencie na oddeleniach



Rozdelenie všetkých klientov podľa stupňa inkontinencie



- Z celkového počtu 293 klientov trpí určitým stupňom inkontinencie 202 klientov čo je 68,9 %.
- Inkontinencia moču a stolice je u 78 klientoch čo predstavuje 26,6 % z celkového počtu klientov zariadenia.
- Najviac inkontinentných klientov III. stupňa je na odd. 3B – 36 klientov.

Lekárske diagnózy klientov DD a DSS

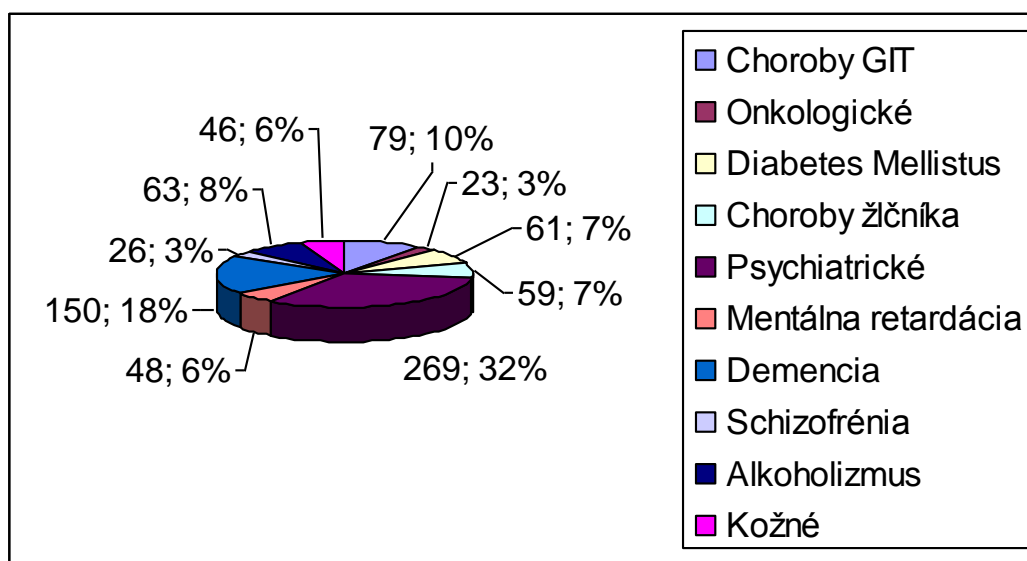
Ochorenie	Počet	%	Ochorenie	Počet	%
Choroby srdca	249	100,0%	Choroby pľúc	107	100,0%
ICHS	152	61,0%	CHOCHP	14	13,1%
Hypertenzia	120	48,2%	TBC Pľúc	16	15,0%
ATS generalizovaná	94	37,8%	Chronická bronchitída	46	43,0%
Iné	22	8,8%	ASTMA	10	9,3%
			iné	21	19,6%

- Ochorením srdca trpí 249 (84,9%) klientov z celkového počtu 293 klientov.
- Ischemickou chorobou trpí 152 klientov, hypertenziou 120 klientov.
- Chorobami pľúc trpí 107 klientov z celkového počtu, chronickou obštrukčnou chorobou pľúc trpí 14 klientov.
- Chronickou bronchitídou trpí 46 klientov.

Lekárske diagnózy klientov DD a DSS

Ostatné ochorenia	Počet	%	Neurologické	Počet	%
Choroby GIT	79	27,0%	NCMP	61	33,9%
Onkologické	23	7,8%	Mozgový infarkt	13	7,2%
Diabetes Mellitus	61	20,8%	Encephalopatia	33	18,3%
Choroby žlčníka	59	20,1%	Epilepsia	28	15,6%
Psychiatrické	269	91,8%	Spastická paréza DK	29	16,1%
Mentálna retardácia	48	16,4%	Parkinson	6	3,3%
Demencia	150	51,2%	St. po kranio - cerebrálnej traume	10	5,6%
Schizofrénia	26	8,9%	spolu:	180	
Alkoholizmus	63	21,5%			
Kožné	46	15,7%			

Rozdelenie diagnóz v DD a DSS



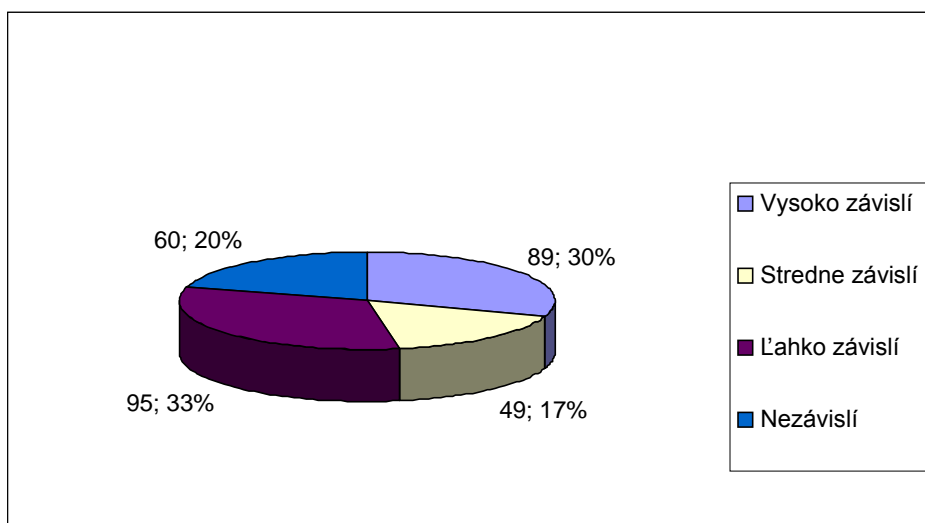
- Z tabuľky č. 11b vyplýva, že z celkového počtu klientov 269 (91,8%) má niektorú z psychiatrických diagnóz. Demenciu ako samostatnú diagnózu má 150 (51,2%) klientov.
- Neurologické ochorenie hlavne NCMP má 61 (33,9) klientov. Encephalopatia je diagnostikovaná u 33 klientov (18,3%).
- Alarmujúci je počet alkoholikov – 63 (21,5%) klientov.

Obsahová analýza ošetrovateľskej dokumentácie

Rozdelenie klientov podľa Barthelovho testu základných denných činností (ADL - activity daily living)

Odd.	Počet	Vysoko závislí		Stredne závislí		Ľahko závislí		Nezávislí		24 hod. dohľad
		Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	
1C - PC	56	8	12	4	4	17	4	7		28
2C	64		7		13		31	1	12	10
3C	65	4	2	10		12	2	33	2	10
1B	36	13		11		12				23
2B	35		13		5		12		5	22
3B	37		30		2		5			7
Spolu:	293	25	64	25	24	41	54	41	19	100
Celkovo:	293	89		49		95		60		100
%	100%	30,4%		16,7%		32,4%		20,5%		34,1%

Barthelov test



- Podľa výpočtu Barthelovho testu 89 (30,4%) klientov je vysoko závislých; stredne závislých je 49 (16,7%) klientov a ľahko závislých je 95 (32,4%) klientov.
- V tabuľke č. 13 sme pridali aj počet klientov, ktorí potrebujú 24 hodinový dohľad na základe ich psychického stavu, stupňa demencie alebo iných závažných psychiatrických diagnóz.
- Na odd. 1B, 2B, 3B sú všetci klienti buď vysoko závislí alebo potrebujú 24 hodinový dohľad.

Ošetrovateľské výkony – december 2008

Kód	Ošetrovateľský výkon	Oddelenie / Počet klientov						Spolu / %	
		1C	2C	3C	1B	2B	3B		
		56	64	65	36	35	37	293	
3399a	Star. o chorého s PK	0	0	1	2	2	2	7	2,4%
3400	Polohovanie á 8 hod	6	10	3	8	10	18	55	18,8%
3407	TK, TT, P	56	64	59	36	35	37	287	98,0%
3416	Aplikácia liečiva i.m.	2	1	0	4	5	4	16	5,5%
3417	Aplikácia liečiva s.c., i.c.	6	4	1	0	3	6	20	6,8%
3413	Aplikácia iných foriem liečiv	52	49	24	35	35	36	231	78,8%
3422a	Prevenca dekubitov	26	20	10	8	25	33	122	41,6%
3423a	Preväzy do 5 cm	1	5	4	8	2	7	27	9,2%
3423b	Preväzy nad 5 cm	0	0	1	0	0	2	3	1,0%
3451	Konzultácia o 1 klientovi	56	59	42	36	35	36	264	90,1%
3398	Oše. hygiena	31	28	29	19	35	24	166	56,7%
3422b	Dekubity do 5 cm	0	0	0	0	6	10	16	5,5%
3422c	Oše. dekubitov nad 5 cm	0	0	0	0	1	0	1	0,3%
3390	Odobratie sesterskej anamnézy	1	1	2	0	2	0	6	2,0%
3410	Ošetrovanie stómie	1	0	0	0	1	0	2	0,7%
3434	Odber kapilárnej krvi	0	0	11	0	10	8	29	9,9%

3449	Kontinuálna star. o umierajúceho	0	0	0	1	2	1	4	1,4%
3402	Výživa bezvládných	5	0	1	2	11	15	34	11,6%
3424	Oše. rehabilitácia	0	0	0	0	20	10	30	10,2%
3392a	Poučenie	0	0	0	0	15	12	27	9,2%
3405	Očistná klyzma	0	0	0	1	1	2	4	1,4%
3452	Prvá predlek. pomoc	0	0	0	0	0	1	1	0,3%

Stanovenie najčastejšie sa vyskytujúcich vybraných sesterských diagnóz

Vzhľadom na zdravotnú skladbu klientov:

- najvyšší priemerný vek,
- najväčší počet imobilných klientov,
- najviac inkontinentných klientov,
- najvyšší počet klientov, u ktorých sa vykonávajú ošetrovateľské výkony, sme si zvolili odd. **3B**, ktorého klienti tvoria výberový súbor.

Zamerali sme sa na najčastejšie sa opakujúce diagnózy:

- poruchy adaptácie,
- zmena správania,
- narušená celistvosť kože,
- sociálna izolácia,
- akútna bolesť,
- chronická bolesť,
- bezmocnosť,
- citová tieseň,
- zmena poznávacích funkcií,
- nedostatočná opatera.

Sesterské diagnózy

Názov	Počet klientov	V súvislosti	Počet klientov	Prejavujúca sa	Počet klientov
Poruchy adaptácie	17	s telesným a duševným hendikepom	4	odmietavým postojom k liečbe	4
A100		s nedostatkom zdrojov podpory	2	nedostatkom plánov do budúcnosti	4

Názov	Počet klientov	V súvislosti	Počet klientov	Prejavujúca sa	Počet klientov
		poruchou zmyslových orgánov	1	neschopnosťou riešiť problém	6
		s nadmernou psychickou a fyzickou záťažou	2	nezáujmom o vlastnú nezávislosť	6
		prijatím zmeny spôsobu života vo vzťahu k chorobe	6		
Zmena správania P107	8	s ochorením CNS	4	slovnými vyhrážkami a útokmi	3
		nesebestačnosťou, závislosťou na druhých	4	prest'ahovaním nábytku	3
		intoxikáciami, alkoholom, toxickou reakciou na lieky	2	útokmi na personál	2
Narušená celistvosť kože K110	19	s fyzickou imobilizáciou	12	dekubitom IV. stupňa	1
		chorobami kože	7	dekubitom III. stupňa	2
				dekubitom II. stupňa	4
				dekubitom I. stupňa	5
				ulcus cruvis	5
				spinoceľulárnym carcinomom	1
				erysipelus cruvis	1
Sociálna izolácia I110	26	s dlhodobým obmedzením aktivity	18	pocitom opustenosti a izolácie	8
		a obavami a nedôverou k druhým	1	znížením aktivity	12
		zhoršenia komunikácie	5	impulzívnym chovaním	2
		s depresiou	2	uvedomením si, že došlo k zmene v jeho vzťahoch	6

Názov	Počet klientov	V súvislosti	Počet klientov	Prejavujúca sa	Počet klientov
Akútna bolesť B110	14	so skutočným alebo možným poškodením tkanív	14	verbalizáciou, nekľudným chovaním, úzkosťou	14
Chronická bolesť B111	7	s chronickým fyzickým postihnutím	4	zmenou svalového napätia v rozmedzí od ochabnutosti až po stuhlosť	4
		so skutočným poškodením tkanív	3	bolestivým výrazom v tvári	4
Bezmocnosť B100	18	so zhoršením a poruchy fyzického stavu	6	spomalenými reakciami na podnety	4
		obmedzením aktivity z dôvodu izolácie	8	nechutenstvom	2
		so stratou súkromia	2	poruchami spánku	4
		so závislosťou od iných osôb	2	neschopnosťou plánovať	8
Citová tieseň P106	12	so zníženým záujmom rodiny o klienta	12	apatiou	2
				zlou náladou	2
				plačlivosťou	2
				duševnou tiesňou	1
				stratou schopnosti nadväzovať sociálnu komunikáciu	5
Zmena poznávacích funkcií P101	25	s kognitívnou a intelektuálnou stratou	16	klinickými znakmi choroby	25
		demenciou pri opakovaných mozgových infarktoch	4	progresívnymi kognitívnymi poruchami	16
		CMP	5	poruchami	11

Názov	Počet klientov	V súvislosti	Počet klientov	Prejavujúca sa	Počet klientov
				spoločenskej prispôsobivosti	
				poruchami krátkodobej a dlhodobej pamäte	25
				zmenami osobnosti	7
Nedostatočná sebaopatera S100-119	37	nervovo-svalovým a svalovo-kostrovými poruchami	23	neschopnosťou nakrájať si jedlo	8
		depresiou	5	neschopnosťou samostatne sa najesť	15
		poruchami pohyblivosti	23	neschopnosťou kúpať sa alebo umývať jednotlivé časti tela	37
				neschopnosťou obliekať alebo vyzliekať jednotlivé časti odevu	24
				neschopnosťou udržať svoj osobný vzhľad v primeranom stave	6
				inkontinencia moču a stolice	30

- Uvádzame len niektoré sesterské diagnózy, ktoré boli stanovené u klientov vybraného súboru.
- U vybraného súboru boli stanovené takmer všetky diagnózy zo zoznamu diagnóz podľa Prílohy č. 5 (neboli stanovené diagnózy D110-113 dožičenie a Z100-109 zmyslové vnímanie).
- U každej klientky vybraného súboru boli stanovené minimálne 4 resp. maximálne 9 sesterských diagnóz.

NÁVRHY PRE PRAX

Jednotlivé odporúčania pre prax sme získali na základe jednotlivých vyhodnotení obsahových analýz. Návrhy rozdeľujeme do nasledovných oblastí:

A) Pre legislatívne návrhy

Novelizácia zákonov NR SR:

- Č. 576/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou – MZ SR
- Č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, stavovských organizáciách a zdravotníckych pracovníkoch – MZ SR.
- Vyhláška MZ SR č. 109 /2009 , ktorou sa ustanovuje výber zdravotných výkonov z katalógu zdravotných výkonov, ktoré v zariadeniach sociálnych služieb vykonávajú zamestnanci zariadenia sociálnych služieb.

B) Pre zriaďovateľa a vedenie DD a DSS Likavka

- Prehodnotiť štruktúru jednotlivých oddelení zariadenia. Zamerať sa na klientov, ktorí potrebujú 24 hodinový dohľad, aby neboli umiestňovaní na chodiace oddelenia.
- Príprava projektov pre zabezpečenie oddelení so zvýšenou starostlivosťou.
- Obnova existujúceho zariadenia – hlavne sanitárne časti.
- Zabezpečiť možnosť pravidelnej návštevy odborných lekárov – urológa, chirurga.
- Zamerať pozornosť na výučbu odborníkov na problematiku mentálneho zdravia a výchovy k zdraviu, ktorí by sa mohli kvalitnejšie pripraviť na špecializované ošetrovateľské postupy pre mentálne postihnutých, seniorov a v starostlivosti o terminálne chorých klientov.
- Zvýšiť počet odborných pracovníkov (sestier) na oddeleniach pre gerontopsychiatrických a imobilných klientov v DD a DSS Likavka ako aj počet sanitárov – mužov.
- Zabezpečiť pomôcky pre zníženie fyzickej záťaže pri manipulácii s imobilnými klientmi.

Zmyslom navrhovaných legislatívnych zmien je prepojenie zdravotno- sociálnej starostlivosti a poskytovanie kvalitnej **komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti** v zariadeniach sociálnych služieb.

Zdravotná skladba klientov vo vybraných DD a DSS

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

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

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

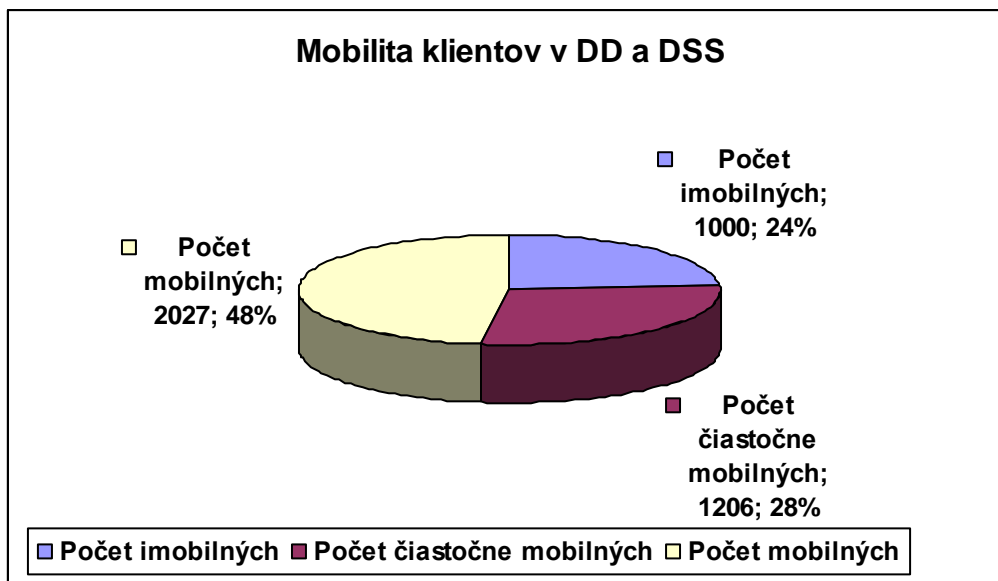
Z prieskumu vyberám vybrané charakteristiky zdravotnej skladby klientov:

- tabuľka o počte a zdravotnej skladbe klientov DD a DSS
- mobilita klientov DD a DSS
- vybrané diagnózy klientov DD a DSS

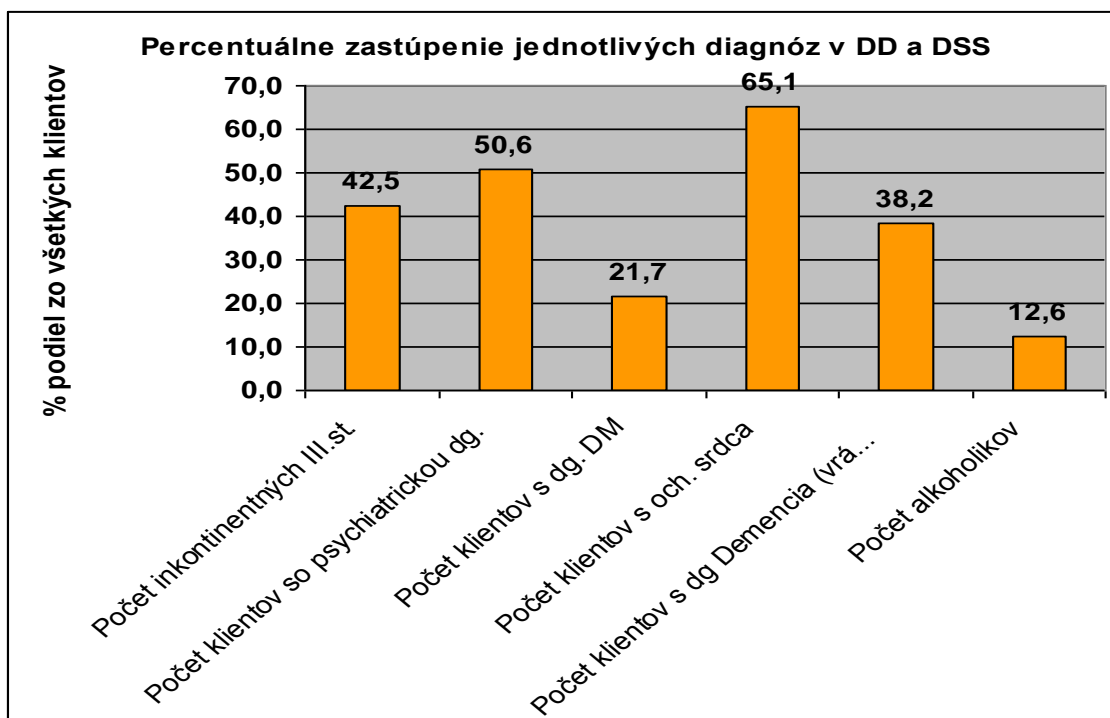
Zdravotná skladba klientov vo vybraných DD a DSS

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

Mobilita klientov vybraných DD a DSS



Zdravotná skladba diagnóz klientov vybraných DD a DSS



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

- 52% klientov má problémy s mobilitou
- 38% klientov trpí niektorým druhom demencie
- 50% klientov má závažnú psychiatrickú diagnózu
- 42% je inkontinentných III. stupňa.²²

²² SK SaPA, Zdravotná skladba klientov v zariadeniach sociálnych služieb, 2007

Tento prieskum SK SaPA poskytla MPSVaR SR aj MZ SR a tým možno prispela k tomu, že v novom zákone o sociálnych službách sa ošetrovateľská starostlivosť už môže aj poskytovať nielen zabezpečovať.

ZÁVER

Dlhý život patrí medzi hlavné úspechy dvadsiateho storočia. Pohľad do súčasnosti nasvedčuje, že to bude storočie ľudí tretej generácie. Vo vyspelých krajinách sveta stále viac vystupuje do popredia problém starostlivosti o starých ľudí. Je prirodzenou túžbou dožiť sa v čo najlepšom zdraví vysokého veku a dožiť svoj život čo najkvalitnejšie, obklopený pozornosťou a starostlivosťou.

Demografický vývoj a nutnosť zabezpečiť lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť starým ľuďom si vyžiadalo vznik geriatrickej a následne aj vznik geriatrickej ošetrovateľstva, ktoré patria medzi najmladšie vedné odbory. Zatiaľ čo predmetom geriatrickej je prevencia, diagnostika a liečba chorôb starých ľudí, geriatrické ošetrovateľstvo sa rozvíja ako lepšie organizovaný systém uspokojovania biologických, psychických, ale aj sociálnych a spirituálnych potrieb starých ľudí nielen v nemocniciach, liečebniach, ale aj v zariadeniach sociálnych služieb, v ktorých títo ľudia žijú a kam patria aj klienti žijúci v DD a DSS Likavka.

Komplexná starostlivosť o starých ľudí vyžaduje nielen dobrú koordináciu väčšiny klinických odborov ako medicíny, sociálnej starostlivosti a rehabilitácie, ale v súčasnom nespornom demografickom vývoji v prospech staršej generácie sa do popredia dostáva najmä ošetrovateľská a opatrovateľská starostlivosť nielen doma a v rodinách, ale aj v Zariadeniach sociálnych služieb, v ktorých dočasne či trvale starí ľudia žijú.

Domovy dôchodcov sú stále jednou z najrozšírenejších foriem starostlivosti o seniorov. Štruktúrou klientov a ich zhoršujúcim sa zdravotným stavom sa podobajú skôr nemocnici než Domovu sociálnych služieb. Klienti sú väčšinou prijímaní z liečební pre dlhodobu chorých, doliečovacích oddelení nemocníc a pod. Obligátne veta na konci prepúšťacej správy „pacienta prepúšťame v stabilizovanom stave“ často v preklade znamená, že starý človek je prepustený s nasledovnými dlhodobými a chronickými medicínskymi a ošetrovateľskými problémami:

- Čiastočná alebo úplná imobilita.
- Inkontinencia moču a stolice.
- Deteriorácia intelektových, mnestickej a kognitívnych funkcií a s nimi súvisiacimi diagnózami ako je Alzheimerova choroba a pod.

Na predchádzajúce problémy potom nadväzuje rôzny druh a stupeň deficitu sebaobsluhy a sebaopatery v základných denných činnostiach, vysoká polymorbidita (3 – 15 diagnóz u jedného klienta), polypragmázia liekov (jeden klient užíva desať i viac druhov liekov), časté sú prejavy maladaptácie starého človeka na nové prostredie.

Na základe týchto skutočností môžeme smelo skonštatovať, že väčšina klientov Domova dôchodcov pre svoj stále sa zhoršujúci zdravotný ale i sociálny stav, potrebuje 24 hodinovú starostlivosť.

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

Sestry v zariadeniach sociálnych služieb starajúce sa o starých a často krát chorých klientov, robia svoju prácu nielen ako povolanie, ale vzhľadom na dané podmienky predovšetkým ako poslanie, uvedomujúc si, že nie sú pre starého človeka len poskytovateľkami ošetrovateľskej starostlivosti, ale často i priateľkami, deťmi, súrodencami a najbližšími príbuznými v jednej osobe. Tých všetkých im musia svojou prácou a starostlivosťou z rôznych dôvodov nahradiť.

Starostlivosť o seniorov predstavuje zložitý problém a je neľahkou úlohou nielen pre zdravotníckych pracovníkov. Veľmi dôležité je snažiť sa pochopiť a rešpektovať potreby seniorov a zaistiť im zodpovedajúcu kvalitnú ošetrovateľskú starostlivosť. Tá by mala byť zaistená predovšetkým dostatočným počtom kvalifikovaného personálu.

Dôraz sa dáva na kvalitu života, ktorú môžu ovplyvniť nielen zdravotníci, ale celá spoločnosť. Mali by sme sa usilovať o vytváranie čo najlepších podmienok v starostlivosti o starých ľudí.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BALKOVÁ, D.: *Gerontologické ošetrovateľstvo*, Prešov: PV, 2006, ISBN 80-8068-525-8.
2. ČORNANIČOVÁ, R.: *Edukácia seniorov.*, vyd.1. Bratislava: FF UK, 1998, ISBN 80-223-1206-1.
3. FARKAŠOVÁ, D.: *Ošetrovateľstvo – teória*, Martin: Osveta, 2001, ISBN 80-8063-086-0.

4. HEGYI, L: *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*, Trnava: Slovak academic press, 2001. ISBN 80-89908-80-9.
5. JANOŠIKOVÁ, E.: *Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*, Martin: Osveta, 1999, ISBN 80-8063-017-8.
6. NR SR.: *Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov*
7. NR SR.: *Zákon 448/2008 Z.z. o sociálnych službách*
8. PACOVSKÝ, V.: *O stárnutí a stáří*, Praha: Avicenum, 1990, ISBN 80-201-9076-8.
9. POLEDNÍKOVÁ, L.: *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*, Martin: Osveta, 2006, ISBN 80-8063-208-1.
10. SK SaPA: *Zdravotná skladba klientov v zariadeniach sociálnych služieb*, 2007
11. TOPINKOVÁ, E.: *Geriatric pro praxi*, Praha: Vydavatelství Galén, 2005, ISBN 80-7262-365-6.

ADAPTAČNÍ PROCES STUDENTŮ OŠETŘOVATELSTVÍ NA GERONTOLOGICKÝCH PRACOVIŠTÍCH

Anna Krátká, Markéta Valentová, Silvie Treterová

Ústav ošetrovatelství, Institut zdravotnických studií Fakulta humanitních studií Univerzita
Tomáše Bati ve Zlíně.

Souhrn

Součástí vzdělávacího kurikula studentů ošetrovatelství je mimo jiné praktická výuka na gerontologických pracovištích. V péči o seniory jsou uplatňována určitá specifika, která mohou studenty překvapit, pokud nejsou na tuto konfrontaci s realitou dobře připraveni. Autorky se ve svém příspěvku zamýšlejí nad tím, jak může být adaptace studentů na interakci se seniory podpořena, a to nejen akademickými pracovníky, ale také ostatními členy multidisciplinárního týmu, kteří se na péči o seniory podílí.

Klíčová slova: Senior. Student. Praktická výuka. Adaptace. Kvalita péče.

Summary

The educational curriculum of nursing students is also practical instruction in the gerontological work. Taking care of the elderly are being taken certain specific features that may surprise the students, if not on the confrontation with reality well prepared. Author in his contribution to ponder how it may be an adaptation of students to interact with seniors supported, not only academics, but also other members of the multidisciplinary team who care for the elderly involved.

Key words: Senior. Student. Practical training. Adaptation. Quality of care.

Úvod

Stárnutí je přirozený fyziologický proces, při němž organizmus postihuje řada změn, které se týkají oblasti tělesné, psychické a sociální. Zmíněné změny mají zásadní význam v soužití s nejstarší generací, ať už se to týká života v rodině nebo při ošetrovatelské péči ve zdravotnických či sociálních zařízeních. Tato skutečnost se nepochybně týká kromě zdravotnického personálu také studentů, kteří na gerontologických pracovištích plní praxi.

Kromě akceptování změn je třeba v interakci se seniorem respektovat jeho autonomii, ale především důstojnost. Péče o seniory má svá specifika a to nejen v přístupu k nim samotným, ale také ve způsobu uspokojování jejich potřeb a plnění ošetrovatelských intervencí. Je velmi důležité, aby studenti byli na tato specifika dobře připraveni, protože jedině tak praxe plní svůj účel. Každý nový pracovník, který nastupuje na konkrétní pracoviště, prochází adaptačním procesem a studenta lze za „nového pracovníka“ také považovat.

Metodika

Příspěvek je teoretického charakteru. Autorky se zamýšlejí nad situací studentů ošetrovatelství, kteří plní praxi na gerontologických pracovištích. Upozorňují na nutnost přípravy studentů ze strany vzdělávací instituce, ale také podpory formou adaptačního procesu na konkrétním klinickém pracovišti.

Vlastní text práce

Adaptační proces je začlenění nového pracovníka, v našem případě studenta, do pracovního týmu na gerontologických pracovištích. Celý proces musí být řízen a jeho hlavním cílem je snazší začlenění studenta do multidisciplinárního týmu pečujícího o seniory, a to tak, aby mohl uplatnit své znalosti a dovednosti získané během teoretické výuky. V průběhu adaptačního procesu pak dochází k doplňování, prohlubování a upevňování žádoucích dovedností, které jsou potřebné k uskutečňování specifické ošetrovatelské péče na gerontologii.

Adaptační proces v každém případě podporuje samostatnost a odpovědnost studentů a následně posiluje jejich sebevědomí.

Průběh adaptace studenta ovlivňuje několik faktorů:

- osobnost studenta (osobnostní vlastnosti, komunikační dovednosti, odpovědnost, zájem o práci),
- předchozí zkušenost studenta v interakci se seniorem (např. v ambulancích praktických lékařů, v domovech pro seniory, ale i v rodině),
- teoretická připravenost studenta (znalost ontogenetického vývoje člověka, změn ve stáří, znalost specifík ošetrovatelské péče u seniorů),
- to, jak je na oddělení student přijat,
- osobnost sestry, pod jejímž vedením student pracuje,
- skladba pacientů (nároky na ošetrovatelskou péči),
- chování sester a ostatních zdravotníků k seniorům,

- délka praxe na pracovišti,
- celkové klima na pracovišti.

Pro úspěšnou adaptaci studenta považujeme za nejdůležitější jeho *první kontakt s pracovištěm*, to, jak je přijat a jak je zapojen do multidisciplinárního týmu. Především jestli opravdu pracuje společně s ostatními sestrami (working together), ve vzájemné kooperaci nebo jen izolovaně plní jejich pokyny. Interdisciplinární spolupráce je ve zdravotnictví nezbytná a vyznačuje se soudržností, efektivní komunikací a společným cílem všech zúčastněných. Hlavním cílem členů týmu na gerontologických pracovištích je uspokojit specifické potřeby seniorů a zvýšit tak kvalitu jejich života. Student si musí být vědom toho, že i on může tuto skutečnost významně ovlivnit svým přístupem. Proces uspokojování potřeb seniora bývá spojen s překážkami a problémy, které patří k životu. Když se však překážky nebo obtíže stanou neúměrně velkými s ohledem na možnosti člověka, může se jeho adaptace zhroutit. Nepříznivé důsledky se pak projevují v jeho prožitcích, chování i zdravotním stavu (Zacharová, 2007, s. 53). Předpokládáme, že studenti mají gerontologická pracoviště zařazena do plánu praxe až v době, kdy znají zákonitosti ontogenetického vývoje člověka a jsou teoreticky seznámeni se změnami ve stáří, protože seniorská věková skupina se vyznačuje zvláštní *tělesnou i duševní „křehkostí“* (Cichá, Dorková, Krátká, 2010, s. 14). Většina studentů má již vlastní zkušenost s komunikací se seniory v běžném životě, přesto však mohou být při konfrontaci s realitou v klinické praxi zaskočeni. Ze zkušeností víme, že se studenti nejvíce obávají *setkání s beznadějí, bolestí, utrpením nebo dokonce smrtí*, někdy mají strach, že nesplní očekávání sester nebo seniorů. Je proto nezbytné, aby cítili podporu ze strany sester, pod jejichž vedením pracují.

A jak mohou být studentům sestry nápomocné v procesu adaptace?

- **Vlídny** přijetím a přístupem, kdy studenty přijmou po dobu praxe do kolektivu, projeví jim důvěru a oslovují je jménem. Studenti tak přestávají být anonymní a posiluje se tím jejich odpovědnost za vykonanou práci.
- **Osobním příkladem sester profesionálek**, především to, jak se chovají k pacientům a k sobě navzájem, jak dodržují předepsané postupy, protože právě tady se studenti dostávají do vnitřního konfliktu. Ve škole se učí ošetrovatelské postupy podle standardů a v praxi je některé sestry, které jim mají být vzorem, nedodržují. V horším případě dokonce zrazují studenty od jejich dodržování s odůvodněním, „že na to není čas“. Studenti citlivě vnímají také to, jak je vedena ošetrovatelská dokumentace, a to jednak její pravdivost a také jestli nejsou dodatečně doplňovány některé údaje.

- Podporou a ujištěním, že zdravotník „není všemocný“ a že péče směřuje ke **zvýšení kvality života** seniora a k **polidštění** všech intervencí.
- Tím, že se studenty mluví o tom, **co cítí** a zajímají se o to, jak **prožívá** problémové situace student. Velkou pozornost je třeba věnovat pocitům studenta, který je konfrontován se smrtí pacienta, ten může prožívat i určitou formu *truchlení*. Sestra by neměla situaci zlehčovat, a měla by studentovi umožnit, aby se ze svých pocitů „vypovídal“. Student by měl cítit, že za každých okolností je na pracovišti projevována **úcta k životu** a posilována **důstojnost člověka**.
- Důsledností a **laskavou přísností** při vedení studenta, analýzou problémových situací, poukázáním na důsledky jeho činností. Tady je nutná spolupráce a jednota s akademickými pracovníky.
- **Spravedlivým ohodnocením** práce a snahy studenta. Pochvalou za to, co se mu povedlo, ale také upozorněním na nedostatky jeho práce.

Centrum praktické výuky

Dobré adaptaci studentů, a to nejen na gerontologických pracovištích, v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. (dále jen KNTB), významně napomohl vznik *Centra pro praktickou výuku zdravotnických oborů a aplikovaného výzkumu Fakulty humanitních studií*, které se nachází přímo v areálu nemocnice. Studenti zde mají zázemí v podobě šaten a prostoru k odpočinku během přestávek, ale také možnost konzultovat v případě potřeby s akademickými pracovníky konkrétní problémy spojené s praxí. Přesto, že spolupráce mezi fakultou a nemocnicí byla vždy výborná, o čemž svědčí i zřízení pozice *Metodika praktické výuky v KNTB*, vznik centra přispěl k prohloubení spolupráce mezi jednotlivými institucemi v tom smyslu, že je možné pružněji reagovat na potřeby praxe.

Závěr

Domníváme se, že pokud bude věnována zvýšená pozornost adaptaci studentů při plnění odborné praxe, projeví se to v jejich přístupu k seniorům. Práce týmů na gerontologických pracovištích by měla být vždy zaměřena na posílení důstojnosti pacientů a v jejich prospěch.

Na tuto skutečnost by neměli zapomínat ti, kteří jsou pro studenty vzorem.

Verba movent, exempla trahunt – Slova povzbuzují, ale příklady táhnou.

Seznam bibliografických odkazů

1. CICHÁ, M., DORKOVÁ, Z., KRÁTKÁ, A. Kvalita profesionální péče o seniory – v otázkách a odpovědích, *In JUŘENÍKOVÁ, P. (Eds.) Sborník 5. Mezinárodní konference všeobecných sester a pracovníků vzdělávajících nelékařská zdravotnická povolání*, s. 13-16. Brno: NCO NZO, 2010. 106 s. ISBN 978-80-7013-514-3.
2. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
3. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
4. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Kontaktní adresy autorek

Mgr. Anna Krátká; Mgr. Markéta Valentová, Mgr. Silvie Treterová

Fakulta humanitních studií UTB ve Zlíně

Institut zdravotnických studií

Ústav ošetrovatelství

Mostní 5139

760 01 Zlín

kratka@fhs.utb.cz; valentova@fhs.utb.cz, treterova@fhs.utb.cz

ŽENY A PROCES STÁRNUTÍ

Jana Křemenová, Helena Fremlová

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Institut zdravotnických studií, Ústav porodní asistence

Souhrn

Autorky v článku popisují vývojové změny ženského organismu spojené s klimakteriem, perimenopauzou a menopauzou. Komentují období přípravy na stárnutí a stáří z pohledu genderové problematiky, multikulturních specifik, socio-ekonomického statutu ženy v moderní společnosti. Zvláště podrobně se touto problematikou zabývají z pohledu zdraví fyzického a psychického, uvádějí přehled fyziologických změn spojených s uvedeným životním a vývojovým obdobím. V závěru článku upozorňují ve formě otevřených otázek na problémy a paradoxy, které přináší vývoj moderní společnosti a změny struktury společností uznávaných hodnot.

Klíčová slova: Vývoj. Změna. Stáří. Krize. Zrání. Žena. Klimakterium. Perimenopauza.

Abstract

The authors describe developing changes of female organism associated to menopause and climacterium. They cement the period of getting ready for ageing process and senility by the view of gender, multicultural specifics, socioeconomic statute of women in the modern society. They especially describe those problem from the view of physical and psychic health, They give review of physiological changes associated to described life period. In the end of the article they give open questions about the problems and paradoxes of modern society in the case of change the social values quality structure.

Key words: Development. Change. Senility. Maturity. Woman. Climacterium. Menopause.

Motto:

„Ve stáří není krásnější útěchy, než že jsme všechnu sílu svého mládí vložili do děl, jež nestárnou s námi.“

Arthur Schopenhauer

„Nemůžeme žít životní odpoledne podle programu životního dopoledne; to, co bylo velké ráno, bude malé večer, a co bylo pravdou ráno, se večer stává lží.“

Carl Gustav Jung

Stručný genderový pohled na úvod

Život a stárnutí jsou spolu neoddělitelně spjaté. Ignorovat stárnutí znamená popírat životní zkušenost. Stárnutí je vždy výsledkem a dalším pokračováním životního běhu. Přibývajících roky života jsou velkou a dnes nikoliv vzácnou hodnotou. Stáří je přímou zkušeností stále se zvětšujícího počtu lidí. I stárnutí je součástí vývoje, permanentního procesu, omládnout není možné.

V úvahách o stárnutí jsou ženy popisovány jako skupina, která stárnutím nejvíce trpí. Trpí ageismem (diskriminace dle věku) a sexismem (diskriminace dle pohlaví). Mluví se zejména o fyzickém stárnutí žen. Chybí pozitivní pohled na proces stárnutí ženy.

Moderní společnost západní kultury v současnosti přistupuje genderově k procesu stárnutí u žen a mužů, jak z pohledu pracovní kariéry, kdy muži častěji pracují v atraktivnějších pozicích než ženy a ženy mají kariéru několikrát přerušenu péčí o děti a rodinu, přičemž práce v domácnosti není západní kulturou vnímána jako práce, tak z pohledu možností ekonomického zabezpečení ve stáří, kdy výše starobního důchodu vychází z disproporce platů mezi ženami a muži, ženy jsou na pracovním trhu vnímány jako staré podstatně dříve než muži.

V tradiční společnosti pod vlivem patriarchálního uspořádání má nejvyšší sociální status starý muž, žena v souvislosti s věkem získává na svém postavení, ale statusu muže nedosahuje.

Statistiky ukazují, že ženy se dožívají vyššího věku než muži, je tedy logicky více vdov, odborná literatura se věnuje pojmu vdovství, podstatně méně je zmiňováno vdovectví. Tradice také říká, že muž má být starší, protože žena ho obvykle přežije. Muž si tedy může najít mladší partnerku ve vyšším věku, jeho nové manželství je vnímáno přirozeněji, než pokud žena ve vyšším věku vstupuje do dalšího manželství. Tyto skutečnosti způsobují i změny sebepojetí a sebehodnocení stárnoucí ženy.

Zajímavá je fascinace společnosti ženou, která ve vyšším věku dobře vypadá, je přitažlivá, dokonce sexuálně aktivní. Atraktivita ženy je však spojena s plastickými operacemi, retuší fotografie, kosmetickými preparáty, doplňkovými hormony. Společnost je tedy fascinována něčím nepřirozeným.

Fyzické stárnutí je dáváno do kontextu se vzhledem ženy, žena se za své stárnutí stydí, skrývá své tělo, tají svůj věk a je vnímána jako asexuální bytost. Menopauza, která je normálním procesem ve vývoji ženského těla, je vnímána jako konečná fáze, jako by tělo přestalo být zdravé. Menopauza je spojována s nemocemi, poruchami, depresemi.

Není poukazováno na fakt, že mnoho žen ve spojitosti s postupně nabývanou životní empirií, je stále více spokojeno se svým tělem, kterému dobře rozumí, v porovnání s mladšími ženami starší ženy hodnotí svůj zevnějšek s větší pozitivitou. Již dávno se osvobodily od ideálů krásy, nemají obavy z konfrontace s mladými ženami. Přirozenost stárnutí umožňuje ženě akceptaci sebe sama, nejen své tělesnosti, ale i své vyvíjející se osobnosti.

Život ženy jako přechod z jedné očekávané změny do druhé

Slovo přechod má pro ženu několik významů. V tomto smyslu znamená pohyb v čase od získání zkušenosti k postupnému získávání mnoha dalších zkušeností až k předání svého duchovního odkazu. V průběhu času prochází svým vlastním zrozením, dětstvím, dospělostí, postupným přijímáním odpovědnosti za svůj život i život druhých, partnerstvím, rodičovstvím, společenskou a profesní kariérou, stárnutím, stářím, smrtí blízkých a smrtí vlastní se její pozemský život uzavírá.

Přechod v životě ženy znamená pohyb od jedné očekávané životní změny ke druhé, v nichž žena prožívá „přechodové“ čili tranzitorní krize. Po většině z těchto změn žena přirozeně touží, mnohé chápe jako nevyhnutné. K mnohým se svobodně rozhoduje. Nevyhnuté stárnutí a stáří přijde, aniž by se žena mohla rozhodnout. Je třeba, aby byla rozhodnutá se připravovat k jeho přijetí a prožívat jej v takové kvalitě, kterou sama může svobodně ovlivnit.

Příprava na klimakterium a perimenopauzu jako příprava na přirozené a vyrovnané stárnutí

Průměrná délka života ženy se v průběhu 20.století prodloužila o 30 let, ale trvání funkčního období vaječnicků se nezměnilo.

Klimakterium = přechod, perimenopauza je období mezi fertlím věkem ženy a počínajícím obdobím stárnutí = sénia, kdy dochází k vyhasínání ovariálních funkcí. Fyziologicky probíhá v období od 45. do 60. roku věku.

Období klimaktéria bývá prezentováno jako období složitých hormonálních změn v těle ženy, které ne vždy ženin organismus přijímá bez obtíží. Jsou zdůrazňovány především

obtíže, které žena s úzkostí očekává. Postupný zánik ovariální činnosti ovlivňuje ostatní systémy. Celkově může být narušena fyziologická vyladěnost organismu a jeho rozladění se může projevat v oblasti vegetativní i psychické. Příkladem mohou být změny vazomotoriky, metabolismu, ženy mívají střídavé pocity horka a zimy, návaly krve do hlavy, pocity bušení srdce, bolesti hlavy, kloubů, noční pocení, stěžují si na nespavost.

Často ženy prožívají úzkost, pláčí, jsou popudlivé, náladové, mají pocit, že se jim zhoršuje paměť schopnost koncentrace. Málo si věří, obtížně se rozhodují. Bojí se dalších chorob, aterosklerózy, tromboembolické nemoci, osteoporózy, úrazů a zlomenin, urogenitálních obtíží, změn kůže, nádorových onemocnění a obezity. Mění se jejich sebepojetí, je narušen jejich sebeobraz.

Žena dlouhodobě prožívá krizi, bojuje s pocitem ztráty, prochází procesem rozloučení se svým významným životním obdobím a hledá východisko z krize.

Ideálem by byla adekvátní reakce ženy, která se dobře adaptuje na další životní období, v podstatě jej vítá, protože ho očekává a má pocit patřičnosti ke skupině ostatních žen podobného věku a projevů chování. Nejspíše se opírá o svoje pozitivní zkušenosti získané v předcházejících životních obdobích. Má pocit spokojenosti z naplněných životních cílů a splněných úkolů. Cítí podporu v rodině, partnerovi, úspěšně dále pokračuje v profesní kariéře.

Některé ženy zejména s malou mentální kapacitou, přistupují pasivně až rezignovaně, nehledají informace, útrpně přijímají „svůj úděl“, dále „těžce“ pracují a v podstatě se po čase poměrně dobře adaptují. Někdy však na sebe přestávají dbát, ztrácejí tak sexuální atraktivitu. Pro ženy, pro které jsou důležité fyzické aspekty ženství, které do svého „mládí“ hodně investovaly, je klimakterium velkým strašidlem. Na menopauzu reagují neuroticky. Bývají velmi často úzkostné, předrážděné, někdy mají sklon k depresi. Mají strach ze stáří, nemocí, stávají se často až hypochondrickými.

Ženy, které se soustředí pouze na rodinu, domácnost, jejichž sociální status není příliš vysoký, mívají s klimakteriem větší obtíže, jsou často až depresivní. Zejména po odchodu dětí z rodiny si jen obtížně staví novou budoucnost.

Obecně u pesimistických žen je problémem přestavět stereotypy, změnit komunikační mechanismy v rodině, v partnerství, v sociálním okolí ženy.

Optimistické ženy vítají šanci na nový směr jejich partnerství, těší se na ekonomickou nezávislost dětí, užívají si získané množství času pro sebe, těší se na prarodičovství. Nacházejí další životní cíle. Ne vždy se ženy opuštěné svými partnery stávají pesimistickými. I když jejich situace je velmi komplikovaná, protože prožívají kumulaci krizí, kdy ke krizi očekávané, vývojové se přidává ještě nečekaná krize ze ztráty stabilního partnerství. Pokud

dokáže žena tímto bolestným obdobím projít s pocitem získání dalších životních zkušeností, nabývá pocitu svobody a optimismu k nové budoucnosti.

Bezdětné ženy si racionálně uvědomují, že klimaktériem ztrácejí definitivně možnost stát se matkou i v případě, že je nikdy mít nechtěly nebo nemohly.

Moderní se stává až hyperaktivita žen, které s obdobím klimaktéria a zároveň s obdobím odlehčení od povinné péče o děti a rodinu, začínají „nový“ život, spojený se zvýšenou pracovní, partnerskou, sexuální, společenskou, případně i politickou aktivitou. Tyto ženy většinou naopak vidí v tomto životním období řadu pozitiv a s klimaktériem problém nemají. Ukazuje se, že zájmy ženy realizované i mimo rodinu jsou prospěšné jí samé i rodině. Psychologické a psychosomatické změny v životě ženy v období perimenopauzy a menopauzy jsou ovlivněny nejenom fyziologickými pochody v jejím těle, ale také rodinnou situací, kdy děti odcházejí z domu, partnerovou osobností, jeho životní situací, situací stárnoucích a stále závislejších rodičů, profesí ženy a jejím postavením v práci, kulturními podmínkami dané společnosti, hodnotami a tradicemi, které společnost vyznává. Záleží rovněž na míře vzdělanosti žen, na životním stylu, který převážně ženy preferují, na způsobu výživy a tělesné konstituci žen, obezitě, chronických nemocech, na kouření a spotřebě alkoholu.

Obecně platí, že klimakterické obtíže mají ženy méně často v zemích, kde je vysoký společenský status staré ženy. V některých kulturách spolu s menopauzou stoupá společenské postavení ženy, kdy menopauza je významným životním předělem.

Otázky k zamyšlení na závěr

Při pohledu na současný vývoj naší společnosti se nabízí otázka, jak bude reagovat na perimenopauzu a menopauzu žena, která porodí své první dítě v souladu s moderními trendy populačního vývoje (nebo jako výsledek velmi pokročilé léčby sterility) po 35. – 40. roce věku i později a tedy v čase přirozeného klimaktéria bude zároveň matkou 10 – 15-letého dítěte? Jak bude vnímat svůj biologický věk v souvislosti s pubertou svého dítěte a zároveň s fyziologickou reakcí svého organismu? Budou působit podpůrné hormony na fyzický stav žen i na jejich psychickou kondici? Jak budou přistupovat muži ke svým partnerkám, když v tomto věku jejich profesionální kariéra vrcholí a na muže čekají mladé milenky? Najdou ženy ve vyšším věku dostatek sexuální odvahy a dostatek sexuálních partnerů, když mnozí muži již mají partnerky mladší a nebo předčasně umírají či je trápí různé život ohrožující nemoci? Jak se budou vyvíjet postoje společnosti ke kráse, mládí, sexuální atraktivitě nejen, ale i mužů? Jak se budou vyvíjet postoje ke stárnutí a stáří, menopauze a andropauze obecně?

Seznam bibliografických odkazů:

1. BAŠTECKÁ, B. a kol., *Terénní krizová práce*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0708-X.
2. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
3. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7
4. ŠPATENKOVÁ , N. a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0888-4.
5. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Kontaktní adresa autorky:

Mgr. Jana Křemenová
Ústav porodní asistence
Institut zdravotnických studií
Fakulta humanitních studií
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Příluky 372
76001 Zlín
kremenova@fhs.utb.cz
tel: +420 577 008 139

OSOBY BEZ PŘÍSTŘEŠÍ A ZDRAVOTNÍ RIZIKA

František Kuba

Katedra psychologie a sociální práce, Filozofická fakulta, Ostravské univerzity v Ostravě

Resume

There is not an effective housing policy so far as a set of actions created by the state, municipality or organizations. Nevertheless, a social doctrine of the state should also anticipate the need of living of lower income groups. Illogical and fast increasing of prices of food, energy, fuelling, medicine, flats, lodgings, etc. cause a deformation of household budgets of most of inhabitants of the Czech Republic.

Long-term unemployment, low old-age and invalid pensions, low literacy of Romany ethnic group and illegal emigration from the East affect the labour market, make criminality potential and expand the zone of grey economy. They are, together with Czech prison service and postpenitenciar care, sources of homelessness in all its forms.

Klíčová slova: Ekonomizace. Sociální exkluze. Epidemiologická rizika. Následky abúzu. Mortalita. SWOT analýza. Neproduktivní náklady.

Globalizace a dopady v sociální práci

Roland Anhorn uvádí, že s krizí fordisticko-keyneského formování společnosti začal od poloviny 70. let plíživý proces *základní změny společenských podmínek sociální práce*, který se masivně zrychluje od 90. let. Jeho následky se dnes dají vyčíst v novém rozměru a kvalitě poměrů sociální nerovnosti a sociálního vyloučení, které jsou vlastně považovány za překonané. Nové výzvy, které jsou kladeny na sociální práci, s jasnými tendencemi polarizace a rozštěpení společnosti, mohou být v oblasti tvoření teorie pouze podmíněné a nevycházejí z praxe sociální práce. Ta se v průběhu své ekonomizace, konkurence a manažerství podrobila zesílené odpovědnosti a kontrole svých adresátů, která odpovídá funkční logice a která je na celkové společenské úrovni příčinou systematického vytváření a prohlubování poměrů sociální nerovnosti a vyloučení.

Otázky sociální nerovnosti ve *vertikálních dimenzích* vykořisťování a útlaku, rozdílů mocenských a vládních zdrojů, nestejného rozdělení společenského bohatství uvnitř integrované většiny, stejně jako společnosti coby celku jsou již tendenčně přehlíženy

vědeckými analýzami a politickou pozorností, takže je vyloučení jako problém doslova určen periferními fenomény a ne strukturními charakteristickými znaky v centru společnosti. Řešení sociálního vyloučení se tak redukuje na otázku individuálního *přechodu hranice* od vnějšku do vnitřku, zatímco struktury a procesy v jádrové oblasti, které kontinuálně generují sociální vyloučení lidí, zůstávají nedotčeny (R. Anhorn, 2005: 11).

Proto již ne chudoba, ale sociální exkluze. *Řešení sociálních problémů po vertikále sociálních nerovností* je pro tržně-modelové vědce nepopulární. Proto jsou zástupně nahrazovány askriptivními popisy, jak uvádějí M. Kronauer, 2002; P. Mareš, 2004, rovněž A. Žilová, 2005.

Domníváme se, že *deskriptivními osami sanace sociální exkluze* jsou (podobně jako v jiných oborech) *procesy screnneningu a monitoringu*. Z toho plyne, že po zpracování dat s relevantním komentářem, obdržíme informace, které by měly vést k mezirezortnímu přístupu, s průměty do fakultních a městských nemocnic, příslušných ambulancí, krajských hygienických stanic, Státního zdravotního ústavu, lékařských fakult, fakult sociálních studií, nestátních neziskových organizací a zejména samosprávy (viz zákon o obcích).

Je logické, že při řešení dané problematiky, na regionální, národní a mezinárodní úrovni, by měly být integrovány ekonomické, empirické a teoretické kapacity, které v dané oblasti praxe a výzkumu působí. Vcelku je tedy jasné, co je třeba udělat, aby se sociálně-patologická situace postupně zlepšovala. Přibližně dvacet let po pádu tzv. byrokratické totality ale vzniká naléhavá společenská otázka: Proč tomu tak v sociální realitě není?

Nekonzistentní přístup veřejné správy k fenoménu Bezdomečtví

Ambulantní lékaři, specialisté, psychiatři, psychologové, zdravotní sestry, streetworkeri, sociální pracovníci v nízkopráhových centrech a azylových domech a dobrovolníci dobře vědí, že jejich bio-psycho-sociální aktivity mají spíše nesystematický, akutní charakter. Proti jejich profesním a etickým přístupům působí *proces* ekonomizace a manažerizace na slapové vlně *privatizace veřejného prostoru* realizovaný politicko-podnikatelskými skupinami.

Přesto je třeba věnovat stálou pozornost zdravotnímu stavu občanů postižených sociální exkluzí, zejména tzv. *Roofless bezdomovců v pozici single*. V tomto duchu je orientován sborník D. Šupkové a kol. *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR (2007)*, který se stal součástí projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR.

Je dostatečně známo, že pokud mívá klient opakovanou zkušenost s odmítnutím žádosti o poskytnutí zdravotní péče, stává se, že další pomoc již nevyhledává. Proto je

nejobtížnější zajistit péči (a tím i monitorovat epicentra nakažlivých chorob) lidem, kteří péči nejen nevyhledávají, ale záměrně se jí vyhýbají.

Není jednoduché odpovědět na otázku, zda se jedná o disimulaci nebo zjevnou averzi vůči majoritní společnosti? Také se stává, že se bezdomovci odmítají léčit proto, že by museli v rámci léčby abstinovat a oni už to bohužel nedokáží. V tomto případě přestal být alkohol trankvilisér a stal se součástí metabolismu. Také proto unikají bezdomovci skupiny Roofless terénním pracovníkům do jiných lokalit nebo se s nimi odmítají setkat. Je to pro ně energeticky nejméně náročná – pasivní odpověď v rámci *syndromu naučené bezmocnosti*.

Je zřejmé, že ani metody terénní práce, podložené prosociálním chováním, cíleným studiem a přirozenou empatií, nestačí eliminovat psychická, epidemiologická a zdravotní rizika plynoucí ze sociální patologie s téměř „neutrálním“ názvem sociální exkluze. Tento proces deprivace a depravace po 20-ti letech existence demokratizované společnosti v ČR, ohrožuje v urbanizovaných celcích nejen samé nositele nákazy, ale také značnou část majoritní společnosti. Rovněž zpředměňuje možnost nákazy sociálních pracovníků, dobrovolníků, strážníků nebo policistů.

Sociální realita je taková, že v případě závažného lékařského nálezu musí osoby bez přístřeší (OBP) dopravit k ošetření v akutním či prekomatózním stavu sanitka Lékařské služby první pomoci, někdy s asistencí policistů nebo strážníků. Po vyšetření a následné hospitalizaci se zdravotní stav postižených většinou upraví a mohou být převedeni do „domácího léčení“.

Zacyklení kruhu v důsledku propuštění z nemocnice do tzv. domácí péče:

§ Ošetření akutního stavu a hospitalizace;

§ Propuštění z nemocnice k doléčení do tzv. domácí péče, což zpravidla znamená zpět na ulici;

§ Zhoršení nedolčeného stavu až k situaci, kdy hrozí nebezpečí z prodlení.

(D. Šupková, 2007: 18)

Následnou pomoc v doléčení lze člověku (osobě bez přístřeší) nabídnout také při průběžné koordinaci lékaře se sociálními pracovníky v azylových domech; pokud ovšem mají volnou kapacitu. Tím se také omezí *riziko kolapsu*, když bezdomovec podepíše revers a odejde nedolčený neznámo kam...

Podle vedoucích pracovníků neziskových organizací v ČR by velkou pomoc přinesla možnost zaměstnat zdravotní sestru, popř. lékaře, alespoň na určitý den v týdnu v azylových

domech. Problémem zatím zůstává, v jakém typu zařízení bude takový profesionál působit. V případě, kdy je např. zdravotní sestra zaměstnána jako člen sociálního týmu azylového domu, nezapočítává se jí tato odpracovaná doba do odborné zdravotnické praxe (D. Šupková, 2007: 10).

Je zřejmé, že v případě lepší spolupráce rezortu zdravotnictví a rezortu místního rozvoje by tento komplikovaný stav nemohl vůbec vzniknout.

Alkohol a následky abúzu, rizikové faktory Bezdomovectví

Z psychiatrických studií dobře víme, že závislost, podobně jako psychosomatická krize nebo onemocnění, bývá častým průvodním jevem člověka bez přístřeší v pozici *single* nebo člověka bez domova. Při zjišťování anamnézy konkrétního bezdomovce, je vždy těžké určit, zda závislost či psychická porucha a onemocnění, byly příčinou nebo až následkem sociální pozice bezdomovce.

Je dobře známo, že nekorigovaná sociální nekompetence jednotlivce nebo psychická nemoc mohou, v souběhu s materiálními problémy, odstartovat proces bezdomovectví. Obdobně akutní nepříznivá ekonomická situace konkrétního člověka, spojená s momentální osobní či rodinnou krizí, někdy vede k propadu „na ulici“ a následně k syndromu „přízpusobení se“, úzkosti, neuroticismu, depresím, závislostem na návykových látkách, agresi, případně autoagresi.

V roce 1951 byl alkoholismus medicinalizován a dle současné **klasifikace MKN – 10** se diagnostikuje: akutní intoxikace, škodlivé užívání (abúzus), syndrom závislosti, odvykací stav a odvykací stav s delíriem, psychotickou poruchu, amnestický syndrom.

Etologie závislosti:

- bio-psycho-socio-spirituální model,
- závislá matka – plod – FAS,
- ovlivnění jedince během porodu, během vývoje,
- sociální vlivy, postavení rodiny, dysfunkce rodiny,
- identifikace,
- spiritualita se obrací k intimním prožitkům každodenního snažení (vyšší moc např. u Anonymních alkoholiků),
- neexistuje něco jako predisponovaná alkoholická osobnost.

Dle J. Šmoldasová (2007: 9).

Somatické důsledky alkoholizmu vyvolávají až 50 procent případů jaterní cirhózy v civilizaci západního typu se jedná o 9. nejčastější příčinu úmrtí. U chronických pijáků se až na nečetné výjimky rozvine jaterní steatóza.

Dochází také k atrofii mozku a mozečku a alkoholové excesy jsou často spojeny se zvýšeným rizikem koronárních příhod. Je naprosto spolehlivě prokázán rozvoj hypertenze a riziko cévních mozkových příhod a dalších závažných onemocnění; podle J. Šmoldasová (2007: 11).

Závěrečné číslo v roce 2005 časopisu Alcohol Research and Health vydávaný NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), tedy nejvýznamnější výzkumnou institucí zaměřenou na zneužívání alkoholu, přineslo přehled nejzávažnějších důsledků zneužívání alkoholu a dětí a dospívajících. Souběžně s tím byly zveřejněny i způsoby jak předcházet škodám, které alkohol způsobuje v těchto populacích.

Pokud už k bezdomovectví z jakýchkoli důvodů dojde, je alkohol velmi často průvodním syndromem života bezdomovců na ulici nebo v nízkoprahových zařízeních. Jeho dlouhodobé či intenzivní užívání nezůstává bez následků. K významným studiím patří zjištění dvojice izraelských vědců Y. Barak a A. Cohen. Jejich publikace *Characterizing the elderly homeless a 10-year study in Izrael* vzbudila mimořádný zájem odborné veřejnosti, viz E. Sadílková, (2006: 36).

L. Kubička zveřejnil (2007) studii *Srovnávací analýza rizikových faktorů závislosti na alkoholu u mužů a žen*, kde longitudinálně sleduje reprezentativní vzorky 777 pražských mužů a 582 žen se třemi opakovanými šetřeními. V části Souhrn konstatuje, že výsledky práce podpořily názor, že pro obě pohlaví jsou rizikové faktory závislosti na alkoholu jak sociálního, tak psychologického charakteru, přičemž u mužů spíše převažují faktory sociální (především skupinové pití) a u žen faktory psychologické (úzkost a samoléčba úzkosti) alkoholem.

Letitou psychologickou teorií je tzv. *teorie redukce tenze*, předpokládající, že lidé konzumují alkohol, protože po požití alkoholu dochází k posílení konzumního chování v důsledku snížení tenze či úzkosti (F. A. Williams, 1976).

V tomto případě lze aplikovat dotazník FN (L. Kubička, L. Csémy, 1985), jenž zjišťuje míru úzkosti a deprese u jedince. Také možno využít jen škálu úzkosti, která vyhodnocuje frekvenci úzkostné nálady za určité období (např. 12 měsíců). Důraz je kladen na hodnoty vnitřní konzistence, viz L. Kubička (2007).

Přitom, jak praví V. Faust (1981, 2005), I. Torchalla (2002), G. Längle et al. (2003) aj., se ve vícero amerických a německých studiích ukázalo, že bezdomovci jsou nadprůměrně

často psychicky těžce nemocní lidé. Dojem, který vytváří v každodenním životě, neklame: Dvě třetiny jsou závislé na alkoholu a drogách a kolem 15 až 30 % trpí buď schizofrenní psychózou nebo choromyslností, zpravidla depresí nebo mánii popřípadě stavy úzkosti.

Můžeme dodat, že depresí se v našem kulturním okruhu zabývá např. J. Praško a kol. (2003), I. Ondrejka (2006) aj. Důležitá je úzká spolupráce sociální psychologie a lékařských oborů.

V běžných lidí je obvyklé vyhledat, v případě potřeby lékaře, u bezdomovců je tomu zpravidla obráceně. Lékařskou pomoc vyhledávají zcela výjimečně a podporu psychologa či psychiatra téměř vůbec ne. Pokud jsou lidé bez přístřeší cíleně formou strukturovaných rozhovorů, pak je pro ně nejdůležitější zajištění stravy, oblečení a ubytování. Kvůli omezení energie (elan vital) a deprivaci už nevzniká prostor pro lékařskou péči.

Ve společnosti, regulované pasivně, tzn. tržním hospodářstvím, často probíhají změny samy od sebe: S rostoucí mírou dlouhodobé nezaměstnanosti, zdražováním nájemného, potravin, služeb etc. je generováno stresové klima ve společnosti. K tomu přistupuje takzvaná „de-institucionalizace“ velkých psychiatrických klinik. Při značné redukci psychiatrických lůžek a personálu se zhoršila také situace bezdomovců ve všech západních průmyslových zemích.

To je z pohledu demokracie a údajného vzestupu civilizace protichůdný proces a etický problém, zejména když zohledníme poznatky lékaře K. Willmanse (1906), tedy z přelomu 19. a 20. století. Také některá řešení v německé společnosti, jak je zaznamenal C. Paegelow (2004), v některých spolkových zemích, nás nemohou svádět k optimismu.

O tom, že demokracie je nekonzistentní a proměnlivé společenské médium svědčí i to, jakého má tento autor nakladatele – Eigenverlag...

Mortalita bezdomovců

Stěžejním ukazatelem horšího fyzického zdraví bezdomovců je mortalita. Zpráva WHO (2005) uvádí, že úmrtnost v populaci bezdomovců je značně vyšší. Z německých výsledků vyplývá, že průměrný věk, kterého se bezdomovec dožije, je 44,5 roku, pokud nezemřel z nepřírodných příčin (intoxikace činí 62,6 %). Z přirozených příčin je nejčastějším důvodem infekce (16, 8 % ze sledovaných úmrtí bezdomovců), blíže viz D. Šupková (2008: 47).

Zde patří i poznatek dle E. Rahn, A. Mahnkopf (2000: 23): „Mortalita je úmrtnost na určité onemocnění. Statistika mortality má v medicíně všeobecně velký význam. *U duševních onemocnění má však omezený význam.* Odhlíží se např. od vysoké úmrtnosti u

gerontopsychiatrických pacientů a od celkově vyšší prevalence suicidií u psychicky nemocných. Duševní onemocnění se vyznačují především vysokým rizikem chronického průběhu, nikoli zvýšenou úmrtností.“

Ke zkrácení životní dráhy osob bez domova přispívají i psychické potíže, které vznikají pobytem v noclehárnách. Jedná se zejména o úzkosti, deprese, a nervové potíže. Podrobné poznatky přináší studie W. Binesové (1994).

Co říkají praktičtí lékaři

Proč se ordinace praktického lékaře pro bezdomovce v azylovém domě Samaritán v Olomouci liší od ostatních? Doktor L. Kvapil říká: „Není to v náplni práce – ta je stejná jako u ostatních praktických lékařů pro dospělé. Patrně největším rozdílem je to, že jejím posláním není zajistit zřizovateli finanční zisk, že není nucena k honbě za výkony, výhodně proplácené pojišťovnou. Naopak počítá se s tím, že je a bude jistě značně ztrátová, vždyť poskytuje péči v drtivé většině těm, kdo nemají na regulační poplatek, nebo těm, kdo jsou pojištěnci pojišťoven, které nemají s ordinací uzavřenou smlouvu, dokonce je „nízkoprahově dostupná“ i pro ty, kdo nejsou pojištěni vůbec, včetně cizinců. Navíc mnoho z naší činnosti nelze vystihnout ani účtovat kódem ze sazebníku výkonů vůbec“ (L. Kvapil, 2008a: 2).

Dodejme, že dalším velkým rozdílem je skladba pacientů. Nepatří ani k nižší střední vrstvě, neoplývají čistotou, šíří odér a setkávají se v čekárnách a ordinacích ambulantních lékařů s odporem, pohrdáním a pacienti si od nich často štítivě odsedají. Působí psychicky destruktivně a odpuzují lékaři jeho obvyklou klientelu.

Osoby bez přístřeší ve stadiu zdravotní potřeby také musí překonávat pocit studu a ponížení vůči ostatním příslušníkům majoritní společnosti, to za předpokladu, že si už nevytvořili obranu ve lhostejnosti nebo nepropadli citovému otupění. Dalším problémem je neochota podrobit se léčebné kázni, což vede často ke zhoršení stavu.

V roce 2009 se tato ordinace v Olomouci pokoušela, prostřednictvím terénních pracovníků, několik týdnů sehnat a přimět k léčbě pacientku se selhávajícími ledvinami, až zemřela náhle ve squatu.

„Ze squatu také přišel pacient až s tak těžkými projevy srdeční nedostatečnosti, že byl dušný i v klidu, s otoky, které odhadem podle změny váhy činily více než 15 litrů. Souhlasil s odesláním k hospitalizaci, sanitku odmítl s tím, že dojde sám. Telefonicky jsme ale zjistili, že se do nemocnice vůbec nedostavil, takže ho tam na naši prosbu odvezla sociální pracovnice ze squatu až následujícího dne“, uvádí L. Kvapil (2008b: 3).

Je zřejmé, že každý bezdomovec potřebuje v ordinaci zvláštní pozornost a někdy se uplatní také intuice, podmíněná předchozí rozsáhlou praxí. Může např. přijít pacient s jasnou představou, že potřebuje „jen“ prášky proti somatické bolesti. Pokud však vykazuje např. známky nestandardního dýchání, tak se může jednat i o velký poslechový nález na plících, kde je na místě vyšetření specialisty v nemocnici a následné léčení.

V komplikovaných případech, např. při podezření ze žloutenky nebo TBC, to znamená zajištění klienta a převoz na epidemiologické oddělení, pomáhá především Policie ČR, která disponuje vybavením i zákonnými prostředky pro předvedení občana, který představuje závažné epidemiologické riziko pro veřejnost. *Největším nebezpečím je tedy nebezpečí z neznámého, nelokalizovaného zdroje.*

Nelokalizované zdroje nákazy

Značné problémy proto vznikají s bezdomovci skupiny Roofless, to znamená single bezdomovectví v pojetí **FEANTSA** – *Fédération européenne des associations nationales travaillant avec sans-abri* – Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci, která používá pro zpracování údajů generický projekt nyní ETHOS 2007 – Evropská typologie bezdomovství. Ten vykazuje koncepční skupiny: *Bez střechy, Bez bytu, Nejisté bydlení, Nevyhovující bydlení*, dále operační kategorie a subkategorie. Uvedená kategorizace se během kalendářního roku mění a pro vyhodnocení představuje značný problém. Blíže např. F. Kuba (2009).

U bezdomovců také hrozí vzhledem k pobytu v přírodě borelióza, jak signalizují zdravotníci z Ostravy. Primář T. Nykel z Lékařské služby první pomoci, řekl: „**Nemocní bezdomovci jsou časovaná bomba. Svými chorobami ohrožují nejenom sebe, ale i svoje okolí. Je třeba je vyhledat a přesvědčit, aby se léčili.**“ Proto jeho záchranáři, ve spolupráci s Charitou České republiky a Armádou spásy, začali vyjíždět za bezdomovci do terénu a monitorovat jejich zdravotní stav.

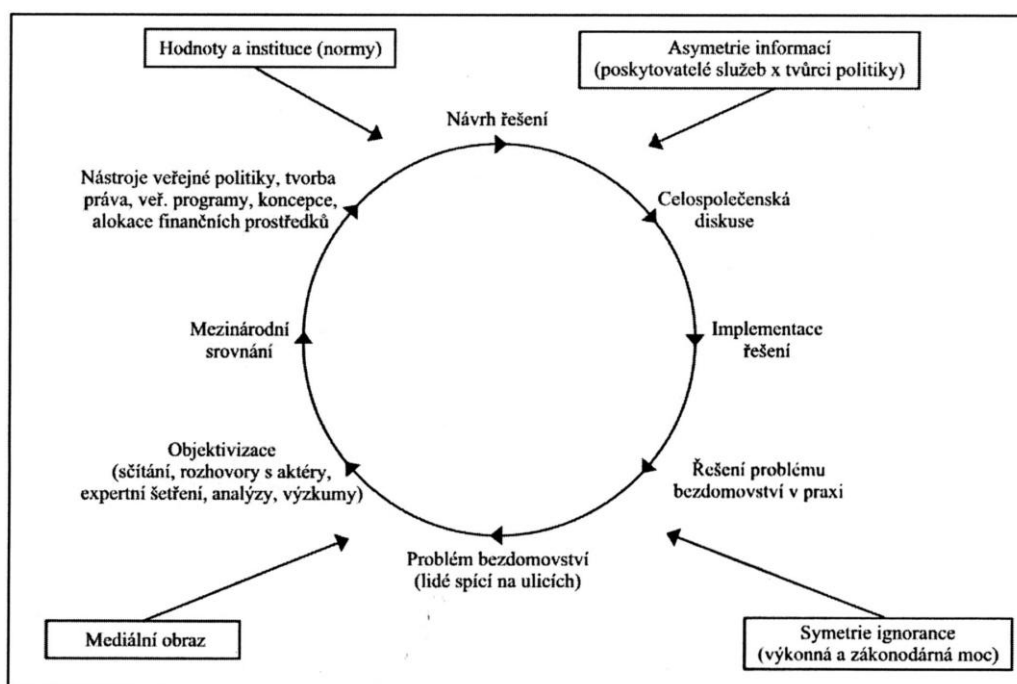
Prvním projektem byla borelióza, choroba přenášená klíšťaty. Proto lékařské týmy nejdříve začaly testovat tuto nemoc. 63 bezdomovců se podařilo přesvědčit, aby si nechali vzít krev, 29 z nich bylo pozitivních na boreliu. Poté začali být léčeni na tuto nebezpečnou nákazu (M. Chlebounová, 2009, upr.).

T. Nykel předpokládá, že v monitorování zdravotního stavu lidí bez přístřeší bude zřejmě pokračovat. V dalších fázích by se jednalo o tuberkulózu a žloutenku. Existují i záchranářské příběhy se šťastným koncem, ale těch je žalostně málo.

Teoretická východiska ze situace

V zásadě lze konstatovat, že teoretická východiska spojená s řešením sociální patologie moderní společnosti jsou známa nejpozději od dob Luise Vivése, který striktně posuzoval v svých spisech jak úlohu chudých, tak bohatých ve společnosti. Zásadní stanoviska zaujal k chudobě versus *existujícím ekonomickým zdrojům*, Herbert Marcuse (1970).

V navozeném diskurzu se nyní intervalově zaměříme na schéma č. 1 zpracované pedagogem UK Praha M. Bartákem. Začínáme na 12-ti hodinách, tj. bod: Návrh řešení.



Zdroj: M. Barták, 2004: 82.

Schéma 1 Model tvorby politiky boje proti bezdomovectví

Už v následujícím bodě schématu jsme konfrontováni s Asymetrií informací, což můžeme považovat za společenskou distorzi a *konečnou* stanicí pro naše teorie, politizaci problematiky a materiální sanaci problému. K bodu Celospolečenské diskuze zatím neexistuje politická vůle parlamentních stran a neexistují mediální programy sdělovacích prostředků, které jsou důsledně privatizovány.

Nemůžeme se divit. Protože, jak už víme, R. Anhorn (2005: 11) uvádí, že s krizí fordisticko-keyneského formování společnosti začal od poloviny 70. let *plíživý proces základní změny společenských podmínek sociální práce*, který se masivně zrychluje od 90. let. Jeho následky se dnes dají vyčíst v novém rozměru a kvalitě poměrů sociální nerovnoprávnosti a sociálního vyloučení, které *jsou vlastně považovány za překonané...*

Teoretické řešení v rámci České republiky a možné komplikace

Pokud budeme optimisty, tak řešení najdeme. Paradoxně přitom můžeme použít metod manažerizmu – uplatňovaného tentokrát směrem nahoru.

SWOT analýza k řešení problematiky Bezdomovectví v České republice

Silné stránky	Slabé stránky
Garance základních lidských a občanských práv v ústavním rámci ČR, kromě Evropské sociální charty a Charty základních práv	Legislativa na úrovni zákonných a podzákonných norem a slabá finanční kondice ČR, trend vytěšňovat problémy
Existující právní rámec (viz např. § 22 zák. 2/1969 Sb.)	Nízká míra meziresortní koordinace a orgánů státní správy a samosprávy
Nové aktivity středových politiků – přihlášení se k sociálnímu státu (welfare state), podpora rodin a potřebných (koheze společnosti)	Státní dluh (+ dluhová služba), nízké rozpočty regionů a obcí (nízký příjem z daní), právní rámec regionů a obcí
Spolupráce středových politických stran, progresivní daňová politika, sociální smír	Neexistence zákona o státní službě, limitace funkční byrokracie

Ohrožení	Příležitosti
Interdisciplinarita fenoménu bezdomovství	Koordinace jednotl. politik nadresortním orgánem, např. legislativní radou
Nedostatečně rozvinutý systém vzdělávání v oblasti sociálního vyloučení	Využití humanitních, zdravotnických právních aj. kateder univerzit, street work
Existence sociálních problémů, vnímaných jako vyšší priorita	Politická vůle, komunitní plánování v sociálních službách (návazné terapie)
Nedostatek financí v regionech a obcích, nedostatek adekvátních pracovních míst	Vyšší příjem samospráv z daňových výnosů (RUD), finance z fondů EU, vytváření pracovních příležitostí

Zdroj: F. Kuba (2009: 122), RUD – rozpočtové určení daní.

Domníváme se, že na základě naší sondáže můžeme konstatovat, v souladu se sociální realitou, že **fenomén Bezdomovectví je problémem veřejné správy**. Základní tézí je v tomto případě neodiskutovatelný fakt, že kromě Prahy (2004) a Brna (2006), žádné jiné velké české

město neprovedlo relevantní sčítání bezdomovců v příslušných skupinách a kategoriích. Různé číselné improvizace samospráv slouží spíše jako alibi, že bylo „konáno ve věci“.

Parlamentní politické strany v ČR s řešením této problematiky nespěchají, protože se jedná o „neproduktivní náklady“. Přitom o konstrukci státního rozpočtu, kontrole čerpání, nesystémových řešeních apod. se běžný občan nedozví prakticky nic, co by mu umožňovalo vstoupit, přímo nebo nepřímo, do dialogu s veřejnou správou. Ale může být ještě hůře, když se podíváme na rozsáhlou skupinu seniorů, která v České republice tvoří přibližně 1/3 obyvatelstva.

V on-line deníku Britské listy upozornila na možné komplikace A. Hančíková, která říká: „Česká společnost si někdy sice uvědomuje problémy nejstarší generace občanů, umí jejich problémy pojmenovat, ale nekoná nic konkrétního pro to, aby jejich problémy řešila, nebo snížila tlak, který v současnosti dopadá zejména na nájemce bytů v soukromém nájemním bydlení i u obecních bytů, kteří se oprávněně obávají o střechu nad hlavou. Stát měl plných 19 let na to, aby před zahájením tvrdé deregulace nájemného připravil podmínky pro možnost směny bytů výstavbou malometrážních standardních bytů. Veškeré finanční prostředky na řešení bytové politiky, které stát vynaložil, byly promarněny, k vyřešení bytové politiky nepřispěly ani o píď a nyní celá tíže deregulace nájemného dopadla na konkrétní nájemce bytů a ti si s ní ve stáří neumí a nemohou umět, poradit a pomoci“ (A. Hančíková, cit. 1.9.2009).

Při klesající mezigenerační solidaritě a výrazně narušených rodinných vazbách v ČR je to *přímá hrozba pro starší generaci z hlediska osamělosti*, materiálního nedostatku až možného procesu směřujícího ke „statusu“ osoba bez přístřeší se všemi negativními průvodními jevy.

Seznam bibliografických odkazů:

1. ANHORN, R. (2005) Zur Einleitung: Warum sozialer Ausschluss für Theorie und Praxis Sozialer Arbeit zum Thema werden muss. In: Anhorn, R.; Bettinger, F. (Hrsg.) *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH. ISBN 3-8100-4072-X.
2. BARTÁK, M. (2004) *Zdravotní stav populace bezdomovců v ČR a jeho determinanty I.* (Bezdomovectví v zrcadle veřejné politiky). Zdravotní politika a ekonomika – sborník č. 7/2004. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISSN 1213-8096.

3. BINES, W. (1994) *The Health of Single Homeless People* (1st ed.). York: Centre for housing Policy. University York.
4. FAUST, V. (1981) *Der psychische Kranke in unserer Gesellschaft*. Stuttgart: Hippokrates Verlag. ISBN 978-3-7773-0475-5.
5. FAUST, V. (2005) *Obdachlosigkeit und seelische Störung*. Psychosociální zdraví od A do Z. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/obdachlosigkeit.html>
6. HANČÍKOVÁ, A.(2009) Kdo je zodpovědný za bídu důchodců? Britské listy, one-line deník <http://www.blisty.cz/> ISSN 1213-1792 (Dostup 1.9.2009)
7. CHLEBOUNOVÁ, M. (2009) Život v přírodě a některá rizika. Nemocní bezdomovci jsou v Ostravě časovanou bombou. Moravskoslezský deník, 19./20. 12. 2009.
8. KRONAUER, M. (2005) Ausgrenzung und psychisch-sozialer Raum. In: Anhorn, R.; Bettinger, F. (Hrsg.) *Sozialer Ausschluss und Soziale Arbeit*. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH. ISBN 3-8100-4072-X.
9. KUBA, F. (2009) *Bezdomovectví mužů a možnosti jeho řešení*. Disertační práce. Školitel: Jan Keller. Ostravská univerzita FF, katedra Psychologie a sociální práce.
10. KUBIČKA, L. (2007) *Srovnávací analýza rizikových faktorů závislosti na alkoholu u mužů a žen*. Výzkumná studie. Československá psychologie 2007/ ročník LI/ č. 3. Praha: Psychologický ústav, Academia. ISSN 0009-062X.
11. KUBIČKA, L., CSÉMY, L. (1985): *Dotazník frekvence nálad*. Nepublikovaný rukopis.
12. KVAPIL, L. (2008a) Olomoucká ordinace pro lidi bez domova – založena jako druhá v ČR. In: Kolektiv autorů; P. Kudlová (Ed.) *Sociokulturní-právní, ekonomické a politické determinanty v ošetrovatelské a porodní asistenci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2105-6.
13. KVAPIL, L. (2008b) Ordinace pro lidi bez domova v Olomouci. 1. vyd. Sborník z konference Olomouc 4. prosince 2008. In: O. Mikulášek, (ed.) *Zdravotnická péče a bezdomovectví (obtíže, možnosti, cesty a výzvy)*. Olomouc: Charita Olomouc. ISBN 978-80-254-3656-1.
14. LÄNGLE, G. und Mitarb. (2003) *Versorgung psychisch kranker Wohnungsloser im ländlichem Raum – randomisierte Interventionsstudien Vollerhebung*. Nervenarzt 74 (Suppl. 2) (2003) 64.

15. MAREŠ, P. (2004) Sociální exkluze a inkluze. 1. vyd. In: T. Sirovátka (Ed.) *Sociální exkluze a sociální inkluze menšin a marginalizovaných skupin*. Brno: MU FSS – Georgetown. ISBN 80-210-3455-6. (MU)
16. ONDREJKA, I. (2006) *Deprese v kontexte kvality života*. Rožnava: Roveň. ISBN 80-89168-15-9.
17. PAEGELOW, C. (2004) *Handbuch Wohnungsnot und Obdachlosigkeit*. 1. Auflage. Bremen: Eingenverlag . ISBN 3-00-013574-X.
18. PETŘÍK, M. A KOL. (2006) Projekt Sčítání bezdomovců v městě Brně. In: Hradecký, I. (garant) *Bezdomovství*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Sociální práce/Sociálna práca 4/2006. ISSN 1213-6204.
19. PRAŠKO, J. A KOL. (2003) *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-809-0.
20. RAHN, E. / MAHNKOPF, A. (2000) *Psychiatrie, učebnice pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-964-0.
21. SADÍLKOVÁ, E. (2006) *Bezdomovectví – vybraná specifika*. Diplomová práce, ved. práce J. Nevřala. Ostrava: Ostravská univerzita FF. Cit. primární zdroj: Archives of Gerontology and Geriatrics (2003, roč. 37, č. 2).
22. ŠMOLDASOVÁ, J. (2007) Závislost na alkoholu a jeho „přínos“ pro jedince a společnost. 1. vyd. In: P. Prinz (Ed.) *Sociální vyloučení a ztráta domova v kontextu závislosti*. Olomouc: Charita Olomouc, 2007. ISBN 978-80-239-9765-1.
23. ŠUPKOVÁ, D. A KOL. (2007) *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Projekt Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-2245-0.
24. ŠUPKOVÁ, D. (2008) Závislost jako jeden z aspektů života bezdomovců. Původní práce. Adiktologie 2008/8/1. Tišnov: Sdružení SCAN. (44 – 51). ISSN 1213-3841.
25. WILLIAMS, A. F. (1976) The Alcoholic Personality. In: B. Kissin, H. Begleiter (Eds.): *Social Aspects of Alcoholism*, New York, Plenum, 243-274.
26. WILMANN, K. (1906) *Zur Psychopathologie des Landstreichers*. Barth-Verlag, Leipzig.
27. MARCUSE, H. *Psychoanalýza a politika*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1970.
28. ŠMOLDASOVÁ, J. (2007) Závislost na alkoholu a jeho „přínos“ pro jedince a společnost. 1. vyd. In: P. Prinz, *Sociální vyloučení a ztráta domova v kontextu závislosti*. Olomouc: Charita Olomouc, 2007. ISBN 978-80-239-9765-1.

29. ŠUPKOVÁ, D. A KOL. (2007) *Zdravotní péče o bezdomovce v ČR*. Projekt Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR. Praha: Grada Publishing a. s. ISBN 978-80-247-2245-0.
30. TORCHALA, I. (2002) *Wohnunglose Frauen mit psychischen Erkrankungen in Tübingen*. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Tübingen. <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/obdachlosigkeit.html>
31. ŽILOVÁ, A. (2005) *Chudoba a jej premeny na Slovensku*. 1. vyd. MENTOR, Badín. ISBN 80-968932-2-X.

Kontaktní adresa autora:

Mgr. František Kub a

E-mail: kuba.frantisek@seznam.cz

Katedra psychologie a sociální práce

Filozofická fakulta

Ostravské univerzity v Ostravě

KVALITA EDUKÁCIE A FAKTORY NAPOMÁHAJÚCE A PREKÁŽAJÚCE EDUKÁCII V OŠETROVATELSTVE

Helena Kuberová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Kvalitu edukácie z hľadiska vlastností jednotlivca výrazne ovplyvňujú kognitívne vlastnosti (inteligencia, vzdelanie, pohotovosť, štýl učenia a i.), afektívne (postoje, emocionálna inteligencia, motivácia, a i.), biologické (potreby, vek, individuálne osobitosti, choroba a jej závažnosť, a i.), sociálne a sociokultúrne vlastnosti (vzdelanostná, kultúrna úroveň) a taktiež spirituálne vlastnosti (hodnotová úroveň, poznanie zmyslu života, viera, filozofia života a posmrtnej existencie). Kvalita a výsledok edukácie závisí okrem toho vo vzájomnej podmienenosti od všetkých didaktických, edukačných faktorov a tiež evaluačných nástrojov.

Kľúčové slová: Kvalita edukácie. Faktory napomáhajúce a prekážajúce edukácii. Motivácia. Postoje. Didaktické zručnosti edukátorov.

Abstract

Quality of education is, from a one's personal traits point of view largely influenced by cognitive qualities (intelligence, education, readiness, learning style, etc.), affective (attitudes, emotional intelligence, motivation, etc), biological (needs, age, individual particularities, illness and its seriousness, etc), social and social and cultural qualities (level of education and culture) and also spiritual qualities (values, understanding of meaning of life, faith, philosophy of life and life after death). Quality and result of education depend also on interdependence of all didactic, educational factors and evaluation tools.

Key words: Quality of education. Factor helping and hindering education. Motivation. Attitudes. Didactic skills of educators.

Faktory napomáhajúce edukácii

Efektívnu edukáciu podporuje vnútorná motivácia, pohotovosť, pripravenosť, ochota učiť sa, zmysluplná spätná väzba, logicky zostavený edukačný plán, možnosť opakovania kľúčových pojmov a faktov, rozvoj pozitívneho postoja k vlastnému zdraviu a tiež optimálny

priestor a čas uskutočnenia edukácie. Plháková (2003) charakterizuje motiváciu ako súhrn všetkých intrapsychických dynamických síl, ktoré spravidla aktivizujú a organizujú správanie a prežívanie človeka s cieľom zmeniť existujúcu neuspokojivú situáciu, alebo dosiahnuť niečo pozitívne (Plháková, A.,2003, s. 319).

Motív chápeme ako činiteľ, ktorý zvyšuje intenzitu výkonu a správania vôbec, činiteľ, ktorý znásobuje subjekt (človek) dostatočným množstvom energie potrebnej na výkon. „*Je to energizačný činiteľ, ktorý určuje smer či obsah správania ako dosahovania istého cieľa, to znamená, že je aj činiteľom regulačným* (Pardel, T., Boroš, J.,1979, s. 201).

Motívy zabezpečujú prežitie jednotlivca. Prostredníctvom vonkajšej motivácie v edukácii sa snaží edukátor dosiahnuť u edukanta nástup a rozvoj činnosti, usmerňuje jeho správanie, myslenie a konanie. Človek napriek vonkajšej motivácii musí sám cítiť potrebu učiť sa, inak sa učenie aj napriek akejkoľvek snahe neuskutoční. Pozitívna zmena nastane až vtedy, keď sa vonkajšia potreba zvnútorní a edukant zaujme pozitívny postoj k učeniu a tým dosiahnutiu pozitívnej zmeny. Cieľom je vzbudiť záujem, ochotu učiť sa a meniť postoj a správanie jedincov. Každý človek sa k učeniu stavia špecifickým spôsobom, môže, ale nemusí byť motivovaný a práve úlohou edukátora je správnym spôsobom motivovať edukanta. Motívy a motiváciu môžeme využiť na začiatku, ale aj v priebehu edukačného procesu. *Vstupná motivácia* prebieha vtedy, keď edukantom predložíme informácie, keď navodíme takú situáciu, aby mali o nové informácie záujem a boli presvedčení o potrebe nových poznatkov. Záujem môžeme vzbudiť tým, že im vysvetlíme využitie v praxi. Pri tejto motivácii využívame vedomosti, informácie a zručnosti, ktoré klienti nadobudli zo spoločenského života, médií,... Počas vstupnej motivácie využívame motivačné metódy, ku ktorým zaraďujeme podľa Petláka (2004) motivačné rozprávanie, motivačný rozhovor, problém ako motiváciu a motivačnú demonštráciu, ukážku s cieľom získania záujmu o pozorovaný jav (Petlák, E., 2004, s.132).

Pokiaľ sa daný predmet, alebo jav spája už ďalším edukačným konaním, je vhodnejšie motivačnú demonštráciu považovať za úvod realizačnej fázy výchovno – vzdelávacieho procesu. *Priebežná motivácia* prebieha počas edukačného procesu. Pomocou priebežnej motivácie v podobe pochvaly, motivačnej výzvy a iných motivačných metód sa edukátor snaží udržať pozornosť a záujem učiacich sa o danú problematiku. Rôzne motivačné metódy závisia od potrieb edukantov a vytyčených cieľov. Ako priebežné motivačné metódy sa používajú - aktualizácia obsahu, motivačná výzva, pochvala, povzbudenie, kritika, didaktické hry (doplňovačka, rébus, pexeso,...), prípadne inscenačné metódy. Pohotovosť, pripravenosť, ochota učiť sa, aktívna účasť učiacich sa edukantov na vzdelávaní robí učenie zmysluplnejším. Ak sa okrem toho aktívne zúčastňujú na tvorbe plánov a rozhovoroch, učia

sa rýchlejšie a v pamäti si zachovávajú viac vedomostí. Rovnako pozitívne pôsobí spätná väzba, ktorá musí mať zmysel pre učiaceho sa, pretože mu pomáha lepšie si osvojiť vedomosti a zručnosti. Pozitívna spätná väzba ako pochvala či povzbudenie podporuje žiaduce správanie a posmeľuje edukovaného jedinca do ďalšej činnosti. Logicky zostavený edukačný plán je ďalšou podmienkou, ktorá napomáha efektívnej edukácii, umožňuje postupovať od jednoduchého k zložitému a urýchľuje získavanie vedomostí. Opakovanie a fixácia kľúčových pojmov a faktov pomáha zapamätať si nové poznatky, no väčší význam ako presné vedomosti má rozvoj pozitívneho postoja k učivu, vlastnému chceniu a presvedčeniu konať v záujme dosiahnutia pozitívnej zmeny v živote. Pre edukáciu je tiež dôležitá jej kvalitná príprava a realizácia v optimálne pripravenom príjemnom a pokojnom prostredí, trvajúca zodpovedajúcu dobu.

Faktory prekäžajúce edukácii

Kvalitnej edukácii bráni z didaktického hľadiska nekvalifikovane pripravená, realizovaná a hodnotená edukácia. Okrem toho aj demotivácia, negatívna spätná väzba, ako zlosť, výsmech či sarkazmus, dokážu učiaceho sa jedinca od učenia úplne odradiť. Rovnako negatívne na priebeh edukácie pôsobí akútne ochorenie, bolesť, biorytmus, citové rozpoloženie, jazyková bariéra či iné komunikačné bariéry, ale aj vek jedinca. Tieto, ale aj ďalšie faktory pôsobia veľmi škodlivo, často môžu mať za následok až vážne iatrogénne následky na celkový zdravotný stav edukanta.

Edukácia v prípade akútneho ochorenia sa v žiadnom prípade nemá vykonávať, lebo pôsobí zaťažujúco a nevhodne. V edukácii sa môže pokračovať až po zlepšení zdravotného stavu, po prekonaní akútneho ochorenia, lebo všetky sily človeka sa v takom období sústreďujú na vyrovnanie sa s chorobou. Ďalším faktorom je bolesť, ktorá znižuje schopnosť koncentrácie. Významným faktorom, ktorý ovplyvňuje kvalitu edukácie je vek edukanta. V každom vývinovom období človeka má svoje špecifiká, ktoré je potrebné dodržiavať. Hlavne u chorých, zdravotne postihnutých a starších ľudí sa vyskytuje oslabenie zmyslového vnímania, zraku, sluchu, atď., preto edukátor by mal prispôbiť edukáciu veku pacienta a jeho poruche vnímania. Prakticky vo všetkých vekových kategóriách je potrebné tieto faktory zohľadňovať a dodržiavať zásadu primeranosti veku.

Biorytmus je ďalším faktorom pôsobiacim na kvalitný efekt edukácie, lebo mentálne a telesné schopnosti majú svoj biorytmus, a teda je potrebné, aby bol správne určený čas edukácie podľa individuálneho biorytmu a želania jedinca.

Duševné rozpoloženie učiaceho sa, jeho citový stav (úzkosť, depresia) spotrebúvajú energiu a odvádzajú pozornosť. Pred edukáciou je dôležité, aby sa edukátor pokúsil odstrániť (rozptýliť) nepríjemné pocity edukanta zaujímavým, motivujúcim rozhovorom. Začínajúci

edukátori na úvod edukácie realizujú **nevhodnú metódu dotazníka**, prostredníctvom ktorej zisťujú úroveň vedomostí v danej problematike u edukovaných. Pôsobí to stresujúco, lebo to pripomína školské podmienky a vzniká tu pochybnosť, či budú chorí s takouto sestrou aj naďalej ochotne spolupracovať. Jazyková bariéra je ďalším z faktorov prekážajúcich kvalitnej edukácii, lebo znamená pre dobrú edukáciu značný handicap. Týka sa hlavne cudzích štátnych príslušníkov, ale aj hluchonemých pacientov. Aby sa zamedzilo tomuto negatívnemu faktoru, je vhodné zabezpečiť k edukácii tlmočníka. Nekvalifikovaný, negatívny prístup edukátora k edukantovi, rovnako aj ponáhľanie sa, ignorovanie jedinca, sarkazmus, hnev a zlý osobný príklad pôsobí veľmi škodlivo, iatrogénne. Rovnako môžu pôsobiť aj nedostatočné vedomosti a skúsenosti edukátora v oblasti psychológie či pedagogiky, lebo uškodiť sa môže človeku nielen nevhodne volenou liečbou, ale aj nevhodným slovom či prístupom. Iatrogénne môže pôsobiť aj nevhodný výber poznatkov a informácií, tiež nekvalifikovaný prístup v procese prípravy, realizácie a hodnotenia edukácie (Kuberová, H., 2008).

V procese edukácie pôsobí nevhodne a ako prekážka cieľavedome a efektívne vedenej edukácie monologická metóda prednášky. **Prednáška** v edukácii v ošetrovatelstve je najmenej vhodnou a skoro neúčinnou didaktickou metódou, preto by sa mala používať čo najmenej a to tiež len vo veľmi citlivo vybraných situáciách. Vhodnejšie sú dialogické metódy, ku ktorým patrí rozhovor a beseda. Medzi ďalšie slovné metódy, ktoré majú osobitné postavenie a viaceré sa dajú využiť pri edukácii v ošetrovatelstve, patria: vysvetľovanie, (napr. aj s praktickou ukázkou pre rozvoj zručností a sebestačnosti), tiež súhlas, pochvala, povzbudenie, presvedčovanie. V osobitných prípadoch nesúhlas, pokarhanie a ojedinele adekvátny trest (zákaz niečoho). Sestry a študenti ošetrovatelstva, ktorí s edukáciou v ošetrovatelstve začínajú, si často zvolia prednášku ako metódu edukácie, ktorá sa v hodnotení edukácie neskôr ukáže ako málo efektívna, a preto je v individuálnej edukácii nevhodná.

V posudzovaní klientových kognitívnych schopností sa sestry a študenti tiež orientujú predovšetkým na jeho vedomosti a po skončení edukácie si zvolia metódu dotazníka, ktorou preverujú jeho vedomosti, čo pôsobí ako stresujúci faktor. V edukácii je vhodnejšie venovať väčšiu pozornosť afektívnym cieľom, postojom chorého k chorobe a životnému štýlu a zvoliť si iné výchovné slovné metódy.

Didaktické zručnosti edukátorov podporujúce kvalitu edukácie

Okrem ovplyvnenia faktorov podporujúcich edukáciu a odstránenia spomínaných prekážok podporí kvalitu edukácie aj rozvoj pedagogických, didaktických, edukačných zručností edukátorov. Pre rozvoj týchto zručností je potrebné podporovať, aby sa u nich rozvíjal predovšetkým pozitívny vzťah k učiacim sa, k učeniu, kolegom, ku spoločnosti ľudí a k svetu všeobecne.

Edukátori majú podporovať tvorivý prístup učiacich sa k učeniu a poznávaniu, rozvíjať ich fantáziu a tvorivosť. Oslabovaním strachu z nového a neznámeho pomáhajú odstraňovať stresové situácie z edukácie a učia ich pracovať aj s chybami, čím sa postupne rozvíja sebavedomie, samostatnosť a sebadôvera. Edukovaním v smere hľadania pravdy, preverovania, riešenia problémových situácií, riešením pochybností sa umocňuje oslabovanie uzavretých, nesprávne zaužívaných spôsobov riešení. Zoznamovaním jedincov s prvotnými dátami informačných systémov a ich ďalšími možnosťami sa dosiahne technická a informačná gramotnosť podporujúca hľadanie nových zdrojov informácií. Edukátori majú edukáciou meniť u ľudí myšlienky na činy, majú učiť jedincov tak, aby boli schopní samostatne a kvalitne dokončiť seba vzdelávanie, rozvoj, či inú tvorivú aktivitu a prácu. Stanovené ciele edukácie majú byť nielen aktuálne, ale musia brať do úvahy individuálne osobitosti každého jednotlivca. Pre rozvoj učiacich sa je potrebné pri tom zachovať dostatok priestoru na slobodu a voľnosť, aby sa dosiahla u nich zodpovednosť za vlastný život, spoločnosť a zdravie. V edukácii je potrebné pamätať tiež na to, aby sa rozvíjala u edukantov aj maximálna schopnosť tolerancie a úcty k ľudským právam, demokracii či občianskym povinnostiam, no aj zásady podporujúce zdravie a zdravý životný štýl. Zodpovedným prístupom edukátorov k jedincom v edukácii ako ku plnohodnotným, svojprávnym a rovnako zodpovedným sa dosiahne skutočný efekt zvyšovania kvality života celej populácie. Pedagogické zručnosti edukátorov, pedagógov vo všeobecnosti ovplyvňujú aj ich osobnostné vlastnosti a kvality.

Tabuľka 1 Charakteristika osobnosti edukátora v edukácii

Charakteristika osobnosti edukátora v edukácii		
<ul style="list-style-type: none"> • vedomosti a všeobecné intelektuálne schopnosti • odborná spôsobilosť • skúsenosti • tvorivé myslenie • počítačová gramotnosť 	<ul style="list-style-type: none"> • morálnosť • bezúhonnosť • etickosť • sebavedomie • sebahodnotenie • empatia, akceptácia 	<ul style="list-style-type: none"> • schopnosť tímovej práce • schopnosť motivácie • schopnosť riadiacich činností • schopnosť komunikácie • pozorovacie schopnosti

Edukáciu a jej kvalitu podporuje rozvoj verbálnych a neverbálnych komunikačných zručností edukátorov, aj samotných učiacich sa jedincov. Verbálne i neverbálne zručnosti sociálnej komunikácie pomáhajú skvalitňovať interakciu všetkých zúčastnených nielen v edukačnom procese, ale aj v živote ako takom. Vzájomná dôvera zúčastnených podporuje vieru v pozitívne dosiahnutie stanovených cieľov. V edukácii sa nemá, ba nesmie klamať,

nemá sa vysmievat' či správať sa devalvujúco k edukovaným jedincom. Osobné vlastnosti edukátorov by mali byť bez závidy, irónie, ohovárania a podceňovania učiacich sa. Nie je úplne pravda, že učiaci sa získajú potrebné vedomosti a informácie len prostredníctvom výkladu edukátora, učiteľa, ale je potrebné pamätať na to, že ľudia sa učia neustále, prostredníctvom sociálneho učenia v akejkolvek činnosti. Všetci ľudia navzájom pôsobia na druhých svojím osobným príkladom. Organizovaním vlastnej duševnej činnosti sa učiaci jednotlivci naučia spracúvať a používať fakty a iné informácie. Práca s informáciami pomôže v ďalšej schopnosti prezentovania svojej práce a seba uplatnenia.

Zlyhanie sestry edukátorky

Niekedy je jadrom edukačnej činnosti sestry veta: „*Musíte zmeniť svoje stravovanie, svoj životný štýl!*“ A mnohé sestry sú presvedčené, že toto upozornenie stačí. Samozrejme, že nestačí. Klientovi treba detailne vysvetliť podstatu konkrétnej zmeny a „*rozmeniť ju na drobné*“. Klienti majú svoje práva. Ovládať ich, upozorniť na ne a vysvetliť ich má sestra pri každom príjme. Čo je však zlé aj nelogické, že klienti nemajú stanovené povinnosti. To sa potom odráža na problematickej edukácii v spolupráci s nimi (Lunterová, J., 2007, s. 19).

Pri príprave edukácie je správne ak sestra stanoví edukačné diagnózy. Edukačné diagnózy sú v súčasnosti sú prevažne zamerané na nedostatok vedomostí, čo v ošetrovatel'stve pri zvládnutí ochorenia a pri snahe o dosiahnutie pozitívnej zmeny u daného jedinca nestačí. Potrebné by bolo rozšíriť edukačné diagnózy o nedostatočný, resp. nevhodný postoj k svojmu zdraviu, zdravej životospráve, či ochoreniu a liečbe.

Edukácia študentov v praxi

V praxi sa stretávame, že študenti ošetrovatel'stva, alebo aj sestry sú po stanovení edukačnej diagnózy zamerané vo výsledných kritériách na vedomosti o anatómii, fyziológiii, liečbe a pod.

Vo svojich edukačných listoch píšú (materiál študentov jednej slovenskej Fakulty zdravotníctva):

Cieľ: Pacient má dostatok informácií VK: Pacient menuje liečbu pri danom ochorení,(pneumónia), Pacient menuje príčiny vzniku ochorenia, Pacient menuje príznaky ochorenia, Pacient menuje liečbu ochorenia, Pacient menuje komplikácie.“

Tiež sa stretávame s tým, že v intervenciách informujú o chorobe a liečbe, čo je kompetenciou lekára:

„Vysvetliť pacientom podstatu ochorenia, poučiť pacientov jeho o možných príčinách, príznakoch, komplikáciách, informovať pacientov o reálnej možnosti liečby, dosiahnuť aby si pacienti dopĺňali vedomosti“.

Edukačné stretnutie: (materiál študentov ošetrovatel'stva)

TÉMA: Anatómia pľúc, zápal pľúc.

MIESTNOSŤ: Poslucháreň určená na odborné prednášky.

ČAS TRVANIA EDUKÁCIA: 45 min.

FORMA EDUKÁCIE: Skupinová (20 ľudí)

METÓDA EDUKÁCIE: Prednáška.

CIEĽ: Pacienti po ukončení prednášky popisujú anatómiu pľúc a rozdelenie jednotlivých Zápalov.

V tejto edukácii edukátor pokračoval odborným znením danej témy, ktorú prečíta, prednesie poslucháčom. Pre edukáciu chorých je vybratá nevhodná téma, nielen pre to že nie je dodržaná metóda primeranosti, (laická verejnosť nepotrebuje také podrobné vedomosti ako odborníci), ale aj výber metódy je nevhodný v tom, že počas prednášky nemá sestra priamu spätnú väzbu a nemá možnosť vyhodnotiť čo si zúčastnení poslucháči zapamätali, čo sa stane významným pre dosiahnutie pozitívnej zmeny.

Edukátor svoju edukáciu hodnotí: *„V priebehu prednášky pacienti javili veľký záujem o danú problematiku, o čom svedčí ich zapájanie sa do rozhovoru a množstvo otázok týkajúcich sa problematiky ochorenia. Cieľ sa splnil.“*

V prípade, že sa poslucháči zapájali do diskusie, tak to bola metóda diskusie, rozhovoru, besedy a nie prednášky. Pokiaľ edukátor napíše metódu „interaktívna prednáška“, tak nie je správna ani táto terminológia, lebo počas prednášky nedochádza k takejto forme interakcie. Rovnakým spôsobom prebieha študentom opísané 2. aj 3. edukačné stretnutie. Ďalšia chyba, ktorej sa v edukácii v ošetrovatel'stve začínajúci edukátori dopúšťajú je to, že v závere edukácie dávajú edukovaným chorým dotazník, ktorý preveruje ich vedomosti. Toto pôsobí vysoko stresujúco a navyše množstvo vedomostí ešte nepreukazuje pozitívnu zmenu postoja k ochoreniu a k dodržiavaniu odporúčaní týkajúcich sa zmeny životosprávy a liečby. O zmene postoja nás presvedčia zlepšené výsledky vyšetrení, prípadne pravidelné návštevy chorého u lekára. V ošetrovatel'stve do budúcnosti bude potrebné pamätať v edukácii ešte na jeden závažný fakt spojený s intimitou a dôvernosťou informácií týkajúcich sa osoby chorého človeka a jeho ochorenia, preto bude vhodnejšia individuálna forma edukácie.

Záver

Edukácia by mala byť obojstranným radostným zážitkom, ktorého sa všetci radi zúčastnia, sú v ňom aktívni a spoločne im záleží na kvalitatívne dosiahnutom výsledku. Pedagogické zručnosti, ktoré podporujú kvalitu edukácie sa do budúcnosti musia uberať takým spôsobom, ktorý umožní jedincom predvídať problémy a zvládnuť každý jednotlivý deň a každú prežívanú prekážku.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. KUBEROVÁ, H.: Didaktika ošetrovateľstva. Ružomberok: FZ KU, 2008. 192 s. ISBN 978-80-8084-386-1
2. LUNTEROVÁ, J. 2007. Kde zlyháva sestra ako edukátor? IN: Sestra, 2007, roč. 6, č. 9-10, s 19. ISSN 1335-9444
3. PARDEL, T., BOROŠ, J. 1979: Základy všeobecnej psychológie, SPN, Bratislava, 1979. 67-234-79
4. PETLÁK, E.: 2004, Všeobecná didaktika. Bratislava: IRIS, 2004, ISBN 80-89018-64-5
5. PLHÁKOVÁ, A., 2003, Učebnice obecné psychologie. Praha: ACADEMIA, 2003, ISBN 80-200-1086-6

Kontaktná adresa autorky:

doc. PhDr. Helena Kuberová, PhD.
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Helena.Kuberova@ku.sk

PRINCÍPY OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI O GERIATRICKÝCH PACIENTOV V ETICKOM KONTEXTE

Gabriela Kuriplachová¹, Tatiana Šantová²

¹Fakulta zdravotníctva, Prešovská Univerzita v Prešove

²Fakulta zdravotníctva, Prešovská Univerzita v Prešove

Súhrn

Autorky predkladajú príspevok, v ktorom sa venujú problematike etických princípov v starostlivosti o geriatrických pacientov. S pribúdajúcim počtom geriatrických pacientov sa zvyšujú nároky na ošetrovateľskú starostlivosť a požiadavky na osobnosť ošetrojúceho personálu. Od sestier a zdravotníckych asistentov starajúcich sa o týchto ľudí, sa vyžaduje omnoho viac empatie, asertivity, trpezlivosti v liečbe chronickej bolesti, primeranej komunikácie a tolerancie pacientových fyzických a psychických problémov, ako u mladších. Otáznou sa stáva problematika umierania a eutanázie na princípe zachovania ľudskej dôstojnosti a úcty k starým ľuďom. Chápanie etiky a jej princípov sa podieľa na zvyšovaní kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti geriatrickým pacientom.

Kľúčové slová: Geriatria. Geriatrický pacient. Etické princípy. Ošetrovateľská starostlivosť. Dôstojné umieranie.

Summary

Authors present clause, in which they devote to the issue of ethnics principles in care for geriatric patients. Demands for nursing care and personality requirements of nursing staff are developing due to increasing number of geriatric patients. From nurses and healthcare assistants caring for these peoples is required much more empathy, discretion, sensitivity, patience in the treatment of chronic pain, adequate communication and tolerance of patient's physical and psychiatric problems, than in younger patients. Question becomes the issue of dying and euthanasia on the principle of preserving human dignity and respect for older people. Understanding of ethics and principles is involved in quality improvement in providing nursing care for geriatric patients.

Key Words: Geriatrics. Geriatric patient. Ethnic principles. Nursing care. Dying with dignity.

Úvod

V súčasnosti sa celosvetovo zaznamenáva starnutie populácie. S pribúdajúcimi potrebami starých ľudí sa paralelne zvyšujú nároky na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, čo si okrem iného vyžaduje aj akceptáciu etických princípov v celom svojom rozsahu. Keďže demografická situácia je natoľko nepriaznivá, že prakticky každý druhý až tretí pacient, ktorý vstúpi do ordinácie lekára, je starší ako 60 rokov (Hašková, 2002), je to hlavný dôvod, prečo je potrebné venovať sa tejto problematike.

Starnutie je nezvratný prirodzený proces v živote každého človeka. Spája sa s biologickými, psychologickými, sociálnymi a ekonomickými zmenami, ktoré dokážu značne poznamenať život starnúceho človeka a jeho rodinu. Staroba je teda odrazom celého života a výsledkom pôsobenia mnohých faktorov. Veda, zaoberajúca sa zdravím a zvláštnosťami chorôb v starobe sa nazýva *geriatria*. Za geriatrického pacienta sa považuje človek nad 65 rokov, ktorý je postihnutý spravidla viacerými ochoreniami, s prechodom do chronického štádia.

Pacient stráca samostatnú schopnosť postarať sa o seba, a preto neraz vyžaduje pomoc od iných (Kopecká et al., 2008). Aby boli zachované pacientove práva, je nevyhnutné, aby sestry a zdravotnícki pracovníci starajúci sa o geriatrických pacientov, vedeli v praxi správne uplatniť všetky nevyhnutné etické princípy.

V minulosti, koncom 70. rokov 20. storočia, boli v USA definované tieto ***základné princípy medicínskej etiky***:

- ***princíp benefiencie*** (dobročinnosti) – princíp zachovania života a zdravia chorého človeka;
- ***princíp nonmaleficiencie*** (neuškodiť inému) – princíp rešpektovania ľudskej dôstojnosti, identity a integrity, konania takých odborných zásahov, aby sa neublížilo pacientovi;
- ***princíp spravodlivosti*** – princíp poskytovania odbornej zdravotnej starostlivosti všetkým ľuďom bez ohľadu na vek, rasu, pohlavie, národnosť a náboženstvo;
- ***princíp autonómie*** (svojbytnosti) – princíp slobodnej informovanosti a voľby zdravotníckych postupov;
- ***informovaný súhlas pacienta*** – princíp slobodného rozhodnutia sa pacienta o plánovaných diagnostických a liečebných postupoch, ako aj o spôsobe poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti.

Podľa tohto princípu má každý pacient právo na prístup k všetkým informáciám, a preto má možnosť vyjadriť sa aj negatívne, formou negatívneho reverzu (Kopecká et al., 2008).

Kutnohorská (2007) uvádza ďalší etický princíp v ošetrovatelstve, a je ním *pravdovravnosť*. Tento princíp zaväzuje druhým hovoriť pravdu a neklamať ich. V tomto zmysle sa preto dá hovoriť o pravdivosti voči sebe samému.

Sestry a zdravotnícki asistenti, poskytujúci ošetrovateľskú starostlivosť geriatrickým pacientom, musia disponovať omnoho väčším množstvom empatie a trpezlivosti pri výkone svojho povolania, ako u mladších pacientov. Títo starí ľudia sú oveľa zraniteľnejší, často postihnutí chronickými chorobami a citovo labilnejší. Keďže sú poznačení fyzickými a psychickými chorobami, sú často závislí od svojich opatrovateľov. Nemajú dostatok síl, aby si uspokojili svoje potreby. To, čo sa pre zdravého, mobilného pacienta stáva samozrejmosťou, pre geriatrického pacienta, naopak zťažujú. Preto aj výkony a úkony, ktoré s geriatrickým pacientom súvisia, si vyžadujú dlhší čas.

Netrpezlivosť, nervozita a uponáhľané činnosti pôsobia negatívne na psychiku starého človeka a môžu mu aj fyzicky uškodiť (napr. pri kŕmení môže dôjsť k aspirácií jedla). Niekedy sa stáva, že v snahe pomôcť zlepšiť zdravotný stav pacienta, sestra alebo zdravotnícky asistent núti geriatrického pacienta robiť činnosti, ktoré sú síce z jeho pohľadu prospešné, ale starý človek ich môže vnímať ako týranie. A tak hranica medzi aktivizáciou a týraním sa môže stať veľmi krehkou (Kopecká et al., 2008). Riešením situácie sa stáva akceptácia želania, pokiaľ to nie je s rozporom liečby.

V starostlivosti o geriatrického pacienta sa často stretávame s otázkou umierania a eutanázie. Je vedecky dokázané, že strach zo smrti má nižšiu intenzitu ako strach zo zomierania a rovnako sa starí ľudia skôr zmieria so skutočnosťou, že zomierajú, ako mladí ľudia v produktívnom veku (Kopecká et al., 2008). Smrť pre starých ľudí býva často vykúpením z ich ťažkej zdravotnej a finančnej situácie.

Keď hovoríme o eutanázii, máme na mysli úmyselné ukončenie života človeka niekým iným, než človekom samotným (napr. lekárom), na jeho vlastnú žiadosť. Eutanáziu možno vykonať aktívnym alebo pasívnym spôsobom, čo je v rozpore s právom pacientov na život a na ich integritu. Eutanázia nie je žiadnou ústavou chránená, preto žiadny legálny podklad v našej krajine na ňu neexistuje.

Rozhodnutie sa pre eutanáziu nie je dokonca zmyslom dôstojného umierania a je v priamom protiklade s náplňou lekárstva. Veď už od doby Hippokratovej prísahy bolo lekárstvo spojované s mravným záväzkom a dôrazom na to, aby život a umenie boli v súlade.

Ľudia majú svoju dôstojnosť, pretože sú ľudia. Nemôžu o ňu prísť, len preto, že sú slabí a bezradní alebo trpia (Munzárová, 2005).

Rozhodnutie sa pre eutanáziu je prejavom zlyhania, a preto je nevyhnutné zabezpečiť takú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorá by zahŕňala liečbu bolesti a ostatných fyzických symptómov, psychického, sociálneho a duchovného utrpenia. Touto cestou by k žiadosti o usmrtenie nemuselo dochádzať.

Niekedy je ťažké a pritom nevyhnutné rozhodnúť sa o pokračovaní v živote ohrozujúcej liečbe. Na terminálnu starostlivosť sa vynakladajú veľké finančné náklady, ktoré sa vždy nemusia prejavovať zlepšením kvality života (Šoltés et al., 2008). Napriek všetkému je našou povinnosťou správať sa voči pacientom ohľaduplne, s láskou, s cieľom zachovávať ľudskú dôstojnosť až do konca života. Každý starý človek vytvoril počas svojho života pre svoju rodinu a spoločnosť isté hodnoty, a tak si zaslúži náš čas, i našu úctu. Komunikácia je prejavom záujmu o človeka, zachovanie ľudskej dôstojnosti kľúčovým aspektom pri ošetrovaní starých ľudí.

Významným programom v komplexnej starostlivosti o geriatrických pacientov sa stala tzv. *Európska charta pacientov seniorov*, ktorá bola sformulovaná v roku 1997 v Madride. Cieľom tohto programu sa stalo udržanie praktickej sebestačnosti v skupine starších a starých osôb (Hašková, 2002). V rámci paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti (starostlivosť zmierňujúca utrpenie) sestra vykonáva odborné a špecializované činnosti zamerané na fyzickú pohodu a psychické uspokojenie pacienta v jeho poslednej fáze života.

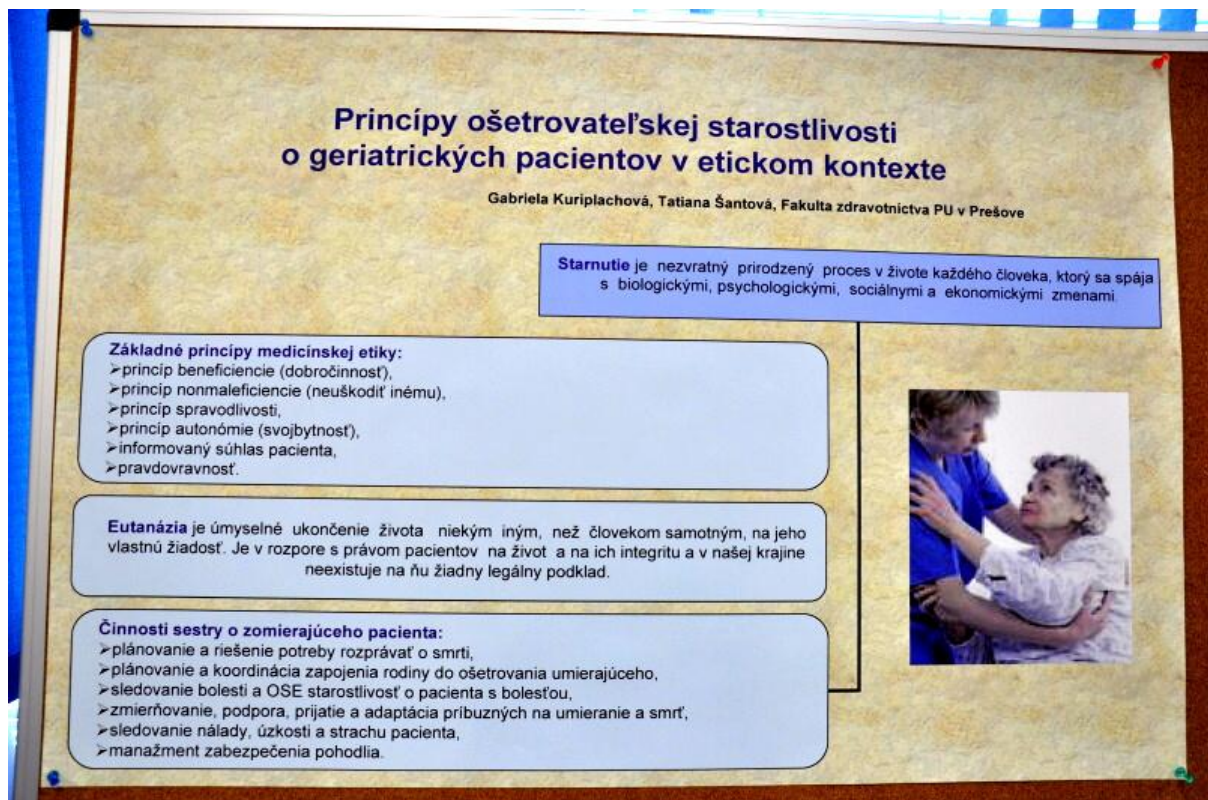
U zomierajúceho pacienta sa sestra zameriava na:

- činnosti spojené s postupným znižovaním poznávacích funkcií,
- prejavy úzkosti a strachu pacienta,
- vyhodnocovanie nálady pacienta, ako sú podráždenosť, apatia, niekedy hrubosť v správaní,
- plánovanie a riešenie potreby pacienta rozprávať o smrti,
- plánovanie a koordináciu zapojenia rodiny pacienta a jeho blízkych osôb do ošetrovania,
- zmierňovanie, podporu, prijatie a adaptáciu príbuzných na umieranie a smrť pacienta,
- plánovanie sledovania bolesti a ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s bolesťou,
- manažment zabezpečenia pohodlia.

Morálnou povinnosťou sestier o umierajúceho pacienta je zabezpečovanie trvalej pomoci pacientovi, starostlivosť o jeho duchovné potreby a umožnenie zotrvania rodiny pri posteli umierajúceho (Krišková, 2006).

Záver

Etické povinnosti zdravotníckych pracovníkov v ošetrovateľskej starostlivosti o geriatrických pacientov sa plne stotožňujú s princípom zodpovednosti. Tam, kde je zodpovednosť, je aj povinnosť. Zodpovednosť v sebe zahŕňa spravodlivosť, svedomitosť, zmysel pre plnenie povinností, zachovávanie morálnych a právnych noriem. Každý budúci pracovník, pracujúci v zdravotníckom sektore sa musí s touto skutočnosťou stotožniť. Vedieť pomôcť tým, ktorí to potrebujú, vedieť pohľadiť, porozumieť, byť trpezlivý, zastať sa práva iných a vážiť si ľudský život do jeho konca ... o tom je práca v zdravotníctve.



Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov:

1. HAŠKOVÁ, H. 2002. Etické problémy v geriatrickej: Lékařská etika. 3.rozšírené vyd. Praha: Galén, s. 188-191. ISBN 80-7262-132-7
2. KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. et al. 2008. Zdravotnícka etika. 2. vyd. Martin: Osveta, s. 119. ISBN 978-80-8063-278-6
3. KRIŠKOVÁ, A. et al. 2006. Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť a starostlivosť o mŕtve telo: Ošetrovateľské techniky. 2. vyd. Martin: Osveta, s. 652-655. ISBN 80-8063-202-2

4. KUTNOHORSKÁ, J. 2007. Základní etické principy v ošetrovatelství: Etika v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada publishing, s. 18. ISBN 978-80-247-2069-2
5. MUNZÁROVÁ, M. 2005. Proč nelze souhlasit s legalizací eutanazie a asistovaného suicidia?: Eutanazie, nebo paliativní péče? Praha: Grada publishing, s. 49-55. ISBN 80-247-1025-0
6. ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. et al. 2008. Etické problémy v geriatрии: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. Martin: Osveta, s. 76-78. ISBN 978-80-8063-287-8

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Gabriela Kuriplachová
Fakulta zdravotníctva PU v Prešove
Katedra ošetrovateľstva
Partizánska 1, Prešov 080 01
č. tel: 0907 338 956
e-mail: kuriplachova@unipo.sk

POHYBOVÁ AKTIVITA A KVALITA ŽIVOTA SENIOROV

Alena Longauerová, Wioletta Mikul'áková

Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

Starnutie ako zákonitý a prirodzený proces je nevyhnutné a týka sa každého. No ľudia nestarnú rovnako a proces starnutia možno ovplyvniť. K zvyšovaniu dlhovekosti prispieva lepšie sociálne a zdravotné zabezpečenie a vyššia kvalita života. Jednoznačná definícia kvality života neexistuje, no zahŕňa viacero komponentov, medzi inými aj fyzické a psychické zdravie. Pri posudzovaní kvality života v súvislosti so zdravím sa často vychádza z vlastného hodnotenia samotného človeka. Na základe vybraných položiek z dotazníka vypracovaného v rámci projektu „Motorické, sociálne a psychické aspekty pohybovej aktivity seniorov“ (VEGA 1/3658/06) sme zisťovali rozdiely v kvalite života mužov a žien.

Kľúčové slová: Starnutie. Seniori. Kvalita života. Zdravie.

Abstract

The ageing as a regular and natural process is inevitable and affects everyone. However, people do not age equally and the process of ageing can be influenced. A better social security and healthcare and a higher quality of life contribute to the increase in longevity. Although there is no definition of quality of life its assessment always encompasses various components including the indicators of physical and mental health. The evaluation of the quality of life in connection with the health is often based on the evaluated person's own evaluation of his/her health. We were trying to determine the differences in the quality of life of men and women based on selected items from a questionnaire developed during the project called "Motoric, social and mental aspects of physical activity of seniors" (VEGA 1/3658/06).

Key words: Ageing. Seniors. Quality of life. Health.

Úvod

S pribúdajúcim vekom dochádza v organizme postupne k mnohým zmenám, ktoré sú príznakom telesného i psychického opotrebovania. Zmeny sú síce nevyhnutné, ale ich miera a

rýchlosť, s ktorou nastupujú, nie sú vždy rovnaké. Procesy starnutia možno významne ovplyvniť na niekoľkých úrovniach - predovšetkým mierou primeranej psychickej a fyzickej aktivity ako aj správnu výživou. Ďalšími významnými faktormi sú tiež stabilné zakotvenie na sociálnej úrovni a kvalita kontaktov s okolím (Ondriová, Kollárová, 2006, s.35).

V tomto vekovom období dochádza k zhoršeniu všetkých motorických schopností. Pomalá svalová atrofia sa začína v 30 - 40 rokoch života. Okolo 75 roku života svaly predstavujú cca 15 % hmotnosti tela (v období dospelosti v priemere 30 %). Maximálna sila izometrickej svalovej kontrakcie je o 20 % menšia po 60 roku života a o 50 % menšia po 70 roku života. Zmeny v svalovom systéme negatívne ovplyvňujú funkciu nervového systému, hlavne na hlbokom cítení. Zhoršuje sa svalovo – nervová koordinácia a rovnováha. Navyše dochádza k redukcii zrakových či sluchových funkcií (Zembaty, 2003). U seniorov sa častejšie objavujú rôzne zdravotné problémy. Obdobie staroby je poznačené mnohými ochoreniami, ako sú artériová hypertenzia, ateroskleróza, chronická obštrukčná choroba pľúc, diabetes mellitus, artrózy, osteoporóza a iné. Tieto ochorenia podstatným spôsobom ovplyvňujú úroveň pohybovej aktivity starších ľudí.

Proti mnohým z nich sa dá cielene pôsobiť prostredníctvom vhodného cvičenia, či pohybovej aktivity. Dôležité je identifikovať a rešpektovať riziká súvisiace s daným vekom a zdravotným stavom. Pri pravidelnom cvičení je dôležité brať do úvahy individuálnu východiskovú situáciu každého človeka, jeho aktuálny zdravotný stav a následne stanoviť vhodné individuálne zaťažovanie. Aj napriek subjektívnemu pocitu celkovej pohody nepodceňovať lekárske vyšetrenia a odporúčania. Patrí k tomu aj vlastné kritické ohodnotenie svojich možností a nepreceňovanie svojich schopností (Uherová, 2007, s. 293-298).

Aby sme sa mohli pohybovať, potrebujeme zdravý centrálny nervový systém, zdravé končatiny, ale aj súhru zrkového, rovnovážneho a pohybového systému, ktoré do mozgu hlásia polohu tela. Pohybový potenciál, čiže vnútorné predpoklady k pohybu sú sústredené v štruktúrach a funkciách organizmu človeka a na základe podnetu z CNS umožňujú prejaviť sa navonok v pohybových činnostiach. Na základe tohto východiska môžeme charakterizovať aj pohybové schopnosti ako súbor vnútorných predpokladov organizmu na pohybovú činnosť. Ich prejav navonok je vyvolaný zadanou pohybovou úlohou (prejaviť určitý druh a úroveň sily, vytrvalosti, rýchlosti, koordinácie, pohyblivosti). Pohybové schopnosti považujeme za všeobecné predpoklady k pohybu, ktoré sú geneticky podmienené a trénovateľné. Pohybový potenciál človeka vytvára kvalita procesov informačných - riadenie a regulácia, energetických, orientačných - procesy perцепčné, kognitívne, mnemické a stimulujúcich - procesy motivačné, emocionálne, vôľové (Belej, Junger, 2006, s.13).

Starnutie je nezvratný proces a nikto sa mu nemôže vyhnúť. Na starnutie vplýva spôsob života a tiež prostredie, v ktorom človek žije. V súvislosti so starnutím populácie je dôležitý spôsob, akým seniori prežívajú obdobie staroby. Môže to byť len pasívne dožívanie spojené s chorobami, depresiami a samotou, ale tiež obdobie vyplnené aktivitami, ktoré prinášajú osobné uspokojenie a sú na osoh i okoliu. Vďaka lepšiemu sociálnemu a zdravotnému zabezpečeniu a zlepšovaniu kvality života, sa neustále zvyšuje šanca dožiť sa vyššieho veku. Kvalita života predstavuje objektívne aj subjektívne podmienky. Kvalita života sa spája s určitým stupňom pohody, spokojnosti a zahrňuje tiež množstvo činiteľov materiálnych, biologických, psychologických, sociálnych a kultúrnych (Zikmund, 2002, s.1-6). Existujú rôzne definície zamerané na objasnenie podstaty kvality života, no mnohí autori sa zhodujú v tom, že tento pojem by mal obsahovať údaje o fyzickom, psychickom a sociálnom stave jedinca. Pri posudzovaní kvality života v súvislosti so zdravím sa používajú viaceré prostriedky na jej hodnotenie ako je „Index kvality života vzťahujúci sa na zdravie“, ktorý posudzuje telesné a duševné funkcie, uplatnenie sa v sociálnom postavení, subjektívny pocit zdravia a príznaky. Stupnica vychádza z vlastného hodnotenia príslušnej osoby. Ďalšie hodnotiace systémy sú napr.: „Ukazovateľ zdravia a pracovnej schopnosti“, ktorý skúma osem oblastí (zrak, sluch, reč, obratnosť, pohyblivosť, myslenie, emócie, bolesť) alebo „Škála kvality každodenného života“ (Baštecká, Goldman, 2001, s.336-340). Kvalita života však môže pre určitého človeka predstavovať čokoľvek, čomu on sám prikladá dôležitosť.

Cieľ práce

Cieľom našej práce bolo zistiť aké sú rozdiely v kvalite života mužov a žien v seniorskom veku, v súvislosti s ich mobilitou, resp. imobilitou.

Súbor, metodika

Prezentované informácie sme získali dotazníkovou metódou. „Dotazník pohybovej aktivity a kvality života“ bol súčasťou metodiky projektu č. 1/3658/06 „Motorické, sociálne a psychické aspekty pohybovej aktivity seniorov“, ktorý sa realizoval v rámci programu VEGA a obsahoval 30 položiek. Získané údaje sme vyjadrili v percentách. Oslovili sme 88 respondentov - pacientov hospitalizovaných na klinike geriatrickej vo FNsP J. A. Reimana v Prešove, z toho 35 mužov, ktorých priemerný vek bol 73,5 roka a 53 žien s priemerným vekom 71 rokov.

Výsledky a interpretácia

Na základe vybraných položiek z dotazníka sme zisťovali rozdiely v kvalite života mužov a žien, pričom sme sa zamerali na zisťovanie kvality života v súvislosti so zdravím.

Tabuľka 1 Všeobecné hodnotenie zdravotného stavu z pohľadu seniorov

Hodnotenie zdravotného stavu z pohľadu seniorov	n	%	n	%
	muži	muži	ženy	ženy
1.cítim sa dobre, väčšinou nemám žiadne zdravotné problémy	0	0	5	9,43
2.väčšinou nemám zdrav. problémy, no som slabý, chýba mi energia	2	5,72	6	11,32
3.mám ľahšie zdravotné problémy	16	45,71	17	32,08
4.mám ťažké zdravotné problémy	13	37,14	19	35,85
5.mám ťažké zdravotné problémy a obmedzenia	4	11,43	6	11,32
SPOLU:	35	100	53	100

Väčšina mužov a žien udávala, že trpia ľahšími až ťažkými zdravotnými problémami. Žiadne zdravotné ťažkosti 9,43% žien, u mužov túto skutočnosť neuviedol žiadny z opýtaných. Najčastejšími zdravotnými ťažkosťami sú u oboch pohlaví srdcovo- cievne ochorenia, ťažkosti s dýchaním, kostrovo - svalové a senzorické problémy. Viac u mužov ako u žien sa vyskytli tráviace ťažkosti, pričom zasa viac žien udávalo problémy psychického charakteru (depresie).

Tabuľka 2 Bolesť ako obmedzenie pri vykonávaní bežných denných aktivít

Obmedzenie	n	%	n	%
	muži	muži	ženy	ženy
1.bolesť ma vôbec neobmedzuje	9	25,71	5	9,43
2.prevažne ma neobmedzuje	5	14,29	12	22,64
3.obmedzuje ma stredne	14	40	17	32,08
4.prevažne áno	4	11,43	13	24,53
5.bolesť ma veľmi obmedzuje	3	8,57	6	11,32
SPOLU:	35	100	53	100

V porovnaní s mužmi sú ženy pri vykonávaní bežných denných aktivít obmedzované bolesťou podstatne viac. Bolesť, prevažne alebo veľmi, obmedzuje približne 36 % žien. U mužov je to 20 %. Naopak, štvrtinu mužov bolesť vôbec neobmedzuje, kým u žien je to iba 9,45 %. Preto aj viac žien pravidelne užíva lieky na tlmenie bolesti, čo uviedla vyše tretina oslovených.

Tabuľka 3 Najobľúbenejšie voľnočasové aktivity seniorov

Najobľúbenejšie voľnočasové aktivity seniorov	poradie	n muži	% muži	poradie	n ženy	% ženy
Sledovanie televízie	1	34	97,14	1	38	71,7
Posedenie s rodinou	2	31	88,57	2	33	62,26
Práca v záhrade, domáce práce	3	21	60	3	30	56,6
Odpočinok	4	21	60	7	19	35,85
Čítanie	5	20	57,14	5	23	43,4
Prechádzky, výlety, turistika	6	16	45,71	6	22	41,5
Návšteva priateľov	7	12	34,29	4	24	45,28
Kultúrne podujatia	8	12	34,29	8	13	24,53
Aktívne cvičenie	9	4	11,42	10	7	13,2
Návšteva športových podujatí, diváctvo	10	3	8,57	11	2	3,77
Zberateľské aktivity, ručné práce	11	2	5,71	9	10	18,87

V tabuľke 3 uvádzame odpovede našich respondentov na otázku najobľúbenejších voľnočasových aktivít. Na prvom mieste rovnako muži ako ženy uvádzajú sledovanie televízie. Potešujúcim údajom je, že okolo 60% respondentov sa venuje práci na záhradke. Ako nedostatočné sa javí, že aktívnemu cvičeniu sa venujú len 4 (11,42 %) muži a 7 (13,2 %) žien.

Hlavne dôvody, prečo seniori necvičia, nešportujú uvádzajú: zdravotné problémy, otázkou cvičenia vôbec nezaoberajú, pohodlnosť, nedostatok času, chýba im spoločnosť iných ľudí, nezáujem, je to už zbytočné, nedostatok financií, pracovná zaneprázdnenosť.

Najčastejšie dôvody cvičenia, športovania uvádzajú zlepšenie alebo udržanie svojho zdravotného stavu, vnútorná potreba pohybu, želanie člena rodiny, odporúčanie lekára, stretávanie sa s priateľmi, zníženie hmotnosti (skôr ženy).

Výsledky nášho výskumu potvrdzujú všeobecné známe informácie o preferencii pasívnych foriem trávenia voľného času u bežnej populácie. Táto nechuť k fyzickej aktivite sa s vekom ešte zvyrazňuje. U starších ľudí sa často stretávame s ohraničením fyzickej aktivity. Akinéza spôsobuje zníženie efektivity funkcie mnohých systémov, čo len podporuje involučné procesy. Aj keď v tomto veku musíme počítať s mnohými funkčnými obmedzeniami, správne indikovaný pohyb je prostriedkom na návrat maximálnej nožnej funkčnej schopnosti staršieho človeka.

Samotná kvalita života seniorskej populácie prezentuje mnoho atribútov. Jedným z najvýznamnejších je pohyb. Nedostatočná pohyblivosť môže spôsobiť vznik závažných zdravotných komplikácií, ktoré významne znižujú kvalitu života pacientov. V dôsledku obmedzenia pohyblivosti u starších pacientov sa často vyskytuje porucha sebestačnosti v bežných denných činnostiach (Hudáková, Horňáková, Majerníková, 2008). Pre možnosť udržať si čo najväčšiu sebestačnosť do čo najvyššieho veku je vhodné zaradenie odbornej ergoterapie do programov komplexnej rehabilitácie seniorov. Práve ergoterapia sa orientuje predovšetkým na implementáciu pacientových schopností do aktivít denného života a to ako bazálnych tak aj inštrumentálnych (Kociová, Ištoňová, Palát, 2009).

Záver

Zlepšovanie životných podmienok, vyššia kvalita zdravotnej starostlivosti, či nové objavy v oblasti medicíny, výrazne ovplyvňujú nárast počtu ľudí, ktorí sa dožívajú vyššieho veku. Tento vývoj si vyžaduje nachádzať nové odpovede na stále aktuálne otázky, ako si vo vyššom veku zachovať primeranú kvalitu života a viac menej úspešne zvládať úskalia bežného života. Jedno z riešení ponúkajú pohybové aktivity, ktorých vykonávanie stimuluje priamo i nepriamo všetky systémy v ľudskom tele. Prostredníctvom telesnej aktivity sa aktivizujú aj určité oblasti mozgu, ktorých prekrvenie pozitívne podporuje pamäť a zlepšuje náladu cvičiaceho. Zdravie podporujúci šport pomáha seniorom vyvarovať sa sociálnej izolácii, je účinným prostriedkom proti depresiám, aktivizuje a pôsobí pozitívne tiež na duševnú pohodu.

Odporúčania pre prax

1. Motivovať seniorov k pohybovej aktivite, poukazovať na význam pohybovej aktivity pri podpore zdravia, prevencii ochorení, zlepšovaní zdravotných ťažkostí, zvyšovaní maximálnej úrovne kvality ich života a udržiavaní nezávislosti.



2. Informovať seniorov o vhodných pohybových aktivitách v súlade s možnými zdravotnými obmedzeniami a existujúcou ponukou zariadení pre pohybovú aktivitu v ich blízkom okolí.
3. Pokračovať v nastúpených výskumných aktivitách a do riešenia danej problematiky zapojiť aj ďalších odborníkov zaoberajúcich sa možnosťami zvyšovania kvality života seniorov.

POHYBOVÁ AKTIVITA A KVALITA ŽIVOTA SENIOROV

Alena Longauerová, Wioletta Mikuľáková
Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove, Slovensko


VEGA 1/3658/06 „Motorické, sociálne a psychické aspekty pohybovej aktivity seniorov“
 Dotazník pohybovej aktivity a kvality života v súvislosti s vykonávaním pohybovej aktivity.

SÚBOR: 88 respondentov z Kliniky geriatrickej FNŠP J. A. Reimana v Prešove, z toho 35 mužov (73,5) a 53 žien (71 rokov).

Najčastejšie zdravotné problémy seniorov:

- srdcovo - cievne ochorenia,
- ťažkosti s dýchaním,
- kostrovno - svalové problémy,
- senzorické problémy,
- trávacie ťažkosti (skôr muži),
- problémy psychického charakteru.



Hodnotenie zdravotného stavu z pohľadu seniorov	n muži	% muži	n ženy	% ženy
1. cítim sa dobre, väčšinou nemám žiadne zdravotné problémy	0	0	5	9,43
2. väčšinou nemám zdravotné problémy, no som slabý, chýba mi energia	2	5,72	6	11,32
3. mám ľahšie zdravotné problémy	16	45,71	17	32,08
4. mám ťažké zdravotné problémy	13	37,14	19	35,85
5. mám ťažké zdravotné problémy a obmedzenia	4	11,43	6	11,32
Spolu:	35	100	53	100

Najobľúbenejšie voľnočasové aktivity seniorov	poradie	n muži	% muži	poradie	n ženy	% ženy
Sledovanie televízie	1	34	97,14	1	38	71,7
Posedenie s rodinou	2	31	88,57	2	33	62,26
Práca v záhrade, domáce práce	3	21	60	3	30	56,6
Odpočinok	4	21	60	7	19	35,85
Čítanie	5	20	57,14	5	23	43,4
Prechádzky, výlety, turistika	6	16	45,71	6	22	41,5
Návšteva priateľov	7	12	34,29	4	24	45,28
Kultúrne podujatia	8	12	34,29	8	13	24,53
Aktívne cvičenie	9	4	11,42	10	7	13,2
Návšteva športových podujatí, diváctvo	10	3	8,57	11	2	3,77
Zberateľské aktivity, račné práce	11	2	5,71	9	10	18,87

Dôvody, prečo seniori necvičia, nešportujú :


- zdravotné problémy,
- otázka cvičenia vôbec nezaoberajú,
- pohodlnosť,
- nedostatok času,
- chýba im spoločnosť iných ľudí,
- nezaujmem,
- je to už zbytočné,
- nedostatok financií,
- pracovná zaneprázdnenosť.

Najčastejšie dôvody cvičenia, športovania:

- zlepšenie alebo udržanie svojho zdravotného stavu,
- vnútorná potreba pohybu,
- želanie člena rodiny,
- odporúčanie lekára,
- stretávanie sa s priateľmi,
- zníženie hmotnosti (skôr ženy).

ODPORÚČANIA PRE PRAX:

2. Motivovať seniorov k pohybovej aktivite, poukazovať na jej význam pri podpore zdravia, prevencii ochorení, zlepšovaní zdravotných ťažkostí, zvyšovaní úrovne kvality života a udržiavaní nezávislosti.
2. Vykonávame cieľovej edukácie nielen v radoch pacientov, ale aj u zdravých jedincov v rámci primárnej prevencie.
3. Informovať seniorov o vhodných pohybových aktivitách v súlade s možnými zdravotnými obmedzeniami a ponukou zariadení pre pohybovú aktivitu v ich okolí.
4. Pokračovať vo výskumných aktivitách, do riešenia problematiky zapojiť aj ďalších odborníkov.



Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov

1. BAŠTECKÁ, M., GOLDMANN, P. 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001, 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
2. BELEJ, M., JUNGER, J. et al. 2006. *Motorické testy koordinačných schopností*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta športu, 2006. ISBN 80-8068-500-2.
3. HUDÁKOVÁ, A., HORŇÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L. 2008. Vplyv zhoršenej pohyblivosti na kvalitu života u seniorov. In *Molisa 5 - Medicínsko ošetrovateľské listy Šariša*. Prešov: PU v Prešove FZ, FNŠP J. A. Reimana v Prešove, 2008, s.58-61. ISBN: 978-80-8068-882-0.
4. KOCIOVÁ, K., IŠTOŇOVÁ, M., PALÁT, M. 2009 Úloha ergoterapie v rehabilitácii seniorov. In *Geriatría*, 2009, roč. XV, č. 1, s. 5-10, ISSN 1335-1850.
5. ONDRIOVÁ, I., KOLLÁROVÁ, B. 2006. Fenomén osamelosti v starobe. In *Sestra a lekár v praxi*: časopis pre zdravotníckych pracovníkov a inú odbornú verejnosť. 2006, roč. 5, č. 11-12, s. 35-36, ISSN 1335-9444.
6. UHEROVÁ, Z. 2007. Význam pohybovej aktivity u seniorov. In *Zborník prednášok: VI. slovenský geriatrický kongres II. Quo vadis preventívna medicína*. [elektronický zdroj]. SGGŠ Bratislava, FZ PU Prešov: 2007, s. 293-298 ISBN 978-80-8068-665-9
7. ZEMBATY, A. 2003. *Kinezyterapia 2*. Kraków: KASPER, 2003. 446 s. ISBN 83-910437-6-2.
8. ZIKMUND V. 2002. Kvalita života a medicína. In *Medicínsky monitor*. Bratislava: 2002, 2, s.1-6. ISSN 1335-0951
9. *Program VEGA - projekt č.1/3658/06 Motorické, sociálne a psychické aspekty pohybovej aktivity seniorov*.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Alena Longauerová, lonalena@unipo.sk

Mgr. Wioletta Mikuláková, mikul@unipo.sk

Prešovská univerzita v Prešove

Fakulta zdravotníctva

Partizánska 1, 080 01 Prešov

PODPORA POZOSTALÝCH V PROCESSE SMÚTENIA

Eva Moraučíková, Marcela Ižová

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Abstrakt

V príspevku sa autorky venujú problematike umierania a smrti so zameraním na pozostalých. Poukazujú na nevyhnutnosť holistického prístupu k pozostalým a na nutnosť interdisciplinárnej spolupráce v podpore pozostalých v procese smútenia. V príspevku sú zmapované najčastejšie problémy pozostalých v sociálnej oblasti a ich riešenie prostredníctvom vhodnej (terapeutickej) komunikácie, ako aj ďalšie možnosti ich podpory.

Kľúčové slová: Smrť. Smútenie. Komunikácia. Pozostalí.

Abstract

The paper covers the issue of dying and death and its impact on the survivors. It focuses on an importance of a holistic approach and the need for interdisciplinary cooperation in supporting survivors' process of grieving. The paper identifies main problems that the survivors face in the social area and how to deal with them through appropriate (therapeutic) communications, as well as other support options.

Key words: Death. Sadness. Communication. Survivors.

Ludský život je vymedzený zrodením a smrťou. Smrť je niečím budúcim a prichádzajúcim, niečím k čomu bez výnimky smerujeme od samého počatia (Vymětal, 2003). Smrť je skutočne jediná fakticita, ktorá je v živote istá (Haškovcová, 2002). Bežne sa stretávame so strachom zo smrti. Je to podmienené faktormi ako sú napríklad pocit osamelosti počas umierania, nesprávna hodnotová orientácia, hedonistická a konzumná orientácia a v neposlednom rade i tabuizácia smrti (Vymětal, 2003). Vo svete sa proces detabuizácie problematiky umierania a smrti začal začiatkom sedemdesiatych rokov 20. storočia. U nás aj dôsledkom ideologizácie týchto problémov, bolo obdobie hlbokého mlčania. Až po roku 1989 dochádza k otvorenému a zvýšenému záujmu o túto problematiku. V súčasnej dobe naďalej pretrváva nevedomosť o tom ako sa máme správať, čo máme robiť a hovoriť vo chvíľach

umierania. Máme strach a chýba nám proces ritualizovaného rozlúčenia (Haškovcová, 2002). „Príčina nie je v nezaujme, ale v zlyhaní, ktoré je dôsledkom súčasnej dlhodobej inštitucionalizácie smrti. Naša súčasná konvencia totiž neposkytuje vzorec správania pre túto situáciu, ako to bolo v minulosti“ (Vorlíček, Adam, Pospíšilová et al., 2004). V procese inštitucionalizovaného umierania sa zameriavame hlavne na odbornosť, dominuje prakticismus a profesionalita. Chýba ľudský kontakt a vytratili sa prvky, ktoré dodávajú umieraniu sociálny rozmer (Haškovcová, 2002).

Umieranie začína vo chvíli, keď do povedomia vstúpi poznanie, že ochorenie, ktoré postihlo konkrétneho jedinca je perspektívne nezlučiteľné zo životom. Má tri fázy:

- **pre finem** – stav dlhého a rôzne kvalitného „prímeria“ s ochorením,
- **in finem** – zodpovedá pojmu „terminálny stav“,
- **post finem** – starostlivosť o mŕtve telo, starostlivosť o pozostalých (Poledníková et al, 2006).

Umieranie je odlúčenie od toho čo sme mali radi (koho sme mali radi). Veľa vecí s umieraním a smrťou rozumom chápeme, ale predsa nie sme s tým emocionálne celkom vyrovnaní (Křivohlavý, 2002).

Zármutok zo strany pozostalých môže byť vyjadrený rôznym spôsobom. Väčšinou to závisí od kultúrnych a náboženských zvyklostí, ale aj od osobného života pozostalých a ich osobnostných vlastností.

Fázy normálneho procesu smútenia:

- Šok, trvá minúty až dni.
- Akútna reakcia na stratu, intenzívne spomienky na zosnulého, pocity viny, hnevu, strata cieľov a motivácie, psychosomatické príznaky (bolesť hlavy, potenie, búšenie srdca, vzostup TK, izolácia od okolia). Táto fáza trvá týždne až mesiace a príznaky sa vracajú opakovane.
- Reštitúcia a reorganizácia, nájdenie novej „rovnováhy“, nových vzťahov, novej role. Trvá mesiace až roky (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al, 2007).

Vhodná forma komunikácie a poradenstvo zabezpečí vo väčšine prípadov u pozostalých elimináciu patologických foriem žiaľu, ktorými sú napríklad chronická reakcia, absencia smútenia, oneskorená reakcia alebo prehnaná reakcia na stratu (Kasanová, 2009a, Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007).

Medzi hlavné reakcie, ktoré môžeme očakávať zo strany pozostalých, patria:

- Prerušenie normálneho života po smrti milovanej osoby charakterizované rôznymi stupňami neschopnosti („Nedokážem..., Nechcem..., Nemôžem...“ a pod.).
- Ublíženie, ktoré je charakterizované nahromadením silných bolestivých emócií.
- Chýbanie, t.j. zreteľné uvedomenie si straty.
- Udržiavanie prejavujúce sa túžbou udržať všetko, najmä to, čo bolo dobré z existencie stratenej osoby.
- Hľadanie, najčastejšie pomoci, alebo aktivity, ktorá vyplní prázdne miesto po strate blízkeho, napr. prehnaná starostlivosť o žijúce deti (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

V sociálnom prostredí pozostalých sa môžeme stretnúť s rôznymi problémami.

Medzi **najčastejšie problémy** môžeme zaradiť:

- 1) Rodičia a starí rodičia po smrti dieťaťa:
 - Pripadajú si podvedení (životom, ktorý nie je umožnený ich dieťaťu), trestaní (že neboli „dost' dobrými“ rodičmi) a osamotení (v spoločnosti, ktorá nie je na smrť dieťaťa pripravená).
 - Majú pocit viny, že prežili vlastného potomka.
 - Okrem fyzickej straty prichádzajú o svoje sny a nádeje, ktoré do dieťaťa vkladali a o svoju rodičovskú rolu.
 - Prepadajú myšlienkam, že so stratou dieťaťa sa nikdy nevyrovnejú. Ich život stráca budúcnosť.
 - Zisťujú, že sú schopní pokračovať v živote, ale stávajú sa zraniteľnými a nie sú už nikdy osobou, akou bývali.
- 2) Súrodeneц po smrti súrodence:
 - Často sa na neho zabúda. Deti si myslia, že by nemali hovoriť s rodičmi o smrti svojho súrodence, aby rodičov ešte viac nerozrušili.
 - Cíti sa odmietnutý a izolovaný (O' Connor, Aranda, 2005).
 - Trpí nespavosťou, nechutenstvom a častejšie sezónnym ochorením.
- 3) Dieťa po smrti rodiča/rodičov:
 - Vždy treba brať do úvahy vek dieťaťa, mentálnu úroveň a vývojové obdobie.
 - Novorodenec/dojča nechápe smrť ale pociťuje neprítomnosť milovanej osoby a prežívajú pocit odlúčenia. Môže sa u nich prejavíť syndróm „anaklitickej depresie“, ktorý je charakterizovaný plačlivosťou, apatiou, odmietaním stravy,

pohybu a komunikácie. Posledné štádium je coma vigile, ktoré môže byť aj ireverzibilné a dieťa zomiera najčastejšie na infekciu dýchacích orgánov. Najkritickejší vek v tomto období je 8 až 9 mesiac, kedy vrcholí separačná anxieta.

- Za najväčšiu chybu v procese smútenie u detí sa považuje zo strany dospelých „vylúčenie“ dieťaťa z rozhovorov o smrti, neodporúčenie vidieť pohreb.
- Dieťa má pocit izolácie, je na smútok samé, a môže sa stať, že dospelí členovia rodiny už budú mať smútenie prežité a dieťa zostáva stále osamelé so svojimi pocitmi (Fendrychová, Klimovič et al., 2005).

4) Dospelý po smrti dospelého:

- Dlhodobý pocit viny a sebaobviňovanie, že svojím správaním spôsobil smrť alebo utrpenie.
- Neadekvátne správanie, napr. obviňovanie zdravotníckych pracovníkov zo zanedbanej starostlivosti.
- Presvedčenie pozostalého, že zlyhal v najrozhodujúcejšej chvíli. Zníženie sebahodnotenia tak, že sa považuje za neschopného samostatne a zodpovedne jednať a stáva sa závislým na rozhodovaní druhých (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, et al., 2004).

Pri podpore pozostalých je potrebný aktívny, empatický prístup a otvorená komunikácia, ktorá obsahuje prvky terapeutickú komunikácie. Uvádzané techniky komunikácie podporujú verbalizáciu a môžeme ich zaradiť k terapeutickú komunikácii.

Účinné techniky v rámci komunikácie s pozostalými:

- Udržiavať pozostalých pohromade.
- Zotrvať v tichosti s pozostalými.
- Hovoriť, že je vám to ľúto, že ste pripravený počúvať, ak si želajú o tom rozprávať.
- Dotýkať sa smútiacich, v niektorých prípadoch tento typ komunikácie nie je pozostalým príjemný.
- Používať pri rozhovore o mŕtvom jeho meno. Pri úmrtí novorodenca používať meno, ktoré mu rodičia ešte pred pôrodom vybrali (v súčasnosti si vo väčšine nemocníc už pred pôrodom personál zisťuje meno pre dieťa, aké bude v prípade, ak sa im narodí chlapec alebo dievčatko).

- Vytvoriť pamätný balíček „memory box, memory book“ – vložiť doň pramienok vlasov, odtlačok nožičky (novorodenec), fotografiu, oblečenie, obľúbenú hračku, obľúbenú knihu, obľúbený predmet a podobne. Ak pozostalí nesúhlasia s prevzatím rozlúčkových predmetov, ponechať možnosť na neskoršie prevzatie.
- Upozorniť personál na stratu, ktorú príbuzní prežili – označiť vopred dohodnutým znakom izbu, v ktorej leží zosnulý, prípadne ženu, ktorá prišla o dieťaťko, aby sa predišlo zraňujúcim situáciám a v prípade pozostalých aj zraňujúcim otázkam.
- Umožniť pozostalým na základe psychického stavu vidieť mŕtveho príbuzného. V prípade dieťaťa (po prísnom individuálnom posúdení) je potrebné pripraviť ich na to, ako dieťa vyzerá, zabaliť dieťa do prikrývky, ponechať rodičom možnosť rozbaľiť si dieťa. V prípade dospelaj osoby manipulovať s telom dôstojne, postupovať predpísaným a štandardným spôsobom. Vhodné je ponechať možnosť príbuzným zúčastniť sa a byť nápomocný pri starostlivosti o mŕtve telo svojho príbuzného. Prostredie v ktorom leží mŕtvy treba upraviť čo najpríjemnejšie (odstrániť prístroje a pomôcky) a najčistejšie (vymeniť znečistenú posteľnú bielizeň), telo upraviť tak, aby vyzeralo prirodzene a pokojne. Dôležité je ponechať dostatočne dlhý čas a súkromie pri rozlúčke s rodinnými príslušníkmi. Osobný kontakt a rozlúčka s mŕtvym príbuzným sa odporúča ako efektívny štart procesu smútenia.
- Obmedziť počet pracovníkov, s ktorými pozostalí prichádzajú do kontaktu.
- Zavolať kňaza, ak si to pozostalí želajú, ktorý môže dieťa pokrstiť v prípade, že dieťa ešte žije. Ak je stav dieťaťa vážny, dieťa je v stave nebezpečenstva smrti (*periculum mortis*), môže dieťa pokrstiť niekto zo zdravotníckeho personálu (on sám nemusí byť pokrstený), a to tak, že leje vodu (z vodovodu, minerálka,...) na čelo novorodenca a hovorí: „(Meno), ja ťa krstím v mene Otca i Syna i Ducha Svätého.“ V prípade, že si nie je personál, prítomný pri pôrode istý, či je dieťa živé, prevedie sa tzv. podmienený krst: „Ak si schopný prijať krst, krstím ťa v mene Otca i Syna i Ducha Svätého.“ Pri smrti dospelého človeka, ktorý počas svojho života nestihol prijať krst, ale je známe jeho rozhodnutie prijať krst (čiže keby žil bol by ho prijal, lebo sa naň pripravoval) existuje krst túžby, ktorý nahrádza riadnu formu krstu. Vhodné je, ak je dostatok času, po krste zotrvať v krátkej modlitbe a nechať na seba pôsobiť zvláštnosť tejto chvíle.

- Spolu s pozostalými spomínať na určité úseky ich spoločne prežitého života. Oceniť život zosnulého.
- Ponúknuť možnosť stretnutia s rodinou, ktorá utrpela podobnú stratu – podporné skupiny (odporúča sa hlavne v prípade úmrtia dieťaťa).
- Vyjadriť úprimnú sústrasť, ktorá má charakter dôležitej solidárnej podpory všetkým členom rodiny.
- Informovať o možnosti organizovania smútočného obradu a poslednej rozlúčky s mŕtvym. U dieťaťa smútočný obrad možno vykonať v prípade, že bolo vypudené z maternice po ukončení 28. týždňa gravidity, hmotnosť dieťaťa je vyššia ako 1000 g a dieťa má aspoň jeden z prejavov života. Podľa WHO sa vybavenie živého plodu nad 500 g považuje za pôrod, čo je asi 22. týždeň tehotenstva (Breckwoldt, 1996, Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995, Lehotská, 2005, Leifer, 2004, Littva, 2007, Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004). Vhodná je informácia aj v tlačenej podobe, nakoľko pozostalí nie sú schopní vstrebať veľké množstvo informácií.

Neúčinné techniky v rámci komunikácie s pozostalými:

- Nepodávať pozostalým žiadne informácie.
- Separovať členov rodiny.
- Odmietat' vyjadrený zármutok – napríklad trvaním na tom, že otec má byť silný, aby bol oporou rodiny.
- Vyhýbať sa kontaktu s pozostalými a rozhovoru o strate.
- Dávať najavo namrzenosť alebo netrpezlivosť, keď pozostalí smútia.
- V prípade úmrtia novorodenca neznižovať význam tehotenstva poznámkami, ako: „Ste mladí, ešte môžete mať ďalšie deti“, „Je to takto lepšie, dieťa by bolo aj tak postihnuté“, „Veď už jedno zdravé dieťa máte“.
- Hovoriť: „Viem ako sa cítite.“ Odkrývanie vlastných podobných skúseností sa musí prevádzať veľmi pozorne a iba v prípade, že to má terapeutický význam pre pozostalých.
- Nabádať pozostalých, aby neprepadali plaču (Leifer, 2004).

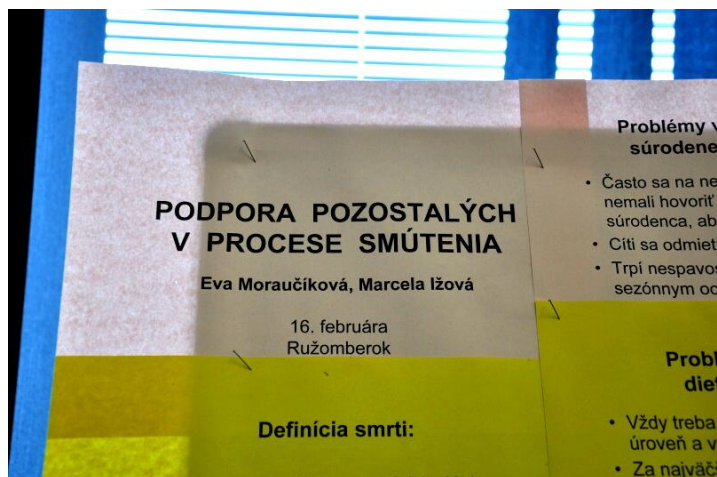
Okrem podpornej komunikácie môžeme pozostalým ponúknuť ďalšie formy podpory:

- Kontaktovať pozostalých mesiac alebo dva po smrti a pozvať ich na „čaj o piatej“ (platí v prípade, že rodinný príslušník zomrel v inštitúcii, v ktorej bol umiestnený dlhšiu dobu).

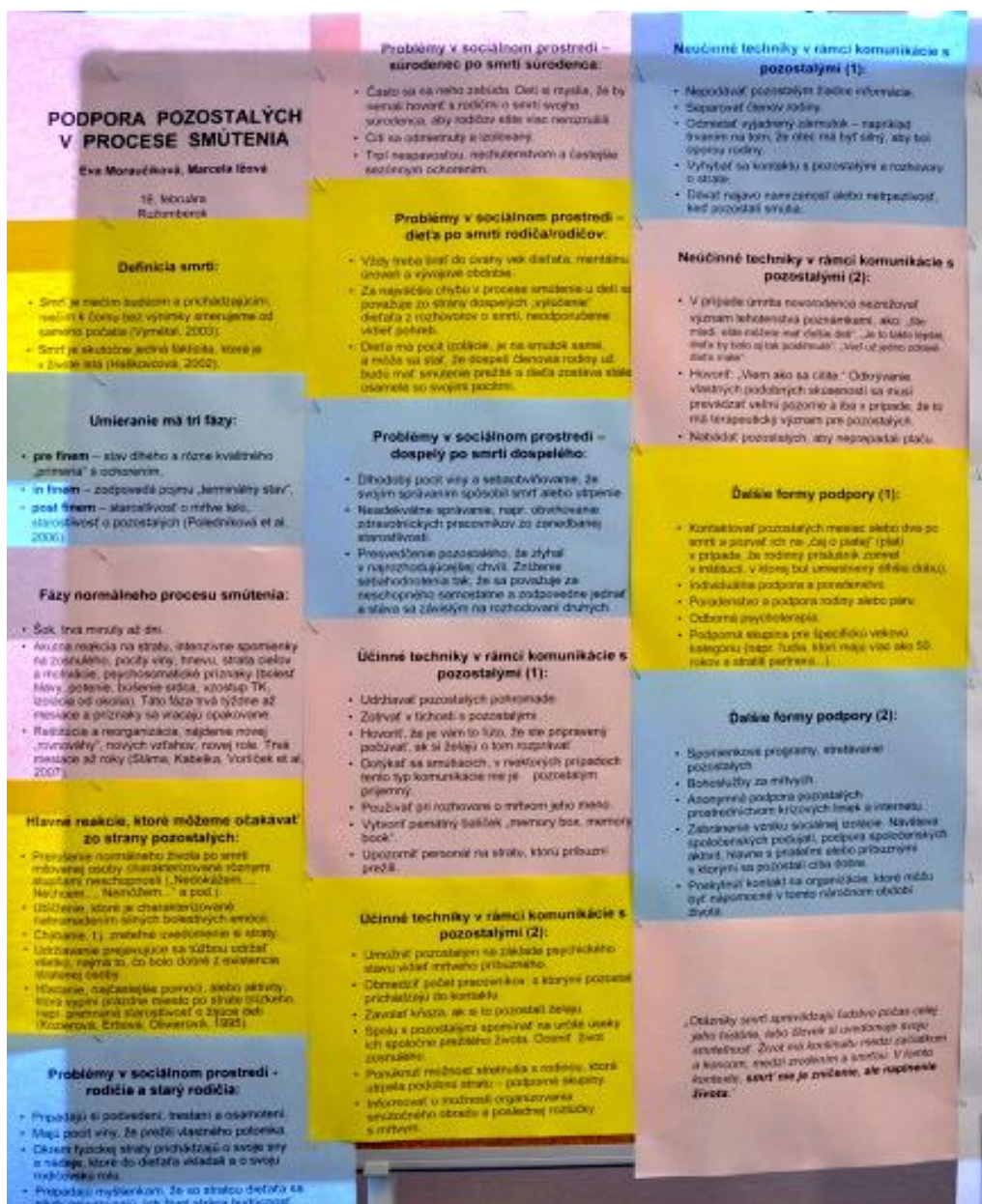
- Individuálna podpora a poradenstvo.
- Poradenstvo a podpora rodiny alebo páru.
- Odborná psychoterapia.
- Podporná skupina pre špecifickú vekovú kategóriu (napr. ľudia, ktorí majú viac ako 50. rokov a stratili partnera...).
- Spomienkové programy, stretávanie pozostalých.
- Bohoslužby za mŕtvych.
- Anonymná podpora pozostalých prostredníctvom krízových liniek a internetu (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al., 2007).
- Zabránenie vzniku sociálnej izolácie. Návšteva spoločenských podujatí, podpora spoločenských aktivít, hlavne s priateľmi alebo príbuznými s ktorými sa pozostalí cítia dobre.
- Poskytnúť kontakt na organizácie, ktoré môžu byť nápomocné v tomto náročnom období života (Kindersley, 2009).

Strata blízkej osoby je problémom, kde je nutné pri podpore pozostalých uplatniť holistický prístup za pomoci multidisciplinárneho tímu, ktorý by mali tvoriť okrem zdravotníkov aj sociálni pracovníci, duchovný, dobrovoľníci, prípadne širší podporný systém (škola, zamestnávateľ,...) (Lehotská, 2005). Najkritickejšie situácie v živote človeka sú narodenie a zomieranie. Zomieranie si na rozdiel od narodenie uvedomujeme preto je potrebné venovať tejto fáze života väčšiu pozornosť (Kasanová, 2009b).

Obdobie smútku pretrváva u jednotlivca rôzne dlhý čas. Je to náročné obdobie života a všetko čo smútiaci človek cíti je normálne. Pozostalí nemajú zostať so svojim smútkom sami. Jednotliví členovia multidisciplinárneho tímu by im mali byť v procese smútenia nápomocní, pričom sa odporúča, približne 1 rok po smrti blízkeho človeka, pomáhať im v jednotlivých oblastiach ich života. Dĺžka trvania a oblasť podpory pozostalých v procese smútenia závisí od individuálnych potrieb jednotlivca.



Obrázok 1 Názov posteru



Obrázok 2 Poster

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BRECKWOLDT, M. et al. 1996. *Gynekológia a pôrodnictvo*. Martin: Osveta. 1996. s. 656, ISBN 80-88824-55-9.
2. FENDRYCHOVÁ, J., KLIMOVIČ, M. et al. 2005. *Péče o kriticky nemocné dítě*. Brno: NCO NZO. 2005. s. 414, ISBN 80-7013-427-5.
3. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 2002. s. 272, ISBN 80-7262-132-7.
4. KASANOVÁ, A. 2009a. *Až za hranice života. I. díl. Súvislosti medzi životom a smrťou*. Nitra: Univerzita Konštantína filozofa. 2009. s. 131, ISBN 978-80-8094-525-1.
5. KASANOVÁ, A. 2009b. *Až za hranice života. III. díl. Starostlivosť o zomierajúcich*. Nitra: Univerzita Konštantína filozofa. 2009. s. 98, ISBN 978-80-8094-527-5.
6. KINDERSLEY, D. 2009. *Ako opatrovať chorých*. Bratislava: Príroda. 2009. s. 192, ISBN 978-80-07-01671-2.
7. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1,2*. Martin: Osveta. 1995. s. 1474, ISBN 80-217-0528-0.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 2002. s. 198, ISBN 80-247-0179-0.
9. LEHOTSKÁ, M. 2005. *Perinatálna strata*. Ružomberok: Katolícka univerzita. Rigorózná práca, 2005.
10. LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. 2004. s. 952, ISBN 80-247-0668-7.
11. LITVA, V. 2007. *Osobná konzultácia*. Ružomberok. 20. september 2007.
12. O'CONNOR, M., ARANDA, S. 2005. *Paliativní péče*. Praha: Grada. 2005. s. 324, ISBN 80-247-1295-4.
13. POLEDNÍKOVÁ, E. et al. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. 2007. s. 216, ISBN 80-8063-208-1.
14. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. 2007. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. 2007. s. 361, ISBN 978-7262-505-5.
15. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al. 2004. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. 2004. s. 537, ISBN 80-247-0279-7.
16. VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. 2003. s. 397, ISBN 80-7178-740-X.

PODPORA ZDRAVIA U SENIOROV

Mária Novosedláková, Zuzana Hudáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Zdravé starnutie môžeme pokladať za komplexný proces, pozostávajúci z viacerých dôležitých zložiek. K nim patria predovšetkým genetické faktory, vplyvy vonkajšieho prostredia, životný štýl, dobrá schopnosť adaptácie na zmenené podmienky, správna výživa a telesná aktivita. Snaha odstrániť a podporiť a posilniť pozitívne vplyvy na organizmus nachádza svoj výraz v celoživotnej príprave na starnutie, ktorej cieľom je pripraviť jedinca na aktívnu starobu, pokiaľ možno v dobrom zdraví, v tvorivej pohode, v dôstojnom prostredí a sociálnom zabezpečení. Dotazníkovou metódou sme zistili, že seniori uvádzajú spokojnosť s uspokojovaním biologických a spirituálnych potrieb. Deficit vidia v uspokojovaní sociálnych a psychických potrieb. Z prieskumu vyplýva celková spokojnosť so svojim životom. 27 % respondentov sú veľmi spokojní, 45 % skôr spokojní, 19 % sú skôr nespokojní a 9 % sú nespokojní.

Kľúčové slová: Zdravé starnutie. Kvalita života. Potreby gerontov. Ošetrovatel'stvo.

Summary

Healthy aging can be regarded as a complex process consisting of several important components. These include genetic factors, in particular, the effects of external environment, lifestyle, good ability to adapt to changed circumstances, correct nutrition and physical activity. Efforts to remove and support and reinforce the positive effects on the body finds expression in a lifetime preparing for aging, which aims to prepare the individual for an active old age, preferably in good health, a creative being in a dignified environment and social security. Questionnaires method, we found that seniors given satisfaction with meeting the biological and spiritual needs. Deficit seen in meeting the social and psychological needs. The survey shows overall satisfaction with their lives. 27 % of respondents are very satisfied, 45 % rather satisfied, 19 % are somewhat dissatisfied and 9 % are dissatisfied.

Key words: Healthy older age. Quality of life. Old people. Nursing.

ÚVOD

Identifikácia zdravia vo vyššom veku je zložitá. Objektívne môžeme pokladať starnúceho človeka za zdravého vtedy, keď sú u neho všetky prejavy starnutia kompenzované a nie je vyčerpaná jeho schopnosť adaptability. Zo subjektívneho hľadiska sa starý človek cíti starý človek zdravý vtedy, keď sa neponosuje na svoj zdravotný stav, cíti sa dobre, je sociálne dobre adaptabilný a dobre toleruje svoje životné prostredie. Zdravie vo vyššom veku teda nie je totožné s neprítomnosťou choroby a zodpovedá definícii zdravia SZO, podľa ktorej „je zdravie stavom telesnej, duševnej a sociálnej pohody“ (Hegyi, Krajčík, 2004). SZO chápe zdravé starnutie ako proces využitia a optimalizácie príležitosti pre fyzickú, sociálnu a duševnú pohodu počas celého života tak, aby sa predlžovala očakávaná dĺžka života prežitého v zdraví.

Prípravu na starnutie možno rozdeliť na zdravotnícku, psychologickú a sociálnu. Zdravotnícka príprava na starnutie spočíva vo včasnom lekárskom vyšetrení, zameranom na včasnú diagnostiku chorôb, na prevenciu, diagnostiku a odstraňovanie rizikových faktorov, predovšetkým hypertenzie, obezity, fajčenia, hypercholesterolémie, hyperglykémie a hyperurikémie. Zahŕňa tiež odporúčania primeranej telesnej aktivity so zachovaním zásad pracovnej hygieny.

Psychologická príprava na starnutie vychádza zo zásad psychohygieny a gerontopsychológie. K pozitívnemu ovplyvneniu psychických funkcií, procesov a stavov dochádza ich stálou stimuláciou primeranými požiadavkami v rodinnom a spoločenskom živote, pri práci, v športe a v rámci zmysluplného využívania voľného času. Negatívne ovplyvňujú psychickú výkonnosť choroby, ktoré často idú ruka v ruku s neefektívnym zdolávaním stavov psychickej záťaže. Na psychické zdravie a výkonnosť negatívne vplýva aj izolácia, jednostrannosť, nesprávne a neprimerané postoje k starnutiu a úlohe starnúceho človeka v spoločnosti (Hegyi, Krajčík, 2004).

Sociálna príprava na starnutie znamená zabezpečenie zmeny organizácie práce v súlade s vekom, výkonnosťou, vzdelaním a zdravotným stavom. Prechod z pracovného pomeru do dôchodku by mal byť plynulý a postupný, zabezpečený úpravou pracovnej doby a náplne práce. Vekom podmienený pokles pracovnej výkonnosti nie je v zásade pravidlom. So sociálnou prípravou úzko súvisia aj otázky bývania, stravovania, dĺžky dovolenky, trávenia. Prevencia je súbor opatrení na ochranu a zveľaďovanie zdravia človeka. Pod prevenciou v geriatrii rozumieme – prevenciu predčasného starnutia, prevenciu chorobnosti vo vyššom veku, prevenciu osamelosti a izolácie, prevenciu bezvládnosti a odkázanosti (Hegyi, Krajčík, 2004).

Starnutie populácie na celom svete nastoľuje aj etické otázky. Hlavnou etickou normou v geriatrickej je zachovanie dôstojnosti človeka (Hudáková, 2009, s. 51). Súčasná geriatrickej môže vychádzať z intervencií primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie. Primárne intervencie zahŕňajú opatrenia na posilnenie zdravia a na zabránenie vzniku choroby. Zdravie v starobe je výsledkom celého predchádzajúceho života každého jedinca. Významné miesto tu má výchova k väčšej osobnej zodpovednosti za vlastné zdravie. Cieľom sekundárnych opatrení je včas zistiť chorobu, keď sa dá ešte vyliečiť. Intervencie sekundárnej prevencie zastavujú progresiu choroby a predchádzajú vzniku trvalých porúch. Pre geriatrickeho pacienta sú najdôležitejšie intervencie voľného času, a pod. terciárnej prevencie, ktorými zabraňujeme zhoršovaniu jeho choroby, výskytu komplikácii a vzniku odkázanosti na pomoci inej osoby. Program terciárnej prevencie je spojený so zabezpečením optimálnych fyziologických, psychologických a sociálnych funkcií (Litomerický a kol., 1993).

Jednou z priorít 21. storočia je zvyšovanie kvality života. Svetová zdravotnícka organizácia v dokumente Zdravie 21, definovala kvalitu života ako „subjektívny pocit jednotlivca alebo skupiny, že sú uspokojené ich potreby a nie sú im odierané príležitosti dosiahnuť osobné šťastie a naplnenie ich potrieb.“ Šesť základných domén kvality života – telesné zdravie, psychické funkcie, úroveň nezávislosti, sociálne vzťahy, prostredie a spiritualita, definovala SZO v dokumente WHOQOL – 100.

Tabuľka 1 Domény kvality života (WHOQOL, 1998)

Oblasť (doména)	Indikátory
1. Telesná zdravie	<ul style="list-style-type: none"> - Bolesť a dyskomfort - Energia - Únava - Spánok a odpočinok
2. Psychické zdravie	<ul style="list-style-type: none"> - Pozitívne emócie - Negatívne emócie - Myslenie, učenie, pamäť a koncentrácia - Sebaúcta - Sebahodnotenie
3. Úroveň nezávislosti	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilita - Aktivity každodenného života - Závislosť od liekov a zdravotníckych pomôcok - Pracovná kapacita

Oblasť (doména)	Indikátory
4. Sociálne vzťahy	<ul style="list-style-type: none"> - Osobné vzťahy - Sociálna podpora - Sexuálne aktivity
5. Prostredie	<ul style="list-style-type: none"> - Fyzická bezpečnosť a istota - Domáce prostredie - Finančné zdroje - Zdravotná a sociálna starostlivosť: dostupnosť a kvalita - Možnosti získavať nové informácie, schopnosti a zručnosti - Príležitosť pre oddych - Fyzikálne prostredie (znečistenie, hluk, doprava, klíma)
6. Spiritualita	<ul style="list-style-type: none"> - Spiritualita - Náboženstvo Osobné presvedčenie

Bayer (1998) uvádza, že na kvalitu života starých ľudí vplývajú viaceré faktory, ktoré je možné rozdeliť na objektívne, subjektívne a vonkajšie. Objektívne – fyzický stav, kognitívne funkcie, emocionálny status, funkčná kapacita, sociálna funkcia, sexuálna funkcia. Subjektívne – morálne faktory, spokojnosť so životom, sebaúcta, duchovný život, viera, osobné vzťahy Vonkajšie faktory – bývanie, prostredie, sociálna sieť a podpora, spokojnosť s vládou a verejnými inštitúciami, kriminalita.

Cieľom prieskumu bolo posúdiť názory seniorov na kvalitu ich života.

Prieskumný problém

Aká je spokojnosť seniorov s uspokojovaním biologických, psychických, sociálnych a spirituálnych potrieb v starobe?

Ktoré potreby preferujú seniori?

Sú seniori spokojní so svojou kvalitou života?

Prieskumná metóda: na získavanie údajov sme použili dotazník, ktorý bol zameraný na problematiku života starých ľudí a uspokojovanie ich potrieb. Dotazník obsahoval 22 položiek, z toho 4 demografické. Rozdaných bolo 100 dotazníkov a vrátilo sa nám 90. Návratnosť bola 90 %.

Prieskumný súbor: prieskumnú vzorku tvorili seniori vo veku nad 60 rokov. Priemerný vek bol 76,1 rokov, v zastúpení podľa pohlavia dominovali ženy 60 %. Podľa vzdelania dominovali respondenti so stredoškolským vzdelaním bez maturity 38 %, stredným odborným vzdelaním s maturitou bolo 24 %, základným 27 %. Prieskum bol realizovaný v okrese Levoča, v mesiacoch január – máj 2008.

Výsledky a interpretácia

Respondenti žijú v rôznych prostrediach. Sám vo vlastnej domácnosti žije 33,0 % respondentov, v domácnosti s rodinou 33,0 % a v domove dôchodcov 33,0 % respondentov. So zabezpečením biologických potrieb sú respondenti spokojní. Podľa výsledkov dotazníka 52 % nepotrebuje pomoc pri vykonávaní denných činností, 11 % skôr nie, 13 % skôr áno, 24 % uviedlo že potrebujú pomoc. Spokojnosť s poskytnutou pomocou – 70 % sú spokojní, 18 % menej spokojní, 12 % nespokojní. Nespokojní boli respondenti žijúci osamelo a s rodinou. Dostupnosť kvalitnej stravy uviedlo 60 % respondentov, skôr áno 13 %, skôr nie 16 % a nie 2%, nevedeli sa vyjadriť 9 %. Pri skúmaní dostupnosti hygienického zariadenia 87 % uviedli, že je dostupné, dostupné, ale vzdialené má 13 % respondentov.

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti: podľa odpovedí respondentov 57 % vie sa bez problémov dostať do zdravotníckeho zariadenia, pre 27 % je to skôr náročné a pre 16 % veľmi náročné. Na otázku akými činnosťami si upevňujú svoje zdravie odpovedali 45 % častými prechádzkami, kontrolami svojho zdravotného stavu u lekára 28 %, konzumáciou ovocia, vitamínov 16 %.

V priebehu 20. storočia postupne ubúdalo viacgeneračných rodín a prevládla tendencia izolovaného života detí a rodičov pri súčasnej snahe zachovať vzájomné kontakty. Trend posledných tridsiatich rokov ukazuje ďalší nepriaznivý vývoj. Asi jedna pätina súčasných rodín je neúplná a pri zlyhaní sebastačnosti odkázaná na pomoc. Starí ľudia obývajú väčšinou staršie a lacnejšie byty a domy, často s nízkou úrovňou vybavenosti, s mnohými rizikami úrazov v domácnosti, bez telefónov a s obmedzenou možnosťou dovolať sa pomoci pri ochorení. Je nedostatok bezbariérových bytov, takže pri obmedzení sebastačnosti hrozí nutnosť inštitucionálnej starostlivosti.

Zachovanie telesnej zdatnosti patrí k pozitívnym faktorom dlhovekosti. V priebehu starnutia dochádza k poklesu výkonnosti, najmä sily a rýchlosti a k stredne veľkému poklesu pohyblivosti a rovnováhy. Takmer sa nemení lokálna vytrvalosť. Podmienkou správnej realizácie športových aktivít je postupné zaťažovanie organizmu, primeraná celková záťaž a výber vhodného športu. Vekové obmedzenie športovania síce neexistuje, ale je treba vziať do

úvahy primeranosť športových aktivít zdravotnému stavu. Prednosť majú vytrvalostné cvičenia, nevhodné sú izometrické a silové cvičenia. Za športy vhodné pre starších ľudí sa považujú pešia turistika, plávanie, cyklistika (Hegyí, www.bedekerzdravia.sk).

Z oblasti uspokojovania psychických a sociálnych potrieb sme sa pýtali, či sa cítia byť vo svojom živote potrební a docenení áno a skôr áno odpovedalo 64 % respondentov, skôr nie a nie 25 % respondentov. Z osamelo žijúcich sa všetci cítili byť docenení a potrební problém mali 7 respondenti žijúci s rodinou a 1 žijúci v domove dôchodcov. K otázke sa nevyjadrilo 11 % respondentov. Rešpektovanie dôstojnosti geronta - 73 % uviedlo, že ľudia s ktorými prichádza do kontaktu rešpektujú jeho dôstojnosť, skôr áno 22 %, nevyjadrili sa 5 %. Na otázku ako často v ostatnom mesiaci pociťovali smútok 33 % uviedli často, 20 % občas, 13 % niekedy, zriedka 24 % a nikdy 10 %. Nikdy a zriedka odpovedali respondenti žijúci s rodinou, odpoveď často označili respondenti žijúci osamelo a v domove dôchodcov.

V oblasti uspokojovania sociálnych potrieb 40 % sa so svojimi blízkymi stretáva často, 33 % niekedy, 22 % občas, a 5 % zriedka. Činnosti, ktorým sa venujú vo voľnom čase 40 % sledovanie televízie, 13 % čítanie dennej tlače, 13 % ručné práce, 13 % starostlivosť o vnúčatá, 5 % aktivity v klube dôchodcov. Záľubu ktorej sa pravidelne venujú má 60 % opýtaných. Návštevy kultúrnych a spoločenských podujatí respondentmi 46 % označili nikdy, zriedka 15 %, občas 22 %, často 2 %.

K najvýznamnejším faktorom starnutia patrí nesporne životný štýl. V súčasnosti sú rozšírené dva modely životného štýlu. Teória neangažovania sa a nečinnosti, pasívneho prijímania udalostí, bola akceptovaná milovníkmi pokojného života bez stresov. Teória aktivity spojená so snahou o dosiahnutie spoločenskej potrebnosti a užitočnosti, so zapojením sa do spoločenského, záujmového, klubového a politického života, sa naproti tomu vyznačuje cieľovými aktivitami a plnou účasťou na spoločenskom živote.

Rôzne výskumy ukázali, že zmena životného programu pri odchode do dôchodku vedie k jednej alebo dvom uprednostňovaným činnostiam, tzv. bazálnym aktivitám. Asi 17 percent všetkých seniorov oboch pohlaví by chcelo pokračovať vo svojej profesionálnej činnosti, aj keď v redukovanom rozsahu. Táto snaha je dvakrát častejšia u ľudí s nižším príjmom, takže je pravdepodobnejšie, že ide skôr o finančné ťažkosti než o záujem o prácu.

Asi 30 až 40 percent dôchodcov považuje svoj byt, dom alebo záhradu za ideálne miesto na realizáciu svojich aktivít. Remeselnícke činnosti sú častejšie u mužov a väčšinou sú viazané na robotnícku profesiu v minulosti. Umelecké činnosti, najmä fotografovanie, chce vykonávať asi 14 percent seniorov. Približne 50 percent má záujem o pobyt v prírode, prechádzky a výlety (Hegyí, www.bedekerzdravia.sk).

Odpovede respondentov z oblasti uspokojovania spirituálnych potrieb – veriaci boli 95 % respondenti, všetci veriaci sa vedia dostať do kontaktu s kňazom ak to potrebujú a všetci veriaci majú možnosť prístupovať k sviatostiam ak to potrebujú.

Neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o gerontov je aj nepochybne duchovná starostlivosť, resp. pastorálna (pastoračná služba). Uspokojovanie duchovných potrieb jedinca je rovnako dôležité ako napĺňanie a uspokojovanie jeho fyziologických potrieb. O to viac, že emocionálne a duchovné strádanie človeka ako bio-psycho-sociálnoduchovnej bytosti sa skôr či neskôr prejaví aj vo forme somatických symptómov (Gerka, 2007).

Celkovú spokojnosť so svojim životom uviedlo 45 % respondentov, 27 % sú veľmi spokojní a nespokojní 27 % respondentov. Kontrolu nad svojim životom má 43 % skôr áno 22 % respondentov, skôr nie 13 %, nie 11 % a nevyjadrilo sa 11 %. Ide najmä o to, aby starý človek mohol sám rozhodovať o sebe. Dostatok finančných prostriedkov na zabezpečenie svojich potrieb má 24 % respondentov, skôr áno 27 %, skôr nie 27 % a nie 17 %, nevyjadrilo sa 5 % respondentov.

Na pozadí staroby sa stretávame s etickými dôrazmi, ktoré pripomínajú zachovanie ľudskej hodnoty napriek starnutiu a starobe. Starnúci človek je osobnosťou, ktorá stále rastie, stále sa učí a stále má určitý potenciál k životu. Jeho život neustále obsahuje kladné momenty a sľubné nádeje (Kopáčiková, 2009).

Životná úroveň jednotlivca odrážajúca zamestnanie, príjem a vzdelanie má vzťah k zdraviu, chorobnosti i úmrtnosti. Pre zlepšenie celkového zdravotného stavu populácie je potrebné mať dobrý systém zdravotníctva, zabezpečiť adekvátny životný štandard a lepšie vzdelanie, podporovať zdravší životný štýl a preventívny prístup k zdraviu.

Záver

Výsledky mnohých štúdií poukazujú, že najdôležitejším faktorom ovplyvňujúcim kvalitu života je udržanie zdravia. Politiky verejného zdravia musia propagovať sociálnu participáciu, starostlivosť, sebanaplnenie a dôstojnosť starších ľudí s cieľom podporiť zdravé starnutie. Starostlivosť o starého človeka je vyjadrením priaznivej spoločenskej atmosféry. Je vždy mnohotvárna a diferencovaná podľa potrieb starého človeka. Významnú úlohu v starostlivosti má i ošetrovateľstvo.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BALOGOVÁ, B.2005. Seniori. Prešov: Akcent print, 2005. 158s. ISBN 80-969274-9-3.
2. BAYER,A.1998. Kvalita života v starobe a úloha geriatrickej medicíny. In Lekársky obzor. 1998, roč.47,č.3, s.94.
3. BEHARKOVÁ, N. 2004. Kvalita života starých ľudí z pohľadu ošetrovateľstva. In Geriatria, 2004, č.5, s. 155. ISSN 1335 – 1850.
4. GERKA, M.: Sociálna služba v Cirkvi: Soľ zeme. Prešov 2007. S. 60 ISBN 978-80-8068-639-0.
5. http://www.euractiv.sk/verzia-pre-tlac/zoznam_liniek/starnutie-obyvatelstva
6. HEGYI, L.: Zásady prežitia zdravej staroby
<http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=92>
7. HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2004. Geriatria pre praktického lekára. Bratislava: Herba, 2004, s. 298. ISBN 80 – 89171-06-0.
8. HUDÁKOVÁ, Zuzana. 2009. *Etické aspekty pri ošetrovaní geriatrickeho pacienta*. In Etické aspekty ošetrovateľskej péče v terii a praxi: Sborník z 1. konferencie k aplikovanej etice s mezinárodní účasťou. Ed. Z. Dorková, A. Krátka, Zlín : Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2009. 191 s. ISBN 978-80-7013-506-8. s. 50-54.
9. KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., NOVOTNÝ, J. 2009. Psychologický prístup pri ošetrovaní seniora. In: Zdravotnícke štúdie. 2/2009, s. 70-72, ISSN 1337-723.
10. LITOMERICKÝ, Š. a kol. 1993. Gerontológia a geriatria. Bratislava: Teleflash, 1993. 279s. ISBN 80-900545-5-2.

Kontaktná adresa:

PhDr. Mária Novyzedláková
Fakulta zdravotníctva KU v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
e-mail: maria.novyzedlakova@ku.sk
mobil. +421 918 722 180

STAROBA A ZMYSEL ŽIVOTA

Ivan Ondrášik

Ústav hematológie a transfuziológie ÚVN FN Ružomberok

Abstrakt

V našom príspevku analyzujeme fenomén staroby vo vzťahu k zmyslu života vo filozofickom, psychologickom a teologickom kontexte. V korelácii k zmyslu života aplikujeme fenomenologickú a hermeneutickú metódu skúmania staroby. Približujeme fenomény, ako sú hraničné situácie, proces starnutia, viera, hodnoty, plodnosť staroby. Zameriavame sa najmä na význam existenciálnej redukcie pre objavenie zmyslu v živote seniora. Vychádzame z prác K. Jaspersa, V. Frankla, A. Grüna a C. G. Junga.

Kľúčové slová: Staroba. Zmysel života. Starnutie. Hodnoty. Viera. Hraničné situácie. Existenciálna redukcia.

1. Úvod

Hoci obdobie staroby je z ontogenetického hľadiska posledným vývinovým obdobím života človeka, predsa i v ňom naliehavo vystupuje problematika zmyslu života. V starobe vzťah seniora k vlastnému zmyslu života vystupuje dokonca s novou a často neočakávanou razanciou. Potvrdzujú to mnohé empirické psychologické výskumy (Halama 2007 s. 119).

Zmyslu života človeka z filozofického hľadiska rozumieme ako najhlbšiemu dôvodu znášať v každodennosti a v utrpení naše *conditio humana* (ľudský údol). Zároveň však zmysel života chápeme i ako horizont, na pozadí ktorého v univerzalite a zároveň partikularite a v časovej dimenzii minulosti, prítomnosti a budúcnosti prebieha naša existencia vo svete. Zmysel života je z ontologického hľadiska danosťou – jestvuje objektívne. My sme pozývaní na subjektívnej rovine ho hľadať a individuálne naplňovať v konkrétnosti, a to i v procese starnutia a v období staroby.

Z psychologického pohľadu chceme zdôrazniť originalnosť trojkomponentového modelu zmyslu života implikujúceho kognitívny, motivačný a afektívny aspekt. V starobe a procese starnutia sú tieto existenciálne komponenty vedúce k zmysluplnému životu permanentne oslabované z prirodzených príčin v závislosti od štádia ontogenetického vývinu človeka (Halama 2007, s.50).

V našom príspevku sa chceme najskôr zaoberať zmyslom hraničných situácií v živote seniora, potom zmyslom procesu starnutia a napokon zmyslom hodnôt a viery v živote seniora.

2. Metodika

Náš príspevok má teoreticko-filozofický charakter. Pri skúmaní korelácie staroby, starnutia a zmyslu života si pomáhame fenomenologickou a hermeneutickou metódou. Fenomenologická metóda nám prostredníctvom nepredpojatého postoja pomôže zahliadnuť fenomén staroby, starnutia a zmyslu života v ich esenciálnych rysoch tak, ako sa javia nášmu vedomiu. Hermeneutická metóda prostredníctvom sympaticko-empatického porozumenia pomôže fenomén staroby, starnutia a zmyslu života zahliadnuť v ich univerzalite a hĺbke. Metodologicky vychádzame z filozofickej analýzy existenciálnej skúsenosti seniora so sebou samým, s druhými ľuďmi, so svetom vôbec a s Bohom. Pokúsime sa o heuristickú interpretáciu pojmu a fenoménu existenciálnej redukcie vo vzťahu k objaveniu zmyslu v živote seniora s ohľadom na zvládanie hraničných situácií. Napriek tomu, že naše skúmanie je filozofické – teda neempirické – sú v ňom substanciálne inherentné i praktické implikácie, preto sa v závere pokúsime formulovať isté závery pre prax v psychológii, ošetrovatelstve a sociálnej práci.

3. Zmysel hraničných situácií v živote seniora

Domnievame sa, že hraničné situácie naberajú v období staroby pre človeka na extenzite – zasahujú život seniora v celej šírke jeho existencie, ale aj na intenzite, s ktorou zasahujú do personálneho jadra života seniora. Hraničné situácie majú v živote seniora v jeho existenciálnej skúsenosti so sebou, s druhými a svetom najskôr negatívny charakter v tom, že radikálnym spôsobom problematizujú prežívanie zmysluplnosti. Zároveň majú apriórny charakter – zasahujú nás nečakane. Napriek tejto prvotnej negativite sa domnievame, že v sebe skrývajú svoj implicitný zmysel. Karl Jaspers, od ktorého pochádza filozofická definícia hraničných situácií, ich približuje nasledovne: „Sú však situácie, ktoré vo svojej podstate pretrvávajú, aj keď ich aktuálny prejav sa nemení a ich všemocnosť sa zahaľuje závojom: musím zomrieť, musím trpieť, musím bojovať, podlieham náhode, upadám nevyhnutne do viny. Tieto základné situácie našej existencie (Da sein) nazývame hraničnými situáciami. To znamená, že sú to situácie, ktorým sa nemôžeme vyhnúť, ktoré nemôžeme zmeniť.“ (Jaspers, 1996, s.29). Možno povedať, že ťažké životné situácie zasahujú ľudský život v seniorskom veku v jeho totalite. V starobe je človek čoraz viac vystavený konfrontácii s ubúdaním

fyzických i psychických síl, so stratou partnera, trpí vinou a osamelosťou. Bytie človeka v období staroby je vystavené krehkosti a vunerabilite (zraniteľnosti) v oveľa väčšej miere ako v iných vývinových štádiách jeho osoby. Seniorovi sa rúcajú sociálne väzby na spoločnosť ako celok, väzby v rodine, radikálnym spôsobom je vystavený prežívaniu samoty v zmysle fyzickej neprítomnosti druhého človeka (objektívny stav), ale ešte viac je vystavený osamelosti ako subjektívnej hodnotovej skúsenosti, keď prežíva stratu vzťahu v emocionálnej, morálnej, sociálnej i duchovnej blízkosti (Palenčár, 2003. s.182). Senior často intenzívne trpí strachom a úzkosťou zo smrti vlastnej alebo blízkeho človeka, najčastejšie životného partnera. Takisto je často zavalený negatívnymi pocitmi viny pochádzajúcimi z minulosti. Niekedy sa môže cítiť ako hračka v hre kontingentných síl osudu a musí bojovať o svoje miesto v živote. Mnohí ľudia majú panický strach a úzkosť zo staroby. Možno povedať, že západná civilizácia trpí komplexom zo staroby. Strach a úzkosť zo staroby si kompenzujeme rozvíjaním kultu mladosti a zdravia. Z nášho pohľadu ide o výraznú sociálnu patológiu, ktorá nechce prijať ľudskú prirodzenosť v jej slabosti a zraniteľnosti. Hraničné situácie môžu prekryvať individuálny zmysel života. Často vedú k chaotickému prežívaniu života. To má negatívny vplyv na kvalitu prežívania zmyslu. Senior môže upadnúť do situačnej depresie, vyústením ktorej môže byť až samovražda.

Domnievame sa však, že prežívané hraničné situácie, s ktorými je senior (ale i dieťa, mladý človek a dospelý) nevyhnutne konfrontovaný, skrývajú v sebe i silné potenciality zmyslu. K. Jaspers o tom píše: „V hraničných situáciách vzniká základná pohnútko, aby sme v stroskotaní našli cestu k bytiu.“(Jaspers, 1996, s.138). Každá hraničná situácia najskôr na implicitnej a neskôr i na explicitnej rovine je obdarená zmyslom. Hraničné situácie sú i v živote seniora akýmisi šiframi zmyslu, ktoré treba s námahou hľadať. Nájdenie zmyslu sa nedeje rýchlo, ale vyžaduje si svoj čas. Je zrejmé, že senior je vystavený rôznym obmedzeniam, ktoré čiastočne ochromujú jeho život. Už nie je taký pružný, ako kedysi. Napriek tomu by sa mal pokúsiť v hraničných situáciách dešifrovať ich skrytý zmysel. Môžu mu ho pomôcť najst' lekári, psychoterapeuti, kňazi i zdravotné sestry.

4. O zmysle starnutia

Podľa nášho názoru je možné skrytý potenciál zmyslu života nájsť i v postupnom procese starnutia, ktorému každý človek nevyhnutne podlieha podľa zákonov prírody. Človek by postupne mal skladať bohatú mozaiku vlastného života, ktorá sa skladá z prežívaných minulých, prítomných i očakávaných úloh, cieľov, situácií, ktoré majú konkrétny charakter a ktoré sú interiorizované v našej duchovnej vrstve. Zakladateľ analytickej psychológie C. G.

Jung, ktorý svoje psychoterapeutické úsilie zamerlal na poznávanie človeka i v jeho starnutí hovorí, že najvlastnejším zmyslom prvej polovice nášho života je socializácia, zmyslom druhej polovice života je individuácia. „Človek má dva ciele: tým prvým je účel daný prírodou: splodenie potomstva a všetko, čo patrí k starostlivosti o hniezdo. K tomu patrí zarábanie peňazí, sociálne postavenie. Keď je tento účel vyčerpaný, nastáva iná fáza: jej účelom je rozvíjanie individuálnej kultúry.“ (Jung, 1995, s. 113).

Zmysel života mladého a dospelého človeka tvorí predovšetkým aktivita, ktorá je nasmerovaná na exterioritu. U človeka v strednom veku, ktorý často prežíva existenciálnu krízu, a u človeka v starobe aktivity smerom k vonkajšiemu svetu čoraz viac ubúda a zmysel života sa kreuje sústredením na vnútro, na interioritu a duchovnú činnosť. Podľa nášho názoru je potrebné, aby sa každý človek učil starnúť počas celého svojho života. Rozhodne na tom nie je nič morbídne, práve naopak, sme presvedčení, že autentické prijatie a zapojenie sa do procesu starnutia je nevyhnutnou podmienkou možnosti odhodlane čeliť ťažkým hraničným situáciám, na prežívanie ktorých je senior zvlášť náchylný, a ako sme už povedali, i v nich je možné nájsť zmysel, rovnako ako v prichádzajúcom období staroby. Vždy je to však individuálne a ovplyvnené rôznymi okolnosťami života človeka. Prijaté starnutie adaptuje človeka na lepšie zvládanie hraničných situácií, ktoré spája utrpenie prežívané v telesnej, psychickej, duchovnej a sociálnej rovine nášho bytia. Proces starnutia treba prijať, naučiť sa životnej askéze. Až tak sa v procese starnutia môže ukázať jeho plodný zmysel ako celok. V podstate ide o pochopenie zmyslu umenia starnúť.

Začiatkom procesu starnutia by malo byť prijatie vlastného bytia. Treba sa predovšetkým pozitívne vyrovnáť s vlastnou minulosťou. Pri prijímaní vlastnej minulosti môže akútne vystupovať do popredia problém viny v zmysle urobenia zla v predchádzajúcom živote, neurobenia niečoho, čo bolo treba urobiť a podobne. Treba sa preto vyrovnáť s ťažobou, ktorou nás zavalila naša minulosť. Môže v tom pomôcť psychoterapeut alebo u religiózneho človeka prijatie sviatosti zmierenia. Podľa V. E. Frankla sa však môže i minulosť stať pokladom zmyslu života v tom, že je v nej ukotvený celý život. „Do protokolu sveta je prijaté všetko, celý náš život, všetko, čo sme urobili, milovali a vytrpeli je do tohto protokolu prijaté, pozdvihnuté a zostáva v ňom uchované.“ (Frankl, 1972, s.52) Dieťa rozvrhuje svoju existenciu väčšinou do prítomnosti, mladý a dospelý človek akcentuje svoju budúcnosť. Pre seniora je najdôležitejšou temporálnou modalitou minulosť, ku ktorej sa vracia v spomienke a môže v nej jasne zažiarit' záblesk už naplneného zmyslu života.

Do rámca vlastného prijatia bytia u seniora nevyhnutne patrí akceptovanie vlastných obmedzení súvisiacich s poklesom životnej sily. Senior je čoraz viac nútený opustiť pole

vlastnej aktivity a jeho život sa stáva čoraz viac pasívnym. Nemusí to však byť úplné poddanie sa pasivite – môže to byť aj aktívna pasivita. Senior musí prijať najmä zdravotné obmedzenia, vlastnú samotu a osamelosť.

V.E. Frankl vo svojej logoterapii hovorí, že zmysel života môžeme uskutočňovať prostredníctvom troch kategórií hodnôt, ktoré zároveň pokladá za univerzálne zmyslu. Sú to hodnoty tvorby, zážitku a postoja. „Lebo život sa v zásade javí i vtedy zmysluplný, keď nie je ani tvorivo plodný, ani bohatý na zážitky. Existuje totiž ďalšia hlavná skupina hodnôt, ktorých realizácia spočíva v tom, ako sa človek postaví k obmedzeniam svojho života. Práve v jeho počínaní proti tomuto zúženiu jeho možností sa otvára nová špecifická ríša hodnôt, ktorá patrí celkom iste dokonca k hodnotám najvyšším... Tieto hodnoty by sme nazvali hodnotami postojovými.“(Frankl, 1983, s. 61)

V živote mladého a dospelého človeka jednoznačne prevládajú hodnoty tvorby, prostredníctvom ktorých môže uskutočňovať zmysel života v práci alebo v rámci svojej kreativity vôbec. Tento zmysel však možno realizovať i v hodnotách zážitku prostredníctvom hodnôt poznania, recepcie, umenia a najmä rozvíjaním láskyplných dialogických vzťahov k milovaným osobám. Hodnoty tvorby a zážitku však môže realizovať vo svojom živote i senior, ba dokonca je potrebné, aby ich realizoval do tej miery, ako mu to dovoľujú jeho obmedzenia. Človek však nie je iba homo faber – človek pracujúci, ani iba homo amans – človek milujúci, ale je substanciálne i homo patiens – človek trpiaci. To sa najviac vzťahuje práve na život seniorov. Utrpenie, ktoré je signifikantné pre obdobie staroby, a je úzko späté s hraničnými situáciami, nemôžeme zmeniť. Môžeme však zmeniť zaujatie postoja k nemu v jeho prijatí a transformácii na výkon, ktorý v sebe skrýva veľký potenciál zmyslu. V živote seniora je pre nájdenie zmyslu života v utrpení podstatné pestovať v sebe čnosť trpezlivosti.

Pre proces starnutia je dôležité okrem prijatia vlastného bytia objaviť i zmysel zriekania sa. Duchovný učiteľ Anselm Grün cituje k téme nájdenia zmyslu v zriekaní príhodný výrok nemeckého mystika Angelia Silesia: „Človeče, ak ešte niečím si, niečo vieš, niečo miluješ alebo máš, potom si sa, ver mi, ešte nezbavil svojho bremena.“(Grün 2008, s. 66). Podľa nášho názoru tkvie význam tejto myšlienky v odkrytí patologickosti a plytkosti prílišného lipnutia človeka k veciam a rôznym skutočnostiam vonkajšieho sveta odohrávajúcich sa v modalite „mať“. Naopak, ide o objavenie zmyslu existenciálnej modality „byť“, ktorá sa dotýka vnútra života človeka. Pre nájdenie zmyslu života u seniora má toto rozlíšenie zásadný význam. Aby senior skutočne objavil zmysel vlastného života, ktorý je vždy jedinečný a neopakovateľný, je potrebné sa zriekať vecí a skutočností, s ktorými sa v rámci svojho „chcem mať“ prehnane identifikuje. Starnúci človek, i ten, ktorý už prežíva

svoju starobu, mal by byť schopný zrieknuť sa moci, ktorú má v rámci svojej pozície v práci, i toho, aby si zbytočne nenamýšľal, že toho toľko vie, lebo podľa učenia Sokrata a Mikuláša Kuzánskeho je oveľa viac toho, čo nevieme, ako toho, čo vieme. Takisto je dôležité vedieť sa zrieknuť majetku, lebo človek nie je svojím majetkom, na ktorom tak lipne. Moc, majetok a zdanlivé poznanie zbytočným spôsobom zatemňujú vyhliadky na zmysluplný život pre seniora.

Nemenej dôležité je vedieť sa vzdať i vzťahov naplnených láskou k milovanému životnému partnerovi. Toto zrieknutie sa milujúceho vzťahu býva pre seniora najbolestnejšou skutočnosťou. Možno i v odlúčení smrťou nájsť nejaký zmysel? Na povzbudenie si priblížme Franklovu kazuistiku. Prišiel za ním kolega lekár s problémom straty zmyslu života a chuti do života po smrti manželky. Frankl mu položil otázku, či by chcel zomrieť skôr ako jeho manželka. On by bol ušetrený od bolesti, ale ona by musela znášať muky smútku za svojím manželom. Lekár odpovedal, že by to nechcel, že by ju chcel od toho uchrániť. Ako blesk z jasného neba sa mu objavil zmysel jeho situácie. Jeho manželka bola uchránená od utrpenia zo straty milovaného partnera. (Frankl, 1983, s.143).

Rozhodne nechceme tvrdiť, že zrieknutie sa moci, poznania, majetku a najmä láskyplného vzťahu je bezproblémové. Chceme len potvrdiť, že je to nevyhnutné na to, aby senior objavil zmysel vlastného bytia, aj na to, aby sa stal tým, čím v skutočnosti je. Zmysel zriekania sa tkvie v existenciálnej redukcii toho, s čím sa patologicky identifikujeme, v prospech objavenia sa toho, čím v skutočnosti sme, čo znamená objavenie zmyslu vlastného života. Senior, ak chce tento zmysel objaviť, musí sa postupne s námahou učiť uskutočňovať túto existenciálnu redukcii počas celého predchádzajúceho života. Jedine takto sa oslobodí od akcidentálnych skutočností, ktoré zabraňujú jedinečnému nazretiu zmyslu života, a môže i v starobe objaviť zmysel vlastnej smrti. Nepodstatné skutočnosti života zatemňujú i zmysel vlastnej smrti, ktorý nás má viesť k zodpovednému žitiu, ako to vyjadruje Platón v Obrane Sokratovej: „Uniknúť smrti, občania, to hádam nie je ťažké. Ale oveľa ťažšie je uniknúť ničomnosti. Tá beží totiž rýchlejšie ako smrť.“ (Platón, 1990, s. 362). Podľa Sokrata každá pravá filozofia nás učí umeniu zomierania. Je tak dobrou prípravou na vlastnú smrť. Preto i človek v seniorskom veku by sa mal čoraz intenzívnejšie pripravovať na dobrú smrť, ktorá akoby korunuje a uzavrie univerzálny zmysel nášho individuálneho života. Antoine de Saint Exupery to vyjadruje vo svojom slávnom výroku: „To, čo dáva zmysel životu, dáva zmysel i smrti.“

Proces starnutia spočíva v prijatí vlastného bytia cez zriekanie sa k nadobudnutiu plodnosti staroby kontemplatívnou životnou múdrosťou a intenzívnou spiritualitou, ktorej najvlastnejším zmyslom je pokoj v duši seniora a zároveň je príkladom pre jeho najbližších.

5. Spiritualita seniora

Dôležitým prameňom zmyslu v seniorskom veku je podľa nás i viera v Boha. Aby bola živá, má sa prežívať v každodennom rytme, v istej pravidelnosti. I v seniorskom veku je možná konverzia a prehĺbenie viery – i s ohľadom na dostatok času. Človek v tomto veku môže radikálne prehodnotiť svoj vzťah k Bohu. Mal by však byť schopný prijať obmedzenia vyplývajúce zo zdravotného stavu, prijať čoraz jednoduchšiu, ale o to úprimnejšiu a intenzívnejšiu vieru v Boha, ktorá má eschatologický charakter – je zameraná na posledné veci. Pohľad na pochopenie zmyslu života však musí zahŕňať i neveriaceho človeka. Aj on môže nájsť zmysel života, ak žije autenticky podľa svedomia. Anselm Grün hovorí o nasledovných čnostiach staroby: miernosť, trpezlivosť, vľúdnosť, sloboda, vďačnosť a láska (Grün, 2008, s. 104). Uskutočňovaniu týchto ušľachtilých čností je podľa nášho názoru bohatým zdrojom zmyslu života vo všetkých životných obdobiach a môžu ich uskutočňovať ľudia bez ohľadu na svoju svetonázorovú orientáciu.

6. Záver

Každodenný život potvrdzuje, že senior je mimoriadne zraniteľný hraničnými situáciami. I v nich, napriek náročnosti, však môže nájsť inherentný zmysel. Zmysluplný proces starnutia je podmienkou zmysluplne prežívanej staroby. Zmyslom nevyhnutného procesu starnutia, ktorý sa učíme prijímať v priebehu celého života, je príprava na obdobie staroby prostredníctvom existenciálnej redukcie od modality „mať“ nasmerovanej exteriórne, k existenciálnej modalite „byť“ v jej interiórnej zameranosti. Senior sa tým oslobodí od nepodstatného a nasmeruje k podstatnému, v ktorom môže jasnejšie a konkrétnejšie nachádzať a naplňovať zmysel vlastného života prostredníctvom hodnôt tvorby, zážitku a najmä hodnôt postoja vo vzťahu k vlastnému utrpeniu. Dôležitým prameňom zmyslu sa ukazuje byť viera v Boha.

Upozorňujeme na heuristický význam nami postulovaného pojmu a odkrytého fenoménu existenciálnej redukcie súvisiaceho so starnutím, zvládaním hraničných situácií a nachádzaním zmyslu života. Chceme preto na filozoficko-teoretickej úrovni formulovať hypotézu: Autentické uskutočnenie existenciálnej redukcie vedie k lepšiemu zvládaniu hraničných situácií a k pružnejšiemu nachádzaniu zmyslu v živote seniora a pozitívne k tomu

napomáha i viera v Boha. Túto hypotézu chceme ponúknuť na overenie širšiemu psychologickému, ošetrovateľskému a sociologickému výskumu. Domnievame sa, že by to prispelo k prehĺbeniu antropologického pohľadu na život seniora a k nasledujúcemu využitiu v ošetrovateľskej praxi a v edukačnom procese seniorov.

Zoznam bibliografických odkazov

1. FRANKL, V.E. 1983. *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Frankfurt am Mein.: Fischer Taschenbuch Verlag, 1983. 268 s. ISBN 3-596-42157-8
2. FRANKL, V: E. 1972. *Der Wille zum Sinn. Ausgewählthe Vorträge uber Logotherapie*. Bern-Stuttgart- Wien: Verlag Hans Huber, 1972. 297 s. ISBN 3-456-80509-8
3. GRÜN, A. 2008. *Umenie starnúť*. Bratislava: Lúč, 2008. 156 s. ISBN 978-80-7114-688-9
4. HALAMA, P. 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP, 2007. 223 s. ISBN 978-80-8095-03-1
5. JASPERS, K. 1996. *Úvod do filosofie*. Praha: Oikoymenh, 1996. 152 s. ISBN 80-85-241-77-3
6. JUNG, C.G. 1995. *Člověk a duše*. Praha: Academia, 1995. 277 s. ISBN 80-200-0543-9
7. PALENČÁR M. 2003. *Substančný model v ontológii a problém ľudskej osamelosti*. In: *Filozofia: minulé podoby, súčasné perspektívy*. Bratislava: Maximapress, 2003. s.181-188. ISBN 80-96-9083-4-0
8. PLATÓN. 1990. *Dialógy I*. Bratislava: Tatran, 1990. 921 s.. ISBN 80-222-0125-1

Kontaktná adresa:

Ivan Ondrášik

Liptovská Lúžna 632

034 72

telefón 0905 119 554

ivan.ondrasik@gmail.com

OŠETROVANIE DIABETICKEJ NOHY TENSOM

Libuša Repiská

ADOS Repiská s.r.o., Nitra

Súhrn

Diabetická noha je najčastejšou príčinou ošetrovateľskej starostlivosti, ktorú poskytuje agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS). Vredy vznikajúce na podklade nedostatočného prekrvovania tkaniva, tvoria sa najčastejšie na prstoch a hrane nohy. Uvádza sa, že vred na nohe diabetika vzniká 17-50x častejšie ako u pacienta, ktorý diabetom netrpí. Moderná lekárska veda využíva nízko-frekvenčné prúdy na dráždenie nervov pomocou elektród priložených na povrch kože. Aplikáciou prístroja TENS sa rany hoja rýchlejšie.

Kľúčové slová: Ošetrovanie rán. ADOS. Transkutánná elektrická nervová stimulácia (TENS). Diabetická noha.

Summary

Diabetic foot is the leading cause of nursing care which agency provides home nursing care (ADOS). Ulcers resulting from insufficient blood circulation to the background tissue, are most often the fingers and the edge of the foot. It is reported that diabetic foot ulcer to rise 17-50x more than in a patient suffering from diabetes. Modern medical science uses low-frequency currents in nerve stimulation using electrodes attached to the skin surface. TENS application device, the wounds heal faster.

Keywords: Wound care. Agency home nursing care (ADOS). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). Diabetic foot.

Úvod

Dodnes ostáva nevyjasnených veľa otázok, ktoré sa týkajú syndrómu diabetickú nohy. Defekty nohy postihuje viac ako 10 % pacientov s diabetes mellitus v niektorom období ich života. Štatistiky ukazujú, že každoročne stratí 1 z 200 diabetikov nohu. Náklady ktoré sú vynaložené na liečbu ulcerácií sú značné pre jednotlivca ale aj spoločnosť. Predpokladom optimálnej liečby sú zručnosti a skúsenosti špecializovaného a multidisciplinárneho tímu.

Sestra v ADOS je neustále nútená získať nové poznatky o liečbe a starostlivosti o pacienta s diabetickou nohou. Očakáva sa, že nasledujúcich desaťročiach dramaticky stúpne výskyt cukrovky vo svete v dôsledku lepšej diagnostiky a zvýšeného výskytu ochorenia.

„Koža uzaviera telové štruktúry a telové tekutiny, čím ich chráni pred vonkajšími škodlivinami“ (Kozierová et al., 1995). Na tomto exponovanom mieste sa chová na jednej strane ako bariéra a na druhej strane ako spojenie medzi vonkajším svetom a vnútornými orgánmi. Ak sa táto vonkajšia bariéra prelomí, začína sa zápalový proces imunitnej odpovede jedinca, ktorý eliminuje cudzorodý materiál, pokiaľ je to možné, a pripraví poranenú oblasť tela na hojenie. Pod označením rana sa rozumie: *„Defekt ochranných krycích tkanív (kože, vnútorné povrchy) s ich poškodením, ktoré vzniklo pôsobením vonkajších faktorov“* (Müller, 1998). Podľa spôsobu vzniku a podľa hĺbky a rozsahu defektu sa rany delia na niekoľko typov: mechanické, prípadne traumatické rany, termické, chemické rany a vrede.

Diabetická noha je stav, pri ktorom sú postihnuté cievy a nervy dolných končatín. Príčinou postihnutia je diabetes. V dôsledku postihnutia ciev a nervov vzniká chorobný proces, najčastejšie vred na plôške nohy alebo gangréna na prstoch nohy. Ide o častú a závažnú komplikáciu diabetu, a preto je potrebné stavu dolných končatín diabetika venovať maximálnu pozornosť. Uvádza sa, že vred na nohe diabetika vzniká 17-50x častejšie ako u pacienta, ktorý diabetom netrpí. Preto je nesmierne dôležité, aby diabetik dodržiaval diétu a správnu životosprávu nakoľko je dokázané, že viac ako polovica ochorení končí amputáciou. V dôsledku neuropatických zmien na dolných končatinách sa vrede spravidla vytvorí v miestach maximálneho tlaku na chodidle. Vrede vznikajúce na podklade nedostatočného prekrvovania tkaniva, tvoria sa najčastejšie na prstoch a hrane nohy. Dôležitým rozlišovacím znakom je aj skutočnosť, že neuropatické vrede nebolia, naopak ischemické vrede sú veľmi bolestivé.

Cieľom bolo urýchliť a skvalitniť ošetrovanie diabetickej nohy v podmienkach ADOS.

Súbor a metodika

V ADOSe sme mali pacienta, ktorého sme opakovane ošetrovali pre defekty na dolných končatinách s diagnózou: polyneuropatia, retinopatia a nefropatia. Pacient mal zníženú citlivosť na dolných končatinách a prstoch rúk. Vzhľadom na jeho zdravotný stav, po konzultácii s lekárom sme pacientovi aplikovali TENS a mesačne zaznamenávali hodnotenie stavu rany. TENS sme aplikovali 7 mesiacov po dobu 10 min.

Moderná lekárska veda využíva nízkofrekvenčné prúdy na dráždenie nervov pomocou elektród priložených na povrch kože. Táto metóda sa volá transkutánná elektrická nervová stimulácia (v skratke TENS). Je založená na poznatku, že dráždením nervových zakončení na rozličných miestach a úrovniach nervového systému môžeme zlepšiť citlivosť v danej oblasti. Pri metóde TENS sa najčastejšie používajú pravouhlé prúdové impulzy, ktoré sa privádzajú na voľné miesta povrchu tela dvomi (niekedy aj viacerými) elektródami. Základné parametre použitých impulzov závisia od technického vybavenia stimulatorov, ktorých zdrojom prúdu môžu byť aj batérie. Spôsob priloženia elektród určí lekár a to na miesta polyneuropatie, v priebehu nervov neuropatickej oblasti alebo v okolí rany.

To znamená, že TENS sa môže využívať pri liečbe diabetickej polyneuropatie, dekubitoch a iných poškodeniach tkáň a nervov. Pacient má zhoršenú citlivosť, ťažšie rozoznáva bolesť, teplo. Na základe anamnézy sme stanovili sesterskú diagnózu. Intervencie sme vyberali z klasifikačného systému NIC a výsledky sme zaznamenávali do tabuliek klasifikačného systému NOC (stav rany pri prvom ošetrení, priebeh hojenia 1krát mesačne alebo pri výrazných zmenách). Pri každom hodnotení sme robili fotodokumentáciu. Na hodnotenie ošetrovateľských výsledkov NOC sme používali Likertovú stupnicu: 1 – žiadne, 2 – mierne, 3 – stredné, 4 – podstatné, 5 – kompletne. Priebežne sme zdravotný stav pacientov a ošetrovanie konzultovali s ošetrojúcimi lekármi.

Výsledky a interpretácia

Stanovili sme sesterskú diagnózu:

1. Zmenená tkanivová periférna perfúzia súvisiaca s diabetes mellitus, prejavujúca sa nekrotickými zmenami na dolných končatinách, zápalom a opuch

Starostlivosť o rany podľa NIC (trieda: 3660)

Z klasifikačného systému NIC sme vybrali nasledovné intervencie.

Definícia: Prevencia komplikácií rán a podpora ich hojenia

Kazuistika

Rafael K., 1954

Dg. Gangréna hallucis

Klient bol liečený 2 roky na diabetes mellitus, so zmenami na dolných končatinách, obličkách a retinopatiou. Bol ošetrovaný cestou ADOS. Lokalizácia rany na pravej dolnej končatine – I. Metatarsálna kosť z. plant. strany. Rana bola ošetrovaná podľa ordinácie chirurga: 1% Chloramínom, Betadine roztokom a neskoršie Dermazinom ung. Liečba bola ukončená v auguste 2005, rana v priere 0,5 mm vo fáze granulácie. Manželka pacienta poučená o ošetrovaní rany.

Približne po 1 mesiaci sme znovu začali ošetrovať PDK pre novovzniknutý defekt na spodine nohy v priemere 2x 2x1 cm s rozlíšením tvorby dutím. Pacientovi sme aplikovať okrem ordinovanej terapie aj TENS (nakoľko sa jednalo o chronického pacienta), postupne sa rana zmenšovala a vyplňovala. V nasledujúcej tabuľke je zaznamenaný priebeh ošetrovania rán podľa NOC, pacient bol ošetrovateľskej starostlivosti ADOSu 7 mesiacov.

Tabuľka č. 1 **LIEČENIE RÁN S DEFEKTOM PODĽA NOC (1103)**

Meno, priezvisko pacienta: Rafael K

Dátum narodenia: 1954

Lekárska dg: I.70.2

KP: 01 06

Začiatok liečby: 27.10. 2004

Ukončenie liečby: 7.6. 2006

Lokalizácia rany: PDK – spodina nohy

Liečba: Betadine, TENZ

Ošetrovateľská diagnóza: Zmenená tkanivová periférna perfúzia v súvislosti s diabetom prejavujúca sa nekrotickými zmenami na dolných končatinách, zápalom a opuchom.

Hodnotenie:

1 žiadne	2 mierne	3 stredné	4 podstatné	5 kompletne
----------	----------	-----------	-------------	-------------

Indikátor	Dátum a mesiac:	27.10.	5.11.	27.12.	16.1.	20.2.	15.3.	12.4.	16.5
110301	Granulácia	2	3	4	4	4	4	4	5
110302	Epitelizácia	2	2	4	3	3	3	4	5
110303	Rozlíšenie hnisavej drenáže	3	2	1	1	1	1	1	1
110306	Rozlíšenie serózne-krvavej drenáže	5	5	2	3	2	2	2	1
110307	Rozlíšenie kožného erytému	5	3	1	1	2	1	1	1
110308	Rozlíšenie edému v okolí rany	4	5	4	3	2	3	3	1
110309	Rozlíšenie abnormál. okolitej kože	-	-	-	-	-	-	-	-
110310	Rozlíšenie pľuzgierovej kože	-	-	-	-	-	-	-	-
110311	Rozlíšenie mokvajúcej kože	-	-	-	-	-	-	-	-
110312	Rozlíšenie nekrózy	-	-	-	-	-	-	-	-

110313	Rozlíšenie príškvarov	-	-	-	-	-	-	-	-
110316	Rozlíšenie tvorenia sadutín	4	3	1	1	1	1	1	1
110317	Rozlíšenie zapáchania rany	4	4	2	2	1	1	1	1
110318	Rozlíšenie veľkosti rany Dĺžka x šírka x hĺbka (cm)	2x2 1	2x1,7 0,6	1,8x0,8 0,4	2x1 0,2	2x1 0,2	1,8x0,8 0,2	1,8x0,8 0,1	

Záver

Aplikovaním TENSu u pacienta sme urýchlili liečbu, používaním tabuliek NOC sme sestram uľahčili zaznamenávanie do tabuliek. Ošetrujúcej sestre, ale aj manažérke ADOS a lekárom poskytla dokumentácia výborný prehľad o zmenách v stave rany.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DOENGES, M, E., MOORHOUSE, M., F. 2001. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přepracované a rošírené vyd., Praha: Grada Publishing 2001. 365 s. ISBN 80-247-0242-8.
2. JOHNSON, M., MAAS, M., MOORHOUD, S. 2000. *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Missouri U.S.A.: Mosby, Inc. 2000. 610 s. ISBN 0-323-00893-3.
3. *Kompendium rán a ich ošetrovania*. 2002. 2. vyd. Bratislava: HARTMANN-RICO s.r.o, 123 s. ISBN 3-929870-19-3.
4. KÓŇA, Š. 2003 Obväzový materiál v liečbe chronických rán. In: *Sestra*, 2003, roč. II., č.4, s. 40- 42. ISSN 1335-9444.
5. VÖRÖSOVÁ, G., BOLEDOVIČOVÁ, M., BEŤKOVÁ, M. 2003. Normalizovaný jazyk pre vzájomnú komunikáciu sestier. In: *Sestra*, 2003, roč.2, č.1, s.14-15.
6. CALTA, J., MACHÁLEK, Z., VACEK, J. *Základy fyzikální terapie pro praxi*. Praha : Knihovna REFORa, 1994.
7. IPSEK, J., PŘEROVSKÝ, K. *Fysiatrie*, Praha : Avicenum, 1972.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. *Bolest, její diagnostika a psychoterapie*. Praha : Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1992.

9. PODĚBRADSKÝ, J. Úvod do elektroterapie, část I. a II. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 1995, 2, č. 3, s. 110; 120-123.
10. POMERANZ, B., STUX, G. *Basics of acupuncture*. Berlin : Heidelberg, 1991.
11. ŠEVČÍK, P. *Bolest a možnosti její kontroly*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994.
12. VAŘEKA, I. *Základy fyzikální terapie*. Olomouc : VUP Olomouc, 1995

Kontaktná adresa:

PhDr. Libuša Repiská

ADOS – Repniská s.r.o.

Štúbova 21

949 01 Nitra

e-mail: adosrepiska@gmail.com

KOMUNIKÁCIA S ONKOLOGICKÝM PACIENTOM A S JEHO RODINOU

Viera Ryšková¹, Angelika Dudžáková²

¹Fakultná nemocnica Trnava

²Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity, Ružomberok

Súhrn

Zisťovali sme spokojnosť s kvalitou komunikácie s onkologickým pacientom v ústavných zariadeniach a vnímanie úrovne komunikácie z pohľadu pacienta a jeho rodiny.

Výskumnú vzorku tvorilo 100 respondentov, vybraných náhodným výberom. Použili sme dotazníkovú metódu. Výsledky sme spracovali štatisticky.

Zistili sme, že spokojnosť s kvalitou komunikácie s onkologickým pacientom v ústavných zariadeniach je dobrá a vnímanie jej úrovne zo strany pacientov a rodinných príslušníkov je pozitívne. V niektorých oblastiach sme zistili určité nedostatky.

Navrhujeme zvyšovať úroveň komunikácie do takej miery, aby sa zvyšovalo uspokojovanie psychických a sociálnych potrieb pacienta. Motivovať sestry neustálemu kontinuálnemu vzdelávaniu v komunikácii s onkologickým pacientom.

Kľúčové slová: Onkologický pacient. Komunikácia. Potreby. Kvalita.

Summary

The aim of this study was to assess the satisfaction of the oncology patients and their family members with the quality of communication in the health care institutes.

The sample consisted of 100 random selected respondents. Quotationary method were used for this research. The results were analyzed statisticly.

Our findings show that the satisfaction of the oncology patients and their family members with communication is good. Anyway we found some limitations.

We suggest to improve communication skills to increase satisfaction of psychological and social needs of the patients. It is also necessary to motivate nurses to systematic, continual education in communication with oncology patient.

Key words: Oncology patient. Communication. Needs. Quality.

ÚVOD

Nádorové choroby sú celosvetovým medicínskym a spoločenským problémom. Skutočnosť, že umieranie na rakovinu trvá relatívne dlho je spojená s výrazným psychickým a fyzickým utrpením.

V posledných rokoch na Slovensku zomiera asi 11.000 ľudí na zhubné nádory čo predstavuje 20 % úmrtnosť. U mužov sa najčastejšie vyskytuje karcinóm pľúc, rakovina kože, hrubého čreva, konečníka, močového mechúra a žalúdka. U žien sú na prvom mieste nádory prsníka a ženských pohlavných orgánov.

Dvadsiate storočie a prudký rozvoj medicíny sa v nemalej miere podpísalo na negatívnom vnímaní života. Ľudia sa viacej boja utrpenia než samotnej smrti. Kvalita života pacienta sa prejavuje navonok správaním a konaním, ktoré sa viaže na všetky sféry osobnosti t.j. osobnosť fyzickú, psychologickú, sociálnu a duchovnú.(novotný)

Komunikácia ako spôsob vzájomnej medziľudskej interakcie má nezastupiteľnú účasť aj v procese ošetrovateľskej starostlivosti. V súčasnej dobe sa kladie čoraz väčší význam aj na ciele zameranie sa na pacientove potreby, prežívanie a správanie sa. Nakoľko sa jedná o problematiku veľmi aktuálnu, poznanie pacientovej osobnosti umožňuje zdravotníckym pracovníkom komplexne spoznať postoje pacienta k jeho ochoreniu(Kopáčiková,2009).

Komunikácia

Rozhodujúcou súčasťou práce sestry, zdravotníckych pracovníkov je komunikačná činnosť. Základom jej cieľavedomej práce je vhodné dorozumenie sa s pacientom. V ošetrovateľskej praxi patria tri druhy komunikácie: sociálna, štrukturovaná a terapeutická. Sociálna komunikácia je naplánovaná, často sa odohráva pri neformálnych stretnutiach a spravidla prebieha v ležérnom tempe. Uspokojuje obe zúčastnené strany. Štruktúrovaná komunikácia má určitú naplánovanú náplň. Terapeutická (liečebná) komunikácia sa využíva pri rozličných okolnostiach, pri upokojovaní úzkostného pacienta pred zákrokom, pri pomáhaní chorému s rakovinou vyrovnáť sa so svojou diagnózou. Komunikácia má verbálnu a neverbálnu stránku, ktorá sa musí vhodne spájať.(Kopáčiková)

Získavanie dôvery nie je jednoznačný akt, ale dlhodobý proces o ktorom rozhoduje často prvý kontakt medzi ošetrovateľským personálom a pacientom. Pacient má právo na otvorenú komunikáciu. Najdôležitejším prvkom je dôvera. Pacient musí veriť, že ošetrovateľský personál urobí všetko potrebné, aby výsledok bol čo najlepší. Postoj k pacientovi má byť pravdivý a zachovávajúci vždy nádej na vyliečenie. Ak je prognóza dobrá, treba to chorému povedať, ale súčasne mu vysvetliť nutnosť ďalšieho sledovania po liečbe a ak je zlá treba zachovať dôveru a nádej chorého. Pacientovi treba pomôcť vyrovnáť sa s vážnym ochorením,

pretože žiť s nádorovým ochorením znamená i redukciu jeho osobných plánov, zmenu základných životných postojov hodnotovej orientácie. Pacient musí svoju chorobu uniesť a povinnosťou ošetrovateľského personálu je urobiť proces ochorenia znesiteľnejším. Situáciu v komunikácii s pacientom často komplikuje tabuizácia otázky konečnosti ľudského pozemského života a preto závažnosť týchto situácií viedla i k vytvoreniu samostatnej psychoonkológie. Dnes je známe čo onkologický pacient prežíva a preto postoj a skutky lekára a sestry sú do veľkej miery ovplyvňované ich osobnou a osobnostnou zrelosťou. Medzinárodná únia proti rakovine odporúča onkológom, aby pacientom umožnili aktívnu účasť na rozhodovaní o liečbe a upozornili ich na možné komplikácie a prípadnú neúčinnosť niektorého liečebného postupu. Toto je možné len pri dobrej informovanosti pacienta a výskyte, výskume rakoviny a najnovších diagnostických a liečebných postupoch. Cieľom komunikácie medzi ošetrovateľom a pacientom je dodať odvalu hovoriť o rakovine, klásť otázky a nebáť sa, že odpovedanému neporozumejú a hlavne nebáť sa, že v boji s rakovinou bude pacient sám. Podľa uznávaného profesora psychiatrie a psychológie Eduarda Zarifiana umožní dialóg s pacientom pochopiť chorobu a vedieť ju predstaviť. V boji s chorobou treba využiť skutočnosť, že naša psychika pôsobí na naše telo rovnakým spôsobom ako ono pôsobí na našu psychiku.

Komunikácia s onkologickým pacientom

Podpora onkologického pacienta je jedným z dôležitých protektívnych faktorov pri zvládnutí stresu z ochorenia a liečby. Pacienti, ktorí dostávajú od rodiny a priateľov dostatok emocionálnej podpory sú v procese liečby veľakrát aktívnejší, majú väčšiu motiváciu bojovať a neopúšťajú sa. Pozitívne a negatívne faktory, ktoré vplývajú na priebeh onkologického ochorenia a liečby znázorňuje tabuľka č. 1.

Tabuľka 1 Pozitívne a negatívne faktory vplývajúce na priebeh onkologického ochorenia
www.solen.sk/viapracticas2/2007

Čo môže pomôcť chorobu zvládnuť	Čo môže chorobu komplikovať
<ul style="list-style-type: none"> • kvalitná komunikácia, informácie o chorobe a možnostiach liečby 	<ul style="list-style-type: none"> • tendencia uzatvárať sa do seba a vyhýbať sa informáciám o chorobe
<ul style="list-style-type: none"> • aktívny postoj k chorobe a liečbe 	<ul style="list-style-type: none"> • pasívna odovzdanosť chorobe
<ul style="list-style-type: none"> • udržiavanie dobrej fyzickej kondície 	<ul style="list-style-type: none"> • psychická dekompenzácia a nevyhľadávanie odbornej pomoci
<ul style="list-style-type: none"> • podpora rodiny a priateľov 	<ul style="list-style-type: none"> • malá podpora zo strany rodiny a priateľov

Medzi hlavné osobitosti ošetrovania onkologicky chorých pacientov zaraďujeme komunikáciu. Onkologicky chorý potrebuje cítiť podporu svojho okolia, spoluúčasť a záujem zo strany ošetrojúceho personálu. Pri komunikácii je potrebné navodiť ovzdušie dôvery, ktoré by pacienta upokojovalo, zbavovalo ho obáv a strachu. Na dosiahnutie kvalitnej obojstrannej komunikácie sestry s pacientom je potrebné rešpektovať niektoré všeobecné požiadavky:

- Empatia – schopnosť vcítiť sa do toho, čo pacient prežíva, ako hodnotí svoj vzťah k chorobe, ako ju prežíva, čo si o nej myslí. Porozumenie a spoluúčasť prináša pacientovi úľavu a sestre dôležité informácie,
- Individuálny prístup – znamená prispôbenie nášho správania k pacientovým špecifickým zvláštnostiam,
- Úcta k pacientovi – znamená vážiť si ho vždy za každých okolností ako človeka,
- Pozitívny vzťah k pacientovi – prejavuje sa vo výraze tváre, v pohľade, v pohyboch tela i v odstupe sestry, vo verbálnej a neverbálnej komunikácii (Andrášiová, 2007).

Cieľom práce je zistiť spokojnosť respondentov s kvalitou komunikácie pri ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zariadeniach z pohľadu pacienta a rodiny a to:

- zistiť ako vnímajú pacienti a rodinní príslušníci kvalitu komunikáciu pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti,
- ako hodnotia pacienti a ich rodinní príslušníci komunikačné prejavy ošetrovateľského tímu a čas, ktorý venujú komunikácii.

MATERIÁL A METODIKA

CHARAKTERISTIKA PRIESKUMNEJ VZORKY A METÓDY

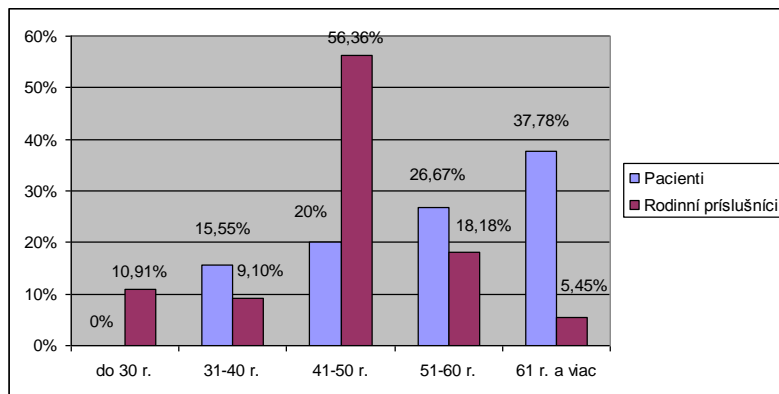
Empirická štúdia mala charakter aplikovaného prieskumu vo Fakultnej nemocnici na Paliatívno- onkologickej klinike v Trnave. Prieskumnú vzorku tvorilo 100 respondentov (45 pacientov a 55 rodinných príslušníkov). Výber respondentov bol náhodný. Za základné kritérium pre výber respondentov sme zvolili:

- hospitalizovaní onkologickí pacienti s potrebou paliatívnej starostlivosti a ich rodinní príslušníci.

Za hlavnú metódu prieskumu sme zvolili viacpoložkový dotazník. Dotazník bol anonymný. Okrem identifikačných údajov obsahoval otvorené, zatvorené a polozatvorené otázky. Respondenti mali možnosť výberu medzi viacerými možnosťami, prípadne i podľa potreby i dopísať.

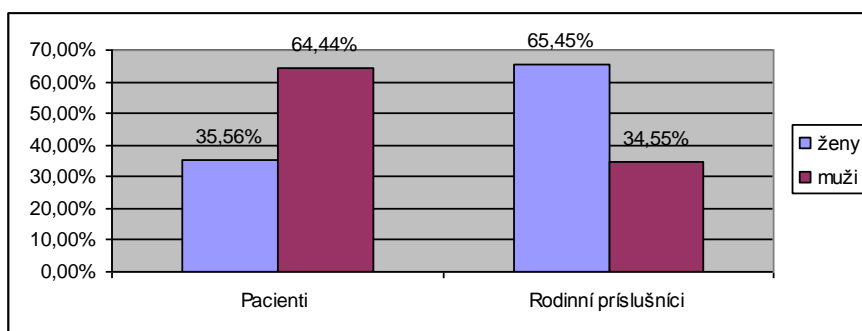
Prieskum sme realizovali v mesiacoch január až júl 2009. Návratnosť dotazníkov bola 100 %. Výsledky prieskumu boli spracované pomocou Microsoft-Excel, vyjadrené v absolútnych číslach a percentuálne vyhodnotené, spracované do tabuliek a znázornené graficky.

VÝSLEDKY



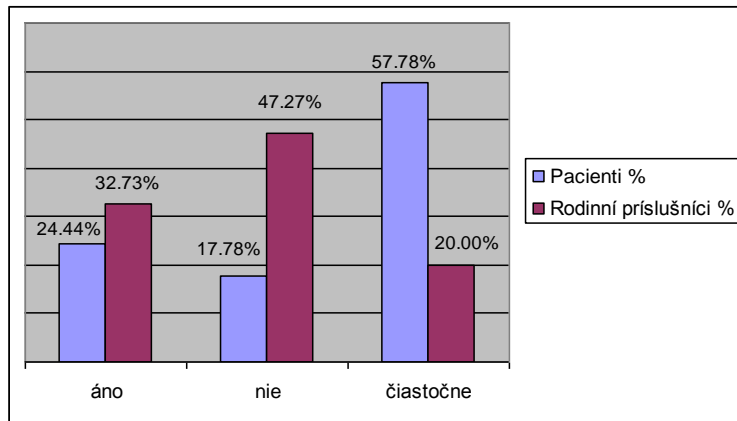
Graf 1 Vekové rozloženie respondentov

Vo vekovej kategórii do 30 rokov nebol ani jeden pacient, od 31 do 40 rokov 15,55 % (7) pacientov, od 41 do 50 rokov 20,00 % (9) respondentov, od 51 do 60 rokov 12 (26,67 %). Navyššie zastúpenie pacientov bolo vo vekovej kategórii nad 61 rokov 37,78 % (17) pacientov. Z rodinných príslušníkov bola najviac zastúpená veková kategória od 41 do 50 rokov 56,36 % (31) respondentov, do 30 rokov bolo 10,91 % respondentov, od 31 do 40 rokov 9,1 % respondentov, od 51 do 60 rokov 18,18 % respondentov a nad 61 rokov 5,45 % respondentov.(graf 1)



Graf 2 Rozdelenie respondentov podľa pohlavia

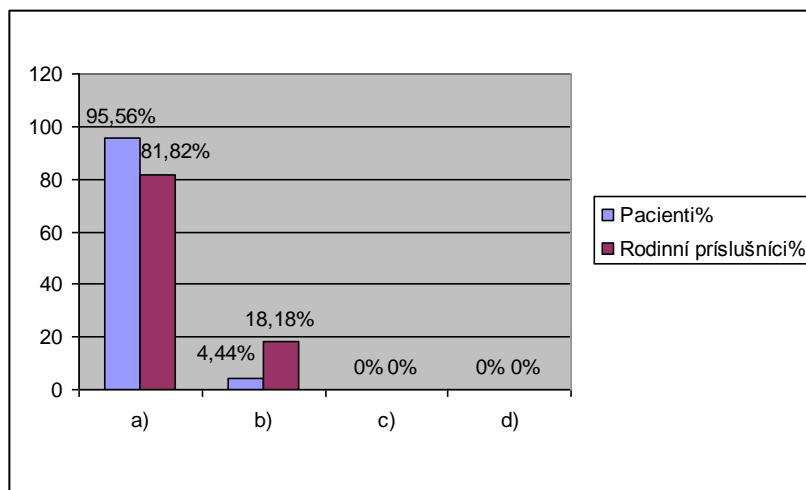
Z celkového počtu pacientov bolo 35,56 % 16 žien a 64,44 % 29 mužov. Z celkového počtu rodinných príslušníkov bolo 65,45 % žien a 34,55 % mužov.(graf 2)



Graf 3 Znalosť mena ošetrojúceho personálu

Z opýtaných pacientov sme zistili, že 11 pacientov (24,44 %) pozná mená ošetrovateľského personálu, 8 pacientov (17,78 %) sa vyjadrilo, že mená ošetrovateľského personálu nepozná a 26 pacientov (57,78 %) sa vyjadrilo, že mená ošetrovateľského personálu poznajú iba čiastočne.

V súbore príbuzných 55 (100 %) respondentov sa vyjadrilo 18 respondentov (32,73 %), že pozná mená ošetrovateľského personálu, 26 respondentov (47,27 %) nepozná a čiastočne pozná mená ošetrovateľského personálu 11 respondentov (20,00 %).

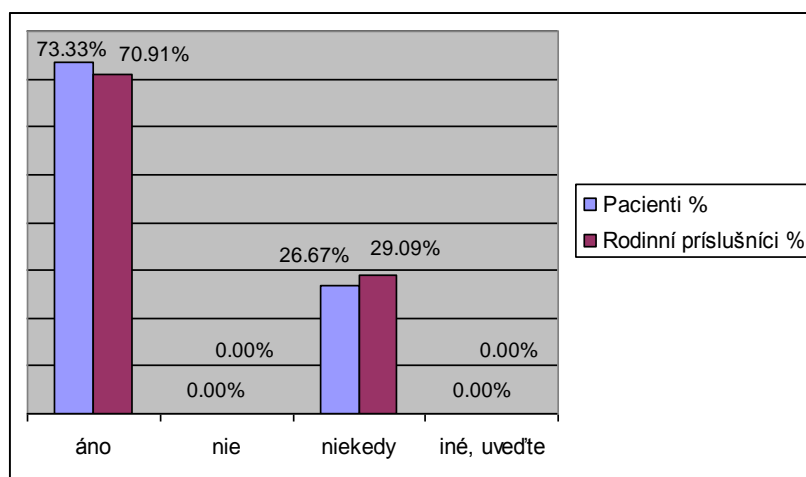


Graf 4 Komunikačné prejavy ošetrovateľského personálu

- a) povzbudzujúce
- b) čiastočne povzbudzujúce
- c) s nezájmom
- d) iné

Zo súboru 45 pacientov (100 %) 43 pacientov (95,56 %) hodnotilo komunikačné prejavy ako povzbudzujúce a iba 2 pacienti (4,44 %) vyjadrili čiastočne povzbudzujúce. Ani jeden pacient nehodnotil komunikačné prejavy ako nezaujímajúce.

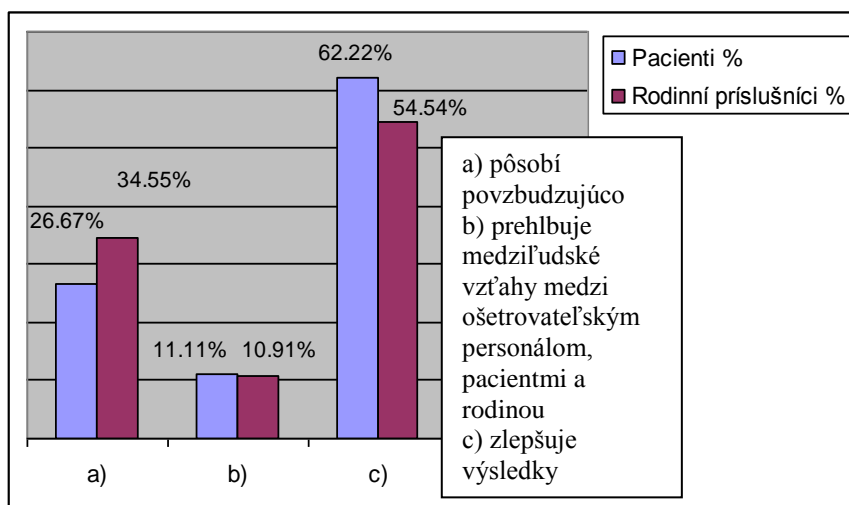
45 rodinných príslušníkov (81,82 %) vyjadrilo spokojnosť s komunikačnými prejavmi ošetrovateľského personálu a 10 respondentov (18,18 %) vyjadrilo čiastočnú spokojnosť s komunikačnými prejavmi ošetrovateľského personálu.



Graf 5 Rozhovor počas hospitalizácie

33 pacientov (73,33 %) sa vyjadrilo, že ošetrovateľský personál venuje dostatok času pacientom na rozhovor a 12 pacientov (26,67 %) sa vyjadrilo, že niekedy.

Z rodinných príslušníkov 39 respondentov (70,91 %) uviedlo, že sú spokojní s dostatkom času, ktorý venuje ošetrovateľský personál pacientom na rozhovor a 16 respondentov (29,09 %) uviedlo, že iba niekedy. Ani jeden respondent sa nevyjadril, že ošetrovateľský personál nevenuje dostatok času rozhovoru.



Graf 6 Význam komunikácie

Väčšina opýtaných pacientov 28 (62,22 %) sa vyjadrila, že dobrá komunikácia pomáha zlepšovať výsledky ošetrovateľskej starostlivosti, že pôsobí na nich povzbudzujúco sa vyjadrilo 12 pacientov (26,67 %) a pomáha prehľbovať medziľudské vzťahy podľa 5 pacientov (11,11 %).

30 rodinných príslušníkov (54,54 %) sa vyjadrilo, že dobrá komunikácia pomáha zlepšovať ošetrovateľskú starostlivosť, 19 rodinných príslušníkov (34,55 %) sa vyjadrilo, že dobrá komunikácia medzi ošetrovateľským personálom a rodinou pôsobí povzbudzujúco a 6 respondentov (10,91 %) si myslí, že dobrá komunikácia pomáha prehľbovať medziľudské vzťahy medzi ošetrovateľským personálom a rodinou.

Väčšina respondentov hodnotí pozitívne komunikačné prejavy a čas, ktorý venuje ošetrovateľský tím pacientom a rodine, vzhľadom na záujem vyriešenia pacientových problémov, ale výsledky budú rozdielne u pacientov a príbuzných.

DISKUSIA A ZÁVER

K najvýznamnejším znakom súčasného obdobia patrí neustále sa zvyšujúci počet onkologicky chorých pacientov. Dobrá komunikácia napomáha zlepšovať výsledky ošetrovateľskej starostlivosti, pôsobí na nich povzbudzujúco a pomáha prehľbovať medziľudské vzťahy. Efektívna komunikácia pôsobí na pacientov a ich rodinných príslušníkov povzbudzujúco a zvyšuje ich spokojnosť s ošetrovateľskou starostlivosťou počas hospitalizácie. Vzhľadom na dokonalú efektivitu komunikácie, kedy si sestra s pacientom a jeho príbuznými dokáže vytvoriť hodnotnejší vzťah s pacientom, ktorý si vyžaduje veľké úsilie v rozpoznaní stavu pacienta navrhujeme permanentné vzdelávanie sestier a dopĺňanie informácií z oblasti komunikácie s onkologickým pacientom.

Problematika komunikácie medzi sestrou, ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi a pacientom s onkologickým ochorením je veľmi aktuálna. Závisí od odbornej pripravenosti, tvorivosti, schopnosti prispôbiť sa situácii sestry, na individuálnom prístupe k pacientovi. Pre zlepšenie ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov, do ktorej nevyhnutne patrí aj komunikácia, je dôležité uvedomiť si, že my sme tam pre nich. Nemocničné zariadenie je nielen pôsobiskom sestier, ale tiež dočasným domovom pacientov.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. ANDRÁŠIOVÁ, M. a kol. 2002. *Hospice a paliatívna starostlivosť* I. vyd., Bratislava, Oto Németh, 2002, 54s. ISBN 80-96 8416-0-2
2. DOSTÁLOVÁ, O. 1986. *Psychoterapeutické prístupy k onkologickým nemocným*. Praha: Avicenum, 1986. 208s. ISBN neudané.
3. KOPÁČIKOVÁ, M., BŘENDO VÁ, M., STANČIAK, J. 2009. *Komunikácia pri ošetrovaní pacienta s poruchou sluchu*. In: Zborník z medzinárodnej konferencie *Komunikácia s pacientmi s postihnutím sluchu*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, 2009, s. 130-138. ISBN 978-80-8082-315 -3.
4. KOPÁČIKOVÁ, M., NOVOTNÝ, J., STANČIAK, J., LAUKOVÁ, M. 2009. *Paliatívna ošetrovateľská starostlivosť v domácich podmienkach*. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou *Důstojné umírání II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckých vied, 2009, s. 58-68. ISBN 978-80-244-2381 -4
5. KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. 2004. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Osveta, Martin 2004, 164 s., ISBN 80-8063-107-7
6. NOVOTNÝ, J., KOPÁČIKOVÁ, M., STANČIAK, J., RYŠKOVÁ, V. 2009. *Paliatívna starostlivosť z pohľadu pacienta a jeho rodiny*. In: Zborník z konferencie s medzinárodnou účasťou *Důstojné umírání II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotníckých vied, 2009, s. 99-108. ISBN 978-80-244-2381 -4

Kontaktná adresa

Mgr. Viera Ryšková
FN Trnava
Onkologické oddelenie
917 00 Trnava

OČKOVANIE SENIOROV

Janka Slaninková, Iveta Ondriová

Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Očkovanie proti infekčným ochoreniam patrí medzi najefektívnejšie preventívne opatrenia zo zdravotníckeho i ekonomického hľadiska. Počas posledného desaťročia bolo vynaložené obrovské celosvetové úsilie na zosilnenie detského imunizačného programu. Výskyt ochorení klesol o 90 až 100 % u detí vo vyspelých krajinách. V protiklade s týmito úspechmi ochorenia chrípky a pneumokokových infekcií zastupujú znepokojivo vysoké percento u starších ľudí .

Vírusom chrípky sa každoročne nakazí 33 % obyvateľov z ktorých 26 % skutočne na chrípku ochorie. Zo všetkých chorých musí byť 1 % liečené v nemocnici. 8 % z hospitalizovaných pacientov chorobe podľahne. Celosvetovo ročne ochorenie závažnou formou chrípky 3 až 5 miliónov ľudí, 250 000 až 500 000 z nich zomrie. U ľudí, ktorí trpia viacerými ochoreniami, hrozia aj pri bežnej chrípke komplikácie, ktoré môžu prejsť do zápalu pľúc. Pri ňom môže dôjsť napríklad k srdcovému zlyhaniu. U seniorov očkovanie zabráni ťažkým komplikáciám chrípky, ktoré často končia smrťou.

Invazívne pneumokokové ochorenia predstavujú najvyššie riziko práve pre najmenšie deti a ľudí nad 60 rokov. Zásadný význam pre ochranu zdravia tejto skupiny má očkovanie proti pneumokokom. Toto očkovanie chráni seniorov pred toľko obávanými zápalmi priedušiek a pľúc a nepriamo tak znižuje riziko komplikácií chrípky.

Očkovanie proti chrípke u starších ľudí je najoptimálnejšie absolvovať spolu s očkovaním proti pneumokokovým invazívnym infekciám pri jednej návšteve lekára. Ľudí nad šesťdesiat rokov sa dalo proti chrípke zaočkovať takmer tridsať percent, čo je najviac zo všetkých vekových kategórií, ale napriek tomu je to nedostatočné. Preto je nutná edukácia ľudí v oblasti očkovania a nielen u rizikových skupín, ale u celej populácie.

Kľúčové slová: Senior. Chrípka. Vírusy. Pneumokoky. Očkovanie.

Summary

Vaccination against infectious diseases is among the most effective preventive measure economic and medical terms. In the last decade ,efforts have been tremendous effort strengthen global child imunization .The more decreased from 90 to 100 %.

Contrast with these successes, and pneumococcal disease, influenza infection in older population.

Every year influenza infected 33 % of the population, of whom 26 % actually disease,1%of all must be treated in the hospital, 8 % of all succumb to disease. Worldwide annually afflicted by severe influenza 3 to 5 milion people, 250 000 to 500 000 people die. People who suffer from multiple diseases threaten the normal complications, which go into pneumonia or to heart failure. For seniors vactination prevents severe complications of influenza , which often death.

Intensive pneumococcal disease highest risk just for young children and over 60 years of fundamental importance for health of this group pneumococcus vaccination.

Vaccination against influenza in the elderly is best completed with the pneumococcal vaccine.

People over 60 years could have been vaccinated, nearly 30 % , the highest of al age still insufficient .It is necesasary in the education of vactination not only in risk group, but in the all population.

Key words: Senior. Influenza. Viruses. Pneumococci. Vaccination.

História prevencie infekcií je rovnako dlhá ako história infekčných ochorení, ktoré sprevádzali ľudstvo už od jeho vzniku a mali zhubný vplyv na rast populácie. Tisícročia viedol človek neúspešný boj s infekčnými chorobami, neustále robil pokusy, ako sa ochrániť pred infekčnými chorobami. Až napokon vymyslel najúžasnejšiu prevenciu – očkovanie. Očkovanie proti infekčným ochoreniam patrí medzi najefektívnejšie preventívne opatrenia z hľadiska zdravotníckeho i ekonomického (Pertináčová, J.,2009, s.12).

Počas posledného desaťročia bolo vynaložené obrovské celosvetové úsilie na zosilnenie detského imunizačného programu. Rozsah očkovania spôsobil, že výskyt ochorení klesol o 90 až 100 % u detí vo vyspelých krajinách. V kontraste s týmito úspechmi bremeno chrípky a pneumokokových infekcií zastupuje znepokojivo vysoké percento u starších ľudí vo väčšine krajín a prípady ochorenia na tetanus s u nich zaznamenávajú pravidelne (Dobiašová, V., 2009, s.11)

Epidemiologické pozorovania v skupine seniorov poukázali na zvýšenú morbiditu a mortalitu infekčných ochorení, ktorým by sa dalo predísť očkovaním. Chrápka, pneumokoková infekcia (čiastočne ako komplikácia chrípky), tetanus a hepatitída B (čiastočne karcinóm pečene ako komplikácia nosičstva vírusu) sú nákazy, proti ktorým existujú účinné očkovacie látky. Toto zistenie podnietilo v ostatných rokoch kampane na očkovanie dospelých (napr. masové očkovanie seniorov proti chrípke). Ročným opakovaním očkovaní proti chrípke a očkovaním raz za 10 rokov proti pneumokokovej infekcii sa môže dosiahnuť pokles špecifickej mortality osôb starších ako 65 rokov, osôb po splenektómii, chorých na diabetes mellitus, cirhózu pečene, chronické kardiovaskulárne ochorenia a tiež u alkoholikov (Kovács, L., 2008).

Slovenská republika je krajinou s dlhou a úspešnou tradíciou očkovania. Stále viac si uvedomujeme, že význam očkovania nekončí detským vekom. Veľkú pozornosť si zasluhuje aj očkovanie seniorov. Ochrana zdravia týchto osôb nesmie zostať bokom.

Dlhodobé štatistiky ukazujú, že vírusom chrípky sa každoročne nakazí 33 % obyvateľov, z ktorých 26 % skutočne na chrípku ochorie. Zo všetkých chorých musí byť 1 % liečené v nemocnici. 8 % z hospitalizovaných pacientov chorobe podľahne. Odhaduje sa, že celosvetovo ročne ochorie ochorenie závažnou formou chrípky 3 až 5 miliónov ľudí. 250 000 až 500 000 z nich zomrie.

U seniorov je vhodné nechať sa zaočkovať proti chrípke najmä vtedy, ak ide o onkologických pacientov, astmatikov a ľudí s kardiovaskulárnymi ochoreniami. Pri ľuďoch, ktorí trpia viacerými ochoreniami, hrozia aj pri bežnej chrípke komplikácie, ktoré môžu prejsť do zápalu pľúc. Pri ňom môže dôjsť napríklad k srdcovému zlyhaniu (Bielik, I., 2005, s.34).

Ľudí nad šesťdesiat rokov sa dalo proti chrípke zaočkovať takmer tridsať percent, čo je najviac zo všetkých vekových kategórií, ale napriek tomu je to nedostatočné (Voštenáková, Z., Lipták, P., 2009, s. 12) .

Zásadný význam pre ochranu zdravia seniorov má tiež očkovanie proti pneumokokom. Toto očkovanie chráni seniorov pred toľko obávanými zápalmi priedušiek a pľúc a nepriamo tak znižuje aj riziko komplikácií chrípky. Invazívne pneumokokové ochorenia, ktoré prebiehajú ako zápal mozgových blán, otrava krvi alebo zápal pľúc predstavujú najvyššie riziko práve pre skupinu najmladších detí a pre ľudí nad 60 rokov.

Očkovanie proti chrípke je účinné u 80 - 90 percent mladých dospelých. U seniorov očkovanie zabráni ťažkým komplikáciám chrípky, ktoré často končia smrťou (Bielik, I., 2005, s.34).

Očkovanie proti chrípke je najmä u starších ľudí najoptimálnejšie absolvovať spolu s očkovaním proti pneumokokovým invazívnym infekciám pri jednej návšteve lekára. Okrem toho pri každej návšteve u lekára by sa mal každý vo vlastnom záujme informovať o termíne povinného preočkovania proti záškrtu a tetanu, 15 ročný interval od predchádzajúceho očkovania je dlhá doba. Ide o veľmi závažné ochorenia, ktoré u neočkovaných alebo nedostatočne očkovaných, často končia smrťou.

Okrem týchto základných očkovaní sa jedinci žijúci v rizikovom prostredí môžu dať zaočkovať proti odporúčaným očkovaniam pre dospelých v SR. Medzi odporúčané očkovanie dospelých patrí TBC, VHB, kliešťová encefalitída, meningokoková meningitída, besnota (Voštenáková, Z., Lipták, P., 2009, s.13).

Očkovanie osôb cestujúcich do cudziny a z cudziny sa vykonáva v súlade s medzinárodnými dohovormi a podľa aktuálnej epidemiologickej udalosti v štátoch, do ktorých osoba cestuje (http://www.ruvzmartin.sk/hdm/vyhlasaky/585_2008_Vyhlasaka.pdf).

Informácie o očkovaní pred cestou do zahraničia poskytuje Poliklinika cudzokrajných chorôb v Bratislave, oddelenia cudzokrajných chorôb pri Fakultných nemocniciach v Martine a v Košiciach resp. Úrad verejného zdravotníctva SR v Bratislave alebo regionálne úrady verejného zdravotníctva v celej SR (Šimeková, K., 2010, s.29).

Zdravie je jedným z hlavných pilierov koncepcie ľudského rozvoja. Človek, ktorý žije život v plnom zdraví, má lepšie podmienky na dosiahnutie plnohodnotného života ako jedinec sužovaný fyzickými alebo psychickými ťažkosťami. V spoločnostiach na vyššom stupni rozvoja sú populácie zdravšie – podľa vnímania vlastného zdravia, aj podľa štatistických ukazovateľov (http://www.cphr.sk/undp2002sl_02.pdf).

V dnešnej dobe už nikto nepochybuje o významnej úlohe prevencie a podpory zdravia v dosiahnutí kvalitného a dostatočne dlhého života. Edukácia ľudí v seniorskom veku v oblasti prevencie infekčných ochorení je nevyhnutná a môže vo veľkej miere prispieť k prežívaniu plnohodnotnejšieho a aktívnejšieho života ako jedna z významných možností prevencie ochorení a ich komplikácií.



Očkovanie seniorov

Epidemiologické pozorovania v skupine seniorov poukázali na zvýšenú morbiditu a mortalitu na preventabilné infekčné ochorenia. Patrí sem:

- chrípka,
- pneumokoková infekcia (aj ako komplikácia chrípky)
- tetanus
- hepatitída B (karcinóm pečene ako komplikácia nosičstva vírusu)

Invazívne pneumokokové ochorenia, ktoré prebiehajú ako zápal mozgových blán, otrava krvi alebo zápal pľúc predstavujú najvyššie riziko práve pre skupinu najmladších detí a ľudí nad 60 rokov.

Tetanus - infekčné ochorenie, vzniká po poraneniach znečistených zeminou, prípadne v nej ostalo cudzie teleso - kamienok, trŕň, trieska. Príznaky:

- kŕče žuvacích svalov,
- sťahy svalov tváre,
- stuhnutie šije a chrbta,
- kŕčom dýchacích svalov.

Chorý je pri vedomí, dusí sa a bez lekárskej pomoci môže zomrieť.

Záškrt je respiračné infekčné ochorenie.

Prejavuje sa:

- zápalmi slizníc,
- opuchom až uzavretím prieduchu horných ciest dýchacích,
- zdurením uzlín,
- poruchám prehĺtania,
- poruchám dýchania,
- poškodením nervov.

Očkovanie je dnes najúčinnnejšou zbraňou v boji s infekčnými chorobami:

- zabráňuje nákaze,
- znižuje možnosť komplikácií,
- znižuje vznik invalidity, ba i smrti.

Očkovanie ani v dospelom veku netreba podceňovať, na pravidelnosť preočkovania si musí dohliadať vedome každý sám.



Povinné očkovanie seniorov v SR:

- záškrt a tetanus kombinovanou očkovacou látkou každých 15 rokov
- Odporúčané očkovanie pre dospelých v SR:**

- chrípka,
- pneumokokové infekcie,
- TBC,
- VHB,
- kliešťová encefalitída,
- meningokoková meningitída,
- besnota.

Očkovanie osôb cestujúcich do cudziny a z cudziny sa riadi podľa aktuálnej epidemiologickej situácie.

Ročným opakovaním očkovania proti chrípke a očkovaním raz za 10 rokov proti pneumokokovej infekcii sa môže dosiahnuť pokles špecifickej mortalit osôb starších ako 65 rokov. U osôb po splenektómii a chorých na:

- diabetes mellitus,
- cirhózu pečene,
- chronické kardiovaskulárne ochorenia
- a u alkoholikov.

Hospitalizovaní očkovaní seniori majú nižšie riziká rozvinutých zdravotných komplikácií a doba hospitalizácie je výrazne kratšia.

U seniorov je vhodné nechať sa zaočkovať proti chrípke, hlavne ak ide o:

- onkologických pacientov
- astmatikov
- ľudí s kardiovaskulárnymi ochoreniami.
- ľudí, ktorí trpia polymorbiditou



Slaninková Jana
Ondriová Iveta
PU, FZ, Prešov

Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BIELIK, I., Očkovanie proti chrípke , In: Bedeker zdravia, 2005, jeseň/zima , s. 34. ISSN 1337- 2734.
2. DOBIÁŠOVÁ, V., Úskalia očkovania seniorov (1. časť) In: Geriatria, 1/2009, s.4, ISSN 1335 -1850.
3. KOVÁCS, L., Očkovanie dnes a zajtra , In: Pediatria pre prax, 2008, č.3, s.153 – 156. ISSN 1336-8168.
4. PERTINÁČOVÁ, J., Vakcinácia ako forma prevencie, In: Bedeker zdravia, 5 ročník, č. 1, 2009, s.12 – 13. ISSN 1337-2734.
5. ŠIMEKOVÁ, K., Očkovanie občanov SR pred cestou do zahraničia, In: Pediatria, č. 5, 2010, s.29, ISSN 1336 – 863X.
6. VOŠTENÁKOVÁ, Z., LIPTÁK, P., Očkovanie dospelých z hľadiska praktického lekára, In: Bedeker zdravia, 5 ročník, č. 1, 2009, s. 12 – 13. ISSN 1337-2734.
7. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 585/2008 Z. z., z 10. decembra 2008, s.5028, (cit:2008-12-20). Dostupné na internete: http://www.ruvzmartin.sk/hdm/vyhlasky/585_2008_Vyhlaska.pdf
8. Zdravie – naliehavá priorita,. Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001-2002, s.4, (cit.2009-10-29). Dostupné na: http://www.cphr.sk/undp2002sl_02.pdf

Kontaktná adresa autorov:

Janka Slaninková, Iveta Ondriová
Prešovská univerzita, Fakulta zdravotníctva
Partizánska 1
Prešov

PREVENCIA PÁDOV A ÚRAZOV STARŠÍCH ĽUDÍ

Andrea Šuličová, Jana Cinová

Fakulta zdravotníctva PU v Prešove, katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Pády a úrazy sú závažným problémom pri starostlivosti o starých ľuďoch. Incidencia pádov a úrazov starších osôb v domácnosti sa pohybuje medzi 25 až 40 %. Z nich asi 50 % umiera v priebehu nasledujúcich 6 mesiacov. Z tých osôb, ktoré sú po páde hospitalizované, prežíva dobu 1 roku taktiež 50 %.

Na pádoch a úrazoch sa podieľajú vnútorné a vonkajšie faktory. Z vnútorných môžeme vymenovať závraty, osteoporózu, ortostatickú hypotenziu, poruchy zmyslových a pohybových orgánov apod. Z vonkajších príčin sú to najmä šmyklivé a nerovné povrchy, koberce, zvlášť vysoké, kde sa dá zakopnúť, nedostatočné osvetlenie, nízke predmety mimo zorného poľa – elektrické šnúry, nízke stolíky apod. Veľa pádov vzniká na schodoch, najmä pri zostupovaní, alebo pri vstávaní z postele alebo stoličky.

V praxi k hodnoteniu rizika pádu u seniorov sa využíva Gaitov funkčný test. Ak pacient nie je schopný test dokončiť alebo vykonať pokyny bez ťažkostí, je potrebné iniciovať zásahy na prevenciu pádu. Dôsledky pádov a úrazov veľmi výrazne znižujú kvalitu života starších ľudí, v mnohých prípadoch sa rozvíja až imobilizačný syndróm pri dlhodobom pobyte na lôžku.

Kľúčové slová: Pády. Úrazy. Prevencia. Starší ľudia.

Abstract

Downfalls and injuries are serious problems by taking care of older people. Incidence of downfalls and injuries of older persons in households is around 25-40 %. Approximately 50 % of older persons die within 6 months after injury and roughly the same amount of hospitalized older persons survive longer than one year after injury. Downfalls and injuries are determined by inner and outer factors. Inner factors are vertigo, osteoporosis, orthostatic hypotension, failures of sensory and kinetic organs. Outer factors are slippery and rough surfaces, high carpets, poor space lighting, and small objects out of visual field. Many downfalls happen on stairs, especially by descending, or by getting up from a bed or

chair. Gait's function test is used to test chance of downfall injury of seniors. Steps for downfall preventions should be initiated when patient is no able to finish test or realize movements without difficulties. Consequences of downfalls and injuries significantly reduce quality of life of older people. Long-time staying in bed can result in development of immobilization syndrome.

Keywords: Downfalls. Injuries. Prevention. Older people.

Pády a úrazy starších ľudí sú úzko spojené s geriatrickými syndrómami – imobilitou a instabilitou. Pády sú významným symptómom krehkosti (frailty) neskorej staroby. Pády predstavujú v starobe veľký zdravotno-sociálny problém, ktorý má závažné medicínske a ekonomické dôsledky. Sú najvýznamnejšou príčinou dysaptibility u seniorov.

Pád je definovaný ako zmena polohy, ktorá končí kontaktom tela so zemou. Môže byť sprevádzaný poruchou vedomia a poranením (Pidrman, 2007, s.163).

Príčiny pádov sú multifaktoriálne, môžeme ich rozdeliť na endogénne a exogénne faktory.

Endogénne faktory sú:

- kardiovaskulárne postihnutie (synkopa, ortostatická hypotenzia, vertebrobazilárna insuficiencia, hypersenzitivita karotického sínusu),
- neuromotorické poruchy (svalová slabosť, poruchy chôdze, neuropatie),
- psychiatrické ochorenia (poruchy pozornosti, demencie, depresie),
- pohybový systém (osteoporóza, arthróza, poruchy nôh),
- porucha sluchu a vestibulárnych funkcií (vertigo, Menierova choroba),
- porucha zraku.

Exogénne faktory sú:

- nevyhovujúce vybavenie bytu, nevhodná obuv, nevhodné oblečenie, chýbanie vhodných pomôcok na zvýšenie bezpečnosti chôdze, používanie ortézy. Časť pádov vzniká pri nevhodnej / nebezpečnej aktivite (práca na stoličke, rebríku, pod vplyvom alkoholu) (Németh,2009,s.52).

S príčinou pádu úzko súvisí aj spôsob alebo typ pádu, tzv. fenomenológia pádu.

Pád zrútením- starší človek v stoji alebo pri chôdzi náhle stráca svalový tonus a klesá k zemi. Príčiny sú najmä cerebrálne – epilepsia, náhly vzostup vnútrolebečného tlaku, alebo extracerebrálne – ortostatická hypotenzia, kardiálna synkopa.

Pád pri ťažkej poruche rovnováhy, pacient padá ako „podťatý“, obvykle bez reflexných obranných pohybov, takže sa často pri páde zraní. Pády takéhoto typu sa vyskytujú pri poruchách propiocepce, vestibulárnych léziách a iných poškodeniach mozgu.

Pád zakopnutím - tento pád smeruje dopredu, väčšinou na predpažené ruky. Je následkom zakopnutia palcom alebo špičkou nohy o povrch podlahy alebo prekážku., ktorú sa nepodarilo prekročiť. Príčinou môže byť distálna slabosť, spasticita nohy, Parkinsonova choroba. V dôsledku nedostatočného oddialenia chodidla od podlahy noha zadrhne o nerovnosť povrchu.

Pád zamrznutím – podobne ako pri zakopnutí, pád smeruje dopredu. Podkladom je záraz dolnej končatiny v priebehu chôdze, keď noha zostáva prilepená k podlahe, takže telo pokračuje v pohybe dopredu, bez toho, aby došlo k vykročeniu.

Nediferencované pády – napr. pri nepozornosti (Kalvach,2004,s.207-209).

Všeobecné opatrenia na prevenciu pádu sú:

- vyhodnotenie Gaitovho funkčného testu – určenie rizika pádu u seniora, zhodnotiť sebestačnosť pri bežných denných činnostiach (kúpanie, obliekanie, kontinencia, pohyb po byte), pri používaní pomôcky (palica, barle, pomoc druhej osoby), informovať sa o celkovej fyzickej aktivite a zdatnosti, o pohybe mimo domova, zhodnotiť chôdzu a rovnováhu: sedenie, vstávanie zo stoličky, rovnováha v stoji, chôdza, jej rýchlosť, symetria, bezpečnosť, otáčanie a prekročenie prekážky (možno použiť screeningový test mobility) (Németh,2009,53).

- bezpečnosť a bezbariérovosť prostredia, úprava podlahy, povrchovej krytiny, odstránenie prahov a káblov, dostatočné osvetlenie,
- inštalácia madiel v kúpeľni, WC, na chodbe, pevné a bezpečné zábradlia, madla súčasne uľahčujú vstávanie,
- používanie oporných pomôcok po dôkladnom zacvičení (palice, francúzske a podpažné barly, chodítka, pre cyklistov podporné kolieska)
- používanie núdzovej signalizácie pre prípad nemožnosti vstať zo zeme – systémy núdzovej signalizácie sú obvykle pripúojené na telefón v byte, umožňujú buď núdzovú signalizáciu alebo aj verbálnu komunikáciu,
- rehabilitačné posilňovanie adaptačných mechanizmov pre udržanie rovnováhy – cvičenie na loptách, rytmická stabilizácia, reedukácia chôdze,
- posilňovanie svalov a nácvik postavovania po páde,
- používanie chráničov bedier (tzv. hip protectors) chrániacich oblasť trochanteru,

- prevencia a liečba osteoporózy,
- vysadenie liekov zhoršujúcich stabilitu a zvyšujúcich riziko pádu,
- zaistenie služieb k obmedzeniu rizikových činností prevádzaných seniormi, podpora racionálneho chovania (Kalvach, 2004,222-223),
- u zdravých seniorov bez pádu je cieľom udržať alebo zlepšiť postoj chôdzu, flexibilitu kĺbov, svalovú silu, udržať mobilitu, funkčnú nezávislosť, a celkovú kondíciu,
- u starších seniorov s pádom alebo multimorbidných je v popredí snaha zabrániť opakovaniu pádu a znížiť výskyt komplikácií pádu (zlomeniny, poranenia, strach, neschopnosť vstať, funkčný pokles a imobilitu)
- pri pádoch z endogénnych príčin je potrebné adekvátne liečiť všetky ochorenia, ktoré by mohli mať za dôsledok pád a úraz (Weber,2000,s. 74-75).

O prevencii pádov a úrazov je potrebné poučiť aj osoby žijúce s rizikovým seniorom v jednej domácnosti. Rizikovní starší ľudia (aj spolubývajúci) by sa mali naučiť správne vstávať zo zeme: otočiť sa na bok, pokrčiť kolená, kľaknúť si, oprieť sa o stoličku alebo nízky stolík a tak sa zdvihnúť. Po páde na zem by sa postihnutý nikdy nemal vláčiť za paže.

Pozornosť treba venovať aj výberu vhodnej obuvi a rehabilitačných pomôcok, ktoré zlepšia stabilitu a mobilitu seniorov. Zmysel rehabilitačných pomôcok je hlavne v nezaťažovaní bolestivých kĺbov. Palica môže poskytnúť človeku väčší pocit istoty. Chodítka s kolieskami umožňujú prirodzenejšiu chôdzu a dlhší krok (Weber,2000,s75).

Riziko pádov znižujú pomôcky, ktoré zväčšujú podstavu (palice, chodidla). U pacientov s narušenou propriorepciou v dolných končatinách (polyneuropatie, myelopatie) tieto pomôcky prenášajú informáciu o stave podložky. Palička musí byť primerane dlhá. Lakeť mať zohnutý iba mierne. Príliš dlhá palička spôsobuje bolesti pleca. Veľkú pozornosť treba venovať technickému stavu pomôcok. Starí ľudia často používajú rôzne suvenírové paličky s kovovou špičkou, ktoré na tvrdej dlážke veľmi kľžu. Pokĺznutie môže byť spôsobené i vydratou gumou. Pád môže byť spôsobený i zakopnutím o paličku. U pacientov s poklesom prednej časti nohy (paréza n. fibularis) je indikovaný peroneálny ťah alebo vložka do topánky. Pacientom, s nutkavým močením a nyktúriou, ktorí majú zvýšené riziko pádu sa odporúča používať v noci fľašu na močenie alebo prenosné WC. Istotu pri chôdzi po byte zlepšuje vhodne umiestnený stabilný nábytok. Následky pádov zmierňujú dostatočne hrubé koberce. Veľmi dôležité je, aby sa dvere na WC a v kúpeľni otvárali smerom von (aby bolo možné vytiahnuť odtiaľ seniora) (Krajčík,2006, s.344-346).

Úrazy hlavy, pomliaždeniny, ale aj zlomeniny chrčtice sú v mnohých prípadoch následkami pádov, najmä u starších ľudí. Každý tretí človek nad 65 rokov utrpí pád, pričom

na jeho následky zomiera najviac ľudí v tejto vekovej kategórii. Najviac pádov sa popri nemocniciach stáva v domácnostiach pri bežných každodenných činnostiach. Občianske združenie seniorov Bojíme sa pádov, prináša jednoduchý test na zistenie rizika pádu:

1. Už päť posadení v priebehu desiatich sekúnd na stoličku môže odhaliť narušenú stabilitu. V prípade, že päť opakovaní trvá dlhšie, hrozí človeku pád z dôvodu oslabenej svalovej sily. Takisto aj v prípade, ak sa mu po teste zatočí hlava.

2. Skúste si dať jednu nohu tesne za druhú, pričom sa špička jednej nohy dotýka päty druhej nohy, ruky sú upažené. Väčšie riziko pádu hrozí tým, ktorí takto neudržia stabilitu desať sekúnd. Testovanie by nemalo prebiehať osamote (<http://tvnoviny.sk>).

Pri zistení vyššieho rizika pádu u seniora je potrebné začať realizovať všetky činnosti na zabránenie pádu. Keďže najčastejšie dochádza k pádu práve v domácnosti, odporúča sa vhodná úprava bytu. Finančne môžu pomôcť aj príspevky na úpravu bytu z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny. Ťažko zdravotne postihnutí občania si na kúpu pomôcky, na ktorú sa nevzťahuje zdravotné poistenie, môžu požiadať o príspevok na príslušnom úrade práce a sociálnych vecí. Žiadosť musí byť písomná a priznanie príspevku závisí od viacerých faktorov, ako napríklad odkázanosti na pomôcku či príjmu žiadateľa a spoločne posudzovaných osôb v domácnosti. Ide o pomôcky, ako napríklad o druhý mechanický či elektrický vozík, ale aj pomôcky ako špeciálny kuchynský riad, prenosnú vaňu či špeciálne sedačky do áut. Úrad práce môže na základe posúdenia priznať a poskytnúť aj peňažný príspevok na bezbariérovú úpravu bytu či rodinného domu (6638,79 eura) alebo na zdvíhacie zariadenie (11 617,88 eura). To znamená na schodolezy, plošiny či stropné zdvíhacie zariadenia (Tytykalová, 2009).

V prípade pádov a úrazov platí dvojnásobne, že je rozumnejšie realizovať prevenciu ako liečbu, pretože pády a úrazy nesú so sebou výrazné zdravotné a sociálne dôsledky pre seniora. Je ohrozené nielen zdravie seniora, ale predovšetkým jeho sebestačnosť a kvalita života, čo sa odrazí vo všetkých jej dimenziách: fyzickej, psychickej, sociálnej a duchovnej.

PREVENCIA PÁDOV U STARÝCH ĽUDÍ

Čím je človek starší, tým viac jeho svaly strácajú na sile a pružnosti, znižuje sa ich mohutnosť a vytrvalosť. So zvyšujúcim sa vekom slabnú aj kosti človeka. Chôdza je stále neistejšia a riziko pádu sa zvyšuje. Výskyt pádov u starších ľudí sa v priebehu rokov zvyšuje a ich následky sa zhoršujú.



Preventívne opatrenia:

- upraviť prostredie z hľadiska bezpečnosti,
- vyhýbať sa činnostiam pri ktorých hrozí pád,
- liečiť ochorenia, najmä ktoré ovplyvňujú stabilitu a rovnováhu,
- upraviť si životosprávu,
- rehabilitácia a cvičenie,
- prevencia a liečba osteoporózy.



Rizikové faktory zlomeniny krčka:

- hmotnosť menšia ako 57 kg,
- úbytok hmotnosti v súčasnosti väčší ako 5 kg, osteoporóza,
- menarche po 15 roku,
- fajčenie,
- predčasná menopauza,
- neprimeraný pohybový režim,
- lieky.

Dôsledky pádu:

- zlomenina krčka stehnovej kosti,
- imobilita,
- úmrtie, v dôsledku komplikácií pádu,
- psychické zmeny.



Vyššie riziko pádov hrozí každému, kto:

- má viac ako 65 rokov,
- má oslabené svaly,
- trpí poruchami rovnováhy alebo závratmi,
- má ťažkosti s chôdzou alebo poruchy chôdze,
- trpí chorobami pohybového aparátu (osteoporóza, reuma),
- prekonal cievnu mozgovú príhodu,
- má poruchy zraku, sluchu,
- má kardiovaskulárne choroby, nízky tlak,
- užíva súčasne viacero rôznych liekov.



Láska nepozná starobu a srdce nepozná vrásky.



Andrea Šulciová, Jana Člová
Fakulta zdravotníctva PU v
Pielevo

Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov:

1. PIDRMAN, V. 2007. *Demencia*. 1. vyd. Praha: Grada. 184s. ISBN 978-80-247-14905
2. NÉMETH, F. 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. 1.vyd. Martin: Osveta. 194s. ISBN 978-80-8063-314-1
3. KALVACH, ZADÁK. 2004. *Geriatríe a gerontologie*. Praha: Grada publishing. 864s. ISBN 80-247-0548-6
4. WEBER, P. 2000. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno: DVPZ. 151s. ISBN 80-7013-314-7
5. KRAJČÍK, Š. 2006. *Pády a ich príčiny v starobe* in *Via practica*, 2006, roč.3 (7/8), s.344-346. Dostupné na internete <http://www.solen.sk/>
6. Video: Hrozí vám pád? Zistíte to jednoduchými testami. [online] [cit. 24.5.2009] Dostupné na internete: <http://tvnoviny.sk/spravy/radimevam/video-hrozi-vam-pad-zistite-to-jednoduchymi-testami.html>
7. TYTYKALOVÁ, H. *Peniaze na úpravu bytu* [cit. 6.5.2009] Dostupné na internete: <http://primar.sme.sk/c/4831208/najviac-urazov-sa-prihodi-doma.html>

ZÁŤAŽ OPATROVATEĽA PRI STAROSTLIVOSTI O SENIORA

Zuzana Šimová, Iveta Ondriová

Fakulta zdravotníctva Prešovskej univerzity v Prešove, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

So zvyšujúcim počtom seniorov závislých na pomoci druhej osoby narastá počet rodín, ktoré sa starajú o svojho chorého nesebestačného člena. Často najväčší diel starostlivosti preberá jedna osoba, ktorú nazývame opatrovateľ. Pre celú rodinu, ale najmä pre opatrovateľa, znamená proces starostlivosti o svojho chorého príbuzného značnú záťaž. Dotýka sa fyzického i psychického zdravia opatrovateľa, jeho voľného času, financií, povinností voči vlastnej rodine a zamestnaniu i vzťahov s ostatnými ľuďmi. Je dôležité, aby opatrovatelia nezabúdali na svoje potreby a aby im bola poskytnutá potrebná pomoc v záťažových situáciách.

Kľúčové slová: Opatrovateľ. Záťažové situácie. Starostlivosť. Senior.

Summary

With the increasing number of elderly people dependent on assistance of another person growing number of families taking care of their ill, non-self-sufficient member. Often the most part of care take one person, that we call caregiver. For the whole family, but especially for the caregiver, means the process of care for his sick relatives considerable burden. This affects the physical and mental health of the caregiver, his leisure time, finances, obligations to his own family and jobs and relationships with others. It is important that caregivers do not neglect of their needs and to give them the necessary assistance in stressful situations.

Keywords: Caregiver. Problem Situations. Care. Senior.

ÚVOD

Rastúci počet starých osôb závislých na pomoci druhej osoby a nedostatok chronických lôžok zvyšuje v súčasnej dobe počty rodín, ktoré sa starajú o svojho chorého, alebo starého nesebestačného člena. Dlhodobá starostlivosť však znamená pre rodinných príslušníkov veľmi často vysokú záťaž (Bártlová, 2003, s. 5-6).

V mnohých rodinách starostlivosť o chorého člena vykonáva jedna osoba, ktorú označujeme ako **opatrovateľ**. V súvislosti s dlhotrvajúcou starostlivosťou môžeme hovoriť o záťaži opatrovateľa. Záťaž opatrovateľa môžeme definovať ako multidimenzionálny proces, ktorý sa premieta do fyzickej, psychickej, sociálnej a finančnej dimenzie. Podľa Ogdena sa záťaž opatrovateľa označuje ako skutočnosť, keď ochorenie jedného z partnerov zvyšuje riziko ochorenia alebo zhoršenia zdravotného stavu aj u druhého partnera, pričom je známe, že duševné ochorenie alebo kognitívne postihnutie má výraznejší negatívny vplyv ako somatické ochorenie (Nmčeková, 2008, s. 118). Záťaž opatrovateľa býva taktiež charakterizovaná ako telesné, duševné, sociálne alebo finančné problémy, ktoré vznikajú u opatrovateľa v dôsledku opatrovania (Ondriášová, 2004, s.176).

Záťaž opatrovateľa závisí od:

- **rozsahu postihnutia** závislej osoby (čím viac výkonov je potrebné za osobu vykonať, tým je väčšia záťaž),
- **mentálneho stavu** (čím je horšia komunikácia, tým je väčšia záťaž),
- **rozsahu poskytovanej starostlivosti** (s väčším počtom hodín rastie záťaž),
- **bývania** v spoločnej domácnosti (pri oddelených domácnostiach je záťaž nižšia) (Tošnerová, 2001, s. 18).

Jeřábek rozlišuje tri druhy starostlivosti, ktorú môžu opatrovatelia poskytovať nesebestačnému, seniorovi. V rámci **podpornej starostlivosti** ide o finančnú podporu, zaistenie opráv v domácnosti, dopravu k lekárovi, vybavovanie na úradoch a podobne. Je potrebné ju zaisťovať len občas, nepravidelne a podľa potreby. Je časovo, fyzicky a psychicky menej náročná a nevyžaduje spoločné bývanie seniora a opatrovateľa. K **neosobnej starostlivosti** zaraďuje činnosti súvisiace so starostlivosťou o domácnosť (napríklad, varenie, upratovanie, pranie). Je časovo náročnejšia a často pravidelná. **Osobná starostlivosť** zahŕňa napríklad osobnú hygienu, kŕmenie, podávanie liekov, polohovanie. Opatrovaný je na túto starostlivosť odkázaný. Musí sa mu poskytovať opakovane. Je časovo, fyzicky a psychicky najnáročnejšia (Jeřábek 2005, s. 11-12)

Pri dlhodobej starostlivosti o seniora rozoznávame objektívnu a subjektívnu záťaž.

Objektívna záťaž je daná faktickou starostlivosťou o daného pacienta a *subjektívna záťaž* odráža emocionálne reakcie opatrovateľa pri starostlivosti o seniora a adaptáciu na permanentnú záťaž, ktorej je vystavený (Ondriášová, 2004, s. 379).

Objektívna záťaž opatrovateľa

Opatrovateľ je nútený reagovať na celý rad prejavov pacienta. Tie sú objektívne rôznej intenzity a závažnosti a subjektívne sú rôzne spracované. Preto i jeho reakcie nemusia byť vždy štandardné. Zdrojom objektívnej záťaže sú najčastejšie:

- výčitky a verbálne útoky pacienta,
- fyzická agresia,
- chronické nezhody, ťažké prispôsobovanie pacienta,
- depresia a úzkosť chorého,
- pasivita pacienta pri plnení bežných denných aktivít – obliekanie, toaleta, jedlo,
- podozrievavosť a obviňovanie,
- narušenie cirkadiálneho rytmu (Pidrman, 2007, s.97).

Subjektívna záťaž opatrovateľa

Ak sa zameriame na osobnosť a možnosti opatrovateľa, môžeme nájsť rizikové ako aj prospešné faktory vo zvládaní starostlivosti o pacienta. Medzi rizikové faktory zo strany opatrovateľa pre kontakt s pacientom patria:

- cudzí opatrovateľ je väčším rizikom ako príbuzný,
- žena opatrovateľ je stresovaná viac ako muž,
- veľmi blízky opatrovateľ – manžel, či manželka sú vysoko stresovaní,
- nízka podpora od ostatných členov rodiny, prípadne priateľov,
- nízke znalosti o ochorení, amatérsky prístup, absencia konkrétneho vzdelania o ochorení a nutnej starostlivosti,
- zlý vzťah k chorému,
- vysoké požiadavky na pacienta,
- zlý telesný stav opatrovateľa,
- negatívne skúsenosti opatrovateľa.

Faktory, ktoré znižujú hladinu stresového prežívania opatrovateľa sú:

- podpora, ktorú opatrovateľ cíti z okolia – rodina, priatelia,
- primerané vedomosti o ochorení, ako teoretické, tak aj praktické,
- kooperácia opatrovateľa v podporných skupinách,
- aktívny prístup opatrovateľa k riešeniu problémov, pokiaľ je to možné,
- adekvátne finančné ohodnotenie,
- dobré duševné zdravie opatrovateľa (Pidrman, 2007, s. 98).

Pri dlhodobej starostlivosti sú opatrovatelia vystavení väčšiemu riziku nasledujúcich problémov:

- depresia,
- pocit viny,
- zhoršenie zdravia,
- obmedzenie sociálnych a príbuzenských kontaktov,
- poruchy spánku,
- obavy zo staroby,
- zanedbávanie seba a druhých,
- manželské problémy,
- absencie v zamestnaní,
- zníženie finančných príjmov
- zhoršenie vzťahu k opatrovanému,
- vyčerpanie (Balková, 2003, s. 36).

Starostlivosť o starých je pre opatrovateľa často vysilujúca a preto je potrebné vytvoriť podmienky pre tých, ktorí sa chcú postarať, ošetrovať a z rôznych zdravotných a iných dôvodov už nemôžu, alebo si potrebujú na krátky čas odpočinúť. Musí im byť ponechaná možnosť voľby a v kritických situáciách podaná pomocná ruka. Len tak sa môže oddialiť rozhodnutie umiestniť pacienta do trvalej ústavnej starostlivosti. Len tak sa môžu formovať pozitívne väzby v rodine (Bártlová, 2003, s. 7).

Veľkou pomocou pre opatrovateľov sú **svojpomocné skupiny**. V rámci svojpomocných skupín sa opatrovatelia navzájom delia so skúsenosťami a informáciami, pomáhajú si pri riešení otázok, ktoré starostlivosť o ich príbuzného obnáša. Podporujú sa v motivácii starať o svojich chorých členov rodiny a uisťujú sa o hodnote svojho konania (Marková, Venglárová, Babaková, 2006).

Ďalšou formou pomoci je **respitná starostlivosť**. Znamená poskytnutie odpočinku tomu, kto sa o pacienta stará väčšinu času. Ako určitú formu respitnej starostlivosti môžeme chápať krátkodobé pobyty v zariadeniach sociálnej starostlivosti. Pobyty v dennom centre majú pre pacientov ativizačný a terapeutický význam a pre opatrovateľov tak vytvárajú čas kedy si môžu odpočinúť a vybaviť si svoje záležitosti (Pidrman, 2007, s.100).

Najviac možností ako môže sestra pomáhať v rodinnej starostlivosti či laickej starostlivosti je udržiavanie dobrého kontaktu medzi ňou a opatrovateľom. Najviac možností ku spolupráci majú sestry pracujúce v primárnej starostlivosti a v agentúrach domácej starostlivosti. Sestra

tu prevádza komplexné zhodnotenie pacienta a zhodnotenie situácie v rodine (Bartlová, 2003, s.6).

Sestra môže opatrovateľom poskytnúť pomoc v týchto oblastiach:

- poskytovanie rád,
- zapojenie ostatných členov rodiny, priateľov do opatrovania,
- edukácia a nácvik potrebných zručností,
- zabezpečenie dopravy apomocných služieb v domácnosti,
- zabezpečenie starostlivosti sestrou s ADOS,
- prevencia ochorení z nadmernej záťaže,
- zabezpečenie školenia opatrovateľov – dobrovoľníkov,
- orientovanie rodiny na zákon o sociálnej pomoci (Balková, 2003, s. 36).

Pretože, len dobre fungujúca rodina je schopná kreatívne riešiť situácie, ktoré prináša život, reagovať na ne adekvátne, meniť rodinnú štruktúru, vzťahy role a pravidlá. Podstatná je schopnosť vyjadriť podporu, záujem, možnosť zástupnosti (Kadučáková, 2009, s. 15).

ZÁVER

Starostlivosť o závislého seniora je náročná a vyčerpávajúca práca –vyčerpávajúca emocionálne aj fyzicky. Únava prichádza tak z neustálej opatery samotnej, ako aj z jej fyzickej náročnosti – či už je to pomoc pri sprchovaní, obliekaní alebo obyčajnej chôdzi. Je preto extrémne náročné pre jedného človeka starať sa o blízkeho. Opatrovatelia by preto mali vedieť rozpoznať hranice svojich možností a mali by byť schopní sami požiadať o pomoc. Netreba sa pritom cítiť trápne alebo previnilo, pretože potreby opatrovateľa sú rovnako dôležité ako potreby ich príbuzného, o ktorého sa starajú.



Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov

1. BALKOVÁ, D, 2003. *Opatrovateľ a starý človek v rodine*. In: Revue ošetrovateľstva a laboratorných metodík, roč. 2, 2003, č. 7 – 8, s.36. SSN 1335 – 5090.
2. BÁRTLOVÁ, S. 2003. *Péče o pečujúcí – sociologický pohľad*. In: Revue ošetrovateľstva a laboratorných metodík, roč. 9, 2003, č. 1-2, s. 5-6. ISSN 1335-5090.
3. BUIJSSEN, H. 2006. *Demence. Sprievodca pre rodinných príslušníkov a opatrovateľov*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006. 136s. ISBN 80-7367-081-X
4. HERTELOVÁ, E. 2005. *Starostlivosť o chorých s Alzheimerovým typom demencie*. In: Revue ošetrovateľstva a laboratorných metodík, roč. 11, 2005, č.1, s. 40-44. ISSN 1335-5090.
5. JEŘÁBEK, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s. ISSN 1801-1640.
6. KADUČÁKOVÁ, H. 2009. Efektívne zvládanie záťaže v rodine. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve a v pôrodnej asistencii*. Martin: Univerzita Komenského, JLF Martin, Univerzita Palackého, LF Olomouc 2009. s.11-17, ISBN 978-80-88866-61-9.

7. MARKOVÁ, E., VENGLÁROVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. 2006. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 80 – 247 – 1151 – 6.
8. NEMČEKOVÁ, M. et al. 2008. *Etika v ošetrovatel'stve*. 1.vyd. Prešov. FF PU, 2008. 129 s. ISBN 978-80-8068-812-7.
9. ONDRIÁŠOVÁ, M. 2001. *Starostlivosť o chronicky duševne chorých, záťaž neformálnych ošetrovateľov*. In: Slovenský lekár, roč. 11.(25.), 2001, č. 9-10, s. 378-379. ISSN 1335-0234.
10. ONDRIÁŠOVÁ, M. 2004. *Záťaž neformálnych opatrovníkov pacientov vyššieho veku s demenciou*. In: Slovenský lekár, roč. 14.(28.), 2004, č.5 – 6, s.175 – 178. . ISSN 1335-0234.
11. PIDRMAN, V. 2007. *Demence*. Praha: Grada Publishing. 2000. 164 s. ISBN 978 – 80 – 247 . 1490 – 5.
12. TOŠNEROVÁ, T. 2001. *Pocity a potreby pečujících o starší rodinné příslušníky. Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. 68 s. ISBN 80 – 238-8001- 2.

Kontaktná adresa:

Mgr. Zuzana Šimová
Fakulta zdravotníctva Prešovskej Univerzity
Katedra ošetrovatel'stva
Partizánska 1, 080 01 Prešov
zsimova@unipo.sk

MULTIDISCIPLINÁRNY TÍM V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

Lenka Štefáková

Ústav sociálnych vied Pedagogickej fakulty Katolíckej univerzity v Ružomberku

Súhrn

Príspevok prináša informácie o význame a prínose multidisciplinárneho tímu v paliatívnej starostlivosti. Nakoľko optimálna starostlivosť o nevyliciteľne chorého si vyžaduje spoluprácu jednotlivých členov tímu – multidisciplinárny prístup, a u nevyliciteľne chorého je potrebné uspokojovať všetky jeho potreby – biologické, psychologické, sociálne i spirituálne, je preto pre neho najvhodnejší tento holistický prístup. V príspevku sú opísané úlohy jednotlivých členov tímu – lekárov, sestier, asistentov sestier, duchovných, psychológov, sociálnych pracovníkov, dobrovoľníkov i laikov, a nezabúda sa ani na pacienta, ako najdôležitejšieho člena tímu.

Kľúčové slová: Holistický prístup. Multidisciplinárny tím. Nevyliciteľne chorý. Paliatívna starostlivosť. Potreby.

Úvod

„Keď bolo more kludné, nepoznali ste, kto je kto. Keď však prišla búrka, krutá búrka, vtedy sa ukázalo, kto je kto.“

W. Shakespeare

Starostlivosť o nevyliciteľne chorého si vyžaduje zamerať sa na uspokojovanie všetkých druhov potrieb, na všetky aspekty pacientovho ochorenia i utrpenia.

Optimálna liečba vyžaduje spoluprácu lekárov, sestier a ďalších pracovníkov, teda multidisciplinárny prístup. Základnou jednotkou pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti je multidisciplinárny tím. Tvorí ho rada odborníkov rôznych profesií, ktorí sa vzájomne stretávajú a diskutujú o tom, ako čo najúčinnšie individuálne riešiť problémy chorého. Celá liečba musí byť s pacientovým súhlasom a v zhode s jeho želaniami (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

Podľa Janigovej (2008) umieranie je krízovou situáciou pre chorého, ale aj pre príbuzných. Je to situácia, ktorá vyžaduje intervenciu medicínsku, ošetrovateľskú,

psychologickú, duchovnú, ale aj sociálnu. Umieranie a smrť nemajú presne určené pravidlá. Každá choroba a chorý im svojou osobnosťou vtláčajú pečať individuality.

Multidisciplinárny tím

Paliatívna starostlivosť je realizovaná ako multidisciplinárna tímová práca, v ktorej každý člen má nezastupiteľnú úlohu. Multidisciplinárny tím spolupracuje s ošetrojúcim lekárom pacienta, sestrami agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, charitatívnymi a humanitárnymi organizáciami. Práca v tomto tíme je mimoriadne náročná, vyžaduje hlboko ľudský a súčasne profesionálny prístup, dobrú spoluprácu všetkých, ktorí sa na starostlivosti umierajúcich podieľajú. V tomto tíme môže pracovať ten, kto má ľudí skutočne a bezvýhradne rád a musí byť vyrovnaný so svojou vlastnou smrteľnosťou. Všetci členovia tímu, vrátane dobrovoľníkov sa považujú za rovnako zodpovedných za vstup, riešenie problémov a plánovanie starostlivosti. Neuplatňuje sa tu hierarchický model. Zloženie tímu sa môže meniť podľa potreby tak v nemocničnej, ako aj domácej paliatívnej starostlivosti. Štruktúra tímu zahŕňa okrem uvedených členov tímu aj pacienta a jeho rodinu (Hanzlíková, 2002).

Podľa Koncepcie paliatívnej starostlivosti (2002) úlohy paliatívnej starostlivosti zabezpečujú:

- lekári, lekári so špecializáciou v základnom špecializačnom odbore (algeziológ, onkológ, internista),
- zdravotné sestry, sestry so špecializáciou,
- asistenti výživy,
- zdravotnícky asistenti,
- maséri,
- sanitári,
- iní zdravotnícky pracovníci,
- iní odborní pracovníci v zdravotníctve (sociálny pracovník, vykonávateľ spirituálnej starostlivosti, ...).

Lekár indikuje paliatívnu starostlivosť chorým, vykonáva priebežné kontroly ich zdravotného stavu a zabezpečuje kontinuálnu liečbu bolesti. Lekár musí byť neustále informovaný o aktuálnych zdravotných problémoch pacienta, ktoré by bolo možné zmierniť, aby bola zachovaná kvalita jeho života (Hanzlíková, 2002). Kamanová (2007) definuje kvalitu života ako súhrn objektívne a subjektívne posúditelných indikátorov a preindikátorov, na makro, mezo a mikro (osobnej) rovine individua.

Sestra je zvyčajne pre tím kľúčovou osobou, ktorá riadi celkovú starostlivosť. Je primárne zodpovedná za kvalifikované zaznamenávanie všetkých zmien fyzického stavu pacienta, čo si vyžaduje rozsiahle vedomosti o fyzickom odhade a monitorovaní symptómov bolesti. Sleduje,

odporúča alebo zaisťuje diétny a pitný režim podľa aktuálneho stavu pacienta (Hanzlíková, 2002). Ak sa hospicová starostlivosť vykonáva v domácom prostredí pacienta, kde sestra nie je prítomná 24 hodín, je nevyhnutné, aby dobre spolupracovala s jeho rodinnými príslušníkmi, ktorí ju budú dostatočne informovať, ak sa nejaké závažné zmeny v zdravotnom stave pacienta v priebehu dňa vyskytnú. Vykonáva tiež edukáciu rodinných príslušníkov, napríklad z oblasti hygienickej starostlivosti, podávania jedla a aplikácie liekov a zaisťuje pomôcky a špeciálne zariadenia potrebné pre komfort chorého v terminálnom štádiu ochorenia.

Práca multidisciplinárnych, na terminálnu starostlivosť špecializovaných tímov, ktorí okrem návštevnej služby poskytujú aj poradenskú činnosť, pomôže odstrániť neistotu príbuzných pri opatrovaní chorého doma (Sádovská, 1995).

Asistent sestry navštevuje pacienta a jeho rodinu častejšie ako iní členovia tímu. Všetci členovia tímu vykonávajú starostlivosť v rozličnom, pevne určenom rozsahu hodín, ale asistent sestry je rodine k dispozícii vždy, keď je to nevyhnutné. Poskytuje pomoc rodine a základnú starostlivosť pacientovi v rámci svojich kompetencií a možností, napríklad pri hygienickej starostlivosti, príprave a podávaní jedla chorému. V súčasnosti túto funkciu vykonávajú opatrovatelia sociálnych organizácií (Hanzlíková, 2002).

Vykonávateľ spirituálnej starostlivosti - táto osoba, nemusí byť predstaviteľom cirkvi, ale musí byť profesionálnym poradcom. Úlohou duchovného poradcu je počúvať chorého, podnecovať u neho prehodnotenie života alebo spomienok, a ubezpečiť ho, že život mal zmysel, napomôcť mu vyrovnáť sa s faktom smrteľnosti a pripraviť umierajúceho na blížiacu sa smrť (Hanzlíková, 2002).

Psychológ je odborník, ktorý pomáha chorému a jeho rodine riešiť problémy vzniknuté novou situáciou v rodinných vzťahoch, a ktoré môžu spôsobiť ťažkú duševnú traumu, ak by rodina zostala so svojim trápením sama. Psychológ napomáha rušiť komunikačné bariéry medzi umierajúcim a rodinou, a snaží sa nájsť pre všetkých, ktorí jeho pomoc potrebujú vhodné spôsoby psychoterapie, relaxačné techniky, autogénny tréning atď (Hanzlíková, 2002).

Dobrovoľníci a laici sú najčastejšie ľudia z tej istej komunity, ako je chorý a jeho rodina. Ak majú hlbší záujem o prácu v tejto starostlivosti, môžu sa vzdelávať v špeciálnych kurzoch usporadúvaných odbornými pracovníkmi, kde sa naučia jednoduché ošetrovateľské techniky. Dobrovoľníci môžu mať aj medicínske vzdelanie. Sú to najčastejšie študenti a rehoľníci. Laici sú ľudia najčastejšie z bezprostrednej blízkosti chorého - susedia, priatelia. Nemajú medicínske vzdelanie. Dobrovoľníci aj laici pôsobia ako psychická a fyzická opora umierajúcim a rodine. Za svoje služby a starostlivosť nie sú finančne odmenení. Ich činnosť je dobrovoľná, charitatívna (Hanzlíková, 2002).

Netreba pripomínať, že **pacient** je plnoprávnym členom tímu, ale súčasne i jeho stredom, cieľom nášho záujmu. Dôležité je, aby všetci ťahali za jeden povraz, všetci musia

sledovať dobro pacienta. Treba urobiť všetko, čo môže zlepšiť kvalitu jeho života. Nikdy nepredstierame, že sme všemohúci, dôsledne sa vyhýbame akémukoľvek alibistickému konaniu.

Pri každodennej konfrontácii so smrťou sa stiera rozdiel medzi profesiami, čo však vôbec nie je prekážkou odbornosti. Kompetencie zostávajú presne vymedzené a nijako tým nie sú dotknuté. Núti nás to byť viac ľuďmi, stmeluje to tím, čo znova prispieva k celkovej pohode. Každý v tíme je rovnako dôležitý, nikto nepociťuje nejakú nadradenosť alebo podradenosť (Svatošová, 2001).

Sociálny pracovník v paliatívnej starostlivosti

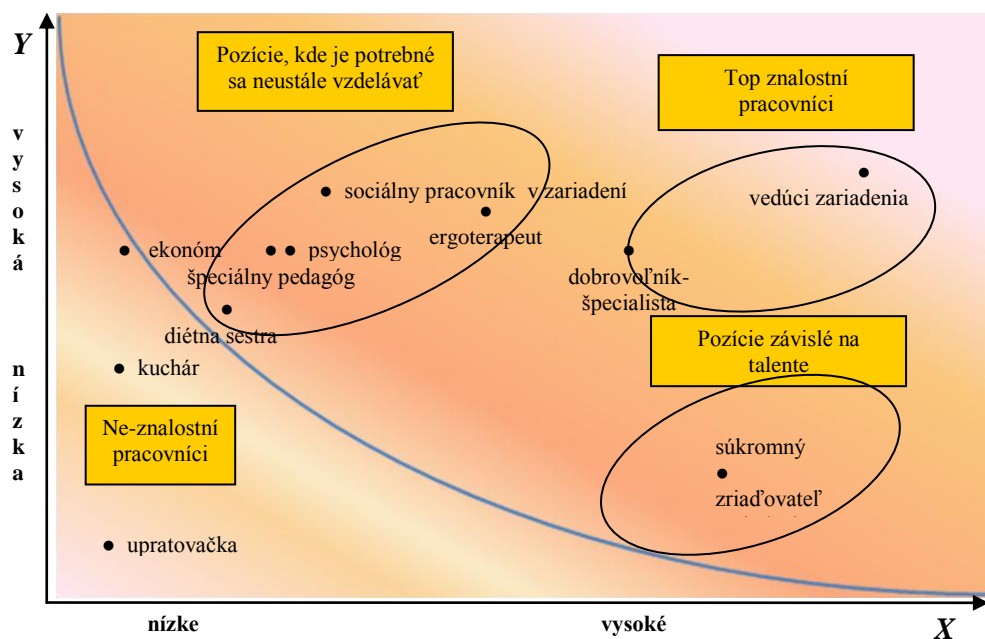
Podľa Dobříkovej-Porubčanovej (2005) sociálny pracovník spolupracuje s lekárom pri výbere klientov do daného zariadenia, zisťuje psychosociálnu anamnézu, stanovuje sociálnu diagnózu a uskutočňuje sociálnu terapiu. Vede sociálnu dokumentáciu pacientov, poskytuje poradenstvo v sociálno-právnych záležitostiach klienta a jeho rodiny a spolupracuje s úradmi a rôznymi inštitúciami v záujme klienta, jeho rodiny i daného zariadenia paliatívnej starostlivosti. Zároveň tiež sprostredkováva kontakt klienta s jeho blízkymi, v prípade potreby zariaďuje následnú starostlivosť, prípadne vykonáva terénnu sociálnu prácu priamo v bydlisku klienta. V období post finem udržiava korešpondenciu s pozostalými, poskytuje poradenstvo ohľadom pohrebu. Koordinuje kultúrne aktivity pre klientov a pre personál, zúčastňuje sa vstupného pohovoru s dobrovoľníkmi a ich supervízií. Pôsobí ako koordinátor dobrovoľníkov a zariaďuje všetky potrebné doklady a zmluvy týkajúce sa ich činnosti. Spolu so psychológom vykonáva skupinovú terapiu s klientom, s rodinnými príslušníkmi, prípadne pozostalými. Zúčastňuje sa veľkej vizity a pravidelných pracovných a prevádzkových porád zariadenia, konzultujú stav pacienta s ďalšími členmi multidisciplinárneho tímu a zúčastňuje sa vzdelávacích seminárov a konferencií týkajúcich sa paliatívnej starostlivosti. Obaja odborníci môžu informovať verejnosť o filozofii paliatívnej starostlivosti prostredníctvom masmédií.

Hanzlíková (2002) vníma sociálnych pracovníkov ako pracovníkov, ktorí zaistujú služby, týkajúce sa sociálnej podpory chorého a rodiny, a to aj po jeho smrti. Získavajú podporu spoločnosti, dobrovoľníkov žijúcich v komunite, aby bola zabezpečená starostlivosť v priebehu celého dňa. Snažia sa uľahčiť zmenenú spoločenskú situáciu, do ktorej sa chorý a jeho rodina dostáva v súvislosti s existenciou nevyliciteľnej choroby. V USA sa sociálni pracovníci zaoberajú aj finančnými otázkami spojenými s finančne náročným ošetrovaním a napomáhajú hľadať nové zdroje financovania pre rodinu chorého. Taktiež pomáhajú pri zabezpečovaní pohrebu.

Podľa Jelínkovej (2002) možno rozlíšiť dva typy poskytovaných služieb sociálnym pracovníkom, ako:

- „sociálno-právny expert, poskytuje informácie a vybavuje sociálno-právne problémy, má na starosti kontakt s príslušnými úradmi a zároveň s blízkymi pacienta ohľadom sociálno-právneho poradenstva,
- sociálny terapeut
 - pracuje s rodinou a emočne blízkymi ľuďmi,
 - pracuje s doprevádzajúcimi osobami,
 - pracuje so zdravotníckym personálom,
 - má na starosti dobrovoľnícke aktivity.“

V súčasnosti je u nás tímová spolupráca, ako i zloženie multidisciplinárneho tímu rozličné. V niektorých zariadeniach ešte stále nie je sociálny pracovník členom tímu. Veľmi často je to z finančných dôvodov, a jeho úlohu supľujú iní pracovníci tímu. Ako uvádza Špánik (2009), sociálny pracovník je rovnako ako ďalší členovia tímu znalostným pracovníkom. Postavenie sociálneho pracovníka v tíme deklaruje na postavení profesie (funkcie) v závislosti náročnosti na tzv. zlaté zručnosti (os x), ako aj na hodnotu pridanú k výkonu vďaka využitiu tacitných znalostí (os y). V grafe 1 sú pre porovnanie uvedené niektoré z profesií (resp. funkcií).



Popis: X – „zlaté zručnosti“ vyžadované pre danú pozíciu/povolanie,

Y – hodnota pridaná k výkonu tacitnými znalosťami

Zdroj: Špánik (2009, 157-158)

Graf 1 Klasifikácia znalostných pozícií vybraných profesií (funkcií) v sociálnej sfére

V niektorých zariadeniach ani presne nie je vymedzená činnosť sociálneho pracovníka. V Hospici Milosrdných sestier v Trenčíne je však jeho náplň práce veľmi pekná a presne vymedzená. Sociálny pracovník – sociálna sestra a jej náplň práce:

- „Vedie evidenciu žiadostí o prijatie do Hospicu.
- Kontroluje žiadosti po obsahovej stránke a ich kompletnú dokumentáciu potrebnú pre príjem pacienta do hospicu.
- V spolupráci s hlavným lekárom a hlavnou sestrou zariadenia rieši aktuálne prevádzkové problémy.
- V spolupráci s hlavným lekárom a hlavnou sestrou hospicu posudzuje indikáciu pacienta a jeho následné prijatie do hospicu, prípadne jeho prepustenie, ak sa jeho zdravotný stav stabilizuje alebo zlepší.
- Podáva informácie o podmienkach pre umiestnenie v hospici záujemcom a širšej verejnosti.
- Zadáva do PC prvotné podklady pre spracovávanie zdravotníckej a administratívnej agendy strediska hospic.
- Vyhotovuje menovky pacientov na izbách, aktualizuje sesterskú a informačnú tabuľu.
- Navrhuje riešenie príspevkov za pobyt v hospici u pacientov v sociálnej núdzi.
- Pripravuje zúčtovacie podklady pre poisťovne, vedie príslušné štatistiky.
- Zabezpečuje pravidelné zasielanie lekárskeho správ praktickému lekárovi, na onkológiu a štatistiku.
- Zabezpečuje akúkoľvek úradnú korešpondenciu, ako aj korešpondenciu s príbuznými pacientov.
- Zabezpečuje archiváciu chorobopisov.
- Vyberá príspevky za pobyt od pacientov a finančných darov od príbuzných. Podľa potreby vkladá tieto príspevky na účet Nadačného fondu Refugia.
- Pomáha pacientom a príbuzným pri vybavovaní úradných záležitostí.
- Zabezpečuje kultúrny program pre pacientov.
- Jedenkrát týždenne zabezpečuje nákup potravín – raňajky pre pacientov.
- Zabezpečuje zápis zomrelých pacientov do Knihy živých.
- Organizačne zabezpečuje stretnutia s pozostalými príbuznými pacientov, vyhotovuje podklad k zápisu, vyhotovuje a zabezpečuje rozposlanie pozvánok príbuzným, zabezpečuje prípravu liturgie a pohostenia, komunikuje s príbuznými...
- Propagáciu hospicovej a paliatívnej starostlivosti podporuje aj sprevádzaním exkurzií či záujemcov o hospicovú starostlivosť.

- Vykonáva ostatné práce súvisiace s prevádzkou zariadenia a zdravotnou starostlivosťou podľa pokynov hlavného lekára, prípadne riaditeľa zariadenia.“ (Kongregácia Milosrdných sestier sv. Vincenta de Paul – Satmárok, 2007).

V Liečebni sv. Františka v Bratislave, kde sa nachádza aj hospic, v rámci multidisciplinárneho tímu tu pracuje sociálny pracovník – socioterapeut, ktorý:

- „Oboznamuje sa s diagnózou každého novoprijatého pacienta. S pacientom po prijatí vedie socioterapeut individuálny rozhovor, kde sa zaujíma o pacientovu psychickú kondíciu, emocionálnu stabilitu, o jeho predchádzajúcu činnosť, záujmy apod.
- Metodicky zabezpečuje, organizuje a priamo vykonáva socioterapeutickú starostlivosť o pacientov.
- Zaoštaráva materiál a pomôcky pre vykonávanie terapeutickéj činnosti.
- Samostatná príprava socioterapeuta mimo zariadenia (vzdelávanie, príprava materiálu pre terapeutickú činnosť).
- Spolupracuje s lekármi a ostatným zdravotníckym personálom, zúčastňuje sa pravidelne primárskej vizity v zariadení.
- Zabezpečuje komunikáciu s inštitúciami v oblasti psychosociálnej pomoci. Je školiteľom študentov vykonávajúcich prax v tejto oblasti.
- Koordinuje a školí dobrovoľníkov.
- Komunikuje s rodinnými príslušníkmi pacientov počas liečby i v prípade úmrtia pacienta.“ (MEDIKA-R: Liečebňa sv. Františka, 2007).

Záver

Multidisciplinárny tím v paliatívnej starostlivosti je nesmierne dôležitý, každý člen tímu tu má svoju významnú a nezastupiteľnú úlohu pre čo najoptimálnejšie podmienky starostlivosti o nevyliciteľne chorého a jeho rodinu.

Sociálny pracovník je plnohodnotným členom tohto multidisciplinárneho tímu v paliatívnej starostlivosti, svojimi úlohami a cieľmi sa zameriava na kvalitu života jednotlivca a celej jeho rodiny. Vo svojej činnosti sa zameriava na konkrétnu sociálnu situáciu rodiny nevyliciteľne chorého, ponúka im praktickú i emocionálnu pomoc. Má prehľad o dostupnosti vhodných služieb pre podporu nevyliciteľne chorých a ich rodín, vie, čo ponúka štátny a neštátny sektor.

Zoznam bibliografických odkazov

1. DOBRÍKOVÁ - PORUBČANOVÁ, P. 2005. *Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti*. Trnava: Spolok sv. Vojtecha, 2005, 285 s. ISBN 80-7162-581-7.
2. HANZLÍKOVÁ, A. 2002. *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia*. Bratislava : Univerzita Komenského 2002, 2. diel, 126 s. ISBN 80-223-1534-6.
3. JANIGOVÁ, E. 2008. *Starostlivosť v rodine o umierajúcich*. In. *Wychovanie i kształcenie w duchu katolickim*. Gliwice: UKIP, 2008. ISBN 978-83-60837-10-8.
4. JELÍNKOVÁ, K. 2002. Sociální práce ve zdravotnickem týmu. In *Sestra*, roč. 12, 2002, č. 1, s. 25.
5. KAMANOVÁ, I. 2007. *Inštitucionalizované sociálne služby a kvality života seniorov*. Ružomberok: PF KU. 2007. ISBN978-80-8084-275-8.
6. Koncepcia paliatívnej starostlivosti. 2002. In: *Vestník Ministerstva zdravotníctva SR*, 2002, čiastka 25-26, s. 190-195.
7. KONGREGÁCIA MILOSRDNÝCH SESTIER SV. VINCENTA DE PAUL – SATMÁROK. 2007. *Náplň práce sociálnej sestry*. Interný materiál. Trenčín : 2007
8. MEDIKA-R: Liečebňa sv. Františka. 2007. *Náplň práce socioterapeuta*. Interný materiál. Bratislava, 2007
9. SÁDOVSKÁ, O. 1995. Terminálna starostlivosť – Doma či v nemocnici? In *Revue profesionálnej sestry*, roč. 2, 1995, č. 2, s. 7-8.
10. SVATOŠOVÁ, M. 2001. *Hospic : Umenie sprevádzať*. Bratislava : Lúč, 2001, 160 s. ISBN 80-7114-335-9.
11. ŠPÁNIK, M. 2009. Znalostný pracovník v neziskovej organizácii. In *Zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie Manažment neziskových organizácií v prostredí verejného sektora*, Poprad 25.9.2009. Ružomberok : VERBUM, 2009. s. 150–162. ISBN 978-80-8084-533-9.
12. VORLÍČEK, J., ADAM, Z., POSPÍŠILOVÁ, Y. et al. 2004. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2004, 540 s. ISBN 80-247-0279-7.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Lenka Štefáková

Ústav sociálnych vied, Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku

Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok

e-mail: lenka.stefakova@ku.sk

MOŽNOSTI VČASNEJ DIAGNOSTIKY KARDIÁLNEJ AUTONÓMNEJ DYSREGULÁCIE A ZÁVAŽNÝCH STRESOIDNÝCH FAKTOROV NA ZDRAVOTNÝ STAV GERONTOV

Anton Lacko^{1,2}, Helena Kadučáková¹, Helena Kuberová¹, Lucia Lacková³

¹ Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

² Interná klinika

³ Ostravská univerzita, pedagogická fakulta, katedra psychológie

Súhrn

Autonómny nervový systém ovplyvňuje funkciu mnohých orgánov. Jeho funkčný stav možno zistiť viacerými metódami, ako napríklad vyšetrením variability srdcovej frekvencie pomocou spektrálnej analýzy, alebo metódami nukleárnej medicíny vyšetrením stavu adrenergnej inervácie myokardu ¹²³ I- metyljódbenzylguanidín. V predchádzajúcich publikáciách sme poukázali na význam týchto vyšetrovacích metód pri diagnostike kardiovaskulárnych komplikácií u diabetikov, u stavov po infarkte myokardu, ale i pri stresových situáciách u študentov, atď. Cieľom tejto práce je poukázať na stav a zmenenú plasticitu autonómneho nervového systému u gerontov a jeho reakciu pri pôsobení stresoidných faktorov.

Kľúčové slová: Autonómny nervový systém. Variabilita srdcovej frekvencie. Geronti.

Summary

The autonomic nervous system affects function of many human organ systems. Its functional status can be assessed by many methods, e.g. spectral analysis of heart rate variability or examination of myocardial adrenergic innervation with ¹²³ I- MIBG. In our previous studies we demonstrated a value of these methods for diagnostics of cardiovascular complications in patients with diabetes mellitus, myocardial infarction and stressful situations in students. The aim of this work is to show status and changes of autonomic nervous system in elderly people and reaction of this system on stress factors.

Key words: Autonomic nervous system. Heart rate variability. Elderly people.

Úvod

Prirodzenou túžbou človeka je zabezpečiť si v živote určitý stupeň pohody a spokojnosti. Táto skutočnosť sa stala dominantnou v definícii zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie: „Zdravie je stav úplnej telesnej, psychickej a sociálnej pohody“. Túto skutočnosť je možno akceptovať u mladších vekových skupín obyvateľstva. Horšie je tomu u staršej populácie. Kvalita života starších ľudí sa zhoršuje. Geronti (či seniory) sú naši spoluobčania vo veku nad 60 rokov. Do ich života zasahuje celý rad faktorov, ktoré môžu pôsobiť ako stresory a narušovať ich kvalitu života. Tieto vplyvy sa postupne stávajú predmetom sledovania s cieľom ich včasnej detekcie, analýzy a tvorby realizačných opatrení, ktoré by mohli kvalitu života gerontov udržať, či zlepšiť. Tento cieľ je však zložitý, jeho realizácia naráža na celý rad problémov. Zo zdravotníckeho hľadiska nás zaujíma otázka (okrem iného) ako včas detekovať takéto vplyvy, ktoré negatívne pôsobia na celý život a na zdravie stárnuceho jedinca. Diagnostika negatívnych vplyvov je dôležitá preto, že so stúpajúcim vekom klesá schopnosť jedinca sa vyrovnávať s celou skupinou negatívnych vplyvov vonkajšieho sveta. Dochádza k závažnej poruche, ktorá má za následok zhoršenie kvality života a nakoniec i vznik rôznych chorobných stavov. Závažné stresoidné faktory majú za následok vznik adaptačných mechanizmov charakterizovaných ako stres. Celú situáciu reakcie organizmu na závažné stresoidné faktory je možno dnes objektivizovať.

Na internej klinike ÚVN Ružomberok už niekoľko rokov sledujeme variabilitu srdcovej frekvencie (VSF) vybraných skupín ľudí (študenti, profesionálni vojaci, diabetici, pacienti po prekonanom infarkte myokardu, atď.), v súvislosti s opakovanými stresovými podnetmi. Sledujeme možnosť objektivizácie stresovej reakcie u rozličných skupín pacientov, i v rôznych životných situáciách (1, 2). Skupina gerontov, ktorá nejaví klinické známky ochorenia, nebola doteraz na našom pracovisku komplexne zhodnotená z pohľadu pôsobenia stresu, neboli zdokumentované a zhodnotené výsledky vyšetrení gerontov modernými vyšetrovacími metódami, napr. metódou vyšetrenia VSF spektrálnou analýzou alebo metódami nukleárnej medicíny. Preto sme pristúpili k objektivizácii možných dôsledkov negatívnych dopadov stresu u staršej populácie tak, aby bolo možno pristúpiť u ohrozených jedincov k preventívnym a včasným zásahom.

Súbor vyšetrených a metódy vyšetrenia

Súbor vyšetrených pozostával z 150 osôb a to 100 osôb kontrolnej skupiny a 50 gerontov. Prvú skupinu tvorilo 50 zdravých jedincov vo veku 20-49 rokov (20 mužov, 30

žien), druhú skupinu tvorilo 50 zdravých jedincov vo veku 50-79 rokov (23 mužov, 27 žien). Určiť priemerné hodnoty jednotlivých ukazovateľov spektrálnej analýzy v oboch skupinách bolo cieľom už predchádzajúcich prác (3). U 15 jedincov kontrolnej skupiny bola vykonaná pokojová i záťažová scintigrafia myokardu (^{99m}Tc - tetrofosmín) a vyšetrenie stavu sympatika myokardu ^{123}I -metyljódbenzylguanidín (MIBG).

Sledovaným súborom bol 50- členný súbor seniorov s vekovým priemerom 72 rokov (65-79 rokov) a to 28 mužov, 22 žien. Išlo o jedincov bez klinických známk ochorenia, mentálne i psychicky zdravých, prejavujúcich životnú aktivitu a optimizmus. Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou vykonali za pokojových a štandardných pomienok a to stála teplota v miestnosti, dvojhodinový časový odstup po jedle, vyšetrenie v priebehu dopoludnia, 30 minútový pokoj pred vyšetrením, atď. Počas vyšetrenia sme vylúčili akékoľvek vonkajšie vplyvy. Vyšetrenie sme robili v polohe ľah-stoj-ľah pri spontánnom dýchaní. Vyšetrenie bolo tiež vykonané za stresovej situácie. Stresorom bol aritmetický stres (odpočítavanie od čísla 200 po 3 počas celého vyšetrenia). Zároveň u 15 jedincov z tejto skupiny sme vykonali pokojovú i záťažovú scintigrafiu myokardu (^{99m}Tc - tetrofosmín) a vyšetrenie sympatika myokardu ^{123}I -MIBG.

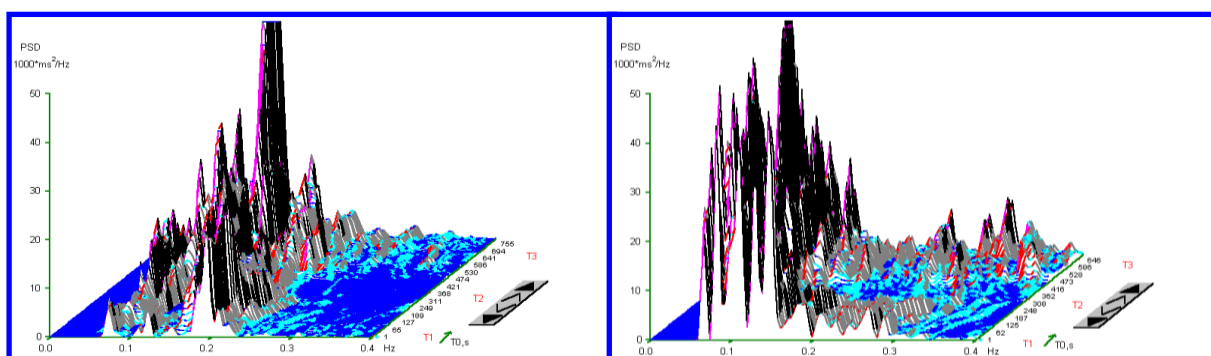
Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou sme vykonali na mikropočítačovom systéme VariaCardio TF4. Periodické zmeny srdcovej frekvencie úzko súvisia s kolísaním pomeru sympatikovej a parasympatikovej tonizácie srdca, preto hodnotenie zmien srdcovej frekvencie pre jej dobrú registráciu sa považuje za najspoľahlivejší ukazovateľ činnosti autonómneho nervového systému (ANS). Pri tomto vyšetrení využívame telemetricky prenášaný EKG záznam s hodnotením 300 až 900 RR intervalov EKG Fouierovou transformáciou na nízkofrekvenčné pásmo 0,05-0,15 Hz (LF), ukazovateľa aktivity sympatika aj parasympatika a na vysokofrekvenčné pásmo 0,15-0,40 Hz (HF), ukazovateľa aktivity parasympatika. Výsledkom vyšetrenia je trojrozmerný graf, zobrazujúci spektrum variácií srdcovej frekvencie (7, 8).

Možnosť skvalitnenia diagnostiky účinkov stresu na ľudský organizmus vyšetrením ANS umožňujú i metódy nukleárnej medicíny. Vyšetrenie pokojovej i záťažovej scintigrafie myokardu bolo realizované štandardným spôsobom pomocou rádiofarmaka ^{99m}Tc -tetrofosmín gamakamerou Millenium VG, Hawkeye (GEMS) podľa vypracovaného protokolu. Hodnotenie regionálnej distribúcie pomocou SPECT projekcií bolo vizuálne v škále normálna akumulácia až chýbanie akumulácie pre 5 segmentov- regiónov (hrot, septum, predná, bočná a spodná stena LK). Stav adrenergnej inervácie srdca sme vyšetřili analógom noradrenalínu ^{123}I -metajódbenzylguanidínom (MIBG). Po intravenózne aplikácii

100-200 MBq ^{123}I -MIBG po 15 minútach, po 4 hodinách i po 24 hodinách od podania boli snímané planárne projekcie hrudníka. Snímanie po 4 hodinách sa realizovalo aj SPECT technikou, výsledkom sú zrekonštruované SPECT rezy a polárne mapy srdca. Ako globálny ukazovateľ akumulácie ^{123}I -MIBG v myokarde sa stanovil index srdce/mediastinum po 4 hodinách od podania (S/M4). Ide o pomer priemernej aktivity v oblastiach záujmu nad srdcom a mediastínom. Zároveň sa stanovila aj miera vyplavovania rádiofarmaka z myokardu (tzv. Washout- WO), čo je relatívna zmena priemernej aktivity nad srdcom v čase medzi 15. minútou, 4. hodinou a 24. hodinou.

Výsledky

Pri vyšetrení VSF spektrálnou analýzou u zdravých jedincov sme zaznamenali jeden vrchol pri frekvencii 0,18Hz (HF zložka), druhý vrchol pri frekvencii 0,08 Hz (LF zložka) (obr.1).

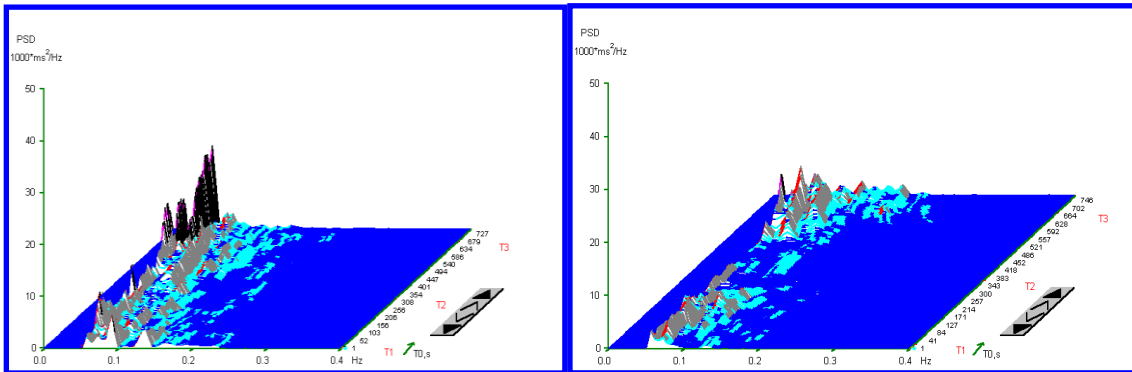


Obrázok 1 Normálne nálezy u 65-ročného muža: Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou pred stresom (vľavo) a počas stresu (vpravo)

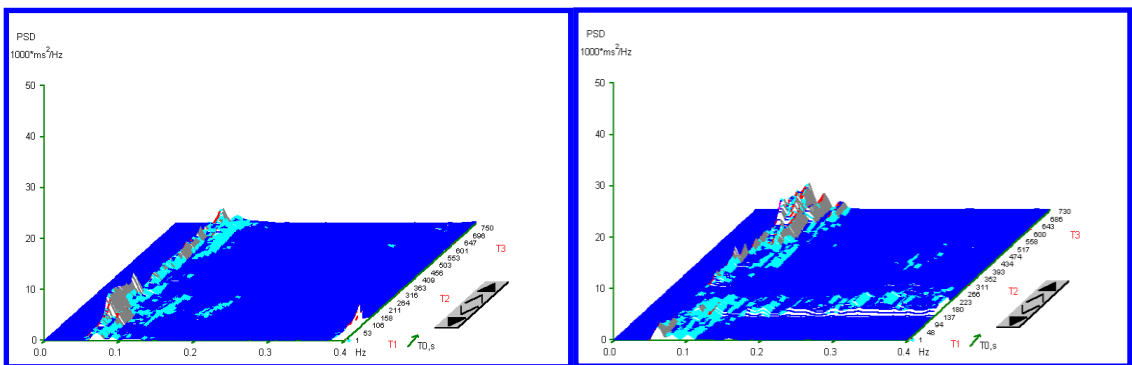
Vekom sa znižuje výkon spektra oboch zložiek, výraznejšie ubúda aktivita parasympatika, aktivita baroreceptorov sa znižuje, pomer LF/HF je výraznejší, čo svedčí pre prevahu nízkofrekvenčnej zložky spektra (sympatika). Znižuje sa plasticita ANS.

V sledovanom súbore gerontov bola celkovo znížená sila denzity spektra, relatívne vyššie hodnoty hustoty spektra nízkej frekvencie (LF), veľmi nízke hodnoty hustoty spektra vysokej frekvencie (HF), pomer LF/HF svedčí pre prevahu sympatikovej aktivity. Z tejto skupiny sme pri vyšetrení VSF spektrálnou analýzou už za pokojových podmienok zistili podobný nález ako u kontrolnej skupiny. Títo geronti boli vo veku 65-70 rokov, výsledok

hodnotíme ako normálny. U 20 gerontov, ktorí boli vo veku 68-74 rokov, sa zistil nález pripomínajúci incipientnú kardiálnu autonómnú dysreguláciu, bez klinických prejavov ochorenia. Celkovo bola znížená denzita spektra, prevaha sympatikovej aktivity. U 15 gerontov vo veku 67-76 rokov bol obraz rozvinutej kardiálnej autonómnej dysregulácie, taktiež bez známk somatického ochorenia (obr. 2,3).



Obrázok 2 Nálezy u 68-ročného muža: Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou pred stresom (vľavo) a počas stresu (vpravo) – obraz počínajúcej kardiálnej autonómnej neuropatie



Obrázok 3 Nálezy u 72-ročného muža. Vyšetrenie VSF spektrálnou analýzou pred stresom (hore) a počas stresu (dolu) – obraz rozvinutej kardiálnej autonómnej neuropatie

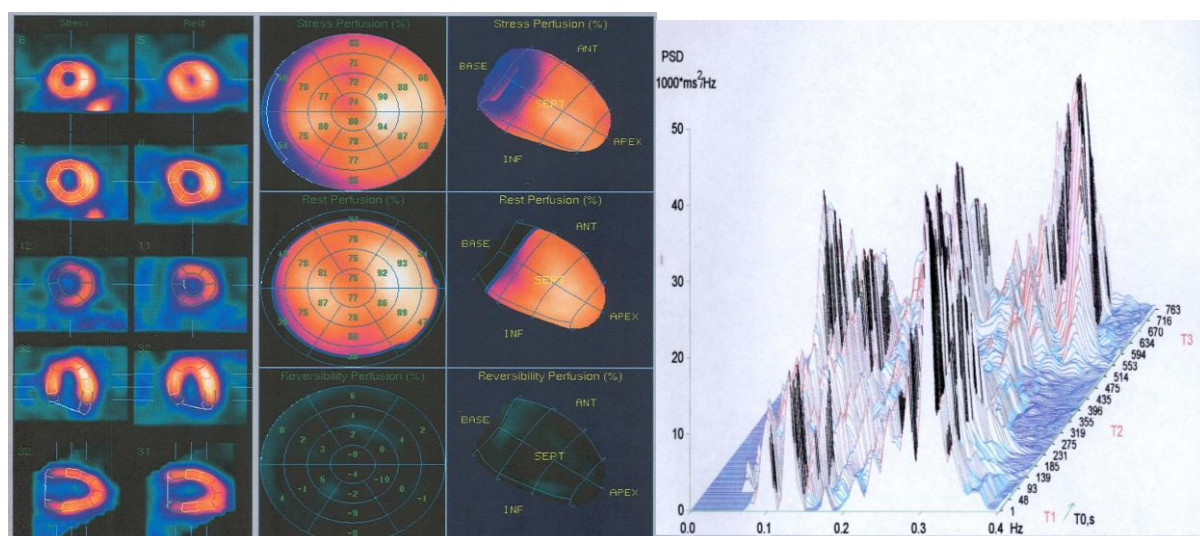
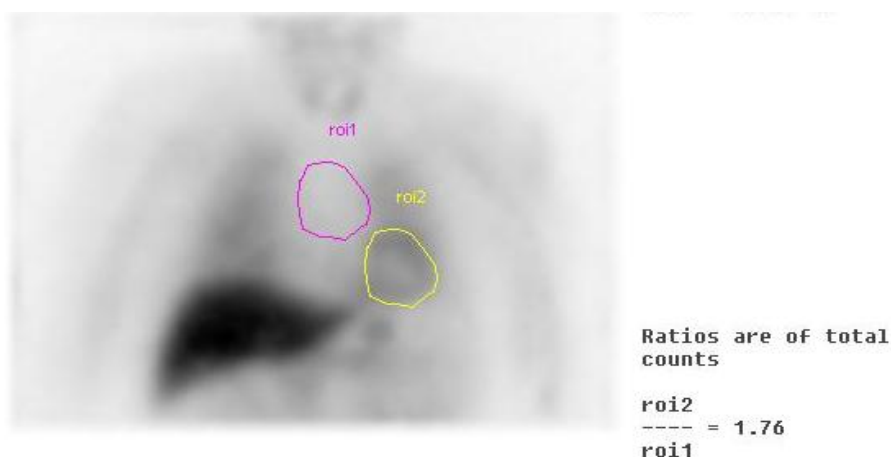
Priemerné hodnoty jednotlivých ukazovateľov spektrálnej analýzy u gerontov sú uvedené v tab.1.

Tabuľka 1 Priemerné hodnoty (\bar{x}) ukazovateľov spektrálnej analýzy u gerontov pri jednotlivých stupňoch neuropatie (50-členný súbor gerontov pri vyšetrení pred a počas stresu – rozdelenie podľa výsledku: normálny nález, incipientná KAN, rozvinutá KAN.

Parametre SA	GERONTI					
	normálny n. (n = 15)		incip.KAN (n = 20)		Rozvin.KAN (n= 15)	
	v pokoji	Stres	v pokoji	stres	v pokoji	stres
Power LF (ms^2)	525	872*	256	271	83	85
Power HF (ms^2)	589	616	110	42	20	6
PSD LF (ms^2/Hz)	10 470	27 355*	2691	5011*	366	380
PSD HF (ms^2/Hz)	11 120	11465	850	847	100	95
MSSD (ms^2)	800	2 918	312	124	235	180
SD-štand. Dev. (ms)	72	73	44	38	19	19

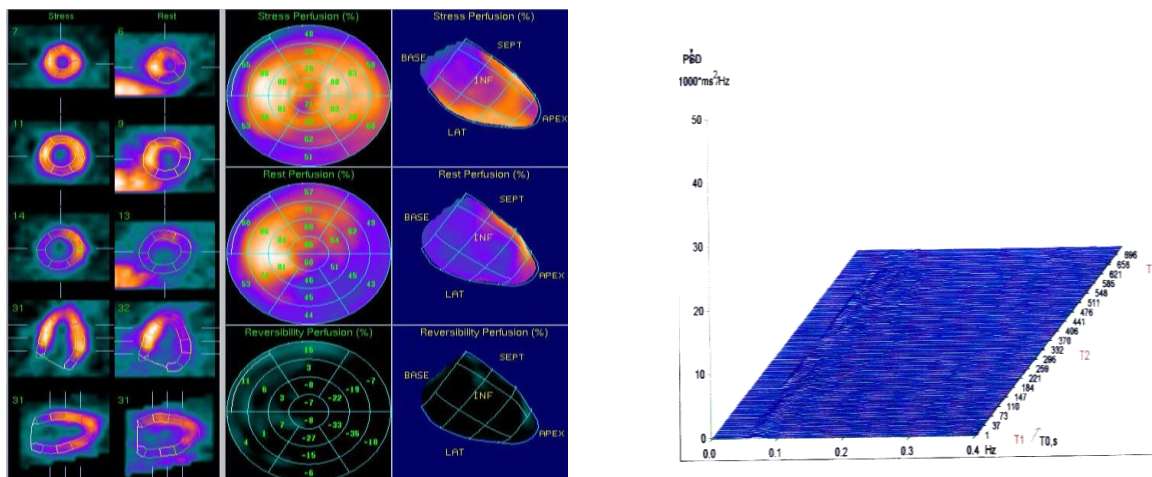
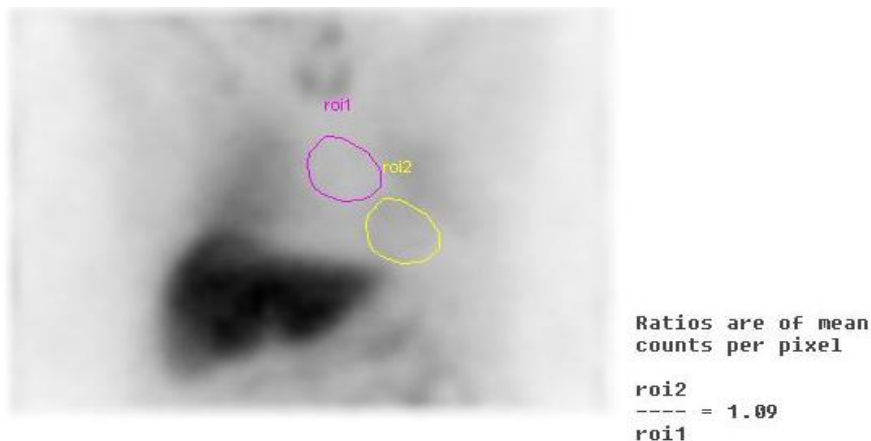
Pri stresovej reakcii gerontov s obrazom rozvinutej kardiálnej autonómnej dysregulácie sa takmer nezvyšuje aktivita sympatika ani parasympatika, je prevaha sympatika a je málo vyjadrená variabilita RR intervalov.

U 10 jedincov kontrolnej skupiny sme vyšetřili srdcový sval metódami nukleárnej medicíny. Bola vykonaná pokojová i záťažová scintigrafia myokardu ^{99}mTc - tetrafosmínom. Súčasne bola u týchto jedincov doplnená scintigrafia srdcového svalu zameraná na mapovanie receptorov sympatika rádiofarmakom ^{123}I - MIBG. Pri vyšetření perfúzie neboli zistené jej poruchy. Ani pri vyšetření ^{123}I -MIBG scintigrafiou, ktorá umožňuje zobrazit', kvantifikovať a neinvazívne tak posúdiť funkčný stav sympatikovej inervácie myokardu na regionálnej i globálnej úrovni neboli zistené zemny. Hodnoty indexu S/M4 sa pohybovali v rozpätí 1,95-2,39 (priemer 2,20), čo je normálne rozmedzie (obr.4)



Obrázok 4 Normálny nález: hore – index srdce/mediastínium pri vyšetrení MIBG, stred- rezy a polárna mapa pri SPECT-tetrofosmín (hore) a SPECT-MIBG(dole), dole-Spektrálna analýza

U 3 jedincov zo skupiny gerontov s normálnym nálezom pri vyšetrení VSF spektrálnou analýzou bol scintigrafický nález na myokarde normálny. U 13 jedincov so zmenenou VSF a to v zmysle rozvinutej kardiálnej autonómnej dysfunkcie sme zistili zmenený nález i pri vyšetrení ^{123}I - MIBG scintigrafii myokardu (obr. 5)



Obrázok 5 Patologický nález: hore – index srdce/mediastínium pri vyšetrení MIBG, stred- rezy a polárna mapa pri SPECT-tetrofosmín (hore) a SPECT-MIBG(dole)-defekt v oblasti bočnej a spodnej steny, dole-Spektrálna analýza

Zmeny boli prítomné jednak pri regionálnom (polárna mapa srdca) i pri globálnom hodnotení indexu S/M4, hodnoty ktorého sa pohybovali v rozmedzí 1,45- 1,88 (priemer 1,62) čo je štatisticky významný rozdiel pri porovnaní kontrolnej a tejto skupiny ($p < 0,05$).

Diskusia a závery pre prax

Problematike stresu je v súčasnej psychológii, klinickej medicíne i v praxi venovaná veľká pozornosť. Stres je hodnotený vo vzťahu k celkovej psychickej aktivite, vo vzťahu stresovaného a stresora (ov). Sledujú sa súvislosti medzi rôznymi osobnostnými faktormi, jednotlivými fyziologickými ukazovateľmi (kognitívne funkcie, metabolické zmeny, atď.). Hodnotí sa úloha „pozitívneho“ a „negatívneho“ stresu v ontogenéze človeka a sú hľadané spôsoby, ktorými by bolo možné predchádzať negatívnym vplyvom stresu na zdravie človeka (vznik tzv. civilizačných alebo psychosomatických ochorení).

Klasické psychologické prístupy na hodnotenie stresu môžu byť spojené s určitými obmedzeniami. Preto sa hľadajú spoľahlivejšie diagnostické metódy, ktoré by mohli ukázať stav autonómneho nervového systému, a tým zistiť mieru tohto vplyvu na človeka.

Vyšerenie VSF spektrálnou analýzou odhalilo asymptomatické zmeny ANS v zmysle kardiálnej autonómnej dysregulácie. Vykonané vyšetrenia potvrdili, že vekom postupne sa znižuje plasticita ANS. Potvrdila sa korelácia výsledkov vyšetrenia VSF spektrálnou analýzou a metód nukleárnej medicíny, hlavne zistenie stavu adrenergnej inervácie myokardu pomocou ¹²³I- MIBG. Metódy sa vzájomne dopĺňajú.

U všetkých gerontov v sledovanom súbore sme okrem zníženej plasticity VSF, minimálnej reakcie VSF na stres, potvrdili prevahu sympatika v činnosti srdca ako rizikového faktora mnohých kardiovaskulárnych chorien. U skupiny gerontov sledovaného súboru sme napriek neprítomnosti klinických prejavov ochorení zistili patologický nález VSF až obraz rozvinutej kardiálnej autonómnej dysregulácie.

Z poznania psychického i somatického stavu zdravia u starších osôb a z výsledkov vykonaných vyšetrení si dovoľujeme uviesť niektoré základné odporúčania pre prax:

Systematicky monitorovať zdravotný stav seniorov, nepodceňovať žiadnu oblasť ich zdravotných ťažkostí, zabezpečiť stabilitu a dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti s prísnyim individuálnym prístupom.

Sústave sledovať psychický stav, eliminovať možné problémy a riziká, ktoré by mohli zhoršiť zraniteľnú pohodu gerontov.

Aktívne a cielene používať moderné diagnostické i terapeutické metódy v zdravotnej starostlivosti o gerontov.

Vytvárať vhodné rodinné, miestne i celospoločenské podmienky pre pokojový a aktívny život gerontov.

Zachovávať a rozvíjať prirodzenú úctu a vážnosť, ktorú naši seniori právom očakávajú a ktorú si určite zaslúžia.

Zabezpečiť praktickú realizáciu preventívnych, zdravotných, sociálnych, kultúrno-vzdelávacích i ekonomických programov umožňujúcich zlepšenie životného štýlu gerontov, atď.

Včas pristúpiť i ku komplexným preventívnym, ale aj liečebným cieľným zásahom.

Záver

Prácou sme chceli ukázať, že v súčasnej dobe je možno detekovať vplyv opakovaného záťažového podnetu na kvalitu života a nakoniec i zdravie človeka, pričom nás mimoriadne zaujíma problematika aplikovaná na skupinu starších ľudí. Z celospoločenského hľadiska sú mimoriadne dôležité odporúčania pre prax. Ich realizácia v celospoločenskom rámci je však stále obtiažna. Treba na túto problematiku upozorniť a celý stav riešiť. V našej práci sme chceli upozorniť na určité možnosti, ako by zdravotníci mohli prispieť ku zvýšeniu kvality života starších ľudí.

Zoznam bibliografických odkazov

1. LACKO, A., HRUBOŇ, A., BESTVINA, D. a spol.: Vplyv stresu na autonómnú reguláciu srdcovej činnosti. *Medicina Militaris Slovaca* 4, č. 1, 2001.
2. HRUBOŇ, A., LACKO, A. a spol.: Vyšetrenie variability srdcovej frekvencie spektrálnou analýzou pri kardiovaskulárnych ochoreniach. *Medicina Militaris Slovaca* 3, č. 2., 2001.
3. LACKO, A., HRUBOŇ, A., BESTVINA, D. a spol.: Presnejšia diagnostika kardiálnej autonómnej neuropatie. *Medicina Militaris Slovaca* 3, č. 2., 2001.
4. LACKO, A., BESTVINA, D., KVĚTENSKÝ, J. et al.: New diagnostic of cardioascular autonomic neuropathy by method spectral analysis. Lublin: KU Norbertinum, 2004.
5. LACKO, A., KOBELA, J., HRUBOŇ, A., DOMENIK, J. et al.: Stress influence on autonomous regulation of heart functions. Lublin: KU Norbertinum, 2004.
6. LACKO, A., KVĚTENSKÝ, J., DOMENIK, J.: Vplyv skúšky ako stresovej situácie na autonómnú reguláciu srdcovej činnosti. Bratislava: Zborník: Medzinárodný seminár vzdelávanie seniorov na Slovensku, 2004.
7. EWING, D. J. et al.: The value of cardiovascular autonomic function tests: 10 years experience in diabetes. *Diabetes Care* 8, 1985, s. 491-498.
8. PUMPRLA, J.: Variabilita srdeční frekvence: Význam měření pro praxi. In: Kapitoly z kardiologie 2001, č. 3, s. 66-70.
9. ŠIŠKA, E., OPAVSKÝ, J., OPAVSKÁ, H.: Vplyv experimentálneho stresu na autonómnú reguláciu srdeční činnosti. *Československá psychologie* 42, 1998, č. 4. s. 244-265
10. ZIKMUND, V.: Zdravie, homeostáza. In: Homeostasis 2000, s. 109-113

ZDRAVOTNO-SOCIÁLNE PROBLÉMY SENIOROV V DOMÁCOM PROSTREDÍ

Katarína Zrubáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Súhrn

Domáce prostredie má pre seniora veľa pozitív, ale zároveň môže byť pre neho vysoko rizikové hlavne ak nemá vytvorené podmienky týkajúce sa vybavenia domácnosti, zabezpečenia odbornej a laickej pomoci. Príspevok je preto zameraný na prezentovanie najčastejších rizík a problémov v domácom prostredí. Je rozdelený na dve časti. Prvá časť- teoretická, popisuje najčastejšie zdravotné a sociálne problémy publikované v odbornej literatúre a druhá- výskumná časť poukazuje na reálne problémy seniorov v domácom prostredí v okrese Ružomberok a Nové Mesto nad Váhom. Výsledky sme zistili prostredníctvom terénneho výskumu, ktorý bol realizovaný v rokoch 2008-2009.

Kľúčové slová: Senior. Zdravotné problémy. Sociálne problémy. Domáce prostredie. Zdravotno-sociálna starostlivosť.

Súhrn

Although there are a lot of positives for seniors to be in a home environment, such an environment could be very risky if it is not properly equipped and lacks professional and unprofessional support.

The current paper aims to assess the most frequent risks and problems faced by seniors in a home environment. The paper is divided into two parts. The first part provides a detailed theoretical analysis of the most common medical and social problems that seniors are facing in home environment. The second part unveils the results of the practical survey which was conducted in districts of Ružomberok and Nové Mesto nad Váhom.

The results has been evaluated and assessed through the field examination reflected during the years 2008 and 2009.

Keywords: Senior. Medical Problems. Social Problems. Home Environment. Medical and Social Care.

Úvod

Starnutie populácie je jedným z významných demografických trendov súčasnej doby, ktoré sa v celosvetovom meradle stáva problémom 21. storočia (Weber, 2000). Tento problém vo významnej miere ovplyvňuje zdravotnícky systém vo všetkých vyspelých krajinách a stáva sa tak zdravotníckou prioritou číslo jedna.

Dochádza a bude dochádzať k pribúdaniu starých ľudí, ktoré je:

- Relatívne- nízka pôrodnosť s klesajúcim podielom detí a mladých ľudí,
- Absolútne- klesá úmrtnosť v strednom veku a stále viac ľudí sa dožíva staroby (Kalvach, Onderková, 2006).

Z hľadiska medicíny a ošetrovateľstva je podstatné, že výrazne pribúda veľmi starých ľudí vo veku 85. rokov a viac. Podľa údajov ŠÚ SR mala Slovenská republika 5 389 180 obyvateľov z toho 2 615 872 mužov (48,5 %) a 2 773 308 žien (51,5 %).

Štruktúra obyvateľstva podľa produktívnych vekových skupín bola nasledovná:

- **predproduktívny vek- 16,6 %**
- produktívny vek 64,1 %
- **poproduktívny vek 19,3 %.**

Zo súčasnej vekovej pyramídy vidieť výrazne zúženú základňu, čo svedčí o znížení počtu živonarodených detí.

Vplyvom znižovania detskej zložky a rastom početnosti osôb v poproduktívnom veku sa ďalej zvýšil index starnutia o 5,1 bodu na 6,3 (Štatistické zisťovanie za rok 2006, //www.uzis.sk/infozz/demografia/obyvatel/wpe6.jpg). Štatistické zistenia za rok 2006, tak potvrdzujú zvyšujúci význam rozvoja starostlivosti o starých ľudí v zdraví a v chorobe.

Starostlivosť o seniorov má svoje špecifiká, ktoré sú: zmeny organizmu v procese starnutia, zvýšený výskyt akútnych a chronických ochorení, **zdovotno- sociálny rozmer ochorení.**

Starostlivosťou o starých ľudí sa zaoberá geriatria, sociálna geriatria, geriatrické ošetrovateľstvo, sociálna páca a i.. Ich hlavnou osobitosťou je rešpektovanie individuality starého človeka a pristupovanie k nemu podľa zásad modernej geriatrickej. Medzi tieto zásady patrí hlavne deinštitucionalizácia- ponechanie klienta v jeho prirodzenom prostredí. Prirodzeným prostredím seniora je jeho domácnosť. Špecifikom domácej starostlivosti je poskytovanie profesionálnych a neprofesionálnych služieb, ktoré zabezpečuje multidisciplinárny tím pracovníkov.

Cieľ príspevku:

1. charakterizovať domácu starostlivosť o seniora
2. popísať najčastejšie problémy seniorov v domácom prostredí

3. prezentovať konkrétne problémy seniorov vo vybraných lokalitách- okres Ružomberok, okres Nové Mesto nad Váhom

Starostlivosť v domácom prostredí/ domáca starostlivosť

Termín „domáca starostlivosť“ je v odbornej literatúre rôzne definovaný. Napríklad OECD (In: Repková, 2009, s.121) definuje domácu starostlivosť ako služby poskytované v domácnosti závislej osoby. Topinková (1995, s.34) domácu starostlivosť špecifikuje ako osobitný druh starostlivosti, ktorý má svoje rysy:

- komplexnosť,
- medziodborovosť, tímová práca,
- **súčasné poskytovanie zdravotných a sociálnych služieb a ich vzájomné neostré ohraničenie,**
- spolupráca a kontakt medzi profesionálnou a neprofesionálnou, laickou starostlivosťou,
- dlhodobosť, zvlášť keď ide o geriatrických pacientov.

Výhody a nevýhody domácej starostlivosti

Starostlivosť v domácom prostredí má pre seniora respektíve jeho rodinných príslušníkov výhody a nevýhody.

Výhody domácej starostlivosti

- Starý človek žije v známom prostredí, komunikuje so svojimi najbližšími.
- U svojich príbuzných a blízkych nachádza pomoc, radu, lásku, oporu a pocit spolupatričnosti. V rodinnom kruhu ne stráca pocit bezpečia. Všetky tieto hodnoty nemôže seniorovi ponúknuť ani to najluxusnejšie sociálne a zdravotnícke zariadenie.
- Domáce prostredie je pre seniora nenahraditeľné.
- Domáca starostlivosť musí zaistiť všetku potrebnú odbornú starostlivosť (ošetrovateľskú, poradenskú, medicínsku...), dať pacientovi istotu, že ani pri náhlom zhoršení zdravotného stavu nezostane sám alebo odkázaný na pomoc bezmocných členov rodiny.
- Domáca starostlivosť je zároveň finančne primeraná a efektívna.
- Domáca starostlivosť kontinuálne nadväzuje na predchádzajúcu ústavnú starostlivosť.
- V domácom prostredí sa znižuje riziko adaptačného zlyhania starnúceho organizmu.

Nevýhody domácej starostlivosti

- Strach chorého, že bude rodine na príťaž.
- Nedostatočné vedomosti a zručnosti domácich opatrovateľov.

- Zlý zdravotný stav opatrovateľov (manžel, manželka).
- Dlhodobá únava blízkeho- hlavne ak nemá oporu a pomoc od ostatných členov rodiny.
- U rizikových seniorov s malou frekvenciou návštev príbuzných môže byť domáce prostredie málo stimulujúce.
- Domáce prostredie môže byť nevhodné alebo nedostačujúce z dôvodu nedostatku miesta, nevhodnom zariadení domácnosti a i..
- Ťažšia detekcia vzniku zlého zaobchádzania (Jeřábek, 2005).

Zdravotné a sociálne problémy seniorov v domácom prostredí

Ako bolo v predchádzajúcom texte spomenuté žiadna veková kategória nemá tak výrazne prepojené zdravotno- sociálne služby ako seniori. Z toho vyplýva i zdravotno-sociálny charakter problémov seniorov.

Zdravotné problémy seniorov v domácom prostredí

Zdravotný stav seniorov nie je dobrý podľa Krajčíka (2009): 70 % ľudí vo veku nad 70 rokov trpí ochorením srdca a ciev, 50 % chronickými zápalovými procesmi, 20 % vo veku nad 65 rokov trpí psychickou poruchou, 30 % vo veku nad 60 rokov poruchami tráviaceho traktu, 52 % nad 80 rokov má oslabený zrak.

Hanisková (In. <http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=225>) vo svojom príspevku zverejnila najčastejšie ochorenia vyskytujúce sa u seniorov, sú to:

- kardiovaskulárne ochorenia (ischemická choroba srdca – bolestivá a nebolestivá forma, hypertenzia, náhle cievne príhody mozgové a ich následné stavy, ischemická choroba dolných končatín, chlopňové chyby),
- malígne ochorenia (kolorektálny karcinóm, karcinóm pľúc, karcinóm prsníka, karcinóm uteru, hemoblastózy),
- choroby metabolizmu (diabetes mellitus, osteoporóza),
- choroby pohybového aparátu a neurologické ochorenia,
- mentálne ochorenia,
- infekčné ochorenia (chrípka, pneumónie),
- postihnutie zmyslových orgánov (zrak, sluch, reč).

V domácej liečbe sestry ADOS riešia najčastejšie zdravotné problémy:

- Hypertenzia,
- Nádorové ochorenia,
- Ochorenia pohybového systému,

- Poruchy zraku, sluchu,
- Zmätenosť,
- Alzheimerova choroba,
- Problémy s chrupom,
- Užívanie liekov, zneužívanie látok.

(Hanzlíková, 2004)

Sociálne problémy seniorov v domácom prostredí

Starnutie so sebou prináša veľa zmien sociálno- ekonomického charakteru. Ide napríklad o: zmenený životný štýl, generačnú osamelosť, sociálnu izoláciu, obmedzovanie v medziľudských kontaktoch, vekovú segregáciu, pokles životnej úrovne, zhoršenú finančnú situáciu seniora.

Medzi najčastejšie sociálne problémy seniorov v domácom prostredí teda zaradíme:

- pocit chudoby u seniorov- pozri tabuľka 1,
- bezdomovectvo seniorov,
- osamelosť,
- sociálne a kultúrne zmeny,
- nedostatok financií v súvislosti s nárastom poplatkov za energiu, vodu, fixné platby na udržanie domácnosti, zvýšená spoluúčasť na zdravotnú starostlivosť v súvislosti so zvýšenou frekvenciou návštev u praktického lekára, konziliárnych vyšetrení, zvýšenou platbou za lieky, spoluúčasť pri úhrade okuliarov a zubných
- bývanie- 20 % zlé bytové podmienky.
-

Tabuľka 1 *Pocit chudoby v %*

Osamelí muži	26,5%
Osamelé ženy	20,4%
Dvojice	18,5%

(Hegyí, In: Bednárík, 2004)

Problémy seniorov v domácom prostredí v okrese Ružomberok a Nové Mesto nad Váhom

Na základe vlastných praktických skúseností, informácii z odbornej literatúry a údajov o príslušných regiónoch sme definovali tieto problémy:

1. V súčasnosti geriatra v nemocničnej starostlivosti predstavuje slušný potenciál, ale menej úspešný je rozvoj komunitnej a ambulantnej starostlivosti o chorých i zdravých

seniorov (Hegyí, 2007). Podľa Krajčíka (In Hegyí, 2007) v ambulantnej starostlivosti chýba holistický princíp v diagnostike, je nedostatočná dostupnosť geriatrickej starostlivosti, **chýbajúca koordinácia s nemocničnou starostlivosťou a so sociálnym rezortom**, nevyhovujúca starostlivosť v domovoch dôchodcov.

2. Z ošetrovateľského hľadiska významný problém predstavujú nedostatočné komunitné služby, nedostatok odborného personálu- absencia komunitnej, geriatrickej sestry, komunitnú ošetrovateľskú službu zabezpečujú len ADOS.
3. Žilinský a Trenčiansky kraj nemajú zabezpečenú adekvátnu zdravotnícku starostlivosť o chorých seniorov- absencia geriatrického oddelenia (Žilinský kraj) a nedostatočný počet lôžok doliečovacích oddelení, absencia geriatrickej ambulancie.
4. Nedostatočná **dostupnosť zdravotnej starostlivosti v malých obciach**.

Cieľ výskumu

1. Identifikovať zdravotné a sociálne problémy respektíve overiť si už definované problémy vo vybraných lokalitách.
2. Navrhnuť možnosti na ich eliminovanie prípadne odstránenie.

Výskumná vzorka

Na identifikáciu problémov sme využili viaceré výskumné metódy a preto sme mali aj viaceré kategórie respondentov.

1. seniori žijúci v okrese Ružomberok a Nové Mesto nad Váhom.
2. zdravotnícki pracovníci- praktickí lekári, sestry ADOS.
3. pracovníci Referátu sociálnych vecí a zdravotníctva v Novom Meste nad Váhom a Ružomberku, opatrovatelia.

ad 1

87 seniorov žijúcich vo svojich domácnostiach v meste Ružomberok a Nové Mesto nad Váhom, obciach Liptovská Lužná, Liptovské Sliače, Čachtice, Višňové- prehľadne spracované v tabuľkách 2-4.

Tabuľka 2 Bydlisko respondentov

Miesto bydliska	Počet seniorov n	%
Ružomberok	13	15
Liptovská Lúžna	16	18
Liptovské Sliache	15	17
okres Ružomberok	44	51
Nové Mesto nad Váhom	17	20
Višňové	13	15
Čachtice	13	15
okres Nové Mesto nad Váhom	43	49
Spolu n	87	100

Tabuľka 3 Pohlavie respondentov

Pohlavie	Ružomberok	Nové Mesto n/Váh.	Spolu n	%
Ženy	34	26	60	69
Muži	10	17	27	31
Spolu	44	43	87	100

Tabuľka 4 Rodinný stav respondentov

Rodinný stav	Ružomberok	Nové mesto N/váh.	Spolu n	%
Vdovec/a	22	14	36	42
Ženatý/vydatá	19	29	48	55
Slobodný/á	1	0	1	1
Rozvedený/á	2	0	2	2
Spolu	44	43	87	100

Ad 2

Praktickí lekári v oboch regiónoch- celkový počet 13- 7 Nové Mesto nad Váhom, 6 Ružomberok, 12 sestier pracujúcich v ambulanciách praktických lekárov a 2 manažérky ADOS- Nové Mesto nad Váhom, Ružomberok.

Ad 3

Vedúci pracovníci Referátu sociálnych vecí a zdravotníctva v Novom Meste nad Váhom a Ružomberku a 8 opatrovateľov- 2 Ružomberok, 6 Liptovské Sliače

Metódy výskumu

Použili sme kvalitatívne a kvantitatívne metódy, vzhľadom na výber respondentov a definované problémy a ciele. Kvalitatívne metódy nám pomohli prostredníctvom osobného kontaktu s respondentmi, získať priame informácie o problémoch sprevádzajúcich realizáciu starostlivosti o seniora v komunite, ich názory a postoje k liečbe a starostlivosti o seba.

Použili sme:

- pološtruktúrovaný rozhovor- hlavná metóda,
- neštruktúrovaný rozhovor- tematický, kritická udalosť,
- štruktúrovaný rozhovor- osobný (individuálny) a telefonický,
- pozorovanie,
- obsahovú analýzu dokumentov.

Výsledky výskumu

Po vyhodnotení všetkých metód sme zistili niekoľko problémov v zdravotnej a sociálnej oblasti.

Zdravotné problémy seniorov:

- vyplývali zo zdravotného stavu a užívania liekov- najčastejšie ochorenia znázorňuje tabuľka 5., počet liekov na 1 pacienta znázorňuje tabuľka 6,
- zhoršená kvalita života v súvislosti s užívaním veľkého počtu liekov, zvýšený výskyt nežiaducich účinkov liečiv- na prvom mieste gastrointestinálne, potom neurologické a kardiovaskulárne,
- **nedostatočná dostupnosť zdravotnej starostlivosti, v našom prípade vo Višňovom.** Podobne je to aj v iných obciach- lazoch a kopaniciach, ktoré sú početne zastúpené v Novomestskom okrese. Nie je tu realizovaná terénna zdravotná služba, niekedy ani sociálna služba.
- **nedostatočná domáca ošetrovateľská starostlivosť, celkový počet ADOS v oboch okresoch je 3-** 2 v Novom Meste nad Váhom a 1 v Ružomberku. Čo je vzhľadom na počet obyvateľstva a rozptýlenie nevyhovujúce.

Tabuľka 5 Ochorenia respondentov

Ochorenie – systém	Označenie v MKCH	okres Ružomberok	%	okres Nové Mesto n/Váh.	%
Kardiovaskulárne o.	I00-I99	42	95	42	98
Polymorbidita- viac ako 4 Dg.	-	12	27	12	28
Metabolické o.	E00-E90	3	7	9	21
O. pohybového systému	M00-M99	4	9	7	16
Onkologické o.	C00-D48	8	18	2	5
Neurologické o.	G00-G99	4	9	2	5
Gastrointestinálne o.	K00-K93	2	4,5	2	5
Psychiatrické o.	F00-F99	2	4,5	3	7
O. močovo-pohlavného systému	N00-N99	2	4,5	2	5
O. zmyslových orgánov	H00-H95	2	4,5	1	2
Závislosti	S00-T98	0	-	2	5

Tabuľka 6 Počet užívaných liekov v okrese Nové Mesto n. Váh. a Ružomberok

Počet liekov	Nové Mesto n. Váh. n	Čachtice n	Višňové n	Ružomberok	Lipt. Sliache	Lipt. Lúžna
0	0	0	0	0	0	0
1-3	3	8	7	6	3	6
4-5	3	1	3	3	3	6
6-7	3	1	2	2	4	2
8-9	4	2	0	1	5	2
10 a viac	4	1	1	1	0	0
Spolu	17	13	13	13	15	16

Podľa tabuliek môžeme konštatovať, že v oboch lokalitách bol najvyšší výskyt ochorení kardiovaskulárneho aparátu a polymorbidity. S tým súvisí aj polyfarmácia, ktorá je v tabuľke 6 aj zvýraznená.

Sociálne problémy:

U seniorov sme identifikovali niekoľko sociálnych problémov:

- nevyhovujúce podmienky bývania- Tab. 7,
- chudoba seniorov,
- osamelosť starých ľudí,
- nevhodný opatrovateľ- rodinný príslušník s nedostatočnými vedomosťami a zručnosťami v starostlivosti o starých ľudí,
- nedostatočne dostupné sociálne služby- okres Nové Mesto nad Váhom,
- nedostatočné prepojenie jednotlivých členov tímu- Tab. 8.

Tabuľka 7 Bývanie seniorov

Spôsob bývania	okres Ružomberok n	%	okres Nové Mesto n/Váh. n	%	Spolu n	%
Byt	11	25	16	37	27	31
Rodinný dom	33	75	27	63	60	69
Spolu	44	100	43	100	87	100

Seniori bývali prevažne v rodinnom dome. 3-ja seniori žili v nevyhovujúcich podmienkach. Počet členov v domácnosti bol v priemere 2- manžel alebo deti. Najmenej bol 1- najčastejšie osamelo žijúca žena a najviac 5- ovdovelá matka/otec a deti s rodinou.

Tabuľka 8 Realizácia starostlivosti o pacientov

amb.	Lokalita	Starostlivosť o pacientov	Realizácia návštevej služby	Spolupráca s pacientom
1	Nové Mesto nad Váhom	spolupráca s rodinou, ADOS	na požiadanie, ležiacich pacientov, kontrola užívania liekov	dobrá

amb.	Lokalita	Starostlivosť o pacientov	Realizácia návštevných služby	Spolupráca s pacientom
2	Nové Mesto nad Váhom	spolupráca s rodinou, opatrovateľom, sestrou ADOS	imobilných pacientov, skôr sestry ADOS	dobrá
3	Nové Mesto nad Váhom	spolupráca s rodinou, opatrovateľmi	áno	väčšinou dobrá, ale sú aj výnimky
4	Nové Mesto nad Váhom	spolupráca s ADOS, rodinnými príslušníkmi	áno, aj so sestrou	dobrá
5	Nové Mesto nad Váhom	spolupráca s rodinnými príslušníkmi	áno pri akútnych stavoch a imobilných pacientov	nedostatočná
6	Nové Mesto nad Váhom	spolupráca s rodinnými príslušníkmi, sestrou ADOS	áno, hlavne ak si pacient vyžiada	väčšinou dobrá
7	Čachtice	spolupráca s rodinnými príslušníkmi, opatrovateľom a sestrou ADOS	áno, aj so sestrou	väčšinou dobrá
8	Ružomberok	spolupráca s rodinnými príslušníkmi	ak požiadajú	dobrá
9	Ružomberok	spolupráca s rodinnými príslušníkmi, opatrovateľom, rehabilitačným pracovníkom	áno, hlavne imobilných pacientov	dobrá
10	Ružomberok	spolupráca s pacientmi, zriedkavo s rodinnými príslušníkmi, opatrovateľom	áno	dobrá
11	Ružomberok	spolupráca s rodinnými príslušníkmi	áno pravidelne, hlavne imobilní pacienti	väčšinou dobrá
12	Liptovská Lúžna	spolupráca s pacientom, rodinnými príslušníkmi, opatrovateľom	na požiadanie	dobrá
13	Liptovské Sliache	spolupráca s pacientom, rodinou, ADOS	na požiadanie	dobrá

Záver

Domáce prostredie je pre seniora najpriateľnejšie, nie vždy však aj najbezpečnejšie a najvhodnejšie. Často sa tu prelínajú problémy súvisiace so zdravotným stavom, nevyhovujúcim zariadením domácnosti, nedostatočnou dostupnosťou služieb a i. Preto je dôležité tieto problémy včas identifikovať, liečiť, respektíve odstrániť. Ideálna je tímová

spolupráca senior- rodinný príslušník- opatrovateľ- zdravotnícki, sociálni a iní nezdravotnícki pracovníci.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BEHARKOVÁ, N. 2004. Kvalita života starých ľudí z pohľadu ošetrovateľstva. In *Geriatría*. roč. 10, č.4, 2004. s. 155-158. ISSN 1335-1850
2. BUŠOVÁ, B. 2006. Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In. *Medical Practice*. roč.1, 2006, č.4, 18 s.
3. GENTIL, J.D. 2006. Family health nurse. In Trends in nursing IV. Ed. DUŠOVÁ, B., JAROŠOVÁ, D., VRUBLOVÁ, Y. Ostrava : Ostravská univerzita. 2006, p70-72. ISBN 80-7368-182-X
4. HANISKOVÁ, T. Aj jeseň života má svoje čaro. In *Bedeker zdravia*. Dostupné na internete <http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=225>
5. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2004. *Komunitné ošetrovateľstvo*. 1.vyd. Martin : Osveta, 2004. 279 s. ISBN 80-6315-57
6. HEGYI, L. 2006. Súčasný problémy starostlivosti o seniorov v SR. In *Geriatría*. č. 3, 2006, 102-106 s. ISSN 1335-1850
7. HEGYI, L. 2007. Dlhodobá starostlivosť o seniorov. 1-4, [cit. 2007- 09-18] dostupné na internete http://www.szu.sk/ine/verejne_zdravotnictvo/2007/2007-2-3/editorial.htm
8. HEGYI, L. 2007. Primár MUDr. Eugen Gressner a vývoj geriatrickej na Slovensku. In *VI Slovenský geriatrický kongres*. Prešov : SGGS. 2007. s. 9- 16. ISBN 978-80-8068-663-9
9. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š. 2004. *Geriatría pre praktického lekára*. Bratislava : Herba, 2004. 298 s. ISBN 80-89171-06-0
10. HEGYI, L. Sociálne problémy starých ľudí. In *Seniori 2009*. Odborná konferencia SZU Bratislava, 2009
11. JAROŠOVÁ, D. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, s. 110. ISBN 80-7368-110-2
12. JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovateľství*. Praha: Grada. 2007. 100 s. ISBN 978- 80-247-2150-7
13. JEŘÁBEK, H. a kol. 2005. Rodinná péče o staré lidi. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s. ISSN 1801-1640
14. KALVACH, Z. 1995. Ošetrovateľství v geriatrickej a dlhodobé péči. In *Zdravotnícke noviny*. Roč. 44, č. 3, 1995. s. 9.

15. KALVACH, Z. 2001. K pojetí geriatrické medicíny a diferencované geriatrické péče. In *Časopis lékaře českých*. roč. 140, č. 22, 2001. s. 679-684. ISSN 0008-7335
16. KALVACH, Z. et. al. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
17. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatel'skej praxi*. Praha : Galén, 2006, 40 s. ISBN 80-7262-455-5
18. KALVACH, Z., ZADÁK, Z. JIRÁK, J. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. 864 s. ISBN: 80-247-0548-6 X
19. Koncepcia rozvoja zdravotníctva v Žilinskom kraji. 2004. Žilina: Žilinský samosprávny kraj. 2004, 99 s. dostupné na internete <http://www.zask.sk/showdoc.do?docid=4>
20. KRAJČÍK, Š. 2006. Starnutie populácie a zdravotná starostlivosť. In *Geriatrica*, 2006, č.2, s.76- 79. ISSN 1335-1850
21. KRAJČÍK, Š. 2008. *Princípy diagnostiky a terapie v geriatrici*. Bratislava: Charis, 2008. 192 s. ISBN 978-80-88743-72-9
22. KYČINOVÁ, S. Komunita a ošetrovatel'ský výskum. In *Sborník I. ostravské sympozium ošetrovatel'ství s mezinárodní účastí*. Ostrava : Repronis, 2001. s. 69-72
23. REPKOVÁ, K. Domáca starostlivosť. In *Geriatrica*. roč. 15, č. 3, 2009. s.120-122. ISSN 1335-1850
24. Spišská katolícka charita.Agentúra domácej ošetrovatel'skej starostlivosti Caritas Ružomberok. Online. . [citované 2009- 02-18]. Dostupné na internete <http://www.zzz.sk/?profil=2092>
25. Štatistické zisťovanie za rok 2006. [cit. 2007-08-09] dostupné na internete <<http://www.uzis.sk/infozz/demografia/obyvatel/wpe6.jpg>>
26. TOPINKOVÁ, E. 1995. Funkční stav osob ošetrovaných doma rodinnými príslušníkmi. In. *Eurorehab*, roč. 5, č. 2, 1995. s. 79-85. ISSN 1210-0366
27. TOPINKOVÁ, E. 1995. Péče o staré v rodine. In. *Praktický lékař*. roč. 75, č. 7-8, 1995. s. 366-369. ISSN 0032-6739
28. TOPINKOVÁ, E. 2003. Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných. In. *Česká geriatrická revue*. 1/2003, s. 6-11. ISSN 1801-8661
29. TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-72623-656
30. TOPINKOVÁ, E. et al. 2007. *Farmakoterapie geriatrických pacientů*. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2007. 15 s. ISBN 80-86998-XX-X

31. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. 1995. *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. 297 s. ISBN 80-7169-099-6
32. WEBER, P. a kol. 2000. *Minimum z klinické gerontologie*. Brno: IDVPZ, 2000. s. 151. ISBN 80-7013-314-7

Kontaktná adresa:

PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.

Papiernická 19, 034 01 Ružomberok

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE PRÁCU SESTRY V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

Helena Kadučáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Jednou z najaktuálnejších a najviac diskutovaných tém odbornej verejnosti je zdravotný stav u sestier a kvalita poskytovanej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb, najmä problematika zameraná na faktory fyzickej a psychickej záťaže v daných zariadeniach. Kvalita práce sestier pracujúcich v zariadeniach sociálnych služieb je výsledok vytvorených vhodných podmienok pre ich náročnú prácu, pozitívnej atmosféry na pracovisku, kvalitných interpersonálnych vzťahov, možnosti seberealizácie a v neposlednej rade adekvátneho ohodnotenia ich práce.

Kľúčové slová: Sestra. Zariadenia sociálnych služieb. Rizikové faktory. Organizačné opatrenia.

Úvod

Zdravotný stav obyvateľstva je výsledkom pôsobenia viacerých faktorov - ekonomickej a sociálnej situácie, výživových návykov, životného štýlu, úrovne zdravotníckej starostlivosti, ako aj životného prostredia. Problematika rizikových faktorov vplyvujúcich na zdravie i prácu jednotlivca je stále otvorený problém, ktorý jednotlivé disciplíny vrátane ošetrovateľstva, intenzívne skúmajú (Dimunová, 2005).

Rizikové faktory

Medzi špecifické rizikové faktory, ktoré ovplyvňujú zdravie a prácu sestry v zariadeniach sociálnych služieb (ďalej len ZSS) môžeme zaradiť:

Časový stres. Často je spájaný s termínom preťaženie množstvom práce. Ide však o čas, ktorý má sestra k vykonaniu určitej činnosti. Vykonávanie tejto činnosti pri nedostatku potrebného času môže viesť k nadmernej psychickej záťaži (Křivohlavý, 2001).

Sestra pracujúca v ZSS sa nemôže spravidla vyhnúť takému stresovému faktoru, pretože „vyrušovanie“ má prakticky v náplni práce, spôsobujú ho pacienti, u ktorých ich vek, psychiatrická diagnóza či mentálne postihnutie im obmedzuje alebo úplne znemožňuje chápať pojem času, harmonogram práce, alebo plánovanie. Prakticky denne sa vyskytujú nepredvídané situácie náročné na čas, ktoré sestra musí riešiť okamžite.

Pret'aženie množstvom práce. V oblasti pracovnej činnosti sestry ide o situáciu, keď množstvo práce, ktorú má sestra vykonať je vyššia, ako je sestra schopná vykonať za čas ktorý má k dispozícii (Křivohlavý, 2001).

Najviac času u starších ľudí, ľudí s postihnutím, ktorí sú klientmi ZSS, zaberajú sestre činnosti týkajúce sa individuálnych aktivít denného života; ako osobná hygiena, pomoc pri príjme potravy, pri vylučovaní, obliekaní, sprevádzaní, starostlivosť o imobilného klienta a pod.

Nedostatok sestier a opatrovateliek má za následok prácu nadčas, častejšiu prácu v noci a počas víkendov. Nedostatok personálu súvisí aj s pracovnou pret'aženosťou sestier, ktoré v snahe zabezpečiť starostlivosť o pacienta často supľujú prácu pomocného personálu, ale aj lekárov. Nemenej závažnou príčinou psychickej záťaže sestry môže byť nerovnomerné zaťaženie ostatných pracovníkov spôsobenou neadekvátnou organizáciou práce na pracovisku, alebo u jednotlivca (Kovářová, 2007).

Zodpovednosť. Nielen množstvo práce, ale aj nadmerná miera zodpovednosti, ktorú má sestra, môže vyvolať nadmernú psychickú záťaž. Ide najmä o zodpovednosť za starších, chorých, imobilných, dementných jednotlivcov, ktorá kladie na sestru veľkú mieru tlaku, čo môže u sestry vyvolať rôzne zdravotné problémy, napr. žalúdočné problémy, hypertenziu a pod.

Sestra pracujúca v ZSS neraz supľuje pacientovi jeho najbližších, príbuzných, priateľov, ktorí nie sú pri jeho prežívaní každodenných radostí i starostí. Nie je zriedkavé, že príbuzní nejavia o staršieho najmä chorého človeka záujem, alebo človek nemá žiadneho príbuzného. Sestra preberá aj v tomto smere na seba veľkú zodpovednosť jednak voči pacientovi, ale tiež k jeho rodine. Zvlášť pri umieraní pacienta sestra cíti zodpovednosť nielen profesionálnu, ale ľudskú.

Neustála prítomnosť smrti a umierania, identifikácia s trpiacim človekom, pocit neschopnosti a bezmocnosti, nedostatok kontroly nad situáciou a pocity vlastného zlyhania patrí medzi záťažový faktor pracovného prostredia. Sestry si ho neuvedomujú alebo ho považujú za „normálnu“ súčasť svojho povolania (Bubeníková, 2008).

Sestra v takomto prípade „preberá zodpovednosť“ aj za príbuzných a neraz musí čeliť obvineniam „čo sa ešte dalo urobiť“ pre ich už zosnulého.

Nepretržitá prevádzka a najmä nočné pracovné zmeny sú pre mnohé sestry nepríjemnou súčasťou bežného života. Nakoľko telo ženy je pomerne citlivé na neustále zmeny v spánkovom cykle, pretože žena má zložitý hormonálny cyklus a citlivo reaguje na porušovanie prirodzeného biorytmu (Chudobová, 2007). Nepravidelnosť pracovných zmien spôsobuje, že telo si nedokáže odpočinúť. Narušením biologického rytmu a nedostatkom spánku môže nastať chronická únava, ktorá ďalej vyvoláva závažné zdravotné ťažkosti.

Nevyjasnené kompetencie. Pri poskytovaní profesionálnej starostlivosti je dôležité, aby každý člen tímu vykonával len tie činnosti, na ktoré je oprávnený a za svoju prácu tiež niesol plnú zodpovednosť (Krátká, 2009, s. 111). Niektoré pracovné činnosti sestry sa odlišujú a majú svoje špecifiká, zvlášť v ZSS s nižším počtom klientov, kde sú niektoré činnosti sestier kumulované. V praxi sa osvedčuje pevne si stanoviť hranice toho, čo je ešte prijateľné pre splnenie úloh a čo už prijateľné nie je. Ak sa tieto hranice dobre definujú a sú merateľné, ľudia sa lepšie dohovoria (Křivohlavý, 2004).

Podmienky pre ďalšie vzdelávanie. Povinnosť celoživotného vzdelávania sa je podmienkou na výkon povolania sestry, ktorá je legislatívne ošetrená v zákone NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, pritom ale podmienky na ďalšie vzdelávanie sa často v rôznych zariadeniach líšia. Postoj zamestnávateľov k vzdelávaniu sestier je často ovplyvnený ekonomickými limitmi, ktorých výsledkom je veľké množstvo sestier študujúcich bez súhlasu a podpory zamestnávateľa, čo prináša pre sestru časovú náročnosť, finančnú záťaž a z toho plynúce problémy tak v súkromnej ako aj profesionálnej oblasti (Kovářová, 2007).

Násilie. Najviac postihnutý týmto negatívnym javom sa v krajinách Európskej únie považuje rezort zdravotníctva. Sestry sú v porovnaní s inými zdravotníckymi pracovníkmi najčastejšími obeťami násilia, pričom verbálne zastrašovanie sestier a agresívne správanie prejavujúce sa verbálne sú oveľa bežnejšie ako fyzické násilie voči nim. Príčin násilia je veľa, spôsobujú ho hlavne negatívne emócie útočníkov a to nielen klientov/pacientov ale aj ich príbuzných, známych ako hnev, zlosť, strach, úzkosť, frustrácia, pocit krivdy, nevenovanie dostatočnej pozornosti a pod.

Konflikty intrapersonálne (jednotlivec – jeho vnútro) i interpersonálne (medzi viacerými jednotlivcami, skupinami) sú súčasťou života. Nie všetky pôsobia na človeka zaťažujúco. Niektoré konflikty vyvolávajú frustráciu, t.j. človek sa dostane do situácie, keď sa snaží o dosiahnutie cieľa, pričom naráža na prekážky, ktoré nie je schopný odstrániť. Ak je

frustrácia dlhodobá, dochádza k deprivácií, čo sa prejaví slabou reakciou alebo nereagovaním na situáciu. Niektoré konflikty pôsobia dlhodobo neurotizujúco, čo má vplyv na psychickú aj fyzickú výkonnosť človeka (Oravcová, 2004). Kumulované a dlhodobo pôsobiace neriešené konflikty aj frustrácie, možno zaradiť k stresujúcim faktorom, ktoré majú vplyv na prácu sestry.

V každom zariadení sa nájdu problémoví ľudia, ktorí sú súčasťou pracovného tímu alebo sú klientmi. Ak máme prežiť s týmito ľuďmi asi tretinu svojho života, nemôže nám byť tento faktor ľahostajný (Škrla, 2003). Pri starostlivosti o pacienta sa sestra často stretáva s vyhrotenými emóciami, hnevom alebo z rôznymi formami agresie. Stresujúci býva často kontakt s rodinou klienta, ktorá sa vyhráza sťažnosťami, žalobou a pod. Tieto situácie musí sestra vždy nejakým spôsobom spracovať a riešiť ich nielen na základe svojej odbornosti, ale aj z ľudského hľadiska.

Faktory súvisiace s fyzickou záťažou

Fyzická záťaž sestry je priamo ovplyvnená jej pracovným zaradením, vybavením pracovísk pomôckami a ich využívaním sestrami v praxi. Výskumy hovoria aj o vzťahu medzi fyzickou záťažou sestry a jej spokojnosťou s povoláním. Množstvo fyzickej záťaže u sestry je často ovplyvnené a jej mimopracovnými povinnosťami (Kovářová, 2007).

Fyzická pracovná záťaž závisí najmä od počtu pracovníkov v tej ktorej zmene, od počtu a stavu pacientov. Fyzickú záťaž pre sestry predstavuje predovšetkým ručná manipulácia s bremenami. NV SR č. 281/2006 Z. z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách pri ručnej manipulácii s bremenami okrem iného stanovuje:

„Ručná manipulácia s bremenami je akékoľvek premiestňovanie alebo nosenie bremena vrátane ľudí a zvierat jedným zamestnancom alebo viacerými zamestnancami, jeho zdvíhanie, podopieranie, ukladanie, tlačenie, ťahanie alebo iné pohybovanie, ktoré z dôvodu vlastností bremena alebo nepriaznivých ergonomických faktorov predstavujú riziko poškodenia zdravia, najmä chrbtice zamestnancov“ (NV SR č. 281/2006 Z. z.). Ďalej definuje individuálne rizikové faktory, rizikové faktory pri práci s bremenami. Najvyššia prípustná hmotnosť, ktorú môžu zdvihnúť ženy je 15 kg, pričom vekom sa táto hranica znižuje na 10 kg a pri nepriaznivých podmienkach na 5 kg.

Manipulácia s pacientom. Práca s imobilnými pacientmi je fyzicky veľmi namáhavá. Sestry často vykonávajú túto prácu vo vynútených, nefyziologických polohách, najmä ak sú pri manipulácii s pacientom priestorovo obmedzené, alebo z dôvodu nedostatku pomocného personálu či mechanických pomôcok. V ZSS sa fyzická záťaž sestry častokrát

znásobuje nespoluprácou pacientov, spôsobenou ich špecifickými psychiatrickými diagnózami a pridruženým telesným postihnutím. Pri manipulácií s takýmto pacientom je veľké nebezpečenstvo pádov, úrazov ktoré neraz hraničia so sebapoškodzovaním pacienta a ohrozením bezpečnosti sestry.

Manipulácia s posteľou a s inými bremenami. Manipulácia s posteľou, či už ide o posúvanie postele, úpravu postele, zakladanie bočníc, taktiež manipulácia s balíkmi plienok, prádla, rôznymi nádobami ako sú várnice spôsobuje fyzickú záťaž v práci sestry. Pri práci s akýmkoľvek bremenom nezáleží ani tak na váhe, ale je dôležité zaujať správny postoj a pohyb.

Uvedené rizikové faktory nepriaznivo vplyvajú na psychiku a organizmus človeka. Sila pôsobenia a miera postihnutia záleží od viacerých faktorov a nepôsobí na každého rovnako. Záleží to predovšetkým od individuálnej somatickej a psychickej odolnosti jednotlivca, od veku, od predchádzajúcich skúseností so zvládnutím záťažových situácií (Vargová, 2007).

Ochranné opatrenia zo strany zamestnávateľa

Kultúra bezpečnosti je pojem, ktorý sa zdá síce zrejmý, ale kroky ktoré treba vykonať na jeho implementovanie do pracovného procesu sú značne náročné. Vnímať, čo je bezpečné, čo znamená ohrozenie a čo je riziko, zvyšuje nároky nielen na manažment, ale aj na všetkých pracovníkov.

Do systému opatrení na minimalizovanie faktorov fyzickej a psychickej záťaže môžeme zaradiť opatrenia: legislatívne, technické, organizačné, výchovno-vzdelávacie, zdravotno-hygienické.

Legislatívne opatrenia

Ústava SR v článku 36 hovorí: „Zamestnanci majú právo na spravodlivé a uspokojivé pracovné podmienky“ (Zbierka zákonov č. 460/1992).

Zákonník práce v znení neskorších predpisov a z neho vyplývajúcich vyhlášok, nariadení vlády a smerníc sú základným predpisom v pracovno-právnej oblasti.

Technické opatrenia

Medzi technické opatrenia na predchádzanie zvýšenej fyzickej a psychickej záťaže patrí:

- ergonomická úprava pracoviska,
- zákaz alebo obmedzovanie používania výrobkov, zariadení a technologických postupov spôsobujúcich zvýšenú fyzickú záťaž pri práci,

- obmedzenie senzorickej záťaže,
- primerané mikroklimatické podmienky.

Organizačné opatrenia

Na predchádzanie fyzickej a psychickej záťaže slúži:

- organizácia práce,
- režim práce a odpočinku.

Organizačnými normami v ZSS sú organizačný poriadok, pracovný poriadok, prevádzkový poriadok, politika Bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci (ďalej len BOZP), domáci poriadok.

Organizačným poriadkom sa vymedzuje vnútorná organizácia zariadenia, rozsah právomocí vedúceho, vedúcich úsekov a hlavné úlohy jednotlivých organizačných útvarov.

Prevádzkový poriadok zariadenia okrem iného definuje podmienky prevádzky a zásady ochrany zdravia a klienta a má rozpracované postupy hygienicko-epidemiologického režimu.

Riadiacimi a informačnými prostriedkami sú príkazné listy riaditeľa, všeobecne záväzné predpisy, nariadenia, pokyny, úlohy z porád riaditeľa, vedúcich úsekov, zamestnancov a klientov v ZSS.

Výchovno - vzdelávacie opatrenia

Cieľom výchovno-vzdelávacích opatrení je zabezpečenie informácií pre bezpečný výkon činností. Preto:

- novoprijatí zamestnanci sú oboznámení s predpismi, pokynmi a pravidlami na zaistenie BOZP v zmysle učebnej osnovy učebného plánu priamo na pracovisku podľa zaradenia do pracovnej kategórie pri nástupe do zamestnania.
- Realizuje sa periodické školenie v zmysle §7 zákona 124/2006 Z. z., ktoré je povinné minimálne 1 x za dva roky.
- 1 x za dva roky má byť preškolenie a preskúšanie vedúcich zamestnancov z BOZP.
- preškolenie a inštruktáž je povinná pri preradení pracovníka na inú prácu, a to aj pri zastupovaní.

Zdravotno-hygienické opatrenia

- zdravotná spôsobilosť zamestnanca,
- používanie ochranných pracovných prostriedkov,
- dezinfekcia a sterilizácia na pracovisku,
- bezpečné odstraňovanie odpadu,
- osobná hygiena a životospráva.

Na riešení otázok BOZP sa majú zamestnanci sami aktívne zúčastňovať, pričom sú povinní dodržiavať právne predpisy na zaistenie BOZP. Dodržiavať zásady bezpečného správania sa na pracovisku, dodržiavať určené pracovné postupy, nepožívať alkoholické nápoje a iné omamné prostriedky na pracovisku a v pracovnom čase, taktiež dodržiavať zákaz fajčenia na pracoviskách.

Záver

Pri dlhodobom pôsobení stresorov ako následok neprimerane vysokej psychickej záťaže hrozí nebezpečenstvo syndrómu vyhorenia, ktorý je vlastne dôsledok zanedbanej starostlivosti o seba. Je veľmi dôležité, aby sestra načúvala hlasu svojho tela i duše, uvedomila si nebezpečné signály, priznala svoje pocity a obrátila pozornosť na seba.

Sestra venuje pozornosť potrebám pacienta a často je pre ňu náročné sústrediť sa na vlastné potreby. Ak má sestra podať kvalitný pracovný výkon – poskytovať starostlivosť, musí sa v prvom rade ona cítiť dobre a musí pre to aj niečo robiť. Zmena životného štýlu je jedna z ciest k záchrane kvality zdravia každej sestry.

Zoznam bibliografických odkazov

1. BUBENÍKOVÁ, M. Straty v práci sestry. In *Sestra a lekár v praxi*. ISSN 1335-9444, 2008, roč. VII, č. 3-4, s. 46-47.
2. DIMUNOVÁ, L. Sestry a rizikové faktory pracovného prostredia. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2005, roč. IV, č. 2, s. 6.
3. KOVÁŘOVÁ, M. - DÓCI, I. – JACKOVÁ, J. *Pracovné podmienky sestier a Burnout syndróm*. Rožňava: Roven, 2007. 105 s. ISBN 978-80-89168-23-1.
4. KRÁTKÁ, A. Kompetence sester a jejich naplňování v praxi – aneb kdo za co zodpovídá? In *Zdraví - věc společná*. Sborník z 2. mezinárodní konference. Zlín: Academia centrum UTB ve Zlíně, 2009. s. 110 – 114. 294 s. ISBN 978-80-7318-897-9.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
6. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
7. Nariadenie vlády SR č. 281/2006 Z. z. o minimálnych bezpečnostných a zdravotných požiadavkách pri ručnej manipulácii s bremenami.
8. Nariadenie vlády SR č. 395/2006 Z. z. o minimálnych požiadavkách na poskytovanie a používanie osobných ochranných pracovných prostriedkov.

9. ORAVCOVÁ, J. *Sociálna psychológia*. Banská Bystrica: FHV UMB, 2004. 314 s. ISBN 80-8055-980-5.
10. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 447 s. ISBN 80-7172-841-1.
11. Ústava Slovenskej republiky (č.460/1992 Zb.)
12. VARGOVÁ, A. Profesionálne riziko. In *Prednemocničná urgentná medicína*. Martin: Osveta, 2007, ISBN-8080632557, s. 381.
13. Zákon NR SR 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
14. Zákon NR SR č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov
15. Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona

Kontaktná adresa autora

doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

helena.kaducakova@ku.sk

ŠPECIFIKÁ POSUDZOVANIA PACIENTA S PORUCHAMI PSYCHIKY V STAROBE

Michaela Vicáňová¹, Silvia Rovná²

¹Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

²Stredná odborná škola zdravotnícka Dolný Kubín

Abstrakt

Starnutie postihuje každého. Okrem iného prináša postihnutia fyzického aj psychického zdravia. Najčastejšie vyskytujúcimi sa poruchami psychiky v starobe sú demencie. Ošetrovanie pacienta s demenciou predstavuje multidisciplinárny problém. Ošetrovateľská starostlivosť je zameraná predovšetkým na zachovanie a podporu úrovne kognitívnych funkcií, sebestačnosti. Dôležité je tiež uspokojenie fyziologických potrieb a potreby bezpečnosti. Na naplánovanie a poskytnutie vhodných intervencií je nutné, aby sestra vedela posúdiť stav pacienta a diagnostikovať pacientove problémy.

Kľúčové slová: Demencia. Kognitívne funkcie. Posudzovanie. Hodnotiace škály.

Abstract

Ageing process is typical for everyone. Except other effects it brings physical and psychic health problems. Dementia is most often occurring psychic problem of older age. Nursing care connected with patient suffering of dementia is a multi-disciplinary problem. Nursing care is aimed especially on preserving and maintaining level of cognitive functions, self-sufficiency. Physiological and safety needs saturation is necessary as well. Nurse must be able to appreciate state of patients and to diagnose their problems in order to be able to plan and to provide them with appropriate interventions.

Key words: Dementia. Cognitive functions. Reviewing. Valuation scale.

„Demencia je definovaná ako syndróm spôsobený chorobou mozgu, ktorý sa vyznačuje poruchou kognitívnych funkcií, pričom vedomie nie je zastreté. Pridružujú sa aj poruchy emočnej kontroly a sociálneho správania sa.“ (Vörösová, Peťková, 2006)

Pri posúdení pacienta s demenciou musíme zistiť, v akom štádiu ochorenia sa pacient nachádza. Je potrebné si uvedomiť, že niektoré poruchy kognitívnych funkcií sa vyskytujú samostatne už na začiatku ochorenia. Práve oni sa stávajú dôležitými pri diagnostike (Radimský, 2001). V klinickom obraze tohto ochorenia sa pozoruje postupné vypuknutie choroby. V prvom rade ide o poruchu pamäti, a to vštepivosti, zapamätávania si, ale aj vybavovania si a porušená býva aj presnosť pamäti. Ďalším významným defektom je porucha myslenia, s ktorou súvisí porucha rečových funkcií. Dochádza k stavu, kedy sa reč pacienta postupne stáva nezrozumiteľnou, pričom sa môže rozvinúť úplná afázia. K ďalším častým defektom radíme poruchy orientácie a poruchy výkonných, exekutívnych funkcií, ktoré sa prejavujú neschopnosťou plánovania, organizovania, abstrahovania, či vykonania akýchkoľvek ťažších úloh. Stretávame sa aj s apraxiou (neschopnosť výkonu pohybovej funkcie pri zachovaní motoriky), a agnóziou (neschopnosť poznávať predmety pri zachovaní zmyslových funkcií). Keďže u pacientov sa často vyskytujú aj zmeny správania, ošetrovateľská starostlivosť sa zameriava na sledovanie zmien správania sa pacienta. Je možné stretnúť sa s takými zmenami ako túlavé správanie, popieranie zdravotných ťažkostí samým pacientom. Mnohokrát sa správanie stáva spoločensky nevhodné a neprijateľné (Vörösová, Peťková, 2006). Sledujeme aj spánok pacienta, pretože je častý výskyt jeho porúch, v zmysle zníženej dĺžky spánku, pacient menej spí, prejavuje sa u neho nepokoj. Pre poruchy pamäti je základom organizovania aktivít a činností v rámci dňa dodržanie niekoľkých zásad. Jednou z nich je zachovať pravidelnosť aktivít, poriadok chodu vecí. Snažíme sa o vytvorenie a zachovanie stereotypov, najmä v oblasti hygienických a stravovacích návykov. Pri prijímaní potravy a tekutín je u pacienta nutná dôsledná kontrola. Ošetrovateľská starostlivosť sa zameriava aj na oblasť vylučovania, riešime inkontinenciu pacienta. Z priestoru, v ktorom sa pacient bežne pohybuje, je nevyhnutné odstrániť rušivé momenty, prostredie má byť pre pacienta usporiadané tak, aby bolo pre neho bezpečné a pohodlné. Priestory a izby majú byť správne upravené, aby sa predišlo vzniku úrazu. To minimalizujeme použitím vhodnej obuvi, odstránením pre pacienta nebezpečných a zbytočných predmetov. Pri pohybe je nevyhnutné použitie madiel, ktoré pohybu pomáhajú. Zachovaním usporiadania predmetov a nábytku v patientskej izbe predchádzame dezorientácii, neistote a zmätenosti. V rámci organizácie režimu dňa chorých je potrebné myslieť aj na ich aktivizáciu, využívame pracovnú terapiu, pobyt vonku (Radimský, 2001, Kalvach et al., 2008, Koukolík, Jiráček, 1999 In Poledníková et al., 2006, Gröblinger, Stockmayr, 1994).

Demencia predstavuje závažný problém poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti, keďže ide o ochorenie, ktoré je spojené s poruchou somatických aj psychických funkcií. Je preto nevyhnutné podčiarknuť nutnosť trvalého sledovania pacienta sestrou po psychickej aj somatickej stránke. Do anamnézy pacienta zahrňujeme údaje o somatickom stave, údaje o úrovni základných psychických funkcií, údaje o celkovom fungovaní a starostlivosti o seba a v neposlednom rade hodnotíme aj kvalitu života pacienta. Keďže ide o subjektívny postoj pacienta a subjektívne prežívanie pocitu spokojnosti, niekedy je u pacientov s demenciou veľmi ťažké hodnotenie tejto veličiny, pretože sa u nich stretávame s poruchami pamäti, intelektu, vnímania, myslenia a môžu sa u nich vyskytnúť aj psychotické príznaky ako bludy a halucinácie (Baštecký et al., 1994, Raboch, Zvolenský, 2001). V rámci všeobecných zásad ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré je potrebné dodržať pri uspokojovaní potrieb pacienta, by sme sa nikdy nemali uspokojiť len s verbálnou odpoveďou pacienta, nutná je stála a opakovaná kontrola chorých. V rámci telesného kontaktu voči pacientovi platí zásada, že sa k nemu približujeme pomaly v jeho zornom poli, pretože sa môže zľaknúť a reagovať agresívne. Pri neverbálnej komunikácii sa snažíme aj jej prejavy voliť podľa pacienta. Zvlášť dotyk môže niekedy vyvolať agresivitu, ale u iného pacienta naopak pozitívnu odozvu. Platí, že sestry majú byť voči pacientom s demenciou zvlášť trpezlivé (Radimský, 2001, Marková et al., 2006).

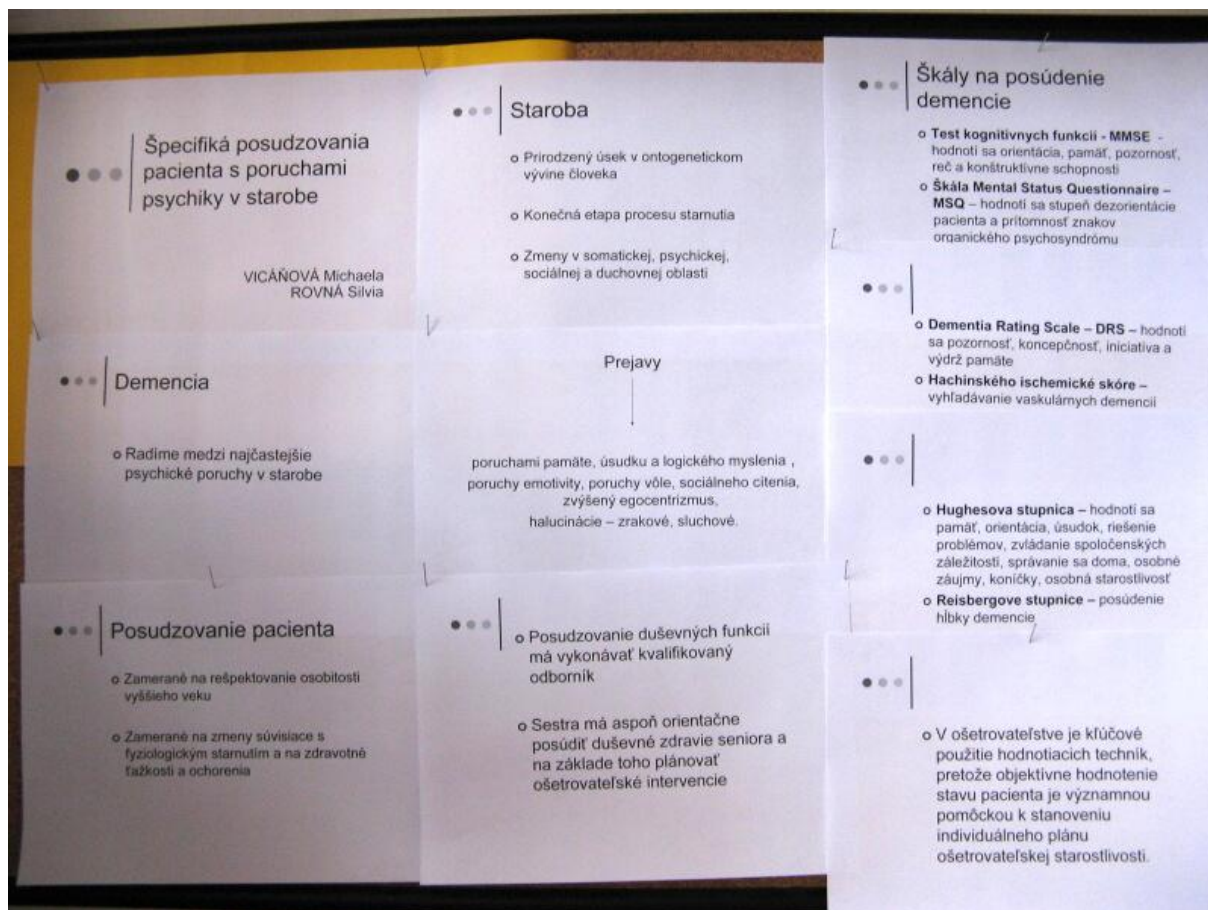
Pacienta s demenciou je potrebné dôsledne posudzovať a diagnostikovať u neho výskyt problémov. K objektívnemu posúdeniu kognitívnych funkcií je vhodné použiť hodnotiace škály a testovacie metódy. Pri použití škál je potrebné dodržať konzistenciu testovania, kedy celý personál používa rovnaké alebo podobné škály. Pri vyšetrení pacienta s pomocou testov musí byť sestra taktná, má sa snažiť, aby sa pacient neurazil. Na začiatku posúdenia sa sestra zameriava na vykonanie tzv. základného kognitívneho odhadu (Vörösová, Peřková, 2006, Radimský, 2001). K tejto skupine testov radíme tzv. ADAS-cog – Alzheimer's disease assessment scale-cognitiv a Symptóm kurz test – SKT. U pacienta sa nimi sleduje kognitívny výkon na začiatku liečby a v jej priebehu. ADAS-cog test sa skladá z 15 subtestov zameraných na rôzne typy kognitívnych funkcií, napr. obkresľovanie, orientáciu, vybavenie slov (Copeland et al., 2002, Jiráček, Koukolík, 2004, Gautier, 1999, Topinková, 1999 In Kalvach et al., 2008). Takto získané informácie sú žiaduce pre porovnanie existujúceho kognitívneho deficitu. Výsledok nás vedie k zisteniu, či sa pacientov stav zlepšuje, prípadne zhoršuje (Baštecký et al., 1994, Raboch, Zvolenský, 2001, Radimský, 2001). K bežným a najpoužívanejším škálam, ktoré sa u nás používajú na hodnotenie kognitívnych funkcií radíme Mini-Mental-State-Examination test - MMSE, teda Folsteinov

test kognitívnych funkcií (Kondáš et al., 1992). Ide o najčastejšie používaný orientačný test, zameraný na zistenie porušenia kognitívnych funkcií pri demencii. Skladá sa z položiek, v rámci ktorých sa hodnotí orientácia, zapamätávanie, pozornosť a počítanie, vybavovanie pamäti, pomenovanie predmetov, opakovanie viet a ďalšie jazykové úlohy, vykonanie trojstupňového príkazu, čítanie a vyhodnotenie príkazu, písanie, obkresľovanie podľa predlohy. Škálou Mental Status Questionnaire – MSQ hodnotíme stupeň dezorientácie pacienta, pamäť a prítomnosť organického psychosyndrómu (Kondáš, et al., 1992). Ďalším nástrojom je Short Portable Mental Status Questionnaire – SPMSQ alebo Krátka škála kognitívnych funkcií. Tento nástroj je 10 položkový a hodnotí orientáciu, pamäť a počítanie (Gallo et al., 2005 In Tomagová, 2009). Dementia Rating Scale-DRS je používaná na posúdenie pozornosti, pamäti, iniciatívy a výdrže. Tento test je však náročný na čas. Hughesova stupnica vyšetruje pamäť, orientáciu, riešenie problémov a úsudok, správanie sa a venovanie sa koníčkam, osobné záujmy a osobnú starostlivosť (Vörösová, Peťková, 2006). Ďalším testom je Test kreslenia hodín, pri ktorom je pacient vyzvaný, aby nakreslil hodiny s číselným ciferníkom a ručičkami a vyznačil na nich určený čas. Pri tomto teste sa hodnotí pamäť, vizuálne schopnosti, výkonné funkcie, ako predstavivosť a kreslenie, presnosť a čitateľnosť nákresu. Clinical dementia rating je test, ktorým sa zisťuje prítomnosť demencie, ale aj mierna porucha kognitívnych funkcií. Ide o štruktúrovaný rozhovor vedený s pacientom, jeho rodinnými príslušníkmi, opatrovateľmi. Hodnotí sa pamäť pacienta, orientácia, riešenie problémov, spoločenský život, venovanie sa záľubám, starostlivosť o seba (Copeland et al., 2002, Jiráček, Koukolík, 2004, Gautier, 1999, Topinková, 1999 In Kalvach et al., 2008, Shulman, Feinstein, 2003 In Tomagová, 2009). K hodnoteniu kognitívnych funkcií sa tiež používa Reisbergova škála GDS – Global deterioration scale, ktorá umožňuje posúdiť hĺbku demencie. Úroveň kognitívnych funkcií pacienta sa hodnotí podľa vyšetrenia a podľa informácií získaných od opatrovateľa pacienta (Kalvach et al., 2008, Vörösová, Peťková, 2006). Jednou z meracích techník zameraných na posúdenie kognitívnych funkcií je aj Škála určenia zmätenosti, v ktorej sa posudzuje dezorientácia v čase, mieste a osobe, komunikácia, nevhodné správanie, ilúzie, bludy, nepozornosť, nesúrodé myšlienky, zmeny stavu vedomia (O'Connor, Ardana, 2005 In Nemcová, 2008). Na posúdenie sebestačnosti pacienta sú určené škály špeciálne pre pacientov s demenciou, a to Škála DAD – Disability assessment for dementia. V danej škále sa súhrnne posudzujú položky z testov na určenie sebestačnosti. Ide o Barthelov test a Test inštrumentálnych denných činností – ADL a IADL. Ďalšou škálou je Škála funkčného hodnotenia, v ktorej sa hodnotí 10 položiek, ako napr. schopnosť vyplňovania dokumentov, zapamätávanie si súčasných udalostí, schopnosť vykonávať bežné

denné činnosti – ohrev vody, vypínanie sporáka, atď. Každá položka sa hodnotí podľa výkonnosti (Feldman et al., 2001, Galasko et al., 1997, Gélinas et al., 1999, Jiráček, Koukolík, 2004). V rámci porúch správania sa a ich objektivizácie je možné u pacientov s demenciou použiť Škálu SCAG – Sandoz clinical assessment geriatric. Niektoré testy hodnotia kognitívne funkcie, ale aj iné, tiež už spomínané oblasti. Takým testom je napríklad dotazník NPI – Neuropsychiatric inventory. Ním sa posudzujú a objektivizujú kognitívne funkcie pacienta, emotivita, aktivity denného života. Do tejto skupiny škál tiež radíme Škálu GBS – Gottfries-brane-steen scale, ktorá je zameraná na posúdenie intelektuálnych a emočných funkcií a na ďalšie symptómy, ktoré sú pre demenciu typické (Kalvach et al., 2008). Na hodnotenie kvality života môžeme uplatniť nasledujúce nástroje. Ide o Dotazník SF-36 alebo jeho skrátená verzia SF-12 a Dotazník DEMQOL, ktorý bol overovaný práve na skupine pacientov s demenciou (Smith et al., 2005). Dragomirecká, Bartoňová (2006) vo svojej práci prezentujú ako jeden z vhodných nástrojov na sledovanie kvality života dotazník WHOQoL. Dotazník sa skladá zo šiestich oblastí – fyzické zdravie, prežívanie, nezávislosť, medziľudské vzťahy, prostredie a spiritualita. Pre potreby klinickej praxe prešiel modifikáciou, bol skrátený, premenovaný na WHOQoL-BREF. Podľa Bechovej škály – PCASEE sa pri posudzovaní kvality života vychádza z posúdenia somatických problémov, kognitívnych problémov, emočných problémov, sociálnych dysfunkcií, ekonomických a osobnostných problémov (Pšenková, 2004, Ondrejka, Adamicová, 2003).

Meracie nástroje majú svoje pozitíva, ale aj negatíva. K pozitívam radíme štandardnú terminológiu, použitie individualizovaného formalizovaného plánu, zber veľkého počtu údajov, zvyšovanie autonómie profesie. K negatívam radíme nevhodné použitie nástroja v klinickej praxi, použitie modifikovaných verzií nástroja, problémy s terminológiou pri preklade z originálu (Bóriková, Žiaková, 2007).

V ošetrovatelstve je použitie hodnotiacich techník napriek tomu nevyhnutné, dôležité, pretože objektívne hodnotenie stavu pacienta je významnou pomôckou k posudzovaniu a správne výberu ošetrovateľskej diagnózy. Okrem toho sú uplatniteľné aj v plánovaní a hodnotení ošetrovateľskej starostlivosti, teda pri stanovení individuálneho plánu ošetrovateľskej starostlivosti.



Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov:

1. BAŠTECKÝ, J. - KÜMPEL, Q. - VOJTĚCHOVSKÝ, M., et al. *Gerontopsychiatrie*. Praha : Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
2. BÓRIKOVÁ, I., ŽIAKOVÁ, K. Problematika posudzovacích nástrojov ošetrovateľstve. In *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. ISBN 978-80-7368-230-9. s. 13 – 17.
3. DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. Dotazník kvality života Světové zdravotnícké organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. In *Psychiatrie*. ISSN 1212-6845, 2006, roč. 10, č. 3, s. 144 – 149.
4. FELDMAN, H. et al. The disability assessment for dementia scale: a 12-month study of functional ability in mild to moderate severity Alzheimer's disease. In *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 2001, 15 (2), p. 89 – 95. In KALVCH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2008, s. 89. ISBN 978-80-247-2490-4.

5. GALASKO, D. et al. An inventory to assess activities of daily living for clinical trials in Alzheimer's disease. The Alzheimer's disease cooperative study. In *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.* 1997, 11 (Suppl. 2), p. S33 – S39. In KALVCH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2008, s. 89. ISBN 978-80-247-2490-4.
6. GALLO, J. J. et al. *Handbook of Geriatric Assessment*. Massachusetts : Jones&Barlett Publishers, 2005. 473 p. ISBN 0-7637-3056-4. Podľa: TOMAGOVÁ, M. 2009. Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych funkcií u seniorov. In *PROFESE online*. [on line]. 2009, roč. 2, č. 2 [cit. 2010-02-11]. Dostupné na internete: <http://www.pouzp.cz/text/cs/meracie-nastroje-na-posudzovanie-kognitivnych-funkcii-u-seniorov.aspx>. ISSN 183-4330.
7. GAUTIER, S. *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*. London : Martin Dunitz, 1999. Podľa: KALVCH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
8. GÉLINAS, I. Development of a functional measure for persons with Alzheimer's disease: The Disability Assessment for Dementia. In *Am. J. Occup. Ther.* 1999, 53 (5), p. 471 – 481. In KALVCH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2008, s. 89. ISBN 978-80-247-2490-4.
9. GRÖBLINGER, CH. - STOCKMAYR, J. *Všeobecná a špeciálna psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť*. Študijný text pre vnútornú potrebu psychiatrických zariadení. Trenčín, 1994. 188 s.
10. JIRÁK, R. - KOUKOLÍK, F. *Demence*. Praha : Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-726-2268-4. In KALVCH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2008, s. 89. ISBN 978-80-247-2490-4.
11. KALVCH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
12. KONDÁŠ, O. et al. *Psychodiagnostika dospelých*. Martin : Osveta, 1992. 238 s. ISBN 80-217-0357-1.
13. KOUKOLÍK, F. - JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 1999. 161 s. ISBN 80-7169-716-8. Podľa: POLEDNÍKOVA, L. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
14. MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická ošetrovateľská péče*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

15. O`CONNOR, M. - ARANDA, S. *Paliatívni péče pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing,s.r.o., 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4. Podľa: NEMCOVÁ, J. Posudzovanie v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Diagnóza v ošetrovateľství*. [on line].2008, roč. 4, č. 5, 6 [cit. 2010-02-11]. Dostupné na internete: http://www.diagnoza.info/?sec=redaction&lang=cz&red_id=48. ISSN 1801-1349.
16. ONDREJKA, I. - ADAMICOVÁ, K. Komplexne o kvalite života pacienta. In *Sestra*. ISSN 1335-9444, 2003, roč. 2, č. 3, s. 8-9.
17. POLEDNÍKOVA, L. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. Martin : Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
18. PŠENKOVÁ, A. Vplyv edukácie na kvalitu života pacientov s diabetes mellitus. In *Trendy v ošetrovateľství III. Trends in nursing*. Ostrava : Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2004. ISBN 80-7042-351-X. s. 156-159.
19. RABOCH, J. - ZVOLENSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001. 622 s. ISBN 80-246-0390-X.
20. RADIMSKÝ, M. Zvláštnosti ošetrovateľskej péče u duševně nemocných osob vyššího věku. In RADIMSKÝ, M. et al. *Psychiatrie II*. Brno : IDV PZ, 2001. s. 163 – 166. ISBN 80-7013-350-3.
21. SHULMAN, K. I. - FEINSTEIN, A. *Quick Cognitive Screening for Clinicians: Mini Mental, Clock Drwing and Other Brief Test*. London : Martin Dunitz, 2003. 192 p. ISBN 1-84184-239-7. Podľa: TOMAGOVÁ, M. 2009. Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych funkcií u seniorov. In *PROFESE on-line*. [on line]. 2009, roč. 2, č. 2 [cit. 2010-02-11]. Dostupné na internete: <http://www.pouzp.cz/text/cs/meracie-nastroje-na-posudzovanie-kognitivnych-funkcii-u-seniorov.aspx>. ISSN 183-4330.
22. SMITH, SC. et al. Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument DEMQOL and evaluation of current methodology. In *Health Technol. Assess.* 2005, 9 (10), p. 1 – 93. In KALVCH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2008, s. 109. ISBN 978-80-247-2490-4.
23. TOMAGOVÁ, M. 2009. Meracie nástroje na posudzovanie kognitívnych funkcií u seniorov. In *PROFESE on-line*. [on line]. 2009, roč. 2, č. 2 [cit. 2010-02-11]. Dostupné na internete: <http://www.pouzp.cz/text/cs/meracie-nastroje-na-posudzovanie-kognitivnych-funkcii-u-seniorov.aspx>. ISSN 183-4330.

24. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci*. Praha : UCB Pharma, 1999. s. 87. ISBN 80-238-4913-1. Podľa: KALVCH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
25. VÖRÖSOVÁ, G. - PEŤKOVÁ, J. Ošetrovanie seniorov pri delíriu, demencii a depresii. In POLEDNÍKOVA, E. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin : Osveta, 2006, s. 151 – 172. ISBN 80-8063-208-1.

Kontaktná adresa autora:

PhDr. Michaela Vicáňová
Katedra ošetrovatel'stva, FZ KU
Nám. A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok

NÁSILIE PÁCHANÉ NA STARŠÍCH ĽUĎOCH

Helena Kadučáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Právo nebyť vystavovaný násiliu alebo hrozbe násilia je základným a univerzálnym ľudským právom. Pretrvávajúce násilia páchaného na ľudských bytostiach je porušovaním ich ľudských práv. Charta základných práv Európskej únie (EU) v článku 25 uznáva a rešpektuje právo starších osôb na dôstojný a nezávislý život a na účasť na spoločenskom a kultúrnom živote. V Európe sa počet obyvateľov nad 65 rokov a starších značne zvyšuje. Výzvou a úlohou do budúcnosti je tieto demografické zmeny pozitívne riešiť a nevnímať jav dlhovekosti ako záťaž pre spoločnosť, ani ako hrozbu pre jednotlivca. K tejto výzve a úlohe patrí aj zaoberať sa témou zlého zaobchádzania so staršími ľuďmi, ktorá je veľmi zanedbávaná a ešte stále sa bagatelizuje a potláča. Zvláštne riziká existujú hlavne pre tých starších ľudí, ktorí sú závislí na opatere. Európsky hospodársky a sociálny výbor (EHSV) preto dôrazne žiada predsedníctva Rady EÚ, aby sa venovali téme "zlé zaobchádzanie so staršími ľuďmi", najmä s tými, ktorí sú odkázaní na opateru či v domácom alebo inštitucionálnom zariadení.

Kľúčové slová: Násilie. Formy násilia. Diagnostika násilia. Prevencia násilia.

Úvod

V posledných desaťročiach sme svedkami veľkých demografických premien v populáciách celého sveta. Najčastejšie uvádzanou charakteristikou spomínaných demografických zmien je dynamický prírastok starších osôb a medzi nimi predovšetkým ľudí vo vysokom a veľmi vysokom veku (nad 75 rokov, resp. 80 rokov), u ktorých akcelerujú i zdravotné problémy rôzneho druhu, vrátane oslabenia mentálnych funkcií.

Vlády jednotlivých krajín rozpracúvajú rôzne opatrenia na sociálnu ochranu starších osôb i opatrenia na dodržiavanie ich ľudských, občianskych a politických práv. Vo všeobecnosti možno tieto opatrenia vidieť v skvalitňovaní zdravotníckej starostlivosti

zavádzaním nových liečebných technológií, vhodného bývania, potrebných sociálnych služieb, ktoré sú potrebné na zabezpečenie dôstojného života v rodine i v spoločnosti.

Popri pozitívnom prístupe k potrebám starších ľudí nie je možné prehliadať aj iný postoj vo vzťahu k tejto časti populácie, hlavne k ľuďom vo vysokom veku. Títo jednotlivci udržiavajú menej kontaktov s okolitým svetom, stávajú sa dôverčivejšími a následne sa stávajú obeťami rôznych spôsobov zneužitia, obeťami finančnej a majetkovej kriminality v niektorých prípadoch s fatálnymi dôsledkami.

Napriek tomu, že starší ľudia sú mimo trhu práce, majú právo na ne-diskrimináciu, nemôžu byť posudzovaní ako neúčinní pre rodinu, obec i spoločnosť, a to ani vtedy, ak potrebujú vysokú mieru starostlivosti rôzneho druhu. Starší ľudia majú právo na zdravotnú starostlivosť podľa potreby, majú právo na najrôznejšie služby, ktoré im umožnia ľudský dôstojný život. Majú právo nielen na sociálnu, ale i na emocionálnu bezpečnosť, na slušné zaobchádzanie v každej situácii a za akýchkoľvek podmienok. To sú skutočnosti, ktoré žiadna civilizovaná spoločnosť nemôže prehliadať a je povinná proti takýmto praktikám prijímať „opatrenia“.

Násilie

Násilie nie je konflikt (ako napríklad hádka). V konflikte sa stretnú rovnocenné strany, kým násilie je zneužitie prevahy moci jednou stranou. Násilím je každé správanie, ktorého cieľom je uplatnenie si moci a kontroly. Násilie začína útokmi proti **ľudskej dôstojnosti**, pokračuje útokmi **proti zdraviu** a vrcholí útokmi **proti ľudskému životu**. Charakteristickým rysom násilia je jeho: opakovanie, dlhodobosť, stupňovanie a takmer každodenná prítomnosť. Zlé zaobchádzanie so staršími ľuďmi - označované ako týranie starších ľudí - bolo prvý krát popísané vo Veľkej Británii v roku 1975 ako („*Elder abuse*“ „*Abuse of the elderly*“ „*Battered elder syndrome*) – EAN (elder abuse and neglect).

Pod násilím páchanom na staršom človeku sa rozumie predovšetkým úmyselné neuspokojovanie nevyhnutných základných potrieb staršieho človeka alebo také úmyselné správanie, ktoré má za cieľ staršej osobe fyzicky alebo psychicky ublížiť. Vo vzťahu k starším ľuďom však nedochádza len k domácejmu násiliu a násiliu v inštitucionálnej starostlivosti, ale aj k násiliu, ktoré je páchané páchatelmi, ktorí zneužívajú bezbranosť, dôverčivosť a osamelosť starších ľudí, najmä pokiaľ ide o páchanie majetkovej trestnej činnosti. Za najviac násilím ohrozené skupiny starších ľudí sa považujú osoby staršie ako 80

rokov, osoby vyššieho veku, ktoré žijú osamelo (v jednočlenných domácnostiach) a staršie osamelé alebo ovdovené ženy.

Faktory zvyšujúce ohrozenie násilia u starších ľudí:

- zlý funkčný stav, strata sebestačnosti,
- ťažšia porucha kognitívnych a komunikačných funkcií,
- celkove zlý zdravotný stav,
- sociálna izolácia,
- spolužitie s agresorom a závislosť na ňom.

Formy násilia

- fyzické násilie
- sexuálne násilie
- citové a psychické násilie
- finančné alebo iné materiálne využívanie,
- mediálne,
- vyhrážanie sa opustením resp. premiestnením do opatrovateľského ústavu,
- zneužívanie starých ľudí ako pokusné osoby bez ich súhlasu príp. proti ich vôli,
- odopieranie starostlivosti,
- manipulácia s liečbou – nadmerné podávanie sedatív, nepodávanie potrebnej liečby,
- druhotné ponižovanie (systémové týranie).

Spôsob násilia

Zneužívanie – vyžadovanie od seniora viac fyzickej, psychickej pomoci i ekonomickej podpory, ako je schopný poskytnúť. Patrí sem verbálna i neverbálna činnosť, ktorá vyvoláva úzkosť, bolesť, ponižovanie, izoláciu, zastrasovanie, ohrozovanie, finančné i materiálne vykorisťovanie.

Zanedbávanie - výskyt deficitu v citových vzťahoch. Nedostatok podpory, starostlivosti, prejavov rodinnej súdržnosti. Odmietnutie alebo sklamanie v uspokojovaní potrieb (strava, voda, odev, bývanie, osobná hygiena, komfort, bezpečnosť, zdrav. starostlivosť). Opustenie seniora, útek od povinnosti starať sa o neho.

Týranie - spôsobenie ujmy na zdraví, mentálnej sfére i spoločenskom uplatnení; môže byť fyzické, psychické i spoločenské.

Ageizmus - veková diskriminácia postihujúca seniorov; môže viesť k vekovej segregácii, vyčleňovaniu zo spoločnosti. Je podporovaný ekonomicko-sociálnymi problémami a spoločenskými predstavami podceňujúcimi starobu (Tošnerová, 2002).

Diagnostika násilia na starších ľuďoch

je nedostatočná a podceňovaná, veľmi komplikovaná a možno ju považovať za veľmi citlivý problém. Obete majú tendenciu svoj problém tajiť. Objavuje sa strach s potrestania, stud, poníženosť. Senior často neverí v možné riešenie situácie a prípadne sa obáva pomsty udaného vinníka. Mimo emócií sa vyskytuje aj pocit ekonomickej závislosti na druhých. Pre seniora je ťažké vyrovnať s tým, že páchatelom násilia je osoba blízka či profesionálny opatrovateľ. Z tohto aspektu senior o svojom probléme radšej mlčí a svojím spôsobom sa snaží zatajovať príznaky a následky násilia. Na druhej strane mylné vyslovenie závažného podozrenia môže byť vnímané ako ponižujúce a môže vážne narušiť vzťah opatrovateľ/senior.

Predpokladom správnej a včasnej diagnostiky je dôkladná anamnéza realizovaná citlivou verbálnou a neverbálnou komunikáciou, ktorá má vychádzať so záujmu o problémy seniora, mala by mať dôverný charakter a rešpektovať osobnosť seniora. Pri podozrení na fyzické násilie má veľký význam objektívne fyzikálne vyšetrenie, ale i komunikácia pri uvádzaní rozporov a odlišnosti mechanizmu vzniku napr. poranenia zo strany seniora a opatrovateľa. (Kalvach, 2004)

Súčasťou diagnostiky je hodnotenie psychického stavu a sociálneho prostredia v mieste bydliska seniora. Základnou metódou zisťovania násilia je komplexné geriatrické hodnotenie. Z uvedeného vyplýva, že na diagnostike problematiky by sa mal podieľať celý multidisciplinárny tím (Mühlpachr, 2008).

Diagnostiku potvrdia symptómy najmä ak sa objavujú opakovane či v kombinácii:

- malnutrícia, dehydratácia,
- mnohopočetné poranenia rôzneho pôvodu,
- kožné zápaly, dekubity, neošetrené rany a defekty,
- postihnutý bagatelizuje svoje zranenie,
- náhle vzniknutá nespavosť či potreba nadmerného spánku,
- časte rehospitalizácie s dobrým efektom štandardnej terapie,
- neochota rodiny prevziať seniora do domácej starostlivosti,
- nízka osobná hygiena,

- nerovnomernosť medzi majetkom/príjmom a životnou úrovňou seniora,
- pred členom rodiny pôsobí senior ustrašeným dojmom a neustále pred ním ustupuje,
- úzkosť, depresia, apatia seniora. (Mühlpachr, 2008)

Špecifiká starostlivosti o postihnutého seniora

V prípade zistenia akútneho ohrozenia seniora akoukoľvek formou násilia je potrebné okamžité prerušenie kontaktu s agresorom. Najčastejšie sa realizuje formou hospitalizácie seniora. Keď sa zdravotný stav seniora stabilizuje prichádza do úvahy jeho umiestnenie do sociálneho zariadenia ktoré poskytuje krízové akútne intervencie. Týranie seniora rodinným príslušníkom počas domácej starostlivosti je diskutabilná problematika usvedčenia agresora najmä, ak je senior závislý na jeho pomoci. V takejto situácii je náročné určiť jednoznačný prospech pre týraného. Ak násilie na seniorovi pácha profesionálny opatrovateľ a nie člen rodiny, je riešenie situácie podstatne jednoduchšie - kontakt opatrovateľa so seniorom sa okamžite preruší (Kalvach, 2008). Riešenie vzniknutej situácie a starostlivosť o seniora má byť komplexná a dlhodobá a má ho realizovať interdisciplinárny tím.

Starostlivosť o postihnutého seniora v domácom prostredí zahŕňa rôzne formy poradenstva, využitie respitných služieb, dispenzarizácia seniora a jeho rodiny. Tu si treba uvedomiť, že dôležitejšie než trest je podpora preťaženej a stresovanej rodiny.

Starostlivosť o postihnutého seniora v inštitucionálnom prostredí zahŕňa edukáciu personálu (v oblasti rešpektovania ľudskej dôstojnosti a pod.), zabezpečenie kontrolnej činnosti vedúcim pracovníkom v danej problematike, informovanosť zdravotníckych, sociálnych pracovníkov i širokej verejnosti o násilí a jeho príčinách páchanom na senioroch, aktívne vyhľadávanie seniorov ohrozených násilím, realizácia špecializačných kurzov programov a kampaní venovaných danému spoločenskému problému, pre jednotlivé kategórie pracovníkov inštitucionálnych zariadení, aktívny boj proti stresu na pracovisku, vytváranie príjemného pracovného prostredia, boj proti syndrómu vyhorenia, podpora vzájomnej komunikácie pracovníkov i ďalšie spôsoby pozitívnej motivácie pracovníkov, zabezpečenie možnosti supervízie pre personál. K odhaleniu násilia môže tiež prispieť otvorenie zariadenia dobrovoľníkom ako nezávislým osobám, ktorí môžu úspešne pomôcť pri samotnom odhalovaní a riešení situácie týrania seniora. (Kalvach, 2008) Obete násilia vyžadujú vždy praktickú a duševnú podporu, ktorá ich posilní preto každý kto poskytuje starostlivosť obetiam násilia by mal rešpektovať:

- **zásadu holistického prístupu**, (ktorá vychádza z vedomia nevyhnutnosti komplexného prístupu k problematike násilia páchaného na senioroch),

- **zásadu koordinovaného prístupu**, (len efektívnosť všetkých krokov smerujúcich k napĺňaniu cieľov je úzko viazaná stupňom koordinácie medzi všetkými zúčastnenými),
- **zásadu ľudskoprávneho prístupu** (na základe uznania násilia páchaného na senioroch, ako porušenia ľudských práv v súlade s medzinárodnými dokumentmi, ku ktorým SR pristúpila),
- **zásadu rodovo citlivého prístupu** (prevencia a eliminácia násilia, ktoré je rodovo podmienené).
- **zásadu diverzifikovaného prístupu** (ktorá vychádza z uznania potreby špecifického prístupu v jednotlivých typoch násilia, rovnako je nevyhnutné mať na zreteli rozdielnosť situácie konkrétnych jednotlivcov, ktorí sú vystavení násiliu).

Prevencia násilia

Neodmysliteľným súčasťou starostlivosti o seniora je prevencia násilia, ktorá v rámci danej problematiky môže mať úroveň:

- primárnu (edukácia a osвета seniora i spoločnosti),
- sekundárnu (depistáž, poradenstvo, práca s rizikovými rodinami, respitné služby a podporné aktivity),
- terciárnu (prevencia recidív).

Prevencia môže mať formu: individuálnu, rodinnú alebo celospoločenskú.

Opatrenia

Pri napĺňaní stanovených cieľov je nevyhnutné dodržiavať zásady a opatrenia, ktoré zabezpečia efektívnosť krokov smerujúcich k eliminácii a prevencii násilia páchaného na senioroch. Vzniká tu potreba:

- rozšíriť uplatňovanie vybraných nástrojov sociálno-právnej ochrany v rámci sociálnej pomoci aj vo vzťahu k obetiam násilia,
- podporovať vytváranie špecializovanej siete krízových telefonických liniek pomoci, centier krízovej intervencie a poradenských služieb (zdravotných, právnych, psychologických, sociálnych) s ohľadom na špecifické potreby obetí násilia,
- prioritne vytvoriť a akreditovať špecifické štandardy v oblasti služieb pre prácu s obetami všetkých typov násilia,

- zabezpečiť, aby pracovníci zariadení sociálnych služieb zohľadňovali diverzifikované potreby seniorov, ktorí sú vystavení násiliu alebo hrozbe násilia,
- vytvoriť podmienky pre šírenie informácií o možnostiach pomoci v prípadoch násilia páchaného v rodinách; vypracovať informačné materiály, ktoré by boli ľahko dostupné pre starších ľudí,
- doplniť systém pregraduálneho a postgraduálneho vzdelávania všetkých zainteresovaných profesií o problematiku násilia,
- vytvoriť podmienky pre vznik systému prevencie, koordinácie a eliminácie páchaného násilia na národnej a regionálnej úrovni a iniciovať vytváranie integračných intervenčných tímov odborníkov,
- vytvoriť podmienky pre realizáciu špeciálnych výcvikov pre zainteresované profesie,
- iniciovať špeciálne programy pre páchatel'ov násilia, nadviazať aktívnu zahraničnú spoluprácu s cieľom získavania a výmeny dobrých skúseností o špeciálnych programoch pre páchatel'ov násilia,
- podporovať aktivity mimovládnych organizácií, ktoré pôsobia v oblasti eliminácie násilia a vytvárať podmienky pre rozširovanie týchto aktivít,
- zavádzať špecifické programy na elimináciu a predchádzanie príčin a dôsledkov násilia realizovaných v prirodzenom rodinnom prostredí i v zariadeniach pre seniorov,
- podporovať rozvoj siete zariadení sociálnych služieb pre starších a zdravotne postihnutých ľudí, respitných služieb pre rodiny, poskytujúce starostlivosť starším a zdravotne postihnutým občanom odkázaným na pomoc inej osoby a terénnych sociálnych služieb,
- zabezpečiť systémovú spoluprácu orgánov miestnej štátnej správy, samosprávy a neštátnych subjektov pri uplatňovaní opatrení sociálno-právnej ochrany a sociálnej prevencie, zameraných na elimináciu príčin a dôsledkov násilia.

Záver

Pretrvávajúce násilia páchaného na ľudských bytostiach - starších ľuďoch je porušovaním ich ľudských práv. V Slovenskej republike boli prijaté novely Trestného zákona, Trestného poriadku, Zákona o priestupkoch, Občianskeho súdneho poriadku, Občianskeho zákonníka, Zákona o odškodnení obetí násilných trestných činov a Zákona o sociálnych službách, ktoré môžu podstatnou mierou prispieť k zefektívneniu procesu eliminácie násilia páchaného na senioroch.

Napriek týmto pozitívnym zmenám je nutné mať na zreteli, že hodnotenie miery úspešnosti právnych úprav musí vychádzať z toho, ako sú právne normy vykonávané resp. vykonateľné v praxi. Základnou úlohou je preto zaviesť a aplikovať do praxe také úpravy a novelizácie právnych noriem, ktoré budú s podporou ďalších preventívnych, represívnych, výchovných a ďalších opatrení potláčať násilie.

Zoznam bibliografických odkazov

1. KALVACH, Z. et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha : Grada, 2008. 336 s. ISBN: 978-80-247-2490-4.
2. KALVACH, Z., ZADÁK, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha : Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
3. MÜHLPACHR, P. *Základy gerontologie*. Brno : MSD, 2008. 203 s. ISBN: 978-80-7392-072-2.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetrovateľských a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 79 s. ISBN 80-7013-397-X.
5. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus – průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha : LF UK Praha, 2002. 48 s. ISBN 80-238-9506-0.
6. TOŠNEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. 2. vyd. Praha : LF UK Praha, 2002. 61 s. ISBN 80-238-9505-2.
7. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1 vyd. Praha : Univerzita Karlova v Praze, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

Kontaktná adresa autora

doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.

Fakulta zdravotníctva Katolíckej univerzity v Ružomberku

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

helena.kaducakova@ku.sk

SENIOR AKO EDUKANT V OŠETROVATEĽSTVE

Mariana Magerčiaková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Všetkých hospodársky vyspelých krajín sa dotýka problematika starnutia populácie, pričom demografický trend predpokladá nepretržitý rast počtu starých ľudí. Vzhľadom na skutočnosť, že so seniormi prichádzajú do kontaktu častejšie aj sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, do popredia sa dostáva potreba edukácie tejto vekovej kategórie. K efektívnej edukácii seniora prispieva akceptovanie fyziologických zmien v starobe, dodržiavanie správne stanovených cieľov, vhodne zvolených postupov a metód, ako aj zásad pre realizáciu edukačnej činnosti u ľudí vyššieho veku. Práve pri edukácii seniorov sa sestry dopúšťajú mnohých chýb, a to predovšetkým s ohľadom na jeho vek. Posudzovanie ako prvá fáza edukačného procesu má vo vekovej kategórii seniorov svoje špecifické aspekty. Edukácia seniora vyžaduje väčšiu časovú dotáciu, trpezlivý, tolerantný a individuálny prístup. Dôležité je integrovať do edukačného procesu rodinu, prípadne iné podporné osoby. Medzi ďalšie dôležité zásady edukácie seniorov patrí pozitívna podpora, dôraz na spätnú väzbu, poskytovanie pomoci, flexibilita, vnímavosť ku psychickému prežívaniu seniora a ďalšie.

Kľúčové slová: Senior. Staroba. Edukácia. Posudzovanie. Zásady. Ošetrovateľstvo. Sestra.

Úvod

Vo všetkých hospodársky vyspelých krajinách sa stáva zdravotníckou prioritou starnutie populácie, pričom demografický trend predpokladá nepretržitý rast počtu starých ľudí (Kalvach, Onderková, 2006). Vzhľadom na skutočnosť, že so seniormi prichádzajú do kontaktu častejšie aj sestry pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, do popredia sa dostáva potreba edukácie tejto vekovej kategórie. Hoci je edukácia dôležitá a nenahraditeľná predovšetkým pre udržanie sebestačnosti a nezávislosti človeka vo vyššom veku, pre sestru môže byť niekedy veľmi frustrujúca. Niekoľko negatívnych skúseností so seniormi môže viesť u sestry k vytvoreniu nebezpečného názoru, že výučba seniorov je zbytočná. Takýto

postoj ovplyvní nesprávny prístup sestry k starším pacientom a ku ich výučbe (Škrla, Škrlová, 2003).

Seniorská populácia je výrazne rôznorodá, a to z hľadiska veku, zdravotného stavu, funkčnej zdatnosti, rodinnej situácie, sociálneho zázemia, ekonomických podmienok, vzdelania, životných skúseností, hodnotového systému a podobne. Kvalita života seniora súvisí predovšetkým s naplnením vyšších životných potrieb (Kalvach, Onderková, 2006). Cieľom edukácie seniora, rodiny, prípadne jeho podporných osôb je:

- zapojiť do procesu liečby,
- zvýšiť samostatnosť seniora a rodiny pri zvládaní ochorenia,
- pomôcť adaptovať sa na prostredie zdravotníckeho alebo sociálneho zariadenia,
- minimalizovať stres,
- prebrať väčšiu zodpovednosť za seba a svoje zdravie,
- zlepšiť kompenzáciu ochorenia,
- znížiť frekvenciu hospitalizácií,
- znížiť výskyt komplikácií ochorenia,
- zlepšiť kvalitu života (Hrušková a kol. in Magurová, Majerníková, 2009).

Pri plánovaní a realizácii edukácie seniora sú prioritami problémy, ktorými sú starší ľudia a osoby s chronickými ochoreniami obzvlášť ohrozené, a to:

- Lieky. Vie pacient, čo si vziať, koľko, kedy a prečo?
- Výživa a hydratácia. Hojenie rán a infekcie si vyžadujú správnu výživu. Pacient nemusí byť motivovaný k príprave jedla alebo k príjmu tekutín podľa potreby.
- Neúmyselné poranenie. Pacient môže utrpieť úraz, ktorý je často spojený so slabosťou alebo vedľajšími účinkami liekov.
- Mobilita a doprava. Môže byť pacientovi poskytnutá doprava pre vyzdvihnutie liekov alebo nákup potravín?
- Podporné služby potrebné doma. Potrebuje senior sociálne služby, resp. potrebuje pomoc s prípravou jedla alebo liečbou?
- Kedy a ako žiadať o vhodnú liečbu. Vie pacient a jeho rodina rozpoznať známky toho, že je potrebná liečba (napr. bolesť, nežiadúce účinky liekov)? Vedia, ako vyhľadať alebo privolať pomoc? Vedia, kedy navštíviť lekára a kedy ísť na pohotovosť? (Rankin et al., 2005).

K efektívnej edukácii seniora prispieva akceptovanie fyziologických zmien v starobe, dodržiavanie správne stanovených cieľov, vhodne zvolených postupov a metód, ako aj zásad pre realizáciu edukačnej činnosti u ľudí vyššieho veku. Práve pri edukácii seniorov sa sestry dopúšťajú mnohých chýb, a to predovšetkým s ohľadom na jeho vek -nesprávne ponímanie, že senior už nové vedomosti ani zručnosti nepotrebuje, alebo nie je schopný sa ich naučiť. Druhou častou chybou pri súčasnej edukácii starého človeka a jeho rodinných príslušníkov je, že sa sestry viac zameriavajú na poučenie jeho podporných osôb než jeho samého, hoci sám je schopný dané informácie pochopiť a zapamätať si.

Pri plánovaní a realizácii edukácie u seniorov je nevyhnutné zohľadňovať tieto skutočnosti:

- seniori sú schopní vnímať a učiť sa,
- schopnosti a potreby seniorov sú iné než potreby mladších pacientov,
- starnutie je proces, ktorý môže ovplyvniť takmer všetky orgánové systémy- vrátane schopnosti vnímania, krátkodobej pamäti alebo psychomotorických funkcií,
- starší človek môže vyzeráť dezorientovaný a zmätený, ale v skutočnosti môže ísť iba o spomalené reflexy a poruchy sluchu alebo zraku (Škrla, Škrlová, 2003).

Pre starších ľudí má nesmierny význam ich životný príbeh, z ktorého čerpajú v prítomnosti a o ktorý významne opierajú svoju budúcnosť. U seniorov bývajú upevnené stereotypy, ktoré často nechcú meniť. Mnohí sa bránia získavaniu nových vedomostí, spomínajú na „staré zlaté časy“ a bránia sa zapojeniu do súčasného moderného života. Starý človek je niekedy zaujatý a nedôverčivý voči okoliu a k odlišnému pohľadu na prijímanie nových informácií. Moderný prístup k edukácii seniorov sa musí usilovať o to, aby senior plánoval najrôznejšie aktivity až do vysokej staroby. Sestra ako člen zdravotníckeho tímu v starostlivosti o seniorov musí hľadať správne motivačné „páky“, aby sa aj človek vo vyššom veku chcel usilovať o svoj rozvoj (Kleťetová, Dlabalová, 2008).

Edukácia seniora vyžaduje väčšiu časovú dotáciu, trpezlivý, tolerantný a individuálny prístup. Dôležité je integrovať do edukačného procesu rodinu, prípadne iné podporné osoby (Magurová, Majerníková, 2009). Seniori sa môžu naučiť nové postupy a procedúry a doslova túžia po tom, čo je dôležité pre udržanie ich zdravia a samostatnosť. Výučbové metódy je nevyhnutné prispôbiť pamäti starších ľudí. Starší ľudia potrebujú viac času na vyhodnotenie a na reakciu na danú informáciu. Ľudia, ktorí vždy zodpovedne pristupovali k vlastnému zdraviu, budú zrejme viac motivovaní zmeniť svoj životný štýl a budú sa snažiť naučiť sa upevňovať zdravie skôr ako tí, ktorí predpokladajú, že za nich túto zodpovednosť

preberie niekto iný. Starší ľudia, ktorí dávajú prednosť odkázanosti na druhých, si budú ťažšie osvojovať nové zvyky nasmerované na udržanie si samostatnosti (Škrľa, Škrlová, 2003).

Proces učenia v starobe je odlišný od učenia v inom veku. Učivo sa už ťažko osvojuje, ak nemá logickú štruktúru a praktický dopad. Krátkodobá pamäť prestáva fungovať a dlhodobá pamäť ukladá výberovo. Dochádza ku zhoršeniu mechanickej pamäti, preto je nevyhnutné sa zamerať na pamäť logicko- zmyslovú. V starobe tiež prevláda skorší model osvojovania poznatkov memorovaním. Na precvičovanie a upevňovanie nového učiva potrebuje senior viac času. Jeho znížený výkon nie je spôsobený neschopnosťou starého človeka sa učiť, ale neistotou, či činnosť zvládne. Dôležitá je pochvala a tiež zdravá súťaživosť, nevhodné je naopak znevažovanie tých, ktorí nestíhajú. Pri edukácii je potrebné začleniť viac prestávok a učenie nepresúvať do večerných hodín (najvhodnejší je čas medzi 9,30- 11,30 hod. a 15,30- 17,00 hod.) (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Experimentálne štúdie, ktoré boli realizované so starnúcimi osobami, ukázali, že učenie starších ľudí vykazuje jednoznačnú zákonitosť. Ak ide o relatívne jednoduché úlohy, sú rozdiely medzi mladšími a staršími ľuďmi pomerne malé až nepatrné. Ak ide o zložitejšie až mimoriadne zložité úlohy, rozdiely narastajú. Platí tu jednoznačný zákon: čím zložitejšia je úloha, ktorú je potrebné zvládnuť, tým väčšie ťažkosti starnúci ľudia majú. V jednom pokuse (Welford, 1958) bola porovnávaná výkonnosť v riešení zložitých úloh skupinou mladších osôb (26- 29 rokov) a osôb vo veku 60- 69 rokov. Ukázalo sa, že starší ľudia potrebujú štyrikrát dlhšiu dobu na naučenie, dopustia sa štyrikrát viac chýb pri učení a potrebujú dvaapokrát toľko času k naučeniu. To však neznamená, že by sa starší ľudia nemohli nič nového naučiť. Aj vo vysokej starobe môžu. Učenie ich však stojí viac námahy a trvá im dlhšie (Křivohlavý, 2002).

Špecifiká posudzovania seniora v edukácii

Vo fáze posudzovania v edukačnom procese u seniora je nevyhnutná dôslednosť, pričom pozornosť sestry smeruje ku získaniu nasledovných údajov:

- **Vek a fyziologické zmeny** v staršom veku, medzi ktoré patrí dlhší reakčný čas, často ťažko rozlíšiteľné vysokofrekvenčné tóny, zvuky v pozadí môžu zhoršiť sluchový vnem, znížená zraková ostrosť, menej presné rozlišovanie farieb, znížený chuťový a čuchový zmysel, zníženie vnímania tlaku a teploty a hmatovej rozlišovacej schopnosti, znížené mozgové funkcie pre horšie okysličovanie, znížený prietok krvi a menšie množstvo hemoglobínu, prevládanie staropamäti nad novopamäťou (Kozierová a kol., 1995).

- **Zdravotný stav**- aj keď to nie je pravidlo, pre seniorov je často typická polymorbidita a prejavy s ňou spojené (bolesť, obštipácia, obmedzená pohyblivosť, atď.), ako aj zvláštnosti klinického obrazu ochorenia v starobe (mikrosymptomatológia, oligosymptomatológia, atypický klinický obraz ochorenia a podobne).
- **Motivácia a pohotovosť**, resp. pripravenosť na výučbu- seniori niekedy nechápu zmysel edukácie v ich veku alebo ju považujú za zbytočnú, preto je nevyhnutné získať údaje o motivačných aj demotivačných faktoroch u konkrétneho človeka.
- **Spoločensko- ekonomické faktory**, a to kultúra, finančné zabezpečenie, resp. ekonomické podmienky, rodinné zázemie, úroveň bývania. Dôležité sú údaje o tom, ako a s kým senior žije a kto mu bude v domácom prostredí pomáhať; vyhodnotenie vzťahov v rodine.
- **Štýl učenia**- brať do úvahy to, ako bol daný človek zvyknutý učiť sa v minulosti a aké spôsoby získavania nových vedomostí a zručností sú efektívne v súčasnosti.
- **Názory na zdravie a ich praktizovanie**, postoje, hodnotový systém- postoj seniora k vlastnému zdraviu do veľkej miery ovplyvňuje aj jeho spoluprácu pri edukačnej činnosti a následné dodržiavanie inštrukcií.
- **Farmakoterapia**- zameranie predovšetkým na lieky, ktoré vplyvajú na schopnosť učiť sa. U seniorov je typická polypragmázia a s ňou spojený výskyt nežiaducich účinkov liekov.
- **Stav vedomia, psychický stav, poruchy myslenia, reči a správania**- pri podozrení na kognitívny deficit alebo prítomnosť syndrómu demencie je vhodné využiť niektorú z hodnotiacich škál, napr. test s hodinami alebo Mini-Mental State Examination.
- **Úroveň motorických zručností, chôdza, schopnosť sebaopatery**, resp. sebestačnosť- oblasť uvedených údajov je dôležitá predovšetkým pred plánovaním edukácie zameranej na získanie zručností. Vhodné je využiť ADL test podľa Bartelovej.
- **Skúsenosť s danou problematikou**- aby sme zabránili zbytočnému opakovaniu informácií, ktoré senior už ovláda, je nevyhnutné overiť si informovanosť v oblasti, ktorá má byť predmetom edukačnej činnosti. Je však nevyhnutné overenie nielen z hľadiska kvantity (množstvo, resp. rozsah vedomostí a zručností), ale aj z hľadiska kvality (správnosť alebo správne pochopenie vedomostí, prípadne uplatňovanie vhodných postupov praktickej činnosti).

Zásady edukácie seniorov

Edukácia seniorov vyžaduje od sestry voľbu iných prístupov a dodržiavanie zásad, medzi ktoré patria:

- **Trpezlivosť**- vzhľadom na väčšiu časovú náročnosť edukácie seniora v porovnaní s inými vekovými kategóriami edukantov v ošetrovatelstve. Starý človek potrebuje na pochopenie nového svoj vlastný spôsob a vlastné tempo. Veľa informácií naraz nezvládne prijať, preto je potrebné rozdeliť ich do niekoľkých častí. Vzhľadom na náročnosť edukácie je vhodné jej rozplánovanie do viacerých edukačných stretnutí. Starý človek potrebuje poznať limity svojich možností, vedieť, prečo niečo robí a ku čomu to vedie.
- **Pozitívna podpora pri výučbe**- u seniorov využívame pochvalu aj za malé úspechy v edukácii. Pri výučbe seniorov je potrebné objaviť ich schopnosti a opierať sa o ich možnosti a schopnosti.
- **Spätná väzba**- dôležité je častejšie overovanie vzhľadom na zníženú krátkodobú pamäť seniorov. U človeka vo vyššom veku nemôžeme chcieť, aby sa učil naspamäť. Naučené je nutné opakovaním uložiť do dlhodobej pamäti.
- **Pomoc pri vyplňaní písomných materiálov**- vyplňanie testov a formulárov môže byť pre seniora veľmi stresujúce, preto je nevyhnutné pri tejto činnosti poskytnúť pomoc, prípadne zvážiť ich využitie v edukácii vzhľadom na zistený deficit u starého človeka (zmyslový deficit, deficit v jemnej motorike a podobne).
- **Empatia**- dôraz na využívanie empatie v edukácii seniorov je daný odlišným prežívaním od mladších edukantov. Sestra musí nevyhnutne overovať pocity seniora a vnímať nielen slová, ale aj reč tela.
- **Flexibilita** pri výbere metód a prostriedkov edukácie- neexistuje iba jedna univerzálna výučbová metóda využiteľná u všetkých seniorov. Tiež prístup, ktorý bol vhodný pre mladšieho edukanta, nemusí uspokojiť staršieho.
- **Ísť „kus cesty“ naviac**- t. j. navrhnúť edukantovi vo vyššom veku svoju prítomnosť alebo pomoc.
- **Efektívne komunikačné zručnosti**- počas edukácie je potrebné vyjadrovať sa pomaly a zrozumiteľne, a pýtať sa, či sme všetko povedali tak, aby nám rozumel (využívanie vhodného tempa a hlasitosti reči, kladenie otázok, zrozumiteľnosť informácií a pod.).

- **Rešpektovanie ľudskej dôstojnosti-** akceptovanie a obhajoba práv a záujmov seniora. Ak zvolíme správny prístup, senior sám v sebe objaví nové schopnosti a presvedčenie, že nikdy nie je neskoro chcieť niečo dokázať.
- **Vnímavosť ku psychickému prežívaniu seniora-** senior môže prežívať úzkosť vzhľadom na obmedzenia a chyby v edukácii vyplývajúce z fyziologických zmien v starobe alebo z jeho ochorenia, preto je dôležité zamerať sa aj na jeho prežívanie, ktoré môže výrazne ovplyvniť kvalitu edukácie.
- **Rešpektovanie poruchy zraku alebo sluchu-** v prípade využívania písomného materiálu je nevyhnutná primeraná veľkosť a typ písma, ilustračné obrázky, prípadne použitie kompenzačných pomôcok- lupa, okuliare a podobne. V prípade uplatňovania metód hovoreného slova pri edukácii seniora je potrebné hovoriť pomaly, hlasom v nižšej tónine, žiadať o zopakovanie povedaného. Samozrejmosťou je nehlučnosť edukačného prostredia.
- **Zohľadňovanie obmedzenia motorických zručností-** nácviku praktických zručností môže u seniora prekážať ochabnutie svalstva, strata ohybnosti, poruchy chôdze alebo oslabenie jemnej motoriky. Je však nevyhnutné vylúčiť neochotu seniora alebo nedostatok jeho motivácie. Pri nácviku používania nových pomôcok je nutné jednotlivé kroky opakovať a dbať na to, aby ich senior sám skúšal. Iba tak odnaučíme chyby na začiatku. Každý krok má svoj význam, je potrebné ho dôsledne vysvetliť, aby jednotlivé kroky na seba logicky nadväzovali. Tiež nie je vhodné dávať seniorovi viac úloh naraz.
- **Snaha o udržanie motivácie-** motivácia je pri edukácii seniorov dôležitá a nenahraditeľná, a to nielen z hľadiska získavania vedomostí alebo zručností, ale aj pre zmenu postojov, názorov a správania. Motív, ktorý sestra v edukácii využíva, by mal vychádzať z potrieb a záujmov seniora. Senior potrebuje za svoju snahu a usilovnosť ocenenie. Pocit úspechu prináša motiváciu ku zvládaniu ďalších úloh.
- **Využívanie názorných pomôcok a písomných materiálov-** edukácia seniora je efektívnejšia s použitím názorných ukážok v podobe pomôcok, plagátov a podobne, ako aj poskytnutie informácií v písomnej podobe, aby sa ku nim senior alebo jeho rodina mohli kedykoľvek vrátiť.
- **Zapojenie rodiny do edukácie seniora-** edukácia seniora bez spolupráce rodiny je takmer vždy určená na zánik. Sestra edukátorka si musí s rodinou seniora vytvoriť profesionálny priateľský vzťah a zapojiť ju do plánu starostlivosti o ich blízkeho

človeka. „Pomôžte rodine pochopiť, že nezávislosť je pre pacienta dôležitá, že je to on, kto je zodpovedný za monitorovanie a udržanie svojho zdravia. Ak je pacient schopný svojprávne jednať, musí mu to rodina dovoliť“ (Škrla, Škrlová, 2003, s. 397).

Záver

Na udržanie dobrého stavu zdravia seniorov majú vplyv rôzne faktory, medzi ktoré môžeme zaradiť životné prostredie, štátnu nutričnú politiku, obmedzenie zdrojov v rezorte zdravotníctva, motiváciu ku fyzickej a psychickej aktivite. Rozhodujúci vplyv na kvalitu zdravia starých ľudí má okrem štátnej zdravotnej politiky aj ponuka zdravotníckych a sociálnych služieb (Zdziebło, 2008). Zdravie seniorov je vo veľkej miere ovplyvňované aj činnosťami sestry, medzi ktoré nesporne patrí aj edukácia.

„Sestra, ktorá realizuje edukačný proces, musí mať teoretické i praktické vedomosti o edukácii a jej osobitostiach pri výchove a vzdelávaní seniorov, patria sem zásady edukačného procesu, zmeny v starobe ovplyvňujúce kognitívne funkcie a osvojovanie si nových informácií, podávanie informácií seniorom, faktory ovplyvňujúce edukáciu a kroky edukačného procesu“ (Malíková, Magerčiaková, 2007, s. 286).

Zoznam bibliografických odkazov

1. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A.: *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, 43 s., ISBN 80-7262-455-5.
2. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 208 s., ISBN 978-80-247-2169-9.
3. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R.: *Ošetrovatel'stvo 1, 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 1474 s., ISBN 80-217-0528-0.
4. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s., ISBN 80-247-0179-0.
5. MAGERČIAKOVÁ, M.: *Edukácia v ošetrovatel'stve 1*. 1. vyd. Ružomberok: Katolícka univerzita, Fakulta zdravotníctva, 2007, 106 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
6. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ.: *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009, 155 s., ISBN 978-80-8063-326-4.

7. MALÍKOVÁ, K., MAGERČIAKOVÁ, M.: Osobitosti edukačného procesu pri výchove a vzdelávaní seniorov In: *Ošetrovatelstvo: teória, výskum a vzdelávanie*. Martin: JLF UK, 2007, s. 283- 294. ISBN 978-80-88866-43-5.
8. RANKIN, S.H., STALLINGS, K.D., LONDON, F.: *Patient Education in Health and Illness*. 5. vyd. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, 368 s., ISBN 978-0-7817-4849-0.
9. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent- Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
10. ZDZIEBŁO, K.: Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa. In: *Studia Medyczne*, 2008, 9, s. 63- 69, ISSN 1899-1874.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Katolícka univerzita

Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

magerciakova@ku.sk

SENIOR- RECIPIENT OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI V CHIRURGICKÝCH ODBOROCH

Mariana Magerčiaková, Katarína Zrubáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Súhrn

Vzhľadom na súčasný trend starnutia populácie sa stretávame s početnejším zastúpením seniorov ako recipientov zdravotnej, a teda aj ošetrovateľskej starostlivosti v chirurgických odboroch. Vyšší vek má svoje charakteristiky, ktoré by sa mali odrážať aj pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti seniorom v perioperačnom období. Základom je poznanie fyziologických zmien v starobe, ukazovateľov zdravotného stavu starších ľudí, ako aj zvláštností klinického obrazu ochorení v starobe a tiež geriatrických syndrómov. Posudzovanie seniora v období pred operáciou zahŕňa klinické vyšetrenie pacienta, pri ktorom sa určujú operačné rizikové faktory a získavajú sa údaje potrebné na pooperačné hodnotenie. V nadväznosti na posúdenie sa realizuje predoperačná príprava, ktorej cieľom je u seniora identifikovať riziká (najmä faktory operačného rizika), priority a potreby geriatrického pacienta, ako aj dôsledná príprava pacienta na operačný výkon vo všetkých oblastiach predovšetkým so zameraním na prevenciu intraoperačných a pooperačných komplikácií. Sestra participuje na jednotlivých súčastiach nielen somatickej, ale aj psychickej predoperačnej prípravy a v spolupráci s ostatnými členmi zdravotníckeho tímu realizuje pooperačnú starostlivosť, ktorá má u seniora tiež svoje špecifiká.

Kľúčové slová: Senior. Chirurgia. Ošetrovateľská starostlivosť. Posudzovanie. Predoperačná príprava. Pooperačná starostlivosť.

Úvod

Demografický vývoj spoločnosti dokazuje starnutie populácie, čo má mať za následok posilňovanie zdravotníckych a sociálnych služieb s ohľadom na potreby seniorov. Mnohé z ochorení typických pre starých ľudí si vyžadujú ambulantnú alebo ústavnú starostlivosť v rámci chirurgických pracovísk. Počet pacientov vyšších vekových skupín prijatých na chirurgické lôžko v posledných 20 rokoch významne narastá (seniori nad 70 rokov tvoria 20 % pacientov na chirurgických a až 50 % na ortopedických a urologických oddeleniach). Je

tendencia realizovať rozsiahle výkony aj u pacientov vo 8. a 9. decéniu, často v kritickom stave. Preto aj napriek poklesu celkovej chirurgickej mortality pripadá 75 % všetkých pooperačných úmrtí na seniorov. Významnú úlohu pri jej znižovaní zohráva posun k moderným, menej invazívnym operačným postupom, šetrné vedenie anestézie, rozsiahla perioperačná starostlivosť a starostlivo vedené predoperačné vyšetrenie (Topinková, 2005). Seniori majú poskytovanú starostlivosť prevažne na pracoviskách všeobecnej chirurgie, úrazovej chirurgie, ortopédie a urológie, ale tiež v rámci cievnej chirurgie, hrudníkovej chirurgie, plastickej chirurgie, otorinolaryngológie a ďalších.

Typickým znakom chirurgických pracovísk je prevaha operačnej terapie nad konzervatívnou. „Pri operáciách chorých vo vyššej vekovej skupine (urgentných aj plánovaných) treba počítať s odlišnou reakciou starého organizmu na operačnú záťaž, ktorá je spôsobená morfológickými a patofyziologickými dôsledkami starnutia. Operácia v starobe sa uskutočňuje na anatomickom i funkčne zmenenom biologickom teréne, čo určuje pooperačnú odozvu organizmu v stareckom veku na chirurgické ochorenie, anestéziu i vlastný operačný výkon. Z toho vyplýva odlišná reakcia organizmu v starobe na operačný výkon, ktorú určujú hlavne zmenené kardiovaskulárne, respiračné a hepatobiliárne pomery a zmenené funkcie obličiek, CNS a imunitného systému“ (Vajó in Siman a kol., 2007, s. 42).

Tabuľka 1 Zmeny v jednotlivých systémoch organizmu v starobe

Kardiovaskulárny systém	Pokles systolickej a diastolickej funkcie, zhoršenie autoregulácie na podklade vyššej cievnej rigidity, znížená aktivita sympatika
Respiračný systém	Pokles celkovej pľúcnej kapacity, pokles pľúcnej elasticity, zhoršená výmena plynov, pokles PaO ₂
Renálny systém	Pokles glomerulárnej filtrácie
Tráviaci systém	Znížená rýchlosť metabolizmu, znížená črevná absorpcia
Imunitný systém	Znížená imunitná odpoveď- špecifická aj nešpecifická, oneskorený vzostup leukocytov pri infekcii

(spracované podľa Skalická a kol., 2007)

U väčšiny pacientov pokročilého veku sú prítomné významné komorbidity, ktoré znižujú psychosomatické rezervy. Sú to predovšetkým tieto ochorenia: chronická obštrukčná choroba pľúc, ischemická choroba srdca, diabetes mellitus, morbidná obezita, degeneratívne ochorenie pohybového systému, významná mozgová ateroskleróza a ďalšie (Šváb a kol.,

2008). Pri indikovaní seniorov na operačný výkon je okrem operačnej diagnózy nevyhnutné posudzovať aj celkový zdravotný stav pacienta. V súčasnosti sa najčastejšie používa **ASA Score** (American Society of Anesthesiologists), podľa ktorého je možné odhadnúť rizikovosť seniora aj z hľadiska operačnej záťaže alebo prežitia 7. pooperačného dňa. Tento skórovací systém rozdeľuje pacientov do piatich kategórií:

- ASA I- relatívne zdravý pacient bez patologického klinického alebo laboratórneho nálezu; chorobný proces indikovaný na operačný výkon nespôsobuje systémovú poruchu (0,1 %),
- ASA II- menej až stredne závažné celkové ochorenie bez zmien výkonnosti a funkcie orgánov, napr. vek nad 70 rokov, hypertenzia, anémia, diabetes mellitus, obezita, ľahká forma ICHS (0,5 %),
- ASA III- závažné ochorenie obmedzujúce aktivitu a výkonnosť pacienta, funkciu orgánov, napr. angina pectoris, stav po infarkte myokardu, závažná forma diabetes mellitus, srdcové zlyhanie (4,4 %),
- ASA IV- závažné, život ohrozujúce ochorenie, ktoré nie je možné predoperačne riešiť, napr. dekompenzácia srdca, nestabilná angina pectoris, pokročilá forma insuficiencie pľúc, obličiek alebo pečene, hemoragický šok, peritonitída a ileus (25 %),
- ASA V- operácia predstavuje poslednú možnosť záchrany života, smrť je pravdepodobná do 24 hodín nezávisle od operácie (50 %) (Šváb a kol., 2008).

Pacient v pokročilom veku, zaťažený početnou komorbiditou najmä v kardiorespiračnej oblasti, zvlášť keď je podrobený závažnému urgentnému výkonu bez možnosti účinnej kompenzácie komplikujúcich ochorení, je v maximálnej miere ohrozený vlastným výkonom a pooperačnými komplikáciami, často bezprostredne ohrozujúcimi život. Starostlivá korekcia komplikujúcich ochorení, rehydratácia, korekcia novej malnutrie a prihliadnutie k fyziologickým zmenám spojeným so starnutím sú kľúčovými momentmi predoperačnej prípravy (Skalická a kol., 2007). Operačné riziko je spojené aj s anestéziou počas operačného výkonu u seniora. Technika anestézie vyžaduje u starších pacientov modifikáciu vzhľadom na rôzne deformácie skeletu a pridružené chronické ochorenia. Pokroky v anesteziológii prispeli k vytvoreniu istejšieho operačného prostredia. Častejšie využívanie spinálnej alebo lokálnej anestézie dovoľuje aj u seniorov realizovať také operačné výkony, ktoré ešte pred rokmi neboli možné (Litomerický, 1992).

Pri **posudzovaní seniora**, ako aj pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v chirurgických odboroch, je nevyhnutné zohľadňovať nielen morfológické a patofyziologické dôsledky starnutia (uvádzané vyššie), ale aj komorbiditu a polymorbiditu, zvláštnosti klinického priebehu chirurgických ochorení, psychické zmeny a zmeny kognitívnych funkcií, geriatrické syndrómy (poruchy termoregulácie, poruchy homeostázy, poruchy mobility, väčšia náklonnosť ku vzniku dekubitov, častejšia inkontinencia moču a stolice), zvláštnosti farmakoterapie v starobe a zmeny v sociálnej oblasti seniora.

„Posúdenie pred operáciou zahŕňa klinické vyšetrenie pacienta, pri ktorom sa určujú operačné rizikové faktory a získavajú sa údaje potrebné na pooperačné hodnotenie. Sestra tiež zabezpečí skompletizovanie skríningových testov a prípravu pacienta na výkon vrátane monitorovania, ak je potrebné“ (Kozierová a kol., 1995, s. 1350). Súčasťou predoperačného vyšetrenia seniora je anamnéza, fyzikálne vyšetrenie a laboratórne a ďalšie inštrumentálne vyšetrenia.

Lekárska anamnéza:

- Prítomnosť kardiovaskulárneho ochorenia (ICHS, IM, chlopňové chyby, TECH v anamnéze, arytmie, hypertenzia, NCMP),
- Prítomnosť pľúcneho ochorenia (chronická obštrukčná bronchopulmonálna choroba, astma, fajčenie),
- Anamnéza iných chronických ochorení,
- Funkčný stav a sebestačnosť (mobilita, mentálne funkcie, nutričia),
- Farmakologická anamnéza (všetky užívané lieky).

U pacientov s poruchami pamäte alebo komunikácie overíme anamnestické údaje od ošetrojúceho alebo všeobecného lekára či rodinného príslušníka (Topinková, 2005).

Fyzikálne vyšetrenie realizované lekárom je zamerané na:

- Bežné vyšetrenie so zameraním na kardiopulmonálne funkcie (srdcové šelesty, príznaky kardiálneho zlyhávania, poruchy rytmu, hypertenzia alebo hypotenzia, pľúcny nález), orgánové postihnutie (pečeňové, obličkové, hematologické, diabetes mellitus),
- Muskuloskeletálne ochorenie, pohyblivosť a celková funkčná zdatnosť a sebestačnosť,
- Neuropsychiatrické vyšetrenie zamerané na screening akútnej a chronickej kognitívnej poruchy, depresie, fokálnych neurologických výpadkov a extrapyramídových porúch,
- Hodnotenie stavu nutricie (BMI), kontinencie, kožnej integrity (Topinková, 2005).

Medzi **laboratórne a ďalšie vyšetrenia** realizované u seniorov bez chronického ochorenia v predoperačnom období patria:

- Krvný obraz, hemokoagulačné faktory, krvná skupina (screening anémie, infekcie, koagulačnej poruchy),
- Moč chemicky + sediment, urea a kreatinín (orientačne funkcia obličiek),
- Glykémia (screening diabetes mellitus),
- Elektrolyty (riziko arytmií),
- RTG pľúc (screening pľúcneho ochorenia),
- EKG (detekuje ischémiu a arytmiu) (Topinková, 2005).

Podľa komorbidít seniora môžu byť indikované **ďalšie doplňujúce vyšetrenia**:

- Laboratórne vyšetrenia: glykemický profil, ABR, clearance kreatinín, celkové bielkoviny, albumín, hepatálne testy, kompletné hemokoagulačné vyšetrenie,
- Pri kardiálnych ochoreniach: echokardiografia, záťažové EKG, 24-hodinové monitorovanie EKG, sonografia karotíd,
- Pri pľúcnych ochoreniach: spirometria a ďalšie (Topinková, 2005).

Záver predoperačného vyšetrenia by mal obsahovať:

- Súhrn diagnóz, vyjadrenie o vhodnosti súčasnej liečby, prípadne návrh na úpravu terapie,
- Kontrolu a interpretáciu prípadných patologických nálezov laboratórných vyšetrení,
- Vyhodnotenie stavu funkčných rezerv základných orgánových systémov,
- Návrh terapie v predoperačnom, intraoperačnom a pooperačnom období vrátane vyjadrenia ku realizácii operačného výkonu v celkovej alebo miestnej anestézii a prevencii komplikácií (Topinková, 2005).

V nadväznosti na závery lekárskeho predoperačného vyšetrenia seniora a výsledky doplňujúcich vyšetrení sestra realizuje **ošetrovateľské posudzovanie**, ktoré má u **seniora** v chirurgii tieto **špecifiká**:

- Pohybová aktivita, sebestačnosť a nezávislosť- ADL test podľa Bartelovej, hodnotenie funkčnej nezávislosti- FIM,
- Riziko dekubitov- Norton scale- v prípade obmedzenej pohyblivosti,
- Kognitívne funkcie a demencia- Mini-Mental State Examination,
- Výživa, resp. životospráva- Mini Nutritional Assessment,

- Príznaky geriatrických syndrómov,
- Sociálne a ekonomické podmienky- s dôrazom na podporné osoby,
- Zdravotné problémy- polymorbidita a komorbidita,
- Úroveň komunikácie,
- Psychický stav- prežívanie ochorenia.

Tabuľka 2 Predoperačné úlohy sestry vzhľadom na fyziologické zmeny v starobe

Systém	Fyziologická zmena	Predoperačné úlohy sestry
Kožný	Zraniteľná koža spôsobená venóznou stázou a slabým venóznym návratom	Naučiť pacienta vykonávať pasívne a aktívne cvičenia. Odobrať pacientovi miery na antiembolické pančuchy.
Kardiovaskulárny	Redukovaná srdcová rezerva spôsobená zmenami v myokarde. Tachykardia zo strachu, ktorú srdce seniora horšie toleruje. Znížená poddajnosť krvných ciev spôsobená aterosklerózou.	Zistiť zvyčajnú srdcovú rezervu a ako rýchlo sa pacient unaví. Poučiť pacienta a napomáhať zmiernenie strachu. Naučiť pacienta cviky s dolnými končatinami a otáčanie. Získať údaje o vitálnych funkciách. Monitorovať tlak krvi, najmä so zreteľom na hypertenziu.
Dýchací	Redukovaná vitálna kapacita spôsobená zníženou rozťažnosťou hrudného koša.	Naučiť pacienta zhlboka dýchať a kašľať. Získať základné údaje o respirácii.
Močový	Redukovaný krvný prúd v obličkách. Znížená schopnosť vylučovať toxíny spôsobená redukovanou glomerulárnou filtráciou.	Získať údaj o množstve moču za 24 hodín. Začať so zaznamenávaním príjmu a výdaja tekutín.
Tekutiny a elektrolyty	Dehydratácia z opakovaných klyziem. Hypokaliémia spôsobená hnačkami.	Vyšetriť stav hydratácie na získanie základných údajov. Sledovať príjem a výdaj tekutín.
Nervový	Zhoršená sensorická ostrosť. Predĺžený reakčný čas.	Zoznámiť pacienta s prostredím. Poskytnúť mu čas na postupovanie vlastným tempom.

(spracované podľa Kozierová a kol., 1995, s. 1350)

Predoperačná príprava starších ľudí sa v zásade nelíši od bežnej prípravy dospelých osôb, je však nevyhnutné venovať osobitnú pozornosť príprave kardiovaskulárneho systému, funkcii obličiek a sprievodným chronickým ochoreniam (Vomela a kol., 1998). Cieľom predoperačnej prípravy seniora je identifikovať riziká (najmä faktory operačného rizika), priority a potreby geriatrického pacienta, ako aj dôsledná predoperačná príprava vo všetkých oblastiach predovšetkým so zameraním na prevenciu intraoperačných a pooperačných komplikácií. Rozsah predoperačnej prípravy je určovaný zdravotným stavom pacienta a operačným výkonom. Starší pacient s bohatou anamnézou interných ochorení bude vyžadovať rozsiahlejšiu predoperačnú prípravu než mladý zdravý pacient. Zásadným prvkom je nalievavosť operácie, ktorá určuje množstvo času vymedzeného na predoperačné vyšetrenie a prípravu. Pri akútnych a urgentných operáciách je možnosť predoperačnej prípravy podstatne redukovaná, a preto perioperačná letalita a morbidita sú u starších pacientov vyššie než u mladšej populácie. Pri elektívnych operáciách je dostatok času na kompenzáciu interných ochorení a mobilizáciu rezerv organizmu, takže aj operačné riziko je významne znížené. Kľúčové momenty v predoperačnej príprave seniorov sú:

- Korekcia komplikujúceho ochorenia,
- Stav hydratácie,
- Korekcia malnutrície,
- Prihliadnutie ku fyziologickým zmenám spojeným so starnutím (Šváb a kol., 2008).

„Predoperačná príprava na elektívnu operáciu u pacienta nad 65 rokov má trvať 1- 3 týždne. Spočíva nielen v príprave starého organizmu na operačnú záťaž, ale aj v dôkladnom predoperačnom vyšetrení, ktoré má odhaliť pridružené choroby“ (Černý in Litomerický a kol., 1993, s. 202).

Sestra sa podieľa na nasledovných komponentoch predoperačnej prípravy:

- **Príprava gastrointestinálneho traktu**- pacient zostáva nalačno 6- 8 hodín pred operáciou, zavedenie NGS pred operáciou ileózneho stavu, príprava hrubého čreva pred operáciou. U seniorov môže pri podávaní prehľadla dôjsť k dehydratácii a poklesu krvného tlaku, preto je nevyhnutné týchto pacientov sledovať a dohliadať na rehydratáciu v priebehu prípravy (event. aj náhradou strát tekutín intravenóznou infúziou).
- **Zavedenie permanentného katétra (PK)**- najmä pri akútnych operáciách seniorov je nevyhnutné sledovať diurézu; u starších mužov býva zavedenie PK obtiažnejšie pre časté ochorenie a operácie prostaty.

- **Intravenózna kanylácia-** pred operačným výkonom sa zaisťuje i. v. prístup. Pri problémoch so zavedením periférnej venóznej kanyly sa pristupuje ku kanylácii centrálnej žily.
- **Príprava operačného poľa-** oholenie kože v mieste realizácie operačného výkonu.
- **Úprava a podávanie medikácie** na základe farmakologickej anamnézy- napr. vynechanie užívania Anopyrínu 10 dní pred plánovanou operáciou, vysadenie perorálnych antikoagulancií, prevedenie diabetikov z perorálnych antidiabetík na kryštalický inzulín a podobne.
- **ATB profylaxia-** jej indikácia je daná typom operačného výkonu a rizikovosť pacienta. Je nevyhnutné aktívne pátrať po rizikových faktoroch vyskytujúcich sa v starobe (diabetes mellitus, imunosupresia, poruchy výživy, pacienti s umelou srdcovou chlopňou a podobne).
- **Podávanie transfúzných prípravkov-** zaistenie, objednanie alebo predoperačné podávanie transfúzných prípravkov sa riadi typom operácie a stavom pacienta. Predoperačná anémia môže byť u starších pacientov spôsobená základným nádorovým ochorením alebo nedostatočným prívodom železa v potrave v prípade sideropenickej anémie. Od toho sa odvíjajú aj možnosti korekcie.
- **Úprava hydratácie a vnútorného prostredia-** u seniorov sa stretávame pomerne často s dehydratáciou a minerálovým rozvratom najmä pred akútnou operáciou. Dehydratácia je sprevádzaná poklesom krvného tlaku a zhoršenou perfúziou orgánov. Rehydratáciu je vhodné realizovať za súčasného monitorovania centrálného venózneho tlaku, nakoľko vzhľadom k častej kardiálnej komorbidite týchto pacientov môžeme naopak ľahko spôsobiť kardiálne zlyhanie s pľúcnym edémom. Ďalším častým nálezom je hypokaliémia spôsobená vlastným ochorením (hnačky, fistuly), malnutríciou alebo medikáciou (diuretiká). Vzhľadom na riziko kardiálnych komplikácií je aj pred akútnou operáciou nevyhnutná korekcia kalémie. Hladinu kálie je nutné posudzovať v súvislosti s acidobázickou rovnováhou, ktorá ovplyvňuje hladinu kálie v krvi.
- **Úprava výživy-** u seniorov sa často stretávame s malnutríciou. Pred akútnym operačným výkonom nie je čas na korekciu, a preto sú týmto ovplyvnené výsledky a riziká. Najmä pred rozsiahlejšími plánovanými operáciami by malo byť u seniorov realizované nutričné vyšetrenie a podľa výsledku začatá nutričná príprava. Spôsob nutričnej podpory závisí od stavu pacienta: sipping (perorálna nutričná podpora určená na popíjanie), výživa NGS alebo NJS, doplnková alebo totálna parenterálna výživa. Na druhej strane ani obezita neposkytuje vhodné podmienky pre operáciu. Časté sú

infekčné komplikácie rany. Preto pred elektívnou operáciou by mala byť doporučená redukcia hmotnosti.

- **Prevenia tromboembolickej choroby (TECH)**- opatrenia na zníženie rizika TECH patria ku celkovej všeobecnej príprave pacienta, pretože už samotný operačný výkon je rizikový faktor TECH. Na základe zhodnotenia všetkých rizikových faktorov sa zvolí primeraná predoperačná príprava. Vek patrí ku významným rizikovým faktorom, čoho dôkazom je aj fakt, že asi 20- 30% starších pacientov na všeobecnej chirurgii má perioperačne hlbokú žilovú trombózu. Medzi rizikové faktory TECH patria: vek nad 60 rokov, malígne nádory, obezita, varixy dolných končatín, stav po hlbokej žilovej trombóze, stav po pľúcnej embólii, hormonálna antikoncepcia, vrodené a získané hyperkoagulačné stavy, imobilizácia a sepsa (Šváb a kol., 2008).

Podobne ako v iných vekových kategóriách pacientov, aj u seniorov je dôležitá **psychická predoperačná príprava**. *„Gerontochirurgický pacient potrebuje zvýšenú pozornosť a opateru nielen v somatickej, ale aj v psychickej oblasti, ktorá je okrem iného aj podmienkou úspešnej spolupráce medzi ošetrojúcim personálom a pacientom. Ide o prípravu pacienta na aktívny prístup k navrhovanému operačnému výkonu, k predoperačnej príprave a ku všetkým úkonom, ktoré čakajú pacienta v období po operácii. Operačný výkon je pre pacienta novovzniknutá situácia, ktorá zaťažuje jeho starobu. Niet pravidla, podľa ktorého by bolo možné očakávať reakciu pacienta“* (Siman a kol., 2007, s. 28). V psychickej predoperačnej príprave seniora musí sestra poznať zvláštnosti prežívania v starobe a voliť vhodné prístupy a spôsoby v komunikácii a edukačnej činnosti realizovanej u seniora. Často je nevyhnutná aj spolupráca s rodinnými príslušníkmi gerontochirurgického pacienta.

Pooperačná starostlivosť o seniora (podobne ako aj predoperačná príprava) je založená na tímovej spolupráci: chirurg, sestra, anesteziológ, fyzioterapeut, internista, geriater, psychológ, sociálny pracovník, asistent výživy a podobne. Medzi špecifiká pooperačnej starostlivosti o seniora patrí:

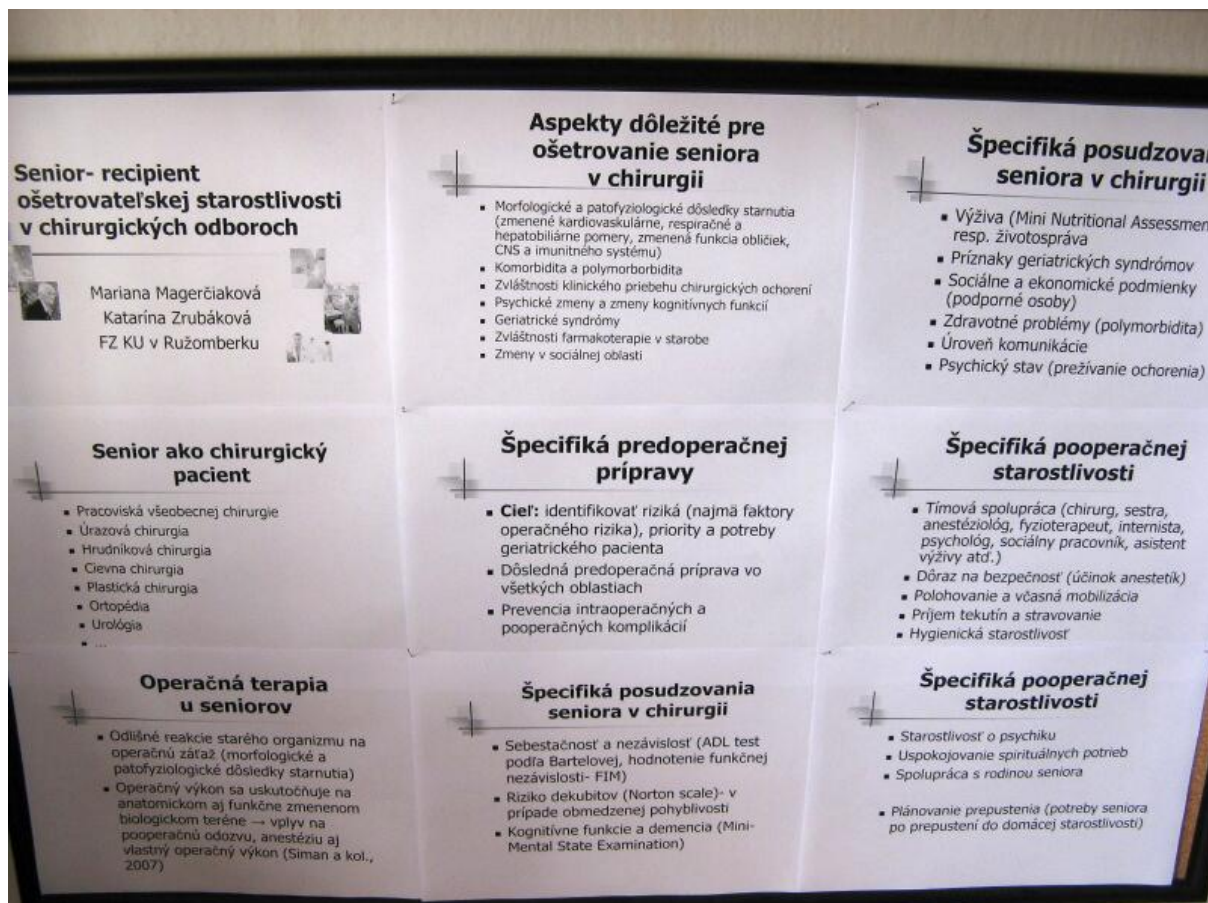
- **Dôraz na bezpečnosť pacienta**- u seniorov sa často vyskytujú poruchy rovnováhy a instabilita s rizikom pádov, preto je nevyhnutné úsilie o elimináciu ovplyvniteľných príčin. Gerontochirurgický pacient je oslabený aj samotným ochorením, operačným výkonom, anestéziou, zmenami stravovania a pohybového režimu predovšetkým v pooperačnom období. Samozrejmosťou by mala byť stála prítomnosť sestry alebo iného zdravotníckeho pracovníka pri nácviку vstávania a chôdze, pri sebaobslužných činnostiach, dôraz na vhodnú obuv pacienta a bezpečnosť prostredia (madlá v kúpeľni a na toalete, protišmykové úpravy, bezbariérovosť prostredia, vhodné nočné

osvetlenie, dostupnosť signalizácie atď.). Súčasťou pooperačnej starostlivosti je aj kontrola vedomia a správania seniora.

- **Polohovanie a včasná mobilizácia**- starší pacienti po operácii musia často meniť polohu na posteli, na čo sestra starostlivo dohliada. Inak narastá nebezpečenstvo hypoventilácie pľúc, riziko zatekania hlienov do dolných častí pľúc, zvyšuje sa riziko infekcie a zápalu pľúc. Preto je dôležitou súčasťou pooperačnej starostlivosti o seniora pravidelná dýchacia gymnastika a fyzioterapia. Oslabený kašľací reflex následkom pooperačnej bolesti alebo vyčerpania zvyšuje potrebu cvičenia a klinického pozorovania (Litomerický, 1992). Neoddeliteľnou súčasťou pooperačnej starostlivosti o seniora je včasná mobilizácia, a to nielen z hľadiska prevencie respiračných pooperačných komplikácií, ale aj tromboembolických, kardiálnych, gastrointestinálnych a ďalších.
- **Príjem tekutín a stravovanie**- výživa seniorov je narušená niektorými biologickými zmenami (problémy s chrupom, zmenené vnímanie chuti a vône), pri hospitalizácii na chirurgickom oddelení sú príčinami nechutenstva aj strach, úzkosť, zmena stravy, iný časový rozvrh jedla, stres z cudzieho prostredia, diagnózy, operácie, bolesti. Sestra by mala ku každému pacientovi pri uspokojovaní potreby výživy pristupovať individuálne a rešpektovať podľa možnosti jeho prianie v oblasti zloženia jedla, ale aj jeho konzumácie. Pri rozvoji malnutrie sa uplatňuje veľa vplyvov, ako napr. involučné zmeny a menej pohybu, užívanie mnohých rôznych liekov, polymorbidita, strata chrupu alebo slizničné ochorenie ústnej dutiny, sociálna izolácia a psychická depresia, ekonomická záťaž, nedostatočná stimulácia a pomoc blízkeho okolia. U starších ľudí, ktorí prichádzajú do nemocnice už s rôznym stupňom malnutrie, sa v priebehu ich pobytu v nemocnici jej stupeň ešte zhorší, čím sa zvyšuje počet komplikácií, event. reoperácií, čím sa celkovo predlžuje pobyt v lôžkových zariadeniach a tým aj náklady na liečbu. Sestra potrebuje z anamnézy získať informácie o stave výživy pacienta pred príchodom do nemocnice, aby mohla správne reagovať na prípadné signály v oblasti nedostatočnej výživy. V pooperačnom období je v závislosti od stavu seniora indikovaná perorálna, enterálna alebo parenterálna výživa. V prípade perorálneho príjmu sestra dbá na dostupnosť nočného stolíka, dostupnosť tekutín a slamku na pitie u ležiacich pacientov, vhodnú konzistenciu a teplotu stravy s ohľadom na zubnú protézu, povzbudzovanie ku konzumácii jedla a pitiu tekutín, zapisovanie množstva podaných tekutín, vhodnú diétu, pohyb na lôžku podľa stavu pacienta a sipping (popíjanie ochuteného nutričného prípravku po celý deň) (Šváb a kol., 2008).

- **Hygienická starostlivosť a prevencia dekubitov**- vek s involučnou atrofiou a nižšou elasticitou kože v starobe je jedným z rizikových faktorov vzniku dekubitov. Ďalšími rizikovými faktormi sú trenie, tlak, zapareniny a macerácia, neupravená posteľ pacienta, tlak sadrových obväzov alebo ortéz, obezita atď. Kľúčový význam v prevencii dekubitov má včasná identifikácia rizikových pacientov s využitím Norton Scale, včasná mobilizácia, aktívne zmeny polohy na posteli najdlhšie po 2 hodinách, používanie antidekubitálnych pomôcok, starostlivosť o hygienu a čistotu pacienta, ošetrovanie kože vhodnými prípravkami, dostatočná výživa pacienta (Šváb a kol., 2008). Okrem hygieny kože je nevyhnutná aj pravidelná hygiena ústnej dutiny s využitím vhodných antiseptických prostriedkov, ktorá je najlepšou prevenciou proti zvýšenému riziku infekcie slinných žliaz u chorého a slabého pacienta so zníženým príjmom tekutín (Litomerický, 1992).
- **Vyprázdňovanie**- u seniorov je dôležitá dôkladná kontrola vylučovania moču v pooperačnom období, nakoľko množstvo vylúčeného moču je znakom správnosti pravidelného podávania infúzných roztokov a tiež svedčí o vylučovacej schopnosti obličiek. Pomôckou v tejto oblasti je zavedenie permanentného katétra v bezprostrednom pooperačnom období, pretože je potrebné mať na pamäti, že niektorí pacienti majú problémy s udržaním moču (inkontinencia) alebo naopak, niektorí pacienti, najmä muži vplyvom hypertrofiie prostaty, majú problémy s vylučovaním moču (retencia) (Kapała, 2006).
- **Eliminácia bolesti**- na chirurgických pracoviskách sa častejšie stretávame s akútnou bolesťou, pričom v súčasnej dobe nie je nutné, aby pacient zbytočne trpel pooperačnou bolesťou, a to ani v prípade seniorov. Jednou z podstatných úloh sestry je, aby včas na prítomnosť bolesti u pacienta upozornila lekára a snažila sa všetkými dostupnými prostriedkami o jej zmiernenie alebo odstránenie (napr. vhodná poloha, úprava postele, odpútavanie pozornosti pacienta a podobne). (Šváb a kol., 2008). Samozrejmosťou by malo byť posudzovanie bolesti s využitím hodnotiacich škál.

Pooperačná starostlivosť o seniora, podobne ako aj predoperačná a intraoperačná starostlivosť, kladie zvýšené nároky na personál chirurgických pracovísk. Okrem vyššie uvedených súčastí je samozrejmosťou aj starostlivosť o psychiku seniora z hľadiska možného výskytu depresie alebo demencie, uspokojovanie spirituálnych potrieb, spolupráca s rodinou seniora, a to predovšetkým pri plánovaní jeho prepustenia. Dôsledné plánovanie prepustenia seniora do domácej starostlivosti je ťažiskovo orientované na potreby seniora v domácom prostredí v dlhodobej pooperačnej starostlivosti.



Obrázok 1 Poster

Zoznam bibliografických odkazov

1. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š.: *Geriatría pre praktického lekára*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 2004, 298 s., ISBN 80-89171-06-0.
2. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A.: *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Galén, 2006, 43 s., ISBN 80-7262-455-5.
3. KAPAŁA, W.: *Pielęgniarnstwo w chirurgii*. Lublin: Czelej, 2006, 224 s., ISBN 83-89309-67-x.
4. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R.: *Ošetrovateľstvo 1, 2*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
5. LITOMERICKÝ, Š.: *Geriatría pre sestry*. Martin: Osveta, 1992, 275 s., ISBN 80-217-0499-3.
6. LITOMERICKÝ, Š. a kol.: *Gerontológia a geriatría*. Bratislava: Teleflash, 1993, 279 s., ISBN 80-217-0499-3.
7. SIMAN, J. a kol.: *Princípy chirurgie*. 1. vyd. Bratislava: SAP, 2007, 923 s., ISBN 80-89104-94-0.

8. SKALICKÁ, H. a kol.: *Předoperační vyšetření- návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 152 s., ISBN 978-80-247-1079-2.
9. ŠVÁB, J. a kol.: *Chirurgie vyššího věku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 208 s., ISBN 978-80-247-2604-5.
10. TOPINKOVÁ, E.: *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s., ISBN 80-7262-365-6.
11. VOMELA, J. a kol.: *Chirurgie pro sestry I*. Brno: IDVPZ, 1998, 210 s., ISBN 80-7013-262-0.

Kontaktná adresa autora

PhDr. Mariana Magerčiaková, PhD.

Katolícka univerzita

Fakulta zdravotníctva

Nám. A. Hlinku 48

034 01 Ružomberok

magerciakova@ku.sk

ŠPECIFIKÁ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI O ŽENU V SÉNIU

Viera Simočková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra pôrodnej asistencie

Súhrn

V článku poukazujeme na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o ženu v seni.

Kľúčové slová: Senium. Ošetrovateľská starostlivosť. Gerontopsychiatrické ošetrovateľstvo.

Rozvoj biomedicínskych vied má vplyv na predlžovanie života. Je známe, že čím dlhšie človek žije, tým väčšie je riziko vzniku rôznych chorôb. Problémy starnutia a staroby nadobúdajú v spoločnosti na začiatku tretieho milénia významné miesto. Prognóza demografického vývoja predpokladá nepretržitý rast počtu starých ľudí. Populačné starnutie má nesmierny vplyv na ďalší vývoj spoločnosti, pretože väčšina populácie trpí vysokým výskytom chronických chorôb, ale tiež rôznymi psychickými poruchami a je vo zvýšenej miere odkázaná na sociálnu a zdravotnú starostlivosť (Simočková, 2005).

Analýza vývoja obyvateľstva podľa pohlavia poukazuje na významnú črtu – feminizáciu staroby, ktorá sa prejavuje najviac vo vekovej kategórii nad 80 rokov veku. Dnešná žena prežije viac ako tretinu svojho života po prechode, ktoré nastupuje u žien okolo 45. roku. Je to fáza obdobia starnutia ženy. Obdobie prechodu z reprodukčnej do pokojovej fázy života ženy sa označuje termínom klimaktérium. Z pohľadu koncepcie WHO sa obdobie prechodu delí na dve fázy, perimenopauzu (klimaktérium) a postmenopauzu. Vplyvom poklesu hladín estrogénov dochádza k prechodu z fertillného obdobia do nereprodukčného stavu, žena už nemôže otehotnieť. Hormonálna nerovnováha vyvoláva celý rad rozmanitých prejavov označovaných ako klimakterický syndróm, ktorý výrazne znižuje kvalitu života ženy (Simočková, 2009).

Obdobie klimaktéria postupne prechádza u ženy do ďalšieho životného obdobia – senia, čiže staroby. V tomto období dochádza k úplnému hormonálnemu pokoji. Senium začína okolo 60. roku veku. Prináša so sebou množstvo zmien. Starnutie je podmienené fyziologickou podstatou jedincov a ich zdravotným profilom. Vyhasnutie vaječnikovej estrogénovej produkcie spôsobuje pozvoľnú involúciu pohlavných orgánov a sekundárnych znakov. Rodidlá atrofujú. U starých žien je prsník vyplnený iba tukovým tkanivom a väzivom. Tým, že v ňom chýba žľazové tkanivo, stáva sa prsník chabým. Na koži sa tvoria

vrásky, vlasy rednú, šedivejú. Niektoré ženy dostávajú výrazné mužské črty tváre. Nedostatok estrogénov sa prejavuje aj na kostre vznikom osteoporózy, na kardiovaskulárnom systéme zvýšenou náchylnosťou na srdcovo-cievne choroby. Nedostatok estrogénov má vplyv aj na psychiku. Môže vyvolávať stavy úzkostí a depresii.

Postmenopauzálna osteoporóza patrí k najrozšírenejším typom osteoporózy. Osteoporóza, nazývaná aj „tichá epidémia“ alebo „tichý zlodej kostí“, je ochorenie charakterizované úbytkom kostnej hmoty – „rednutím kostí“ a porušením mikroarchitektúry kostí, čo spôsobuje zvýšenú fragilitu (krehkosť) kostí a tým zvýšené riziko zlomenín. Je to jedno z najčastejších ochorení vyskytujúcich sa u žien po menopauze. Riziko osteoporotických zlomenín, medzi ktoré patrí najmä fraktúra krčka stehennej kosti, predlaktia a chrbticových stavcov, sa u postmenopauzálnych žien pohybuje od 30 do 40 %. Riziko zlomeniny bedrového kĺbu u žien je celkovo vyššie ako riziko rakoviny prsníka či vaječníkov.

Ošetrovateľské intervencie pri osteoporóze. Prevencia zohráva významnú úlohu pri predchádzaní postmenopauzálnej osteoporózy. Dostatočný prívod vápnika a primeraná pohybová aktivita patria medzi kľúčové zložky prevencie osteoporózy. Na odporúčanie lekára sa užíva hormonálna substitučná liečba.

Vápnik. Denná spotreba vápnika sa odporúča od 1000 – 1500 mg. Najvýznamnejším zdrojom s dostatočným obsahom vápnika je mlieko (200 ml mlieka obsahuje asi 250 mg kalcia) a mliečne výrobky, syry, mak, orechy, sója, rybacie výrobky, strukoviny, brokolica, tvrdá voda a pod. Pri užívaní kalciových prípravkov sa neodporúča užívať ich spolu s kofeínom, železom, vlákninami, nakoľko tieto látky na seba viažu vápnik a bránia jeho vstrebávaniu do organizmu. Podobne pitie nápojov bohatých na CO₂ by mali ženy v klimaktériu obmedziť asi na ¾ litra denne, pretože tiež bránia vstrebávaniu vápnika. Ďalej sa odporúča nepiť viac ako 2 šálky kávy denne, obmedziť alkohol, sladkosti, príjem soli a prestať fajčiť. Z vitamínov je pre kostný metabolizmus dôležitý vitamín D. Dá sa prijímať jednak v potravinách (mlieko, ryby) alebo ako provitamín, ktorý získavame z ultrafialového žiarenia, ktoré pôsobí na našu kožu pri pobyte vonku. Potrebnú dennú dávku získame asi 30 minútovým pobytom vonku počas denného svetla.

Pohybová aktivita. Dostatočná pohybová aktivita je založená najmä na antigravitácii. Denne by mali ženy v klimaktériu venovať určitý čas fyzickej aktivite. Najvhodnejšia je chôdza respektíve iná činnosť v stoji aspoň 1 hodinu denne. Vhodná je tiež intenzívnejšia pohybová záťaž po dobu minimálne 30 minút. Pre posilňovanie svalstva sú vhodné izometrické cvičenia vo vzpriamenej polohe, jazda na bicykli. U žien by mal byť rehabilitačný program plánovaný opatrne. Pohybová aktivita by sa však nemala obmedzovať,

nakoľko zabraňuje ubúdaniu kostnej hmoty. Ženy s potvrdenou osteoporózou by sa mali vyvarovať akýmkoľvek otáčavým či krúživým cvikom, ktoré by mohli spôsobiť fraktúru stavcov. Ďalej by sa mali vyhýbať pohybom, ktoré vyžadujú rýchle ohýbanie a otáčanie tela, noseniu ťažkých bremien, preťažovaniu sa. Dôležité je vylúčiť rizikové faktory zlomenín. Patrí tu hlavne predchádzanie pádom odstránením prekážok napr. šmykľavých predmetov z podláh, malých koberčekov, elektrických šnúr, zabezpečenie bezbariérových prechodov medzi miestnosťami, nácvik pádov.

Hormonálna substitučná terapia (HST) sa odporúča u žien v postmenopauze s dokázanou osteopéniou, teda keď je T-skóre pod mínus 1. Účelom HST je náhrada chýbajúceho estrogénu. V súčasnosti existujú rôzne liekové formy HST. Najviac sú využívané perorálne a transdermálne prípravky.

Celý proces zameraný na prevenciu osteoporózy je dlhodobý a nádej na úspech, že sa osteoporóza nerozvinie, je vtedy, ak ešte nenastala porucha mikroarchitektúry kostí. Preto je veľmi dôležité začať s prevenciou včas, čiže ešte pred nástupom klimaktéria.

Kardiovaskulárne ochorenia. Až do nástupu menopauzy je mortalita na kardiovaskulárne ochorenia u žien podstatne nižšia ako u mužov. Menopauza je spojená s poruchou tukového metabolizmu. Po prechode sa u žien objavujú rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení a ženy dovtedy zdravé majú hypertenziu, zmenu hladín lipidov, hemokoagulačných parametrov, aterosklerózu. Stúpa celkový cholesterol a hladiny triacylglycerolu, znižuje sa hladina HDL- cholesterolu, ktorý transportuje cholesterol do pečene a zvyšuje sa hladina LDL- cholesterolu, ktorý ukladá cholesterol do ciev.

Vznik kardiovaskulárnych ochorení v postmenopauze podporuje fajčenie, obezita, nedostatok pohybu, vysoká hladina cholesterolu v krvi, vysoký krvný tlak, nesprávne liečená cukrovka, výskyt cievnych ochorení v rodine.

Ošetrovateľské intervencie pri predchádzaní kardiovaskulárnych ochorení sú zamerané podobne ako pri osteoporóze na dodržiavanie správnych stravovacích návykov, pohybovú aktivitu, pravidelné kontrolovanie krvného tlaku, hladín lipidov, najmä cholesterolu.

Ošetrovateľské intervencie pri inkontinencii. Pri liečbe inkontinencie sa využívajú konzervatívne a chirurgické postupy a rôzne pomôcky, ktorých úlohou je skvalitniť a uľahčiť život postihnutých inkontinenciou. Medzi pomôcky patria hlavne jednorazové výrobky s absorpčnými vlastnosťami ako sú vložky, absorpčné nohavičky, podložky do postele a pod.

Nechirurgická liečba sa využíva najmä pri stresovej inkontinencii. Ovplyvnenie stresovej inkontinencie je možné špeciálnou liečebnou gymnastikou, elektroliečbou svalov panvového dna, farmakoterapiou – liekmi na uľahčenie vyprázdňovania močového mechúra, hormonálnou liečbou estrogénmi pri hypoestrogénnych stavoch v klimaktériu. K iným možnostiam patrí psychoterapia, zmena životosprávy, podporné pesary, vaginálne kónusy. Ak konzervatívna liečba nevedie k žiadnemu trvalejšiemu riešeniu, odporúča sa operačné riešenie, ktorého cieľom je obnovenie porušených anatomických pomerov. Robia sa tzv. antiinkontinentné operácie ako sú rôzne modifikácie pošvových plastík, podporné operácie močovej rúry a krčka močového mechúra.

Psychické poruchy v seni. K psychickým poruchám radíme aj Alzheimerovu chorobu, ktorá je najčastejšou príčinou demencií. Ženy sú postihnuté Alzheimerovou chorobou trikrát častejšie ako muži. Za rizikové faktory sa považujú vysoký vek, ženské pohlavie, genetické faktory, úrazy hlavy v minulosti, rodinná záťaž, Downov syndróm, prolongované neliečené depresie, nižšie vzdelanie a nižšia duševná aktivita. Naopak za priaznivé faktory sa považujú vyššie vzdelanie, psychická aktivita, antioxidanty, lecitín, hormonálna substitučná terapia, včasná a účinná liečba depresii.

Nové trendy, ktoré sa uplatňujú v našom ošetrovatel'stve, sa bytostne dotýkajú aj gerontopsychiatrického ošetrovatel'stva. Medzi základné atribúty starostlivosti patrí humánny prístup ošetrojúceho personálu k starým ľuďom s poruchami psychiky.

Aby ošetrojúci personál dokázal správne rozpoznať problémy, ktoré môžu vzniknúť v oblasti duševného zdravia u seniorov, je veľmi dôležité poznať metódy a testy na identifikáciu uvedených porúch. Zaoberá sa nimi odbor geriatrická psychiatria.

Gerontopsychiatrický pacient trpí najčastejšie mozgovým organickým poškodením pri demencii a atrofickým poškodením mozgu. Uvedené poškodenia mozgu spôsobujú u seniorov psychiatrické ochorenia ako sú demencia, depresia, Alzheimerova choroba a pod. Najčastejšie sa vyskytujúce poruchy u gerontopsychiatrického pacienta sú:

- **poruchy vnímania** (ilúzie, halucinácie),
- **poruchy emotivity** (poruchy afektov, nálad, vyšších citov, fóbie),
- **poruchy pamäti** (hypomnézia, hypermnézia, amnézia, konfabulácia),
- **poruchy intelektu** (retardácia, degradácia, demencia),
- **poruchy myslenia** (zrýchlené myslenie, spomalené myslenie, obsedantné myslenie, bludy),
- **kvalitatívne poruchy vedomia** (delírium, amencia, mráкотný stav),
- **poruchy pudov** (výživy, sebazáchovy, sociálneho a pohlavného pudu),

- **poruchy vôľového konania** (abulia, hypobulia, hyperbulia),
- **poruchy osobnosti** (degradácia, rozpad osobnosti, depersonalizácia).

Diagnostika u gerontopsychiatrického pacienta je zameraná hlavne na hodnotenie fyzickej aktivity. Od nej totiž vo veľkej miere závisia aj sociálne funkcie a mentálny stav pacienta. Na bežné vyšetrenie používame testy, ktoré majú orientačný charakter. Najčastejšie ide o nasledujúce testy (Poledníková et al.):

- **Barthelov index aktivít denného života - ADL** (hodnotí sa mobilita, sebaobsluha, závislosť na druhej osobe),
- **Lawtonov-Brodyho test (inštrumentálne aktivity denného života) - IADL** (vhodný pre pacientov žijúcich samostatne v domácom prostredí),
- **funkčný geriatrický index – FGI** (zahrňuje päť hodnotiacich okruhov, ktoré sú ďalej rozvinuté na konkrétne činnosti, spolu sa hodnotí 30 rôznych aktivít),
- **test podľa Bayera a Rebana** (používa sa na diferenciálnu diagnostiku demencie a depresie),
- **Beckov dotazník depresie** (používa sa pri diagnostikovaní depresie),
- **Mattisova posudzovacia škála** (pri posudzovaní depresie),
- **skriningový inštrument kognitívnych schopností** (pri vyšetovaní demencie),
- **Folsteinov test kognitívnych funkcií Minimental status exam – MMSE** (na hodnotenie základných príznakov demencie),
- **dotazník duševného stavu** (používa sa pri vyšetovaní schopností orientácie pacienta s demenciou),
- **šesť položkový test** (hodnotí sa ním pamäť, orientácia a koncentrácia pri demencii).

Uvedené testy, pomocou ktorých sa diagnostikujú poruchy psychiky u geriatrických pacientov, sú konkrétnejšie rozpracované v publikáciách Kociovej a Spara.

V postavení duševne chorého človeka nastal v spoločnosti oproti minulosti určitý pokrok. Svetová federácia duševného zdravia (WFMH) sa zasadila za duševne choré osoby. Vydala vyhlásenie, že duševne choré osoby majú všetky práva ako ostatní členovia spoločnosti, predovšetkým právo na dôstojnosť, humánne a kvalifikované liečenie na úrovni súčasných poznatkov. Súčasný stav je aj napriek tomu v gerontopsychiatrickom ošetrovatel'stve stále neuspokojivý.

Iba samotné zdravotníctvo však tento problém nedokáže vyriešiť. Prístup spoločnosti k najzraniteľnejším skupinám populácie, medzi ktorú seniori a duševne chorí jedinci patria, je obrazom danej spoločnosti. Riešenie problematiky starých ľudí by malo byť výzvou pre celú spoločnosť.

Je dôležité zvýšiť zdravotné uvedomenie žien o období perimenopauzy a postmenopauzy, aby konkrétnym konaním predchádzali chorobám a úrazom, ktoré sú v uvedenom období veľmi časté. Ženy v starobe by mali byť pod trvalou kontrolou gynekológa a vyhľadávať ho vždy, keď sa zjavia nepravidelnosti týkajúce sa pohlavných orgánov a prsníkových žliaz.

V liečbe psychických a psychosomatických ťažkostí sa uplatňuje predovšetkým psychoterapia. Významný vplyv na intenzitu týchto stavov má rodinné zázemie. Čím je žena spokojnejšia vo svojom rodinnom živote, čím väčšie ocenenie a uznanie dostáva zo strany rodiny, priateľov, tým je menšie nebezpečenstvo, že jej psychické problémy vyústia v trvalé a vážne narušenie jej duševného stavu.

Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti zameranej na ženy v období senia je zabezpečenie ich zdravého starnutia a udržanie sebestačnosti, aby mohli uspokojovať svoje životné potreby a aktívne sa podieľať na živote spoločnosti až do vysokého veku. Pre plné využívanie ich zdravotného potenciálu je potrebné, aby mali o spomínanom životnom období dostatok kvalitných informácií, ktoré by im zabezpečili zdravé starnutie.

Zoznam bibliografických odkazov:

1. KOCIOVÁ, K., PEREGRINOVÁ, Z. *Fyzioterapia v geriatrici*. Martin : Osveta, 2003.
2. POLEDNÍKOVÁ, L. et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovateľstvo*. 1.vyd. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2006. 216s. ISBN 80-8063-208-1.
3. SIMOČKOVÁ, V. Príprava na starobu. In *Sestra*. 2005, roč. IV., č. 9, s. 18.
4. SIMOČKOVÁ, V. [Vybrané kapitoly z gynekologicko-pôrodnického ošetrovateľstva](#). Ružomberok: Verbum, 2009. 179 s. ISBN 978-80-8084-517-9.
5. SPAR, E., LA RUE, A. *Geriatrická psychiatria*. Trenčín, 2003.

Kontaktná adresa

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

FZ KU v Ružomberku, Katedra PA

Námestie A. Hlinku 48

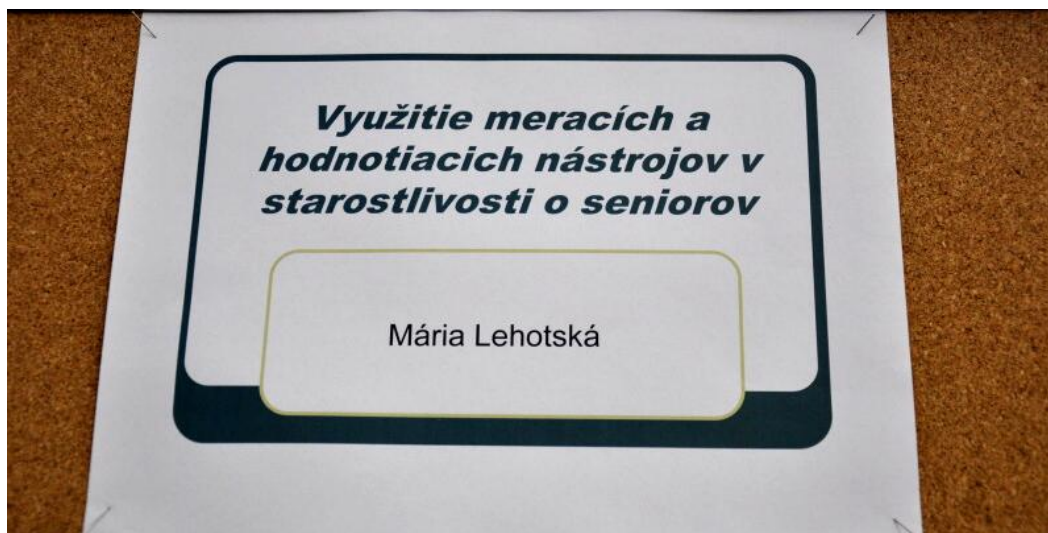
034 01 Ružomberok

E-mail: viera.simockova@ku.sk

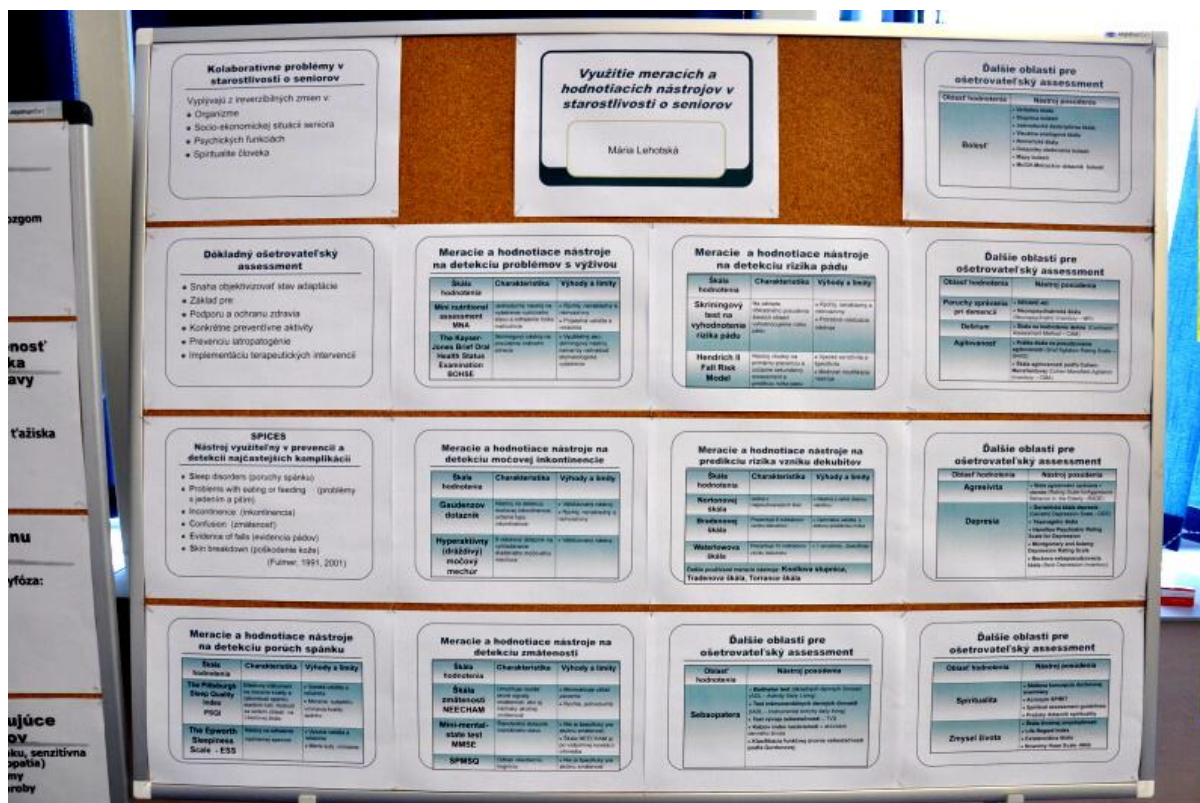
VYUŽITIE MERACÍCH A HODNOTIACICH NÁSTROJOV V STAROSTLIVOSTI O SENIOROV

Mária Lehotská

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra pôrodnej asistencie



Obrázok 1 Názov posteru

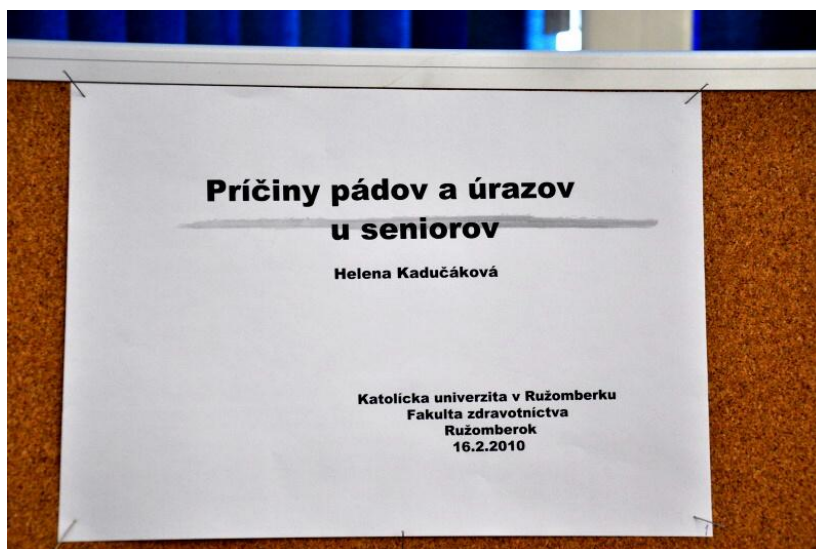


Obrázok 2 Poster

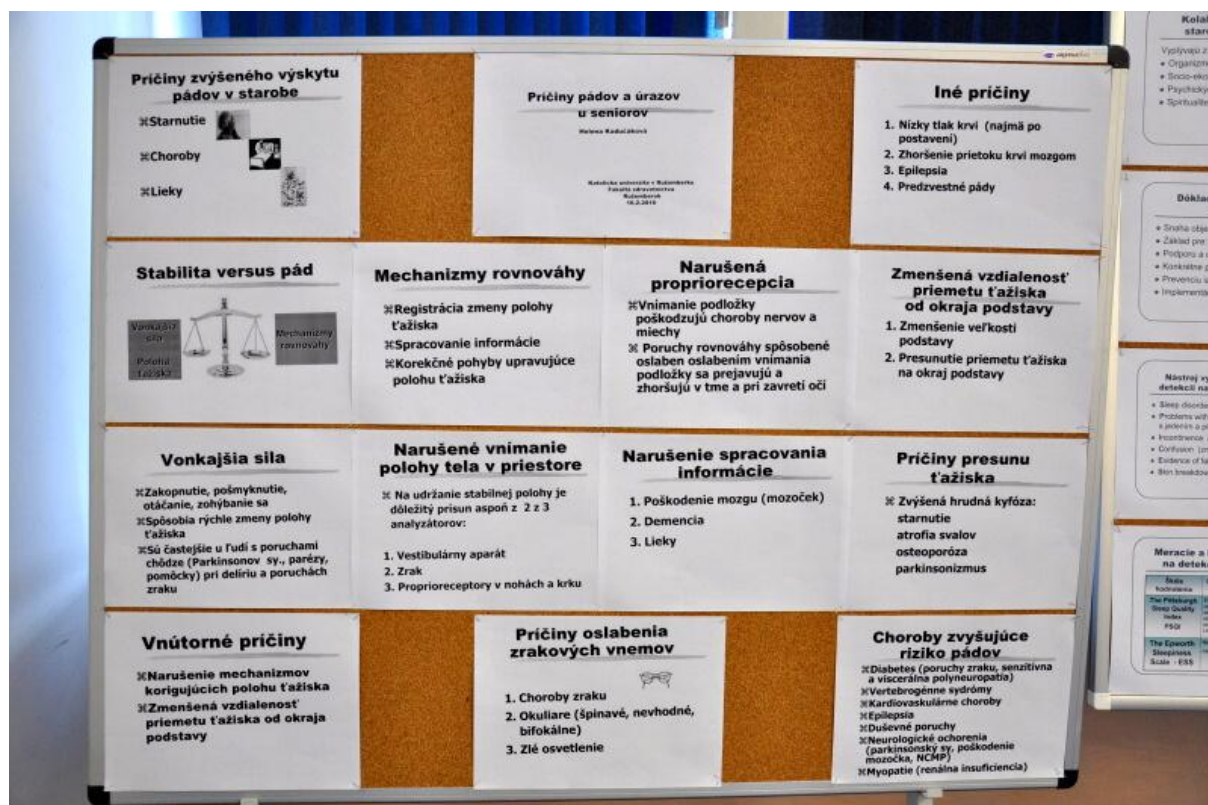
PRÍČINY ZVÝŠENÉHO VÝSKYTU PÁDOV V STAROBE

Helena Kadučáková

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva



Obrázok 1 Názov posteru



Obrázok 1 Poster

SOCIÁLNE ZABEZPEČENIE SENIOROV AKO SKUPINY OHROZENEJ CHUDOBOU

Andrea Bánovčinová, Jana Levická

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnava

Dostupnosť zdravotníckych a sociálnych služieb
Finančná pomoc


Ondriová
Prešovskej Univerzity, Katedra ošetrovateľstva

Sociálne zabezpečenie seniorov ako skupiny ohrozenej chudobou

Mgr. Andrea Bánovčinová, Doc. PhDr. Jana Levická PhD., M. Pa. Ph.D.,
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavská univerzita

Seniors je prechodná, prechodná skupina ľudského života. Je charakteristická postupným negatívnym zmenami v organizme. Modifikujú sa jej potreby ľudí. Na jednej strane sa zhoršuje zdravotný stav, pohybové sa znižuje a bývanie, na druhej strane sa zvyšujú náklady a sociálne potreby (viacera a na vplyv zdravotnej a zdravotnej pomoci).

Zmeny nastávajú aj v štruktúre príjmov starostlivosť seniorov. Ak bol celý život odkázaný na pracovný činnosť, ktorá sa klesá s vekom, v dôsledku dvojnásobného dĺžky života alebo v dôsledku pracovnej neschopnosti spôsobenej chorobou alebo prístupom. Táto skupina občanov patrí medzi rizikové a mladšia odzrkadľuje a preto sa sociálne zabezpečenie stáva najväčším spoločenským problémom. Knapčík a Tetterová (1990) by charakterizovali ako zvyčajne nižších príjmových rodinných zložiek zabezpečenie relatívne stabilné a primerané sociálne zabezpečenie sociálne zabezpečenie a sociálne zamerané poskytovanie sociálnych príravných sociálnych služieb a sociálnych služieb. Dávky a služby sociálne zabezpečenia je možno klasifikovať z rôznych hľadísk, najmä zo základných dejov je detenie z mladika veku naroda.



OBLIGATORNÉ DÁVKY A SLUŽBY – sú priravné na sociálne zabezpečenie, na ktoré občania venka príravné nárok, po splnení zákonmi stanovených podmienok. Často, ktoré je určené rozhodovať o týchto dávkach je strikčne vinnosť podmienkami, ktoré sú ustanovené príravnosťou príravnosti a iba skúma, či sa tieto podmienky splnia. Takými dávkami je **starobný dôchodok, vdovský/vdovecký dôchodok a iné.**

FAKULTATIVNÉ DÁVKY A SLUŽBY – sú priravné na sociálne zabezpečenie, na ktoré občania príravné nárok. Orgán, ktorý je oprávnený rozhodovať o ich príravnosti, iba skúma odkázanosť občana, resp. čiže iné okolnosti, ktoré ustanovujú príravné podmienky pre príravnosť. Sú to: **dávka v hmotnej núdzi, sociálne služby.**

KOMBINOVANÉ DÁVKY A SLUŽBY – sú priravné na sociálne zabezpečenie, ktoré sú súčasťou obligatorných a súčasťou fakultatívnych. V súkromných prípadoch príravné podmienky príravné príravné podmienky súbehu dvoch alebo viacerých dávok z toho istého zabezpečenia. Sú to: **dávka v hmotnej núdzi a vdovský/vdovecký dôchodok, súbehu dávky a mzdy atď.**

Subjekty poskytujúce sociálne zabezpečenie seniorom

Štát	VÚC	Obec	Tretí sektor
<ul style="list-style-type: none"> vystupuje v postáci zákonodarcu zabezpečuje občanom ľudské práva deklarované ústavou, určuje a kontroluje kompetencie jednotlivých právnych subjektov v oblasti sociálneho zabezpečenia, vytvára systérové riešenia sociálnych situácií, reguluje sociálnu klímu tlavením sociálneho napätia a stabilizovaním sociálnych pomerov atď. 	<ul style="list-style-type: none"> vypracováva a realizuje koncepciu rozvoja sociálnych služieb, zabezpečuje poskytovanie sociálnych služieb, vytvára potrebu o odkázanosti na sociálnu službu, rozhoduje o odkázanosti, či zároku odkázanosti na sociálnu službu, kontroluje úroveň poskytovania sociálnych služieb, poskytuje dotácie nezávislým subjektom atď. 	<ul style="list-style-type: none"> rozhoduje o jednorazovej dávke v hmotnej núdzi, vykonáva poradenstvo pri zabezpečení základných životných podmienok a pri pomoci v hmotnej núdzi, zabezpečuje výkon osobného príravného dávky v hmotnej núdzi, poskytuje sociálne služby, zabezpečuje poskytovanie sociálnych služieb atď. 	<ul style="list-style-type: none"> depúta látku starostlivosť o seniorov na úrovni látky a miestnej samosprávy, zahrňuje rôzne občianske združenia, charitatívne organizácie, ľudia, spolky, zriaďuje a poskytuje sociálne služby, využíva pomoc dobrovoľníkov, najmä tých z radov veriacich aktivistov atď.

Väčšina ľudí v oblasti starostlivosť o seniorov zdieľa tú istú rodinu, i keď nie je súhlasom sociálneho zabezpečenia v prvom slova zmysle. Istou sa základných charakteristikou je funkčnosť sa rodinná solidarita, súdržnosť a participácia. Tieto sa vlnia na úrovni ekonomickej zabezpečenia. So stávaním sa ľuďmi v dôsledku zmien sociálneho stavu a sociálnych rolí spája osamotenosť a izolácia. Starý človek je však plnohodnotným členom rodiny. Jeho vzťah k deťom a vnúčatám je jediným z najvýznamnejších zdrojov uspokojovania potreby dlhšej žijúce, predstavuje pre nich symbolické väznenie. I keď rodina ako taká prechádza súperi s poslednou obdobi stávaním zmenami, je dôležité, aby sa nej starý človek nebol vytláčaný a chápaný iba ako bremeno, o ktoré je potrebné sa starať. Mať by nie mať stabilné miesto a byť aktívne zapojený do rodinného života.



Obrázok 1 Poster

ŠPECIFIKÁ SOCIÁLNEJ PRÁCE S OSOBAMI VYŠŠIEHO VEKU

Lucia Kováčová, Lenka Bérová

Školitelia: Nadežda Kovalčíková, Martina Žáková

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnava

**Smútok, úzkosť, depresia
Hnev
Násilné správanie**

Zuzana Šimová
Fakulta zdravotníctva

Špecifická sociálnej práce s osobami vyššieho veku

Mgr. Lucia Kováčová, Mgr. Lenka Bérová
Školitelia: doc. PhDr. Nadežda Kovalčíková, PhD., doc. PhDr. Martina Žáková, PhD.

Staroba je zavŕšením ľudského života. Je to obdobie ekonomicky náročná, spojené so špecifickými problémami a potrebami. Starší človek vzhľadom k úbytku svojich psychických a fyzických síl nie je schopný plniť doterajšie nároky v povolani a v ostatnom živote. Okrem biologických a psychologických následkov prináša staroba i tie sociálne. Dochádza k transformácii v profesionálnej, rodinnej a spoločenskej roly, a zároveň vo vyššom veku klesá počet sociálnych rolí. Senzor sa musí vyrovnávať so stratou blízkych a priateľov, odchodom detí, či sťahovaním do zariadení, čo mnohokrát prináša pocit zbytočnosti a bezradne, samotu a izoláciu. Platí zamestnanca nahradza nižší dôchodok, z ktorého po zaplatení líčkov a nevyfímných vecí väčšine seniorov nezostane veľa. Kvôli zdravotnému stavu dochádza k zhradeniu nektorých činností. To ako sa človek na staroba adaptuje a ako ju prijíma závisí okrem jeho vlastnej osobnosti aj od jeho okolia, ktoré mu môže obdobie staroby znepriemniť, ale i uľahčiť a spríjemniť. Dôležité miesto v pomoci starším ľuďom pri zlepšovaní kvality ich života zohráva i sociálna práca resp. sociálny pracovník. Ten pomáha predovšetkým uľahčiť spomínané sociálne zmeny spravidlajce starobu: odchod do dôchodku, uplatnenie na trhu práce vo vyššom veku, odchod detí, smrť partnera i blízkych, strata sebaistočnosti či násilne páchané na senioroch.

Sociálna práca so seniormi

Sociálna práca ako spoločensky akceptovaná forma pomoci jednotlivcov, skupine či komunitie je prítomná v ľudskej histórii od jej počiatku. Existuje množstvo definícií sociálnej práce, podľa jednej z nich môžeme sociálnu prácu označiť ako činnosť, ktorá smeruje ako k odstráneniu nedostatkov (reprezia), tak i k prekážkám vzťahu nedostatkov (prevencia).

Klientmi sociálnej práce sú skupiny ľudí s problémami, ktoré nevedia vyriešiť sami alebo s pomocou svojho najbližšieho okolia. K nim možno zaradiť i seniorov.

Vek sám o sebe nie je dôvodom na zvýšenie starostlivosti. Potreba sociálnej práce so starším ľuďmi sa objavuje až v mimoriadnych situáciách spôsobených sociálnymi alebo zdravotnými faktormi.

Základom prístupu sociálneho pracovníka k seniorovi je uznanie si určitéj hodnoty a z nich vyplývajúcich princípov v sociálnej práci. Za centrálnu hodnotu a princípy považujeme úctu k človeku, vedome dôvody jednotlivci osobnosti a odmietanie akéhokoľvek diskriminácie.

Sociálna starostlivosť, poskytovaná seniorom zo strany sociálneho pracovníka, chápané ako činnosť zameraná na pomoc pri uspokojovaní objektívne uznaných potrieb jednotlivcov, skupiny či komunity pričom sociálna starostlivosť môže byť zameraná na klienta, alebo na sociálne prostredie.

Východiskom pri poskytovaní pomoci aj v prípade seniorov musia byť ich potreby:

- nezávislosti (autonómie, slobody, samostatného rozhodovania o vlastnom osude)
- lásky
- sebarealizácie (pocit užitočnosti, sebauspokojenia)
- spolupatričnosti (vedenie prihlásnosti ku skupine)
- bezpečia (ekonomického, fyzického i psychického)

Sociálna starostlivosť o osoby vyššieho veku môže byť zo strany sociálnych pracovníkov zabezpečovaná viacerými druhmi a formami práce s nimi. Sociálny pracovník o osoby vyššieho veku poskytuje:

- Sociálnu poisťovňu – odbor dôchodkových líčkov
- Samosprávne kraje – odbor sociálnych vecí
- Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny –
- Mestské úrady – odbory sociálnych vecí
- Domov centrá
- Kluby dôchodcov
- Inštitúcie ako:

 - Zariadenie pre seniorov
 - Domovy sociálnych služieb
 - Zdravotnícke zariadenia
 - Hospice
 - Iné organizácie poskytujúce sociálnu starostlivosť

Starostlivosť o seniorov možno rozdeliť do troch úrovni:

1. Starostlivosť o seniora v domácom prostredí – rodina, praktický lekár, špecializované ambulancie
2. Starostlivosť o seniora v domácom prostredí s využitím dostupných služieb: opatrovateľská služba, ADOS, geriatrické sestry
3. Ústavná resp. poloustavná starostlivosť o seniorov; zariadenia pre seniorov, dňový stacionár

Zákon o sociálnych službách č. 448/2008 ponúka riešenie nepriaznivej sociálnej situácie seniorov rôznymi formami, medzi nimi najmä:

- a) Sociálne poradenstvo
- b) Sociálne služby:
 - Opatrovateľská služba
 - Prepravná služba
 - Zariadenie podporovaného bývania
 - Zariadenie pre seniorov
 - Zariadenie opatrovateľskej služby
 - Rehabilitačný stacionár
 - Domov sociálnych služieb
 - Špecializované zariadenie
 - Dňový stacionár

KRITICKÉ BODY V SP SO SENIORMI

- Nemožno viesť ostrú hranicu medzi zdravotnou starostlivosťou a sociálnou prácou. Zhoršenie zdravotného stavu sa sebou nesie obvyklé potreby sociálnych služieb a sociálny pracovník má pracovať v úzkej súdržnosti s nimi.
- Platí aj opačný vzťah. Sociálne zmeny predstavujú pre seniora zvýšenú záťaž a nároky z hľadiska jeho zdravia. Náročné sú najmä zmeny ako odchod do dôchodku, zmena bydliska, odchod do ústavnej starostlivosti alebo smrť blízkého človeka. Sociálny pracovník pomáha klientovi adaptovať sa na zmenu a podporuje jeho zdravie a kvalitu života.
- Ak má klient problémy s komunikáciou v dôsledku svojho zdravotného postihnutia musí byť SP vykonávaná kvalitne aj v takomto prípade. Sociálny pracovník musí byť vybavený schopnosťami vykonávanými kvalitne aj v takomto prípade. Sociálny pracovník musí byť vybavený schopnosťami potrebnými k nadviazaniu kontaktu a k rozporovaniu pomoci týchto ľudí. Sociálny pracovník musí vedieť komunikovať s klientmi i kolegami. S klientom má hovoriť jasne a zrozumiteľne a slovnú zložbu prispôbiť klientovi.
- Základom SP so seniormi je práca so vzťahom a dôverou, vytvorením pocitu bezpečia a istoty, ktoré patria k najzákladnejším potrebám seniorov. Sociálny pracovník byva často jediným sprostredkovateľom kontaktu seniora s vonkajším svetom, skrze neho môže vyjadriť svoju vôľu, s jeho podporou sa môže rozhodovať a adzrať si kontrolu nad svojim životom.

Obrázok 1 Poster

BUDÚCE PROBLÉMY A TRENDRY DOBROVOĽNÍCTVA SENIOROV

Lukáš Pavelek

Trnavská univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnava



Obrázok 1 Poster

Názov: Zborník z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie
**Interdisciplinárna kooperácia v ošetrovatel'stve, pôrodnej
asistencii a sociálnej práci**

Editor: doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.
Mgr. Anna Krátka, Ph.D.

Recenzenti: PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
PhDr. Marcela Ižová, PhD.
PhDr. Mariana Magerčiaková, PhD.
PhDr. Katarína Zrubáková, PhD.
PhDr. Mária Novyzedláková
PhDr. Mária Lehotská
PhDr. Eva Moraučíková
PhDr. Michaela Vicáňová

Vydala : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Počet stran : 374
Náklad : 65 výtisků
Vydání : první
Rok vydání : 2010

Uveřejněné články neprošly jazykovou úpravou. Za jazykovou stránku zodpovídají v plném rozsahu autoři článků.

ISBN 978-80-7318- 978-5