

ZÁKLADY OPATROVATEĽSTVA

Učebné texty k vzdelávaciemu programu Kurz opatrovania
akreditovanému MPSVaR SR v kombinovanej forme
v rozsahu 230 hodín



V a V Akademy, s.r.o.

Hlavná 50, 080 01, Prešov, Slovenská republika

0948 99 66 39 - 0911 99 66 39

info@vav.sk VaVakademy.sk

2025



V a V Akademy, s.r.o

Hlavná 50

080 01 Prešov

Slovenská republika

Tel: 0948 99 66 39, 0911 99 66 39, 0948 65 62 12

Email: info@vavakademy.sk

web: www.vavakademy.sk

Autori textov:

Autorka: PhDr. Zuzana Zvolenská, MPH

Učebný text posúdila: Mgr. Ľudmila Andraščíková

Učebný text aktualizovali: Mgr. Anna Džadová, PhDr. Zuzana Jurčová, PhD., MBA

Redaktor: Ing. Jaroslav Výboštek, PhD.

Tento učebný materiál je určený pre účastníkov kurzu opatrovania. Obsahuje teoretické poznatky, zásady a praktické postupy k výkonu opatrovateľských činností u klientov v domácom prostredí a zariadeniach sociálnych služieb.

Všetky práva sú vyhradené. Žiadna časť tejto publikácie sa nesmie reprodukovat', ani nijako rozširovat' (elektronicky, fotografickou reprodukciov a pod.) bez predchádzajúceho písomného súhlasu vlastníkov práv.

OBSAH

1 ÚVOD DO OPATROVATEĽSTVA	6
1.1 Začiatky, podstata a formy opatrovateľstva	6
1.2 Základné pojmy v opatrovateľstve a ich charakteristika	6
1.3 Domáca opatrovateľská starostlivosť	7
1.4 Osobnosť opatrovateľa a etické princípy jeho správania	8
1.5 Ochrana zdravia pri práci opatrovateľa	10
Kontrolné otázky z predmetu Úvod do opatrovateľstva.	10
2 KOMUNIKÁCIA, ASERTIVITA A EMPATIA V PRÁCI OPATROVATEĽA.....	11
2.1 Psychológia opatrovanej osoby	11
2.2 Komunikácia v práci opatrovateľa.....	11
2.2.1 Neverbálna komunikácia	12
2.2.2 Verbálna komunikácia.	16
2.3 Evalvácia a devalvácia v komunikácii	16
2.4 Empatia v práci opatrovateľa.....	17
2.5 Asertivita, asertívne techniky a spôsoby správania opatrovateľa.....	18
2.5.1 Asertívne techniky	18
2.5.2 Spôsoby správania opatrovateľa	18
2.6 Kritické myslenie opatrovateľa	19
2.7 Spoločenská etika v skratke	19
Kontrolné otázky pre predmet Komunikácia, asertivita a empatia	19
3 ANATÓMIA A FYZIOLÓGIA TELA	21
3.1 Kostrový a svalový systém	21
3.2 Dýchací systém	22
3.3 Tráviaci systém	23
3.4 Obehový systém	24
3.4.1 Krv a lymfatický systém	25
3.5 Vylučovací systém	26
3.6 Nervový systém	27
3.7 Fyziológia starnutia.....	28
Kontrolné otázky pre predmet Anatómia a fyziológia tela	29
4 ZÁKLADY KLINIKY VYBRANÝCH CHORÔB	30
4.1 Zdravie.....	30
4.2 Choroba.....	31
4.2.1 Priebeh a štádiá choroby	31
4.2.2 Príznaky choroby.....	31
4.3 Cukrovka/Diabetes mellitus/Diabetický syndróm.	36
4.4 Hypertenzia.....	37
4.5 Náhla cievna mozgová príhoda	38
4.6 Choroby dýchacích ciest	38
4.6.1 Zápaly horných dýchacích ciest.....	38
4.6.2 Zápaly dolných dýchacích ciest	38
4.6.3 Zápaly pľúc	39
4.7 Ochorenia centrálneho nervového systému.....	39
4.7.1 Epilepsia.....	39
4.7.2 Parkinsonova choroba.	40

4.7.3	Sclerosis multiplex	42
4.7.4	Alzheimerova choroba	42
4.8	Nádorové ochorenia.	44
	Kontrolné otázky pre predmet Základy kliniky vybraných chorôb.....	45
5	GERONTOLÓGIA A CHARAKTERISTIKA GERIATRICKÉHO KLIENTA	47
5.1	Príprava na starobu. Adaptácia v starobe. Odchoddo dôchodku	47
5.2	Špecifiká ochorení vo vyššom veku, charakteristika geriatrického klienta	48
5.3	Špecifické geriatrické syndrómy	48
5.3.1	Imobilizačný syndróm.....	49
5.3.2	Geriatrický maladaptačný syndróm	50
5.3.3	Delírium	50
5.3.4	Demencia.....	50
5.3.5	Inkontinencia moču a stolice	51
5.3.6	Pády a ich komplikácie.....	51
5.3.7	Bolesť a manažment bolesti.....	52
5.3.8	Poruchy spánku.	52
5.4	Stavy zmeneného správania a myslenia v starobe	52
5.5	Násilie na starých ľuďoch	54
	Kontrolné otázky z predmetu Gerontológia a charakteristika geriatr. klienta	55
6	NÁUKA O VÝŽIVE A SPRÁVNEJ ŽIVOTOSPRÁVE	56
6.1	Charakteristika výživy	56
6.2	Príjem tekutín	58
6.3	Stolovanie a kŕmenie seniora cez ústa.....	59
6.4	Kŕmenie seniora cez sondu.....	59
6.5	Ochorenia vyplývajúce z nesprávnej výživy	60
6.6	Zásady správnej životosprávy seniora	61
	Kontrolné otázky pre predmet Náuka o výžive a správnej životospráve	62
7	EPIDEMIOLOGIA, HYGIENA A PREVENCIA.....	63
7.1	Epidemiológia a vybrané pojmy	63
7.1.1	Vybrané pojmy v epidemiológii	64
7.2	Hygiena seniorov a opatrovateľov	64
7.3	Prevenca šírenia nákaz	64
	Kontrolné otázky pre predmet Epidemiológia, hygiena a prevencia	66
8	REHABILITAČNÁ STAROSTLIVOSŤ U CHORÉHO KLIENTA	68
8.1	Zásady rehabilitácie	68
8.2	Rehabilitačné pomôcky	69
8.3	Vybrané rehabilitačné postupy	70
8.3.1	Polohovanie	70
8.3.2	Polohovanie končatín.....	71
8.3.3	Dychové cvičenia	71
8.3.4	Pomoc pri vykašliavaní hlienov	71
8.3.5	Nácvik presunu na invalidný vozík.	71
8.3.6	Nácvik stoja pri lôžku.	71
8.4	Rehabilitačná starostlivosť o klienta po amputácii.....	72
8.5	Starostlivosť o klienta s hemiparézou.....	73
8.6	Tréning močového mechúra	74
8.7	Bazálna stimulácia u ležiaceho klienta	74

	Kontrolné otázky z predmetu Rehabilitačná starostlivosť u chorého klienta.....	76
9	PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ.....	77
9.1	Umieranie a fázy umierania.....	78
9.2	Osobnostné predpoklady opatrovateľa na zvládnutie umierania a smrti.....	78
9.2.1	Psychologická príprava opatrovateľa	79
9.3	Opatrovanie umierajúceho klienta a uspokojovanie jeho potrieb	79
9.4	Príznaky blížiacej sa smrti.	80
9.5	Starostlivosť o mŕtve telo.....	80
9.6	Kontakt s rodinou zosnulého	81
	Kontrolné otázky pre predmet Paliatívna starostlivosť.....	81
10	PRVÁ POMOC.....	82
10.1	Reťaz života	82
10.2	Etické aspekty poskytovania prvej pomoci.....	83
10.3	Dusenie	84
10.4	Veľké vonkajšie krvácanie	85
10.5	Bezvedomie.....	87
10.5.1	Bezvedomie, pri ktorom človek dýcha	87
10.5.2	Kardiopulmonálna resuscitácia (KPR) pri bezvedomí, kedy postihnutý nedýcha	88
10.5.3	Zásady poskytovania KPR	94
10.6	Šok	94
10.7	Zlomeniny.....	95
10.8	Iné stavy.....	96
10.8.1	Náhla cievna mozgová príhoda	96
10.8.2	Epileptický záchvat.....	96
10.8.3	Srdcový záchvat	97
10.8.4	Mdloba, kolaps.....	98
10.8.5	Popáleniny a poleptania chemickou látkou.....	98
10.8.6	Úrazy elektrickým prúdom	99
10.9	Obväzová technika v skratke.....	100
	Kontrolné otázky z predmetu Prvá pomoc.....	100
11	OPATROVATEĽSKÉ TECHNIKY	102
11.1	Starostlivosť o posteľ.....	102
11.2	Preležaniny (dekubity) a polohovanie klienta	105
11.3	Starostlivosť o hygienu klienta.	108
11.3.1	Starostlivosť o osobnú a posteľnú bielizeň.....	108
11.3.2	Starostlivosť o ruky klienta.	108
11.3.3	Starostlivosť o hygienu ústnej dutiny	108
11.3.4	Ranné a večerné umývanie, celkový kúpeľ.....	109
11.3.5	Umývanie vlasov.....	110
11.4	Starostlivosť o vyprázdňovanie klienta	110
11.4.1	Ošetrovanie kolostómie.....	111
11.4.2	Starostlivosť o inkontinentného klienta.....	111
11.5	Starostlivosť stravovanie klienta.	111
11.6	Starostlivosť o spánok a odpočinok klienta.	111
11.7	Starostlivosť o prostredie klienta.	112
11.8	Aktivizácia a zamestnávanie klienta.....	112
11.9	Podávanie liekov	113

11.9.1	Podávanie liekov cez ústa	115
11.9.2	Podávanie liečivých čajov.....	115
11.9.3	Podávanie liekov do nosa, uší a očí.....	115
11.9.4	Podávanie liekov na kožu.....	116
11.9.5	Podávanie liekov do konečníka.....	116
11.9.6	Podávanie liekov do vagíny.....	116
11.9.7	Podávanie liekov do dýchacích ciest (inhalácia), asistencia pri aplikácii kyslíka.....	116
11.10	Meranie fyziologických funkcií.....	117
11.11	Využitie tepla a chladu v praxi.....	121
	Kontrolné otázky pre predmet Opatrovateľské techniky	122
12	ŠPECIFIKÁ OPATROVANIA DETÍ S VYBRANÝMI CHOROBAMI	123
12.1	Zdravý vývin dieťaťa.....	123
12.1.1	Denný režim dieťaťa.....	125
12.1.2	Výchova k základným hygienickým návykom	126
12.2	Úrazovosť detí	126
12.3	Opatrovanie detí s detskou mozgovou obrnou.....	127
12.4	Opatrovanie detí s autizmom.....	128
12.5	Opatrovanie detí s Downovým syndrómom.....	129
	Kontrolné otázky pre predmet Špecifiká opatrovania detí s vybranými chorobami.....	130
13	SOCIÁLNE A PRÁVNE NORMY V OPATROVATEĽSKÝCH SLUŽBÁCH	131
13.1	Vznik sociálnej práce a jej základné pojmy	131
13.1.1	Metódy, techniky a organizácia sociálnej práce	132
13.1.2	Základné pojmy v sociálnej práci.....	132
13.2	Sociálna služba	133
13.2.1	Poskytovatelia sociálnych služieb a kvalifikačné predpoklady opatrovateľa.....	133
13.2.2	Zákon o sociálnych službách, živnostenské podnikanie	135
13.2.3	Opatrovateľská služba, posudková činnosť, požiadanie o sociálnu službu	135
13.3	Sociálna starostlivosť o ťažko zdravotne postihnutých.....	136
13.4	Vzájomná vyživovacia povinnosť rodičov a detí a opatrovateľská služba.....	137
13.5	Podmienky a postup pri vybavovaní niektorých foriem služieb.....	138
13.6	Práva a povinnosti opatrovateľa.....	138
13.7	Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci.....	138
13.7.1	Osobné ochranné pracovné pomôcky opatrovateľa.....	140
13.8	Ochrana osobných údajov.....	140
	Kontrolné otázky pre predmet Soc. a právne normy v opatrovateľských službách	141
	ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	142
	PRÍLOHY	146
	Zoznam príloh.....	146

1. ÚVOD DO OPATROVATEĽSTVA

Z historického hľadiska opatrovateľská starostlivosť položila základy pre rozvoj ošetrovateľskej praxe (Farkašová, 2010). Opatrovateľstvo patrí k disciplinám zaoberajúcim sa klientom/osobou v jeho prirodzenom prostredí. Zaoberá sa takými činnosťami, ktoré prospievajú jeho zdraviu a zlepšovaniu kvality každodenného života v spoločnosti ľudí. Opatrovateľstvo sa zameriava na uspokojovanie opatrovateľských potrieb osoby/klienta, sprostredkuje poznatky, informácie a postupy na utváranie spôsobilosti opatrovateľa vykonávať všetky potrebné úkony pri priamom kontakte s osobou/klientom tak, aby zvýšil kvalitu každodenného života v súlade s jeho vierovyznaním (Krišková, 2010).

Opatrovateľstvo je pomoc chorým, zdravotne postihnutým a starým občanom. Význam opatrovateľstva spočíva v podpore činností klienta v jeho prirodzenom sociálnom prostredí s cieľom udržania zdravia, či k pokojnej smrti (ÚS SČK, 2010).

1.1 Začiatky, podstata a formy opatrovateľstva

Opatrovanie má svoju dlhú históriu. Jeho počiatky možno sledovať už z čias sv. Benedikta z Nursie, zakladateľa rádu Benediktov v rokoch 480 – 560 po Kristovi, ktorý v kláštore svojim mníchom nariadil starať sa o chorých a trpiacich ľudí. Opatrovanie však nesúvisí s liečbou, ktorú poskytovali lekári, ráhnojiči či pôrodné babice. V minulosti sa prevýkon opatrovania nevyžadovalo profesionálne vzdelanie. Farkašová (2005) uvádza, že toto povolanie vykonávali prevažne ženy, vedomosti a skúsenosti sa odovzdávali z pokolenia na pokolenie, k ošetrovaniu a opatrovaniu sa používali prírodné zdroje výlučne v domácom prostredí chorého. Tento spôsob opatrovania pretrvával aj na území Slovenska, až do príchodu kresťanstva, a v určitých podobách existuje dodnes.

Podstatou opatrovania je charitatívnosť, dobročinnosť, starostlivosť o chudobných, telesne či duševne postihnutých ľudí zväčša na okraji spoločnosti. Za jeho základ sa považuje láska k blížnemu, ktorá má pôvod v kresťanstve. Významnú úlohu v rozvoji opatrovateľstva zohrala cirkev a cirkevné rády pôsobiace v oblasti materiálneho, finančného a preventívneho zabezpečenia. Cirkev zakladala rôzne útulky, lazarety, špitály, chudobince a starobince. Odvtedy opatrovateľstvo prešlo určitým rozvojom dopredu, najmä v oblasti vzdelávania, v rozsahu a kvalite poskytovaných služieb. Začiatky opatrovateľstva na Slovensku sú evidované od roku 1000 pri Kláštore sv. Hypolita na vrchu Zobor nad Nitrou. V polovici 80. rokov 19. storočia na území Slovenska vznikajú župné výbory Červeného kríža a začínajú organizovať ošetrovateľské (opatrovateľské) kurzy.

Formy opatrovateľstva

Opatrovateľstvo sa vyvíjalo v troch etapách:

- Neformálne opatrovanie** - znamená postarať sa o chorú osobu medzi členmi spoločenstva, rodiny, blízkymi osobami do takej miery, aby bol v poriadku a mohol vykonávať činnosti bežného denného života.
- Situačné opatrovanie** - je opatrovanie poskytované v čase epidémií, hladomoru, vojen. Do opatrovania sa zapájalo veľké množstvo ľudí a trvalo v etapách po odznení aktuálnych udalostí.
- Formálne poskytovanie opatrovania** - v inštitúciách a ústavoch, kde sa poskytuje opatrovanie, starostlivosť, ošetrovanie, sociálna starostlivosť a verejné zdravotníctvo skúsenými a adekvátne vyškolenými pracovníkmi (Krišková, 2010, s. 17).

1.2 Základné pojmy v opatrovateľstve a ich charakteristika

V opatrovateľstve sa najčastejšie stretávame s pojmami ako sú potreby, úkony a služby.

Opatrovateľské potreby sú stav, kedy osoba/klient vyžaduje uspokojenie potrieb súvisiacich so svojim fungovaním v každodennom živote, a to v súlade so schopnosťami, záujmami a zdravotným stavom osoby/klienta.

Opatrovateľské úkony sú činnosti realizované pri priamo opatrovaní osoby/klienta opatrovateľom s príslušným vzdelaním v opatrovateľstve. Tieto činnosti majú charakter starania sa, dozerania, dávania pozor, ošetrovania, bdenia nad človekom (Krišková, 2010, s. 11).

Opatrovateľské služby sú jednou z foriem sociálnych služieb, ktoré majú komplexný charakter. Podľa zákona NR SR z. 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 sa opatrovateľská služba poskytuje osobe, ktorá je odkázaná na

pomoc inej osoby v jednotlivých činnostiach a pri úkonoch sebaobsluhy, starostlivosti o domácnosť a základných sociálnych aktivitách (sprievod, predčítanie pre nevidiacich, sprostredkovanie komunikácie pre nepočujúcich).

Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. opatrovateľskú službu nemožno poskytovať fyzickej osobe,

- ktorej sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba,
- ktorá je opatrovaná fyzickou osobou, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na opatrovanie,
- ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu,
- ktorej je nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy prenosnou chorobou a pri ochorení touto nákazou.

Viac v kapitole 13.

1.3 Domáca opatrovateľská starostlivosť

Domáca opatrovateľská starostlivosť zvyšuje a skvalitňuje služby poskytované klientom a ich rodinám v záujme udržania, podpory a prinavrátania zdravia. Domáca opatrovateľská služba sa poskytuje výlučne v byte občana. V rámci jej komplexnosti zahrňuje v sebe priame a nepriame služby:

a.) *Priame služby* - predstavujú realizáciu ošetrovateľského procesu v domácej starostlivosti s príslušnými ošetrovateľskými činnosťami opatrovateľky v konkrétnej situácii.

b.) *Nepriame služby* - vyplývajú z aplikácie ošetrovateľského procesu v jeho komplexnosti a sú podmienené domácim prostredím. Sestra a opatrovateľka sa podľa potreby radia o klientových potrebách a problémoch s inými odborníkmi, prípadne sestra participuje, koordinuje alebo sprostredkúva styk so zdravotníckymi zariadeniami či s kontaktnými osobami (napr. klientovi môže poradiť, aké možnosti má pri zmene zamestnania, ktorú si vyžaduje jeho zdravotný stav, môže zabezpečiť opatrovanie dieťaťa a pod.). Sestra by mala pomáhať klientom a rodinám aj pri riešení takých problémov, ktoré bezprostredne nesúvisia s chorobou, ale ktoré jej umožnil odhaliť holistický prístup a ktorých odstránenie v rámci následnej starostlivosti znamená celkové zlepšenie situácie klienta (rodiny, komunity).

Ciele domácej opatrovateľskej služby

K hlavným cieľom domácej opatrovateľskej služby v koordinácii s ústavnou starostlivosťou patrí:

- humanizácia v starostlivosti o chorých (pozitívny vplyv rodiny a pod.),
- zabezpečenie dostupnosti ošetrovateľskej/opatrovateľskej starostlivosti pre každého 24 hodín denne a 7 dní v týždni,
- úspora postelí v nemocniciach a liečebniach pre dlhodobo chorých za účelom finančnej efektívnosti,
- vychovávanie populácie k zodpovednosti za vlastné telesné a duševné zdravie, ako aj za zdravie svojich blízkych (súčasť primárnej starostlivosti o zdravie, edukácia pacientov, spolupráca rodiny a pod.).

Stupne opatrovateľskej starostlivosti

Opatrovateľskú starostlivosť možno rozdeliť na tri základné stupne – nenáročná, čiastočne nenáročná a veľmi náročná.

Nenáročná - klient je samostatný.

Čiastočne nenáročná - hygienická starostlivosť s pomocou klienta, výživa, kŕmenie, jednoduchá prevencia preležanín, polohovanie, starostlivosť o čiastočne imobilného klienta a cielená výchova.

Veľmi náročná - hygienická starostlivosť v sťažených podmienkach, mobilizácia s pomocou klienta, častejšia prevencia komplikácií imobilizácie, starostlivosť o úplne imobilného klienta, celodenná starostlivosť o klienta (ÚS SČK, 2010, s. 6).

Základné úlohy opatrovateľa/opatrovatelky

K základným úlohám opatrovateľa v domácom prostredí možno vymedziť takto:

- monitorovanie fyzických, psychických, sociálnych a kultúrnych potrieb klienta (informácie získava nielen od samého klienta, ale aj z ďalších zdrojov),
- zabezpečenie pitného a stravovacieho režimu,
- jasné a prehľadné podávanie informácií, ústne aj prostredníctvom dokumentácie,
- podporovanie sebestačnosti klienta, aby sa vedel postarať sám o seba,
- oboznamovanie klienta a rodiny s novými ošetrovateľskými technikami a s preventívnymi opatreniami,
- schopnosťou identifikovať a riešiť problémy,
- schopnosťou emocionálne a psychicky podporiť klienta v krízových situáciách.

(Viac v kapitole č. 13 Sociálne a právne normy v oblasti opatrovateľstva.)

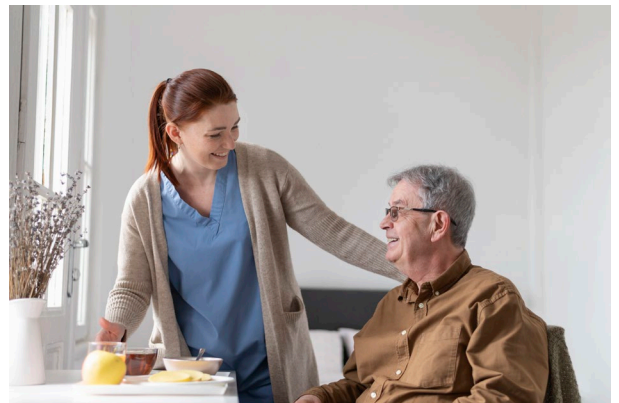
Výhody a nevýhody domácej opatrovateľskej starostlivosti

Vykonávať profesiu opatrovateľa/opatrovatelky (ďalej len jednotný pojem „opatrovateľ“, bez použitia ženského ekvivalentu) nikdy nebolo ľahké, občas sa však opatrujúci musí vyrovnáť s pocitmi zúfalstva, čo na druhej strane môže mať aj pozitívnu stránku. Fyzická a emocionálna podpora poskytovaná klientovi, posilňuje pozitívny vzťah klient – opatrovateľ založený na dôvere a rešpekte. Grayová (2010, s. 16) zastáva názor, že „opatrovanie iných dáva príjemný pocit zadosťučinenia, že poskytujete tú najlepšiu opateru, ktorú dokážete poskytnúť.“ Prínosom je aj fakt, že kým opatrovateľ poskytuje svoje služby, získava množstvo ďalších významných informácií, ktoré vedú ku skvalitneniu jeho výkonov.

Nevýhodou domácej opatrovateľskej starostlivosti je okrem pocitov zúfalstva a beznádeje opatrovateľa skutočnosť, že aj keď túto činnosť vykonáva s láskou a radosťou, jeho klient nemusí k nemu prechovávať práve pozitívne emócie či sympatie. V takomto prípade, musí opatrovateľ zachovať chladnú hlavu, nepodľahnúť svojim vlastným negatívnym emóciám zo vzniknutej situácie a snažiť sa nájsť vhodné riešenie. Opatrovateľ by mal vykonávať všetky činnosti vopred presne stanovené a v súlade s jeho zásadami. ak to nie je možné dodržať, vzniká medzi klientom a opatrovateľom nevráživosť, odmietanie klientom až neprijemné konflikty. Podstatné je, aby opatrovateľ bol silná osobnosť s vyrovnanými citmi a ovládateľnými emóciami.

1.4 Osobnosť opatrovateľa a etické princípy jeho správania

Spolu s vývinom spoločnosti sa vyvíjali aj povolania, akým je aj povolanie opatrovateľa, aby spĺňali svoj účel. Povolanie opatrovateľa nemá žiadne charakteristické črty ako majú napríklad lekár alebo sestra. Možno aj preto si spoločnosť prácu opatrovateľov neváži tak, ako prácu lekára a sestry. No opatrovateľ má v našej spoločnosti skutočne významné miesto, pretože práca s ľuďmi je neskutočne náročná, ale nádherná. Opatrovať ľudí je náročné po fyzickej a psychickej stránke. Opatrovateľ vstupuje do intímnej zóny klienta, do jeho bytu a domáceho prostredia, čím značne narúša jeho súkromie a intimitu. Toto narušenie súkromia klienta vyžaduje vysoko profesionálny a empatický prístup opatrovateľa voči klientovi. Často sa opatrovateľ stretáva s počiatočným hnevom, nevráživosťou klienta, ktorý sa zmieta vo vlastných pocitoch neúčinnosti, nepotrebnosti a nadbytočnosti. Zvládnutie tejto náročnej úlohy v opatrovateľovi vyvoláva úžasný pocit spokojnosti samého so sebou a z dobre vykonanej práce.



Každý klient má nejaké plány, radosti, želania, starosti, potreby a záujmy, ktoré vykonáva v bežnom živote. Opatrovateľ musí individualitu klienta rešpektovať v najvyššej možnej miere, aby nenarúšal prirodzené prostredie a doterajší život klienta. Pri svojej práci využíva prvky efektívnej komunikácie, najmä prvky neverbálnej komunikácie (gestá, mimika, pohľad, výraz tváre, dotyk). Nikdy klientovi nevnučuje svoje názory, záujmy, činnosti a plány, ale naopak, rešpektuje názory, plány, záujmy klienta. Vždy pracuje v súlade so želaním, vedením a rozhodnutím klienta.

Opatrovateľ poskytuje základnú starostlivosť všetkým pacientom **rovnako** profesionálne bez ohľadu na vek, pohlavie, rasu, vierovyznanie, sexuálnu orientáciu, politickú príslušnosť, spoločenské postavenie, majetkové pomery, morálnu a duchovnú úroveň a ich povest'. Je ochotný pomáhať a spolupracovať, byť taktný, trpezlivý,

prosociálne sa správať a mať morálne svedomie. Neustály rozvoj vedy a techniky, zdravotnícka prax, ale aj vnútorné pohnútky ho nenechávajú pasívnym a smerujú k jeho **celoživotnému vzdelávaniu**.

Medzi **osobnostné predpoklady opatrovateľa** patrí:

- a) emocionálnosť - citová stabilita, sebaovládanie, schopnosť empatie,
- b) morálnosť - slušné správanie, taktnosť, rešpekt, úcta, zachovanie ľudskej dôstojnosti, svedomie, hodnotová stupnica, podpora a pomoc ako zdroj istoty, že pacient nie je vo svojej situácii sám, neprenášame vlastných problémov a starostí na pacienta,
- c) sociálnosť - láska k ľuďom, ochota pomáhať, schopnosť produktívnej interakcie, komunikácie a spolupráce, zdvorilosť, prosociálne správanie,
- d) charakternosť - trpezlivosť, diskretnosť, nekonfliktnosť, schopnosť robiť kompromisy.

Zrelosťou osobnosti sa chápe ideál vyvrcholenia vývinu osobnosti. Nemožno ju vymedziť vekom. Zrelá osobnosť je schopná vnímať svet v súlade so skutočnosťou a bez sebaklamov. Je zárukou vytvárania a udržiavania optimálnych vzťahov. Je nezávislá a schopná preberať zodpovednosť za seba aj iných. Nemá pocit premárnených príležitostí a netrpí komplexom menejcennosti. Nie je egocentrická, nezaujíma k ľuďom rivalizujúce postoje. Svoje výhry a prehry prijíma ako súčasť svojho života.

Fyzické a psychické predpoklady znamenajú dobrý telesný, zdravotný a psychický stav. Prejavujú sa dobrou kondíciou, schopnosťou striedať prácu s odpočinkom a spánkom, vhodnou životosprávou, primeraným životným štýlom, odbúraním škodlivých návykov, celkovým pozitívnym naladením, zdravým sebavedomím, ktoré sa zakladá na pozitívnom hodnotení seba samého a adekvátnou toleranciou stresových faktorov (zvládanie náročnosti povolania, zmennosť práce, každodenná konfrontácia s utrpením klientov a pod.).

Seberealizáciu nachádza opatrovateľ vo svojom povolaní význam, zmysel a prospešnosť, ktoré mu prinášajú presvedčenie o vlastnej užitočnosti. Vzťah k povolaniu si vytvorí za podmienok, ktoré mu umožnia:

- vnímať povolanie ako poslanie,
- uspokojiť potrebu vedúcu k tendencii konať v prospech klienta,
- uvedomiť si zmysel a dosah svojho správania a konania,
- realizovať spoločnú činnosť s klientom,
- vykonávať profesiu vplyvom vlastného poznania a rozhodnutia, a nie vonkajších faktorov.

Predpoklady týkajúce sa osobnosti opatrovateľa neexistujú izolovane, ale tvoria celok. Medzi základné **etické princípy** v správaní opatrovateľa patrí:

- a) **trpezlivý a úctivý prístup ku klientovi** - jeho správne oslovenie menom alebo priezviskom podľa želania klienta (nie babka, dedko, teta, ujo!), poskytnutie času klientovi na vyjadrenie alebo urobenie niečoho, nesúrenie klienta;
- b) **slušné správanie** - pozdravenie, predstavenie sa, odpovedanie na pozdrav, požiadanie o prepáčenie, zaklopanie na dvere pri vstupe do izby, rozlúčenie sa pri odchode, slušné vyzvanie k spolupráci;
- c) **vhodná komunikácia** - aktívne vypočutie, reprodukovanie toho, čo klient povedal, zopakovanie informácie, ak ju klient neporozumel, vylúčenie klamaní a sľubovania nemožného, využívanie slov podporujúcich pozitívny vzťah a komunikáciu - „ďakujem“, „prosím“, „nech sa páči“, „prepáčte“, „boli by ste taká láskavá“, využívanie pozitívnych neverbálnych prejavov (pohladenie, objatie, podržanie za ruku, úsmev);
- d) **zaobchádzanie s klientom ako so seberovným** - vylúčenie zosmiešňovania, vyčítanie chýb a omylov medzi štyrmi očami, verejná pochvala, ocenenie úsilia, schopnosť vedieť odpustiť;
- e) **zachovanie rešpektu vo vzťahu ku klientovi** - rešpektovanie jeho osobnosti, nepretváranie klienta podľa svojich vlastných predstáv, individuálny prístup;
- f) **taktnosť** - zabezpečenie prostredia pri obnažovaní klienta, taktné upozornenie, vylúčenie karhania za nešikovnosť, ako aj úloh, ktoré pacient nemôže splniť sám;
- g) **konanie v prospech klienta**,
- h) **pomoc klientovi pri denných aktivitách**, činnostiach, ktoré sám nezvláda - umývanie, obliekanie, kŕmenie, polohovanie;
- i) **zabezpečenie fyzickej, psychickej a sociálnej pohody klientovi** - pomoc pri uspokojovaní primárnych (zmiernenie bolesti, pomoc pri hygiene, obliekaní a stravovaní, zabezpečenie čistoty prostredia a posteľe), sekundárnych (zaistenie bezpečia, vyslovenie uznania klientovi za snahu, povzbudenie, venovanie času klientovi -

rozhovoru s ním a pod.) a ostatných potrieb;

j) **zachovanie povinnosti mlčanlivosti** - nezneužitie dôvery a závislosti klienta (všetky informácie získané pri výkone povolania sú dôverné nielen počas života klienta, ale aj po jeho smrti).

1.5 Ochrana zdravia pri práci opatrovateľa

Opatrovateľ pri výkone svojho povolania má pamätať na ochranu svojho zdravia a bezpečnosť. Zabezpečí si to používaním ochranných prostriedkov (tvárovej masky, pracovného odevu, rukavíc, obuvi). Pozor si musí dávať aj pri manipulácii s klientom, ktorý je zákonne považovaný za „bremeno“. V súčasnosti existuje multidisciplinárna aktivita nazývaná **Zdravie pri práci**, ktorej cieľom je ochrana zdravia pracovníka pri výkone povolania, pričom vychádza z právnych noriem Európskej únie, za podpory pracovno-preventívneho lekárstva (Krišková et al., 2003). Aktivity sú zamerané najmä na podporu zdravia, zabezpečenie vhodných podmienok a bezpečnosti pri práci vedúcich k motivácii, spokojnosti s prácou zo strany zamestnávateľa. Na ochrane zdravia a zvyšovaní bezpečnosti pri práci sa musí podieľať samotný opatrovateľ udržiavaním dobrého fyzického a psychického zdravia. Viac informácií nájdete v kapitole 13.

Kontrolné otázky z predmetu Úvod do opatrovateľstva

- Kto v minulosti zohrával významnú úlohu v rozvoji opatrovateľstva?
- Ako sa nazýva opatrovanie chorej osoby v rodine, či opatrovanie blízkej osoby do takej miery, aby mohol vykonávať činnosti bežného života?
- Ako sa nazýva opatrovateľstvo poskytované v čase epidémie, hladomoru, vojen, čiže opatrovanie v etapách?
- Aké formy opatrovania poznáte?
- Vymenujte priame služby poskytované v domácej opatrovateľskej starostlivosti.
- Čo patrí medzi nepriame služby poskytované v domácej opatrovateľskej starostlivosti?
- K hlavným cieľom domácej opatrovateľskej starostlivosti patrí humanizácia starostlivosti o chorých. Patrí sem aj úspora postelí v nemocniciach za účelom finančnej efektívnosti?
- Ako sa nazýva opatrovateľská starostlivosť, ak klient v domácom prostredí je samostatný a potrebuje len dozor?
- Ako sa nazýva opatrovateľská starostlivosť, ak klient vyžaduje kŕmenie, hygienickú starostlivosť s pomocou opatrovateľa, jednoduchú prevenciu preležanín?
- Imobilný klient vyžaduje celodennú starostlivosť, preventívne opatrenia komplikácii imobilizačného syndrómu a hygienickú starostlivosť v sťažených podmienkach. O akej starostlivosti hovoríme?
- Čo patrí k základným úlohám opatrovateľa v domácom prostredí klienta?

2. KOMUNIKÁCIA, ASERTIVITA A EMPATIA V PRÁCI OPATROVATEĽA

2.1 Psychológia opatrovanej osoby

O starobe z psychologického hľadiska sa začína hovoriť vtedy, keď nastáva úbytok fyzických a psychických síl, čo človeku znemožňuje podávať plné výkony v telesných aj duševných procesoch (Hrozenská et al., 2008). Podstatnú úlohu v živote starnúceho človeka zohráva vnímanie seba samého na základe vytvoreného obrazu svojho okolia, minulosti či budúcnosti, ako aj obraz starnutie jeho predkov. Na starnutie významne vplyvajú aj mýty o starnutí a chorobe.

Vo vzťahu k starnutiu a starobe Hrozenská et al., 2008) hovorí o tzv. integrovanej osobnosti, ktorá je tvorená pod vplyvmi kultúry, civilizácie, výchovy, sebvýchovy, formovaním vzorov a vlastných životných skúseností, vlastnou osobnosťou. Integrita v starobe sa dostáva na prvé miesto vtedy, keď daný človek splnil svoje ciele, úlohy a poslanie. Protipólom je skepticizmus a zatrpknutosť, nevďačnosť detí, pocit neplnohodnotného života, beznádej a zúfalstvo. To všetko súvisí so sebauvedomením a sebaaprežívaním jedinca. Starnutie je vekové obdobie, ktoré núti človeka vyrovnávať sa so zmenami, ako je odchod do dôchodku, zmena životného štýlu, úbytok sociálnych kontaktov, smrť blízkych, rovesníkov a.i. K vnútorným zmenám sa zaradujú telesné zmeny, zvýšený výskyt chorôb, obavy o vlastné zdravie. Miera adaptácie na starobu a s ňou súvisiace vonkajšie aj vnútorné zmeny, je sprevádzaná obrannými, alebo naopak aktívnymi postojmi voči starobe. Vzhľadom na uvedené skutočnosti opatrovateľ pri výkone svojho povolania akceptuje nielen biologické zmeny opatrovanej osoby, ale aj jej psychické zmeny vyplývajúce z procesu starnutia.

2.2 Komunikácia v práci opatrovateľa

Komunikácia je jedným zo základných sociálno-psychologických procesov, počas ktorého si predávame významy v priamom a nepriamom kontakte (Džumelová et al., 2008).

Komunikácia je dôležitý aspekt opatrovateľskej činnosti. Pri komunikácii s klientom opatrovateľ zabezpečí vhodné prostredie, kde navodí ovzdušie dôvery za účelom zníženia, resp. odstránenia strachu a obáv. K dosiahnutiu kvalitnej komunikácie je potrebné rešpektovať a spĺňať niektoré **všeobecné požiadavky** akými sú:

- **Empatia** - schopnosť a pohotovosť človeka (opatrovateľa) vcítiť sa do duševného stavu iného jedinca/klienta (Džumelová et al., 2008, s. 48).
- **Individuálny prístup** - prispôsobenie opatrovateľovho správania klientovým špecifikám – to, čo sa môže zdať jednému klientovi neprijateľné, je pre druhého celkom samozrejmé;
- **Pozitívny vzťah ku klientovi** - postoj opatrovateľa ku klientovi sa prejaví vo výraze tváre, v pohľade, pohyboch tela i v odstupe.
- **Úcta ku klientovi** - rešpektovanie klienta, jeho názorov, postojov a predstáv s cieľom zachovania jeho samostatnosti za každých okolností (ÚS SČK, 2010, s. 10).

Komunikácia opatrovateľa s klientom má byť kontrolovaná samotným opatrovateľom do takej miery, aby svojimi citovými prejavmi a slovami neublížil klientovi. Pri svojej práci využíva tzv. autenticnosť, čiže to, čo vraví je súčasne v súlade s jeho myslením a vnútorným presvedčením. Ak to tak nie je, prezradí ho jeho reč tela a pre príjemcu informácií sa stáva nevierohodným. Opatrovateľ si vždy musí uvedomovať, že je pod drobnohľadom svojho klienta a jeho rodiny, preto sa musí naučiť sprostredkovať informácie tak, aby mu všetci porozumeli a najmä verili. To isté však platí aj pre klienta. Napríklad: Klient Vám verbálne vyjadrí súhlas, že informácii, ktorú ste mu práve oznámili porozumel, no na jeho tvári a prejavom obáv a nervozity budete vidieť, že to tak nie. Vy musíte okamžite tieto signály nehody rozpoznať a zareagovať tak, že mu znova ozrejmíte to, o čom ste ho pred chvíľou informovali.

Komunikácia sa uskutočňuje prostredníctvom **komunikačných prostriedkov**, ktoré delíme do troch skupín:

- a) *verbálna komunikácia*: hovorená a písaná reč,
- b) *paralingvistická komunikácia*: napr. hlasová inotácia ako zafarbenie hlasu, rýchlosť reči, tón hlasu...,
- c) *neverbálna (mimoslovná) komunikácia*: napr. výraz, správanie.

2.2.1 Neverbálna komunikácia

Neverbálna alebo nonverbálna komunikácia je komunikácia bez použitia slov. Je najstaršou a zároveň najpoužívanejšou formou komunikácie, ktorá nadväzuje na verbálnu komunikáciu. Prebieha prostredníctvom spôsobov držania tela, jeho pohybov, výrazov tváre, pohľadov a pohybov očí, zmien vzdialenosti medzi komunikujúcimi, druhu oblečenia a jeho farieb, dotykov, rýchlosti a hlasitosti reči (Džumelová et al., 2008, s. 12). Prostredníctvom tohto druhu komunikácie človek naznačuje svoj emocionálny stav taký, aký je, alebo aký by chcel, aby ho vnímalo okolie. Až 87 % informácií získava človek očným kontaktom, pretože kedykoľvek pri komunikácii s iným človekom pozorujeme jeho tvár, mimiku, gestá, celkový postoj.

Medzi verbálnou a neverbálnou komunikáciou neexistuje žiadna ostrá hranica. Jediný rozdiel medzi nimi je ten, že verbálna je úmyselná a neverbálna je neúmyselná komunikácia.

K cieľom neverbálnej komunikácie patrí (Janáčková, 2009, s. 21):

- vyjadrenie emócií (pocity, nálady, afekty),
- prejavenie záujmu,
- vytváranie dojmu o tom, kto sme,
- riadiť chod vzájomného styku.

Kategorizácia neverbálnych prejavov

Ako bolo vyššie uvedené, pri neverbálnej komunikácii sa nepoužívajú slová. V praxi sa neverbálne komunikačné prostriedky delia takto:

- pohľady (reč očí): komunikácia prostredníctvom pohľadov, pohybov očí,
- výrazy tváre (mimika): komunikácia prostredníctvom svalov tváre,
- pohyby tela (kinezika): komunikácia prostredníctvom polohy tela,
- fyzický postoj (posturika): konfigurácia všetkých častí tela, pohyby tela,
- priblíženie alebo oddialenie (proxemika a teritorialita): komunikácia prostredníctvom vzdialenosti a priestoru,
- gestami (gestika): komunikácia prostredníctvom pohybov rúk,
- dotyk (haptika): komunikácia prostredníctvom dotyku,
- vzhľad a úprava: komunikácia prostredníctvom vzhľadu, výzoru a úpravy.

Prvý dojem

Nie vždy je každý každému od začiatku sympatický. Skôr než sa opatrovatel a klient dostanú do verbálnej (slovnej) interakcie, vytvárajú si o sebe navzájom určité závery. Najprv sa pozorujú, pritom nič nemusia hovoriť. Takéto závery sú založené na prvom dojme a až postupom času sa ukáže, či naše odhady boli správne. Prvý dojem ovplyvňuje: výraz tváre, intonácia hlasu, výrazové pohyby, vplyvy minulej skúsenosti, súkromná teória (názor) na osobu. Negatívom prvého dojmu je, že odoláva zmenám, ťažko sa napráva chybný prvý dojem. Na druhej strane, pozitívom je, že každá nová informácia získaná o druhej osobe stále môže zmeniť náš názor založený na prvom dojme.

Pri prvom kontakte s klientom a jeho rodinou či príbuznými je nutné brať do úvahy:

- a) *Haló efekt* - ak máme všeobecne priaznivý prvý dojem o inej osobe, bude tento dojem zvädzať k posudzovaniu buď k príliš vysoko želaným črtám, alebo k príliš nízko želaným črtám.
- b) *Súkromnú teóriu osobnosti* - je to, ako jednotlivec vníma iné osoby a čo ovplyvňuje jeho názory na posudzovanú osobnosť.
- c) *Stereotypy* - relatívne zjednodušené poznania sociálnych skupín, ktoré zastierajú mnohé rozdiely medzi členmi nejakej skupiny (Džumelová et al., 2008, s. 14).

Pohľady - reč očí

Pohľady sú najrozhodujúcejším neverbálnym prejavom už pri prvom stretnutí klienta s opatrovateľom. Oči sú najcitlivejší receptor - „prijímač“ informácií. Signalizujú nielen momentálne emócie, ale sú i prostriedkom regulácie vzťahu. Očný kontakt partnerov pri dialógu zaberá asi 30 – 40 % trvania interakcie (Hanzlíková et al., 2006, s. 152). Človek vníma zrakom až 87 % všetkých informácií, sluchom 9 % a prostredníctvom iných zmyslov len 4 %. Pohľadom môžeme klientovi oznámiť záujem o jeho problémy a vyjadriť ochotu mu pomôcť. Význam krátkeho a dlhšieho pohľadu je uvedený v tabuľke 1.

Mimika - výrazy tváre

Je najbohatšia na oznamovanie neverbálnych správ, podáva informácie o type osobnosti, záujmoch človeka, zodpovednosti k partnerovi, emóciách (Tab. 2), momentálnom telesnom a psychickom stave, o postojoch k ľuďom, s

ktorými sa rozprávame. „nastavuje zrkadlo“ a poskytuje spätnú väzbu (Hanzlíková et al., 2006). Mimické svaly umožňujú viac ako 1 000 rôznych výrazov, ktoré modelujú psychický stav človeka. Horná časť tváre vyjadruje skôr psychické napätie, dolná časť je informátorom prežívania pozitívnych emócií. Pri mimike nesmieme zabúdať na úsmev, lebo ním sme schopný dať najavo náš pozitívny vzťah k osobe, s ktorou sme v interakcii. No na druhej strane úsmevom vieme vyjadriť aj iróniu. Úlohou opatrovateľa je naučiť sa dokonale ovládať svoju tvár, najmä v takých situáciách, kde sa vyskytne strach anevôľa.

DLHŠÍ POHĽAD – význam	KRATŠÍ POHĽAD - význam
záujem	nezáujem
priateľský vzťah	agresia
úsilie o dominanciu	úsilie o diskretnosť
úsilie presvedčiť o priateľstve	apatia
podriadenosť	nadriadenosť
počúvajúci	hovoriaci
extrovert	introvert
prebiehajúci rozhovor	začínajúci sa alebo končiaci sa rozhovor
na osobu, ktorú si vážime	na osobu, ktorá nám je ľahostajná
sympatia	nesympatia, antipatia
na známu osobu	na neznámu osobu
upútať pozornosť	odmietanie

Tab. 1 Význam pohľadu

Tab. 2 Kladné a záporné emócie (Džumelová et al., 2008, s. 15)

Radosť	Smútok
Pokoj	Rozčúlenie a zlosť
Záujem	Nezáujem
Spokojnosť	Nespokojnosť
Neočakávané prekvapenie	Splnené očakávania
Pocit istoty	Strach
Šťastie	Nešťastie

Kinezika - pohyby tela

Kinezika opisuje pohyby horných a dolných končatín, jednotlivých častí tela, prípadne celého tela. Analyzuje dynamiku, svižnosť alebo pomalosť, uvoľnenosť či napätie. Sústreďuje sa nielen na pohybovú činnosť jedného človeka, ale aj na pohybovú súhru dvoch alebo viacerých ľudí. Pohyb jednotlivých častí tela signalizujú, či sa zdravotný stav pacienta zlepšuje, stagnuje alebo zhoršuje, resp. ako sa momentálne cíti (Džumelová et al., 2008). Pohyby sú zložitá reč ľudí, ktorú je potrebné čítať na pozadí textu. Ich charakter a intenzita úzko súvisia s momentálnym citovým rozpoložením človeka a jeho temperamentom. V praxi sa kinezika využíva v rehabilitácii a znakovkej reči.

Z časového hľadiska si všímame:

- bodové pohyby: trvajú niekoľko sekúnd (trhnutie hornou končatinou pri odbere krvi, priklývnutie hlavy),
- pohybové pozície: trvajú niekoľko minút (návrik rehabilitačného úkonu),
- pohybové prezentácie: sú dlhodobé, zahŕňujú celkový vzor pohybovej činnosti pacienta (pomalá chôdza, prudké gestá).

Posturika - fyzický postoj

Polohu, ktorú človek zaujíma, vyjadruje postoj k tomu, čo sa okolo neho deje. Z postoja a držania tela vzhľadom na prostredie, v ktorom človek práve je, vieme prečítať stupeň sebavedomia, menejcennosti, hnevu, nervozity, šťastia, radosti a podobne. Človek zaujíma nejakú polohu tela vzhľadom na prostredie, partnera komunikácie a na svoj psychosomatický stav. Vzájomná poloha dvoch ľudí pri rozhovore vyjadruje ich vzájomný vzťah, záujem, ochotu spolupracovať. Zmena polohy znamená zmeny pri komunikácii (Hanzlíková et al., 2006). Posturika zahŕňa základné polohy - stoj, kľak, drep, sed, ľah.

Haptika - dotyk

Haptika sa chápe ako komunikácia prostredníctvom dotykov. Tento termín vyjadruje taktilný kontakt - dotyk. Haptický kontakt je sprostredkovaný tlakom na kožu, pôsobením tepla, chladu, vibrácií, chvenia alebo aj bolesti. Dotyková komunikácia si vyžaduje od opatrovateľa schopnosť empatie a dotykovej kultúry.

Bez dotykového sociálneho prejavu by mal klient dojem chladu, nezainteresovanosti, ľahostajnosti či mechanického prístupu.

Pozitívne prejavy haptiky sú všetky priateľské dotyky, ktoré prispievajú k pozitívnej komunikácii a interakcii. Patrí sem objatie, objatie okolo pliec, pohladkanie (autentické), polozenie ruky na ruku, polozenie ruky na rameno, hlavu, plece či pridržanie pod pazuchu. Majú na klienta posilňujúci účinok.

Negatívne haptické prejavy vyjadrujú nepriateľské naladenie. Možno sem zaradiť zaucho, uštipnutie, kopnutie, ťahanie, trhnutie, vedenie, odstrčenie a silné stlačenie ruky. V práci opatrovateľa by mali úplne absentovať. Najviac dotykov na tele klienta opatrovateľ smeruje na dľaň a chrbát ruky, rameno, plece, hlavu.

Osobitným problémom v práci opatrovateľa je dotýkanie sa intímnych miest klienta. Ide o chýlostivú situáciu pre oboch. Je potrebné, aby opatrovateľ túto nevyhnutnosť vždy vopred oznámil klientovi. **Nevyžiadané dotyky** opatrovateľ využíva intuitívne. Klient nič nenaznačuje, no opatrovateľ napriek tomu dotyk uplatní. Tieto dotyky sú osobitne účinné.

Do okruhu problematiky haptiky patrí i **podávanie rúk**. Dôležitú úlohu má spôsob podania ruky, ktorý môže ovplyvniť ďalší priebeh interakcie a komunikácie. Pri prvom stretnutí sa opatrovateľ klientovi predstaví a podá mu ruku. Pri podávaní ruky si všíma:

- vzhľad ruky a nechtov (čistá, špinavá, pestovaná, nepestovaná),
- hmatový vnem stisku ruky (mäkká, tvrdá, mozoľnatá),
- intenzitu stisku ruky,
- suchosť alebo vlhkosť dlane,
- trvanie podania ruky,
- spôsob podania ruky.

Zásady správneho podania ruky:

- čistá ruka,
- úsmev (približne 5 sekúnd),
- primeraný stisk ruky,
- primerané trvanie podania ruky (rešpektovať limit 6 sekúnd),

- správny spôsob podania ruky,
- vhodná postúra (stoj tvárou v tvár, trup mierne naklonený dopredu),
- primeraná proxemika,
- zrakový kontakt.

Vzhľad a úprava zovňajška

Oblečením chránime svoje telo pred chladom a zároveň ním zakrývame (hlavne oblasť genitálií). Niekedy je ním vyjadrená príslušnosť k nejakej skupine, no na druhej strane obmedzuje sledovanie reči tela. Úprava zovňajšku a oblečenie poskytujú informáciu o zdravotnom a psychickom stave klienta, o zmenách (zlepšenie alebo zhoršenie), nálade, sebahodnotení (Hanzlíková et al., 2006). Aj opatrovateľ svojím oblečením a úpravou dáva dôkaz o svojich emóciách, pocitoch či ich prežívaní. Samozrejme všetko s mierou a nepreháňať to. Medzi základné súčasti úpravy zovňajška opatrovateľa patrí:

- čistý a vyhladený pracovný odev, primeraná vôňa,
- čistá pracovná obuv (ponožky, neklopkajúce topánky), dodržiavanie osobnej hygieny,
- primeraná úprava tváre (citlivo zvolený mejkap),
- čisté a upravené nechty, sanovaný chrup.

Gestika

Gestika je súčasťou kineziky, náuky o pohybovej činnosti človeka. Zaoberá sa pohybmi horných končatín. Termín gesto je odvodený z latinského slova *gero, gerere*, čo znamená prejavovať emócie, zmýšľanie alebo vlastnosť. Pohyby horných končatín podporujú alebo zvyrazňujú to, čo človek chce práve povedať slovami. Gesto ako komunikačný prvok predchádzalo zrod jazyka takmer o milión rokov. Pozornosť pri komunikácii venujeme nielen rukám, ale celému držaniu tela.

Gestá majú mnohoraký v ý z n a m :

- v mnohých prípadoch nahrádzajú slová,
- zvyšujú názornosť povedaného,
- majú určitú tvorivú silu, ktorú slová nemajú,
- dokresľujú obsah hovoreného,
- významovo sú častokrát dôležitejšie ako slová,
- podporujú a zvyrazňujú to, čo človek chce povedať slovami.

Proxemika a teritorialita - priblíženie alebo oddialenie

Je to reč fyzickej vzdialenosti a postavenia medzi komunikujúcimi. Poukazuje na hierarchické usporiadanie. Každý človek vníma vzdialenosť vo vzťahu a ak niekto prekročí našu osobnú zónu, cítime sa zväčša neisto, bránime sa ústupom. Snažíme sa obnoviť si svoju bezpečnú zónu (Obr. 1). Opatrovateľ sa často dostáva a narúša osobnú a intímnu zónu klienta, čo on môže vnímať negatívne. Na druhej strane, aj opatrovateľ sa dostáva do situácie, keď klient narúša jeho osobnú a intímnu zónu. Narušenie týchto zón zväčša vedie k napätiu (Hanzlíková et al., 2006).



Obr. 1 Teritoriálne zóny (Janáčková, 2009, s. 29)

Intímna zóna - 0-30 cm

Osobná zóna - do 120 cm (bežný styk, umožňuje sledovanie bezprostredných reakcií)

Sociálna zóna - do 360 cm (pri komunikácii, napr. na úrade)

Verejná zóna - do 9 m (napr. hľadisko)

Na vzdialenosť medzi ľuďmi vplyvajú faktory ako sú pohlavie, osobnosť, etické a kultúrne prostredie.

2.2.2 Verbálna komunikácia

Opatrovateľka, či už si uvedomuje, alebo neuvedomuje, môže klientovi slovne, neslovne alebo aj činmi prejať určitú mieru vážnosti, úcty a uznania. V tomto prípade hovoríme o sociálnej **evalvácii** - zvyšovaní ľudskej hodnoty. Ak tieto prvky v interakcii a komunikácii absentujú, ide o sociálnu **devalváciu** - znižovanie ľudskej hodnoty.

2.3 Evalvácia a devalvácia v komunikácii

Evalvácia v komunikácii

Na vytvorenie pozitívneho vzťahu medzi opatrovateľom a klientom je potrebná aj úcta, rešpekt a jeho uznanie ako človeka. Opatrovateľ by si mala túto skutočnosť uvedomiť už vo chvíli, keď vstupuje do interakcie s ním. Takéto prvky sa nazývajú evalvačné. Medzi konkrétne evalvačné spôsoby v správaní opatrovateľa patrí:

- pozdrav,
- odpoveď na pozdrav,
- pozorné všímanie si pacienta, branie ho na vedomie,
- schopnosť aktívne vypočuť,
- prístup k pacientovi ako k seberovnému partnerovi,
- schopnosť vyjadriť pochvalu každému úsiliu,
- rešpektovanie osobnosti pacienta, jeho nepretváranie podľa vlastných predstáv,
- upozorňovanie na chyby nepriamo,
- vyčítanie chýb a omylov medzi štyrmi očami,
- schopnosť vedieť odpúšťať,
- pomoc pacientovi z vlastnej vôle a iniciatívy,
- schopnosť využívať slová podporujúce pozitívny vzťah a komunikáciu („ďakujem“, „prosím“, „nech sa páči“, „prepáčte“).

Devalvácia v komunikácii

V súvislosti s novodobým chápaním ošetrovateľstva zahrnuje rolové správanie sestry aj rolu komunikátorky. Táto rola je kľúčová pre uplatnenie akéhokoľvek druhu, typu, štýlu či spôsobu komunikácie. Jej plnenie na úrovni partnerského vzťahu predpokladá ovládanie komunikácie, ktorá by mala obmedziť prvky devalvácie v kontakte s pacientom. Devalvácia znamená hrubé, necitlivé, bezohľadné správanie bez úcty, rešpektu či taktu. Do jej obsahu možno zahrnúť aj neprofesionálne komunikačné zlozvyky. Najčastejšie možno zaznamenať tieto devalvačné prejavy v správaní opatrovateľa:

- neodpovedá na pozdrav,
- ignoruje - nevšíma si klienta,
- pasívne počúva (nevie reprodukovať alebo reprodukuje s chybami to, čo pacient povedal),
- je netaktná, necitlivá, bezohľadná, uráža, kritizuje pred inými,
- porušuje mlčanlivosť,
- má povrchný, nezainteresovaný vzťah,
- má „úradný“ tón,
- podceňuje, opovrhuje, zosmiešňuje,
- je uštipačná, ironická,
- preferuje jedného pacienta pred ostatnými,
- klame,
- uplatňuje paternalistický prístup - komunikuje s pacientom na úrovni dieťaťa („ručička“, „nožička“),
- privádza klienta do trápnych situácií,
- sponchyňuje schopnosti a „zdravý rozum“ pacienta,
- ohovára,
- falošne a nevhodne ubezpečuje („určite to bude v poriadku“),
- používa stereotypné frázy a klíšé („Je to pre vaše dobro“),
- skáče do reči,
- neodpovedá na otázky a používa neurčité výroky,

- odkladá riešenia problémov,
- nadmerne súri (Sidorová et Jakubíková, 2003).

2.4 Empatia v práci opatrovateľa

Pojem **empatia** sa vyskytoval už v starom Grécku. V pôvodnom význame znamenala empatia silnú emóciu, vášeň. V súčasnosti ňou označujeme schopnosť, pomocou ktorej sa človek v rámci bezprostrednej komunikácie s iným človekom vie vžiť do jeho duševného stavu a situácie, v ktorej sa nachádza (Džumelová et al., 2008). Empatia sa považuje za najdôležitejší faktor pôsobiaci na komunikáciu medzi opatrovateľom a klientom. Empatia má pozitívny vplyv na emocionálny stav klienta, o ktorého sa staráme, pretože cíti naše porozumenie a viac si uvedomuje svoju hodnotu. V mnohých opatrovateľských a ošetrovateľských literatúrach nachádzame dôkazy rôznych výskumov, že empatia priaznivo pôsobí na zlepšenie zdravotného stavu klientov doma, sociálnych zariadeniach, ako aj u pacientov v nemocniciach. Džumelová et al. (2008, s. 49) uvádza dva typy empatie. Prvý typ znamená základnú empatiu ako univerzálnu ľudskú funkciu. Druhý typ empatie predstavuje trénovaná empatia alebo získaná vo vzťahu k profesionálnej praxi čipomoci.

Medzi **činitele zvyšujúce empatiu** možno zaradiť:

- životné udalosti, skúsenosti a zážitky,
- pozitívnu pracovnú atmosféru,
- životnú orientáciu,
- intenzívnu účasť v intímnych vzťahoch,
- štýl rodinnej výchovy a celkovej atmosféry,
- úzke medziľudské vzťahy (rodinné, pracovné, spoločenské) s pozitívnym emocionálnym naladením.

K **činiteľom znižujúcim** empatiu patrí:

- choroba,
- záporné emócie,
- egoizmus,
- závisť,
- nenávisť,
- neuspokojené potreby,
- neurotické stavy,
- faktory sťažujúce alebo rušiace komunikáciu,
- nadmerná zodpovednosť,
- stresové a frustrujúce situácie,
- spoločenská nadradenosť,
- alkohol, drogy a lieky.

2.5 Asertivita, asertívne techniky a spôsoby správania opatrovateľa

Opatrovateľ sa pri svojej práci stretáva s rôznymi životnými situáciami. Okrem využívania empatie a osvojených komunikačných zručností, uplatňuje aj tzv. asertivitu. Asertivita v slovenčine znamená zdravé, primerané sebaapresadzovanie. Kristová et Tomášková (2002, s. 126) uvádzajú výstižnú definíciu asertivity, ktorá znamená „spôsob komunikácie, ktorým človek vyjadruje úprimne, otvorene svoje myšlienky, city, názory a postoje tak v pozitívnej, ako aj v negatívnej forme. Postupuje tak, aby neporušoval svoje práva, ani práva ostatných ľudí.“

2.5.1 Asertívne techniky

Asertivita napomáha zvyšovať sebaúctu a sebavedomie, čím zvyšuje schopnosť konštruktívneho riešenia problémových situácií. Ak sa chceme správať asertívne, mali by sme sa asertívnemu správaniu učiť, resp. stále zdokonaľovať využívaním asertívnych techník. Tie Džumelová et al. (2008, s. 58) delí na schopnosti a spôsobilosti.

Asertívne schopnosti: vyjadriť negatívne skutočnosti, odmietnuť ponuku, čeliť tlaku skupiny, prijať ignorovanie a odstrkovanie iných, vysvetliť sťažnosť a vedieť odpovedať na ňu, prosiť o pomoc, poskytnúť informácie, navrhnúť a prijať kompromisy, vedieť prijať takého človeka, ktorého iný považujú za zlého.

Asertívne spôsobilosti:

- a) Pokazená gramofónová platňa – pokojné opakovanie toho, čo chcem.
- b) Otvorené dvere – kritika prijímaná pokojne, bez úzkosti.
- c) Sebaotvorenie sa – pokojné vyjadrenie kladných aj negatívnych aspektov vlastnej
- d) osobnosti.
- e) Volné informácie - volné vyjadrenie aj nevyžiadanych informácií.
- f) Negatívna asercia - súhlas s kritikou vlastných nedostatkov.
- g) Negatívne pýtanie sa - otázkami privediem kritiku do úzkych a dokážem mu, že nevie, čokritizuje.
- h) Selektívne pýtanie sa - reagujem len na konkrétne námietky.
- i) Kompromis – v prípade, že neutrpí vlastná sebaúcta, ponúknuť prijateľný kompromis.

Aj opatrovateľ môže pri svojej práci využiť okrem asertívnych schopností a spôsobilostí aj ďalší z asertívnych prvkov, a to asertívne práva uvedené v prílohe 1.

2.5.2 Spôsoby správania opatrovateľa

Opatrovateľ sa v interakcii s klientom, rodinnými príslušníkmi, zdravotníckymi pracovníkmi podieľajúcimi sa na zdravotnej starostlivosti o klienta, vždy nejakým spôsobom správa. Správanie opatrovateľa vo vzťahu k danej problematike môže byť:

- a) agresívne,
- b) pasívne,
- c) manipulujúce,
- d) asertívne.

Pasívny opatrovateľ ustupuje ostatným, je neistý, opakovane sa ospravedlňuje. Vyhýba sa výmene názorov a nerozpráva o svojich emóciách či želaniach. Ustavične sa sťažuje na osud, obviňuje okolie z agresivity. Má dojem, že ho iní využívajú a je aj reálne využívaný. Občas si vybije zlosť na niekom ešte slabšom. Chýba mu sebaistota v prejave, vysvetľuje, vciťuje sa do prianí druhých ľudí. Niekedy je nadmieru neprirodzene snaživý.

Agresívny opatrovateľ je stále pripravený zaútočiť. Zraňuje a ponižuje iných. Všetko vie najlepšie. Rád rozkazuje, vyčíta a moralizuje. Nevie si priznať vlastné chyby a za všetko obviňuje iných. Presadzuje seba na úkor druhých. Býva neoblúbený a často sa cíti osamelý. Za prehnaným sebavedomím sa neraz skrýva komplex menejcennosti. Agresívne správanie mu umožňuje len krátku úľavu v napätí. Postupne sa vzdaluje od ostatných, čím sa vytvára priestor pre ďalšie napätie.

Manipulatívny opatrovateľ sa usiluje o dosiahnutie svojho cieľa okľukou. Útočí na morálku a na to, čo povedia iní ľudia. Ovplyvňuje správanie iných pomocou rôzne skrytých, rafinovaných a nepriamych manévrov. Manipulácia je nečestná. Manipulatívny opatrovateľ si nevie vytvoriť úprimné ani hlboké vzťahy s inými. Nevie byť otvorený a ľudia nemajú záujem vstupovať s ním do hlbšej interakcie či komunikácie. V manipulácii využíva plač, krik, výčitky, lichôtky a sľuby. Oblúbeným trikom opatrovateľa - manipulátora je tendencia presúvať zodpovednosť za riešenie situácie na druhého. Navodením vlastnej dôležitosti sa usiluje donútiť ho, aby mu vyhovel. Ide o víťazstvo, nie o spoluprácu.

Asertívny opatrovateľ preberá kompletnú zodpovednosť za svoje správanie. Vie nielen to, čo chce, ale aj ako to dosiahne. Sú mu jasné následky. Je zodpovedný, vie povedať nie, uzná si chybu, ak ju urobí. Vie kriticky myslieť, do práce zapája kreativitu. Opatrovateľ sa nikdy nevyvyšuje a hlavne neponižuje, pôsobí vyrovnané a uvoľnené, pri neúspechu nevytvára atmosféru tragédie, čelí manipulácii iných, je sám sebou.

2. 6 Kritické myslenie opatrovateľa

Kriticky zmyšľajúci opatrovateľ si dokáže vytvárať vlastné názory a formovať vlastné myšlienky, hodnoty a presvedčenia. Takto zmyšľajúci opatrovateľ dokáže slobodne sám za seba myslieť, cítiť, rozhodovať sa aj v tých najzložitejších životných situáciách a ťažkostiach. K tomu, aby opatrovateľ kriticky zmyšľal, potrebuje získať dostatok informácií, poznatkov, faktov a myšlienok, ktoré následne bude vedieť využiť pri svojej práci, v našom prípade pri opatrovaní klienta. Schopnosť byť za seba zodpovedný, byť zodpovedný za svoje konanie, slová, názory a neustále to všetko vedieť prehodnocovať, znamená kriticky myslieť. Jednou z ďalších vlastností kritického myslenia je schopnosť argumentovať, čo následne pomáha opatrovateľovi nezávisle myslieť.

2. 7 Spoločenská etika v skratke

K základom spoločenskej etikety pri starostlivosti o klienta pre opatrovateľa platí:

- **Slušné predstavenie sa klientovi**, ale aj jeho rodine.
- **Správne a úctivé oslovovanie klienta**. Do úvahy opatrovateľ berie zvyklosti rodiny, prípadne štátu, v ktorom sa o klienta stará. Vždy sa pri prvom kontakte s klientom opýta, ako ho má oslovovať. Pozor na vyknanie a tykanie.
- **S mierou využíva zdvorilostné frázy** v komunikácii s klientom a jeho rodinou.
- **S klientom hovoríme jasne, zrozumiteľne, jednoducho, trpezlivo, overujeme spätnú väzbu komunikácie**.
- **V byte/dome klienta sa správa tak, aby rešpektoval súkromie, pohodlie a individualitu bývania klienta, sú časti domu (nábytok) nepremiestňuje bez vedomia klienta, udržiava ho v adekvátnom stave.**

Kontrolné otázky pre predmet Komunikácia, asertivita a empatia v práci opatrovateľa

- Empatia nepatrí medzi všeobecné požiadavky komunikácie. Je tento výrok správny?
- Individuálny prístup nepatrí medzi všeobecné požiadavky komunikácie s klientom. Je tento výrok správny?
- Pozitívny vzťah a úcta ku klientovi nepatrí medzi všeobecné požiadavky komunikácie s klientom. Je tento výrok správny?
- Definujte neverbálnu komunikáciu.
- Kde a kedy sa využíva neverbálna komunikácia?
- Do ktorej kategórie prejavov patrí reč očí, výraz tváre a dotyk?
- Do ktorej kategórie prejavov patrí mimika, posturika, gestikulácia?
- Medzi ktoré prejavy patrí komunikácia prostredníctvom vzdialenosti?
- Čo je cieľom neverbálnej komunikácie?
- Do ktorej kategórie prejavov patrí pohľad, pohyby tela, vzhľad a úprava zovňajška?
- Do ktorej kategórie prejavov patrí gestika, fyzický postoj alebo vzdialenosť?
- Ktorý z kategórie neverbálnych prejavov je najrozhodujúcejším v komunikácii?
- Úsmev radíme do kategórie neverbálnych prejavov. Je tento výrok správny?
- Aké prejavy môžu vyvolať dotyky v práci opatrovateľa?
- Čo patrí medzi pozitívne prejavy haptiky?
- Čo patrí medzi negatívne prejavy haptiky?
- Primeraný stisk ruky, správny spôsob podania ruky, primerané trvanie podania ruky patria medzi správne zásady podania ruky. Patrí medzi tieto zásady podávania ruky aj zrakový kontakt?
- Gestika je súčasťou náuky o pohybovej činnosti človeka. Akými pohybmi sa zaoberá?
- Gestá majú veľa významov. Čo medzi ne patrí?
- Ktorý národ využíva v komunikácii nadmernú gestikuláciu?
- Popíšte, ako sa klient môže cítiť, ak mu prekročíme osobnú zónu.
- Definujte intímnu zónu v neverbálnej komunikácii.
- V ktorých situáciách využívame sociálnu zónu?
- Definujte verbálnu komunikáciu.

- Aké verbálne prostriedky sa využívajú vo verbálnej komunikácii na vyjadrenie pocitov?
- Na vytvorenie pozitívneho vzťahu medzi opatrovateľom a klientom je potrebná úcta, rešpekt a jeho uznanie ako človeka. Vo verbálnej komunikácii hovoríme o ...
- Ako sa nazýva schopnosť vcítiť sa do duševného stavu alebo situácie klienta?
- Čo je to empatia?
- Aké správanie by malo prevládať v práci opatrovateľa/ky?
- Manipulatívne správanie opatrovateľa/ky je normálne a bežné správanie v domácnosti u opatrovaného klienta. Je tento výrok správny?
- Agresívne správanie opatrovateľa/ky je normálne a bežné správanie v domácnosti u opatrovaného klienta. Je tento výrok správny?
- Asertívne správanie opatrovateľa/ky je normálne a bežné správanie v domácnosti u opatrovaného klienta. Je tento výrok správny?
- Definujte opatrovateľa, ktorý je neistý, opakovane sa ospravedlňuje, vyhýba sa výmene názorov, nerozpráva o svojich emóciách či želaniach, ustavične sa sťažuje na svoj osud.
- Definujte opatrovateľa, ktorý je vždy pripravený zaútočiť, zraňuje a ponižuje iných, všetko vie najlepšie a rád rozkazuje.
- Definujte opatrovateľa, ktorý preberá kompletnú zodpovednosť za svoje správanie, vie to, čo chce a vie ako to dosiahne, sú mu jasné následky a je zodpovedný.
- Definujte opatrovateľa, ktorý sa usiluje o dosiahnutie svojho cieľa okľukou, útočí na morálku a na to, čo povedia iní ľudia, ovplyvňuje správanie iných pomocou rôzne skrytých, rafinovaných a nepriamych manévrov.
- Kriticky zmýšľajúci opatrovateľ nedokáže vytvárať vlastné názory a nedokáže formovať vlastné myšlienky, nemá vlastné hodnoty a presvedčenia. Je tento výrok správny?
- Kriticky zmýšľajúci opatrovateľ dokáže vytvárať vlastné názory a dokáže formovať vlastné myšlienky, má vlastné hodnoty a presvedčenia. Dokáže sám a slobodne za seba myslieť. Je tento výrok správny?

3. ANATÓMIA A FYZIOLOGIA TEĽA

V tejto kapitole sa zameriame na vybrané základné systémy ľudského tela ako sú kostrový a svalový, dýchací, tráviaci, obehový, vylučovací a centrálny nervový systém (ďalej len „CNS“). Spomenieme si fyziológiu starnutia a jeho prejavy.

3.1 Kostrový a svalový systém

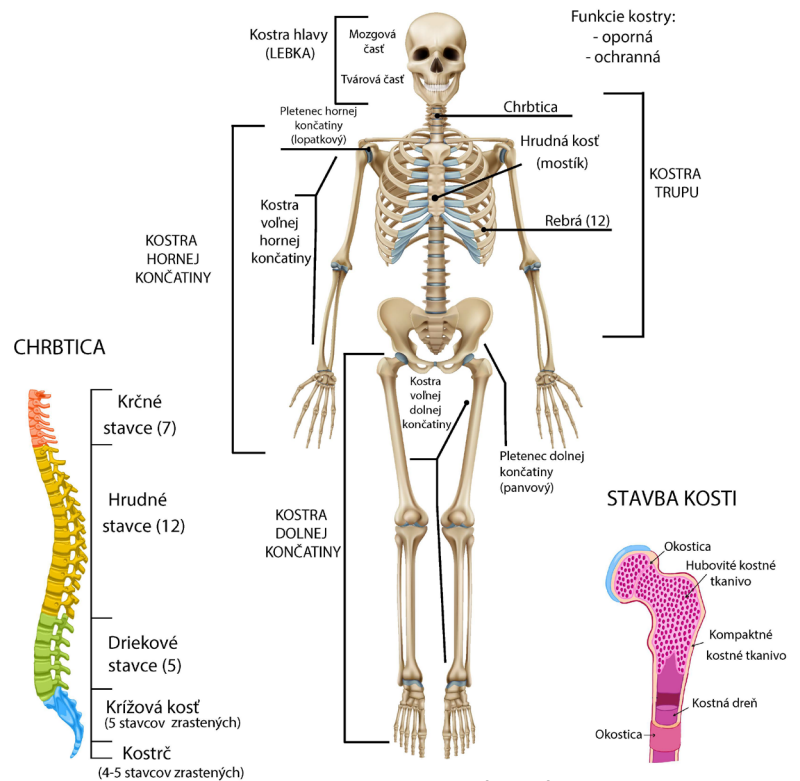
Kostrový systém

Kostra podopiera mäkké časti tela a chráni životne dôležité orgány, ako mozog, miechu, srdce a pľúca. Kosti sú pevné miesta na pripojenie kostrových svalov, slúžia ako páky pri pohybe tela. Kosti skladujú aj minerály (vápnik, horčík, fosfor), zatiaľ čo v kostnej dreni sa tvoria červené krvinky. Z 206 kostí dospelého človeka ich 126 má kostra končatín (Obr. 2).

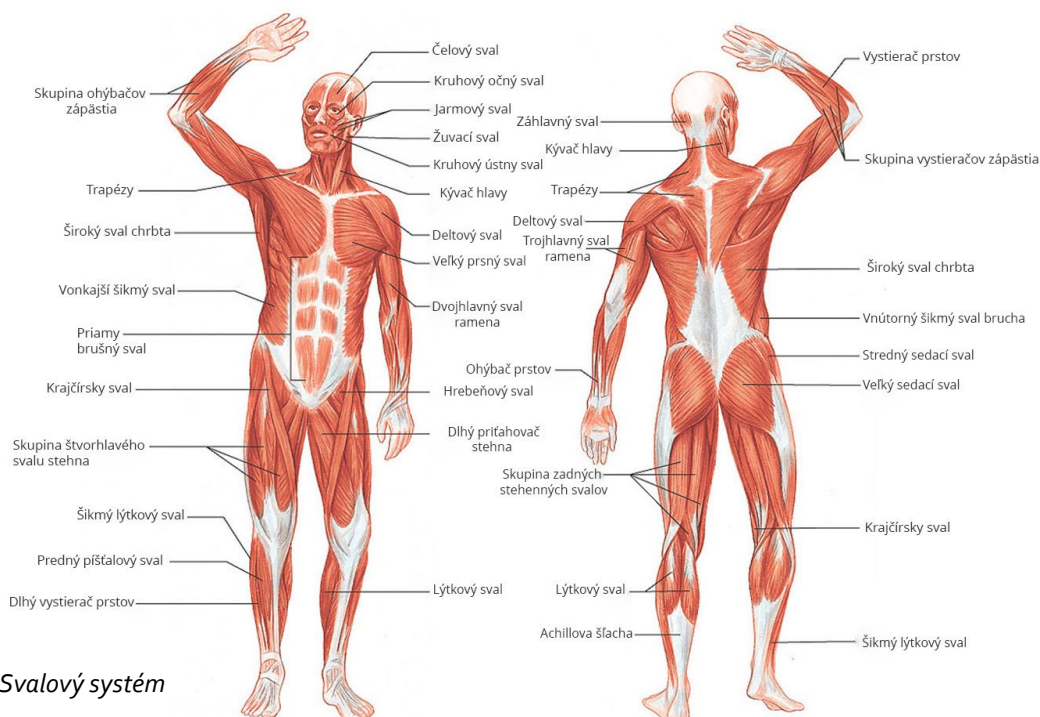
Svalový systém

Stovky kostrových svalov je vôľou ovládateľných a spolu s kosťami umožňujú pohyb tela a jeho častí (Obr. 3). Kostrové svaly taktiež produkujú teplotu a niektoré držia telo vo vzpriamenej polohe. Hladké a srdcové svalstvo nie je kontrolované vôľou. Svaly tvoria 40% z váhy človeka.

Väčšina svalov sa pomocou šliach pripája ku kostiam (McMillan, 2009). Kostrové svalstvo riadia miechové nervy a je pod kontrolou mozgovej kôry. Možno ho ovládať vôľou, preto sa hovorí o tzv. vôľovej inervácii alebo možnosti vykonávania úmyselných pohybov. Kostrový a svalový systém tvoria neoddeliteľný celok, do ktorého patrí chrbtica s dolnými a hornými končatinami a ich pletencami. Patria sem nielen kosti týchto častí tela, ale aj kĺby, svaly a cievy. Všetky kosti v organizme tvoria ľudskú kostru. Kostra je ľahká, ale zároveň veľmi pevná. Obklopuje a chráni vnútorné orgány. Tvorí oporu tela a spoločne so svalmi a ostatnými súčasťami podporného pohybového systému umožňuje pohyb človeka v prostredí a v čase. Rozlišujeme kostru trupu, končatín a hlavy.



Obr. 2 Kostrový systém



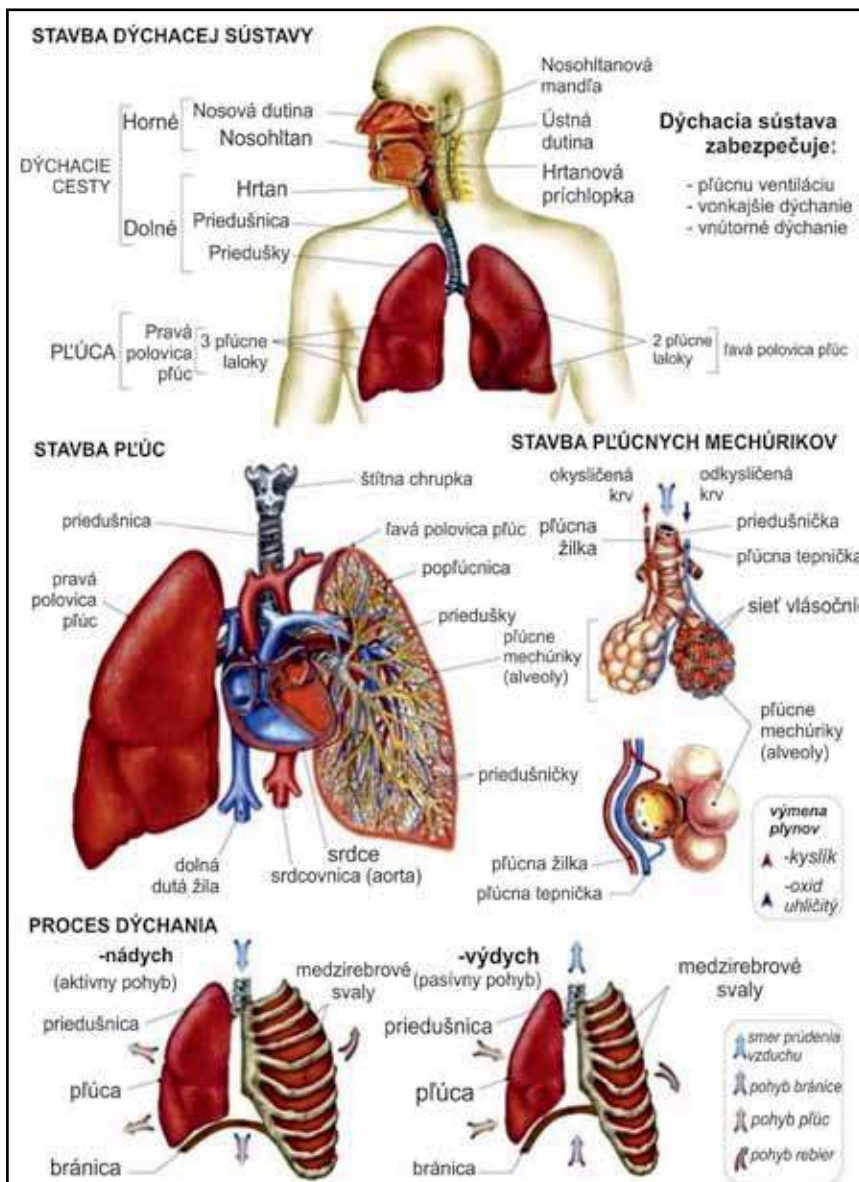
Obr. 3 Svalový systém

3.2 Dýchací systém

Dýchací systém alebo respiračný zaisťuje, aby sa naše pľúca naplnili vzduchom. Je miestom, ktoré dodáva kyslík do krvi a odtiaľ vylučuje oxid uhličitý - hlavnú odpadovú látku. Delí sa na horné a dolné dýchacie cesty (Obr. 4). K horným patrí nosová dutina, nosohltan, hrtan. K dolným patrí priedušnica, priedušky, priedušničky, pľúca a pľúcne alveoly. Funkcie všetkých častí horných a dolných dýchacích ciest sú uvedené v Tabuľke 3.

Časti dýchacieho systému	Funkcia
Nosná dutina	Nadychuje vzduch
Hltan	Nadychnutý vzduch usmerňuje do priedušnice
Hrtan	Miesto, kde sa vytvára hlas
Priedušnica	Dráha do priedušiek
Priedušky	Dve, každá vedie vzduch do jedného pľúcneho laloka
Priedušničky	Malé trubičky rozvádzajúce vzduch do pľúc
Pľúca	Orgány, kde sa vymieňajú kyslík a oxid uhličitý
Pľúcne komôrky	Vačky, z ktorých kyslík prechádza do krvi a oxid uhličitý odchádza

Tab. 3 Funkcia častí dýchacieho systému (McMillan, 2009, s. 142)



Mechanizmus dýchania. Pre normálny proces dýchania majú veľký význam nielen zdravé dýchacie cesty a zdravé pľúca, ale aj normálna štruktúra skeletu hrudníka a dýchacích svalov. Množstvo vzduchu, ktoré človek vdýchne pri pokojnom dýchaní pri jednom vdychu, je tzv. dychový objem. Je to asi 500 ml. Pri veľkej fyzickej námahe sa dychový objem zvyšuje až na 1-2 litre.

Obr. 4 Dýchacia sústava

3.3 Tráviaci systém

Všetka potrava musí prejsť tráviacim procesom, aby sa rozložila na živiny, ktoré bunky potrebujú pre svoju stavbu a činnosť. Každý kúsok jedla sa musí dobre pohryzť, aby ho enzýmy slín a ďalšie chemikálie z nich, mohli rozložiť. Výsledný materiál je natolko rozložený, že môže prejsť najtenšími krvnými cievami, aby vyživil trilióny buniek. Zvyšky, ktoré telo nemôže stráviť a využiť, sú vylúčené z tela von (McMillan, 2009). Týmto úlohám zodpovedá celková stavba jednotlivých úsekov tráviaceho systému. Orgány tráviaceho systému sú duté orgány a žľazy čiže parenchýmové orgány. Rúrovitý orgán tráviacej sústavy má vrstvomito usporiadanú stenu so štyrmi základnými vrstvami: sliznicou, podsliznicovým väzivom, svalovou vrstvou a povrchovým obalom. Parenchýmové orgány vylučujú tráviace šťavy a s tráviacim systémom sú spojené vývodmi.

Tráviacu rúru tvorí (Obr. 5):

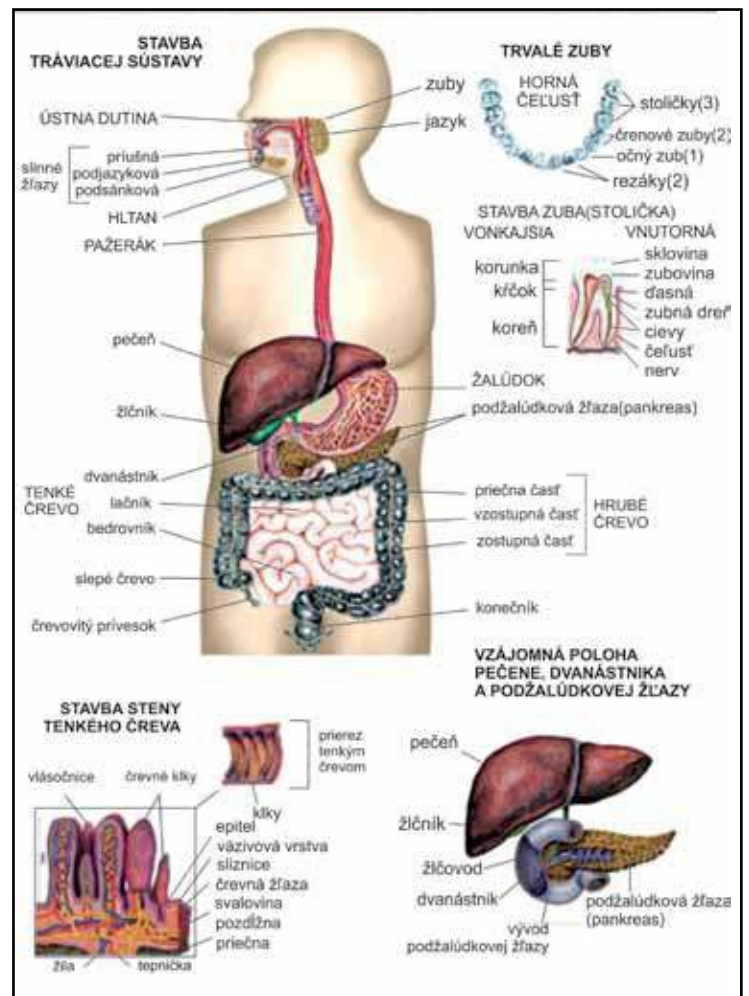
- ústna dutina (cavum oris),
- hltan (pharynx),
- pažerák (oesophagus),
- žalúdok (gaster),
- tenké črevo (intestinum tenue),
- hrubé črevo (intestinum crassum),
- konečník (rectum),
- análny (ritný) otvor (anus).

Najväčšie žľazy tráviacej sústavy (Obr. 5) sú:

- pečeň (hepar),
- podžalúdková žľaza (pankreas),
- slinné žľazy (glandulae salivariae).

Jazyk má významnú úlohu pri formovaní rozžuvanej potravy a pri jej posúvaní do hltana. **Hltan** je ďalšou časťou tráviacej rúry, ale aj dýchacieho systému. Je to svalovoväzivová trubica umiestená pred krčnou chrbticou. **Hrtanová príklopka** (epiglottis) uzatvára hrtan tak, aby zabránila potrave preniknúť do dýchacích ciest. **Pažerák** je rúrovitý orgán dlhý asi 25 cm. Prechádza cezeň potrava z hltana do žalúdka. Hlt potravy, ktorý sa jazykom posúva dozadu, vyvolá pri dotyku mäkkým podnebí, príklopkou a sliznicou hltana hltací reflex. **Žalúdok** je rozšírený vakovitý orgán tráviaceho systému uložený v brušnej dutine. Pažerák je spojený so žalúdkom žalúdkovým vchodom. Prechod žalúdka do tenkého čreva sa nazýva vrátniková časť. Medzi vchodovou a vrátnikovou časťou je telo žalúdka. **Tenké črevo** meria 3-5 m. Začína sa od vrátnika a ústi do hrubého čreva. Väčšina chemického trávenia a vstrebávania potravy a odohráva práve tu. Má tri časti: dvanásnik, lačnik a bedrovník. **Hrubé črevo** je dlhé asi 1,5 m a hrubé 5-8 cm. Obtáča kľučky tenkého čreva. Má niekoľko úsekov. Začína sa v pravej bedrovej jame slepým črevom, naktoré sa pripája červovitý výbežok (apendix). **Konečník** je časť hrubého čreva, ktorá sa končí ritným kanálom. Prechádza medzi svalmi spodiny panvovej uzávierky.

V mieste prechodu análneho kanála cez panvovú uzávierku je vnútorný zvierač zložený z kruhovitej svaloviny.



Obr. 5

ZUBY

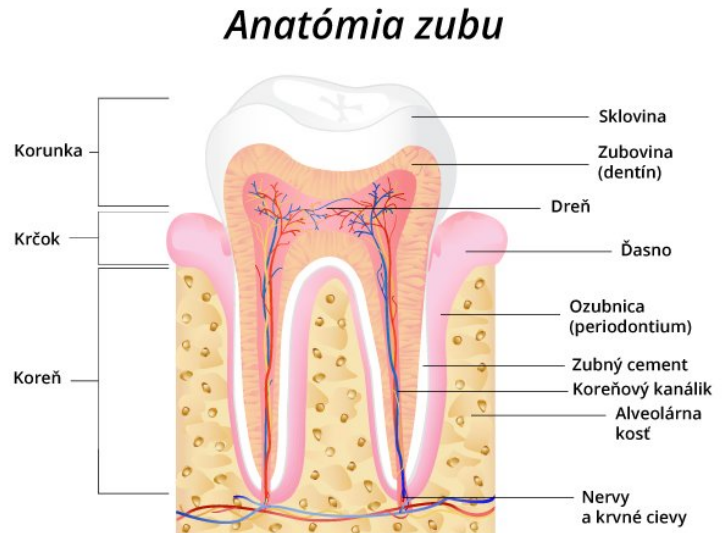
Funkciou zubov (dentes) je mechanické spracovanie potravy (žuvanie a prehĺtanie), pričom sa podieľajú aj na artikulácii. Zub (Obr. 6) tvorí koreň, krčok a korunka. Na povrchu je zub pokrytý zubnou sklovinou. Stavebným materiálom zubov je zubovina (dentín). Vo vnútri zubu sa nachádza zubná dreň. V koreni zuba sa nachádza otvor, ktorým do dreňovej dutiny vstupujú cievy a nervy.

Podľa tvaru rozoznávame štyri druhy zubov:

- 1) rezáky (dentes incisivi)
- 2) očné zuby (dentes canini)
- 3) črenové zuby (dentes premolares)
- 4) stoličky (dentes molares)

Dočasný (mliečny) chrup má 20 zubov, definitívny (trvalý) chrup má 32 zubov.

Obr. 6 Zub a jeho časti

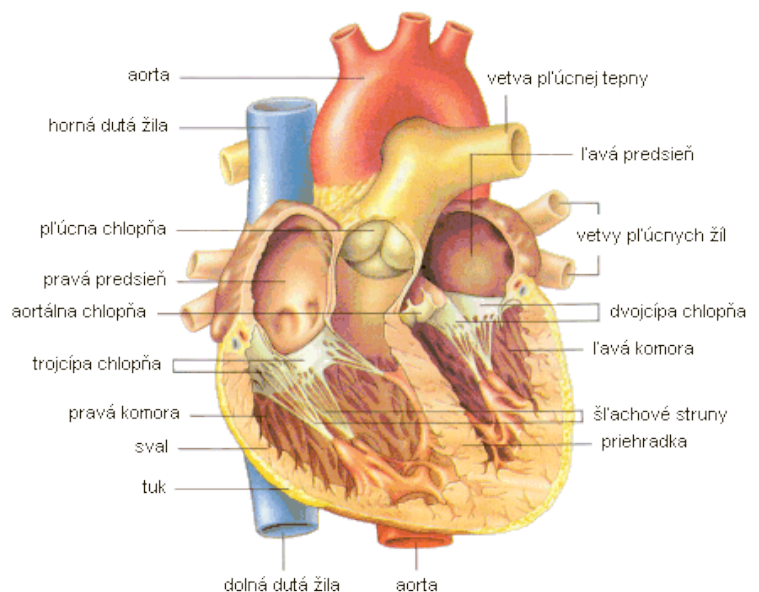


Tráviace šťavy: v tráviacich žľazách sa tvoria šťavy, ktoré pomáhajú rozkladať živiny. Sú to sliny, žalúdočná šťava, pankreatická šťava, žlč a črevná šťava. Do tráviacej rúry sa denne vylúči asi 10 litrov štiav. Sliny sa tvoria v troch párových slinných žľazách a menšie množstvo slín sa tvorí v malých žľazkách ústnej dutiny, denne asi 1-2 litre. Pankreatická šťava sa tvorí denne v množstve 1,5-2 litre. Žalúdočná šťava je kyslá tráviaca šťava. Tvorí sa v žľazkách žalúdokej steny v množstve 3 litre denne. Jej zložkami sú kyselina chlorovodíková, enzýmy pepsín a žalúdočná lipáza, hlien, vnútorný faktor a gastrín. Žlč sa tvorí v pečeni v množstve od 100 do 1 000 ml. Zhromažďuje sa v žlčníku, kde sa zahusťuje vstrebávaním vody a vylučuje sa do dvanástnika.

3.4 Obehový systém

Krv so svojím obsahom kyslíka, živín z potravy, hormónov a ďalších látok je transportovaná do a z každej živej bunky, čo je vlastne hlavnou úlohou obehového čiže kardiovaskulárneho systému. Obehový systém naberá v pľúcach kyslík a do pľúc odvádza odpad živých buniek po celom tele.

Srdce je dvojitá pumpa, ktorá pod tlakom dopravuje krv do pľúc a do ostatných tkanív (Obr. 7). Je uložené v dolnom prednom medzihrudí, a to jedna tretina vpravo a dve tretiny vľavo od stredovej čiary. Delí sa na pravé a ľavé srdce. Každá polovica je rozdelená ešte na predsieň a komoru. Každá komora pumpuje krv do ciev. Medzi ľavou predsieňou a ľavou komorou je **dvojcípa chlopňa**, medzi pravou komorou a pravou predsieňou je **trojcípa chlopňa**. Najhrubšou vrstvou stien srdca je srdcový sval - **myokard**. **Srdcový pulz** je pravidelné striedanie kontrakcie a relaxácie srdcového svalu. Normálna srdcová frekvencia je od 70 do 80 tepov za minútu, no u rôznych jednotlivcov sa môže líšiť (napr. u aktívnych športovcov bude frekvencia srdca nižšia).



Obr. Prierez srdca

Obr. 7 Srdce

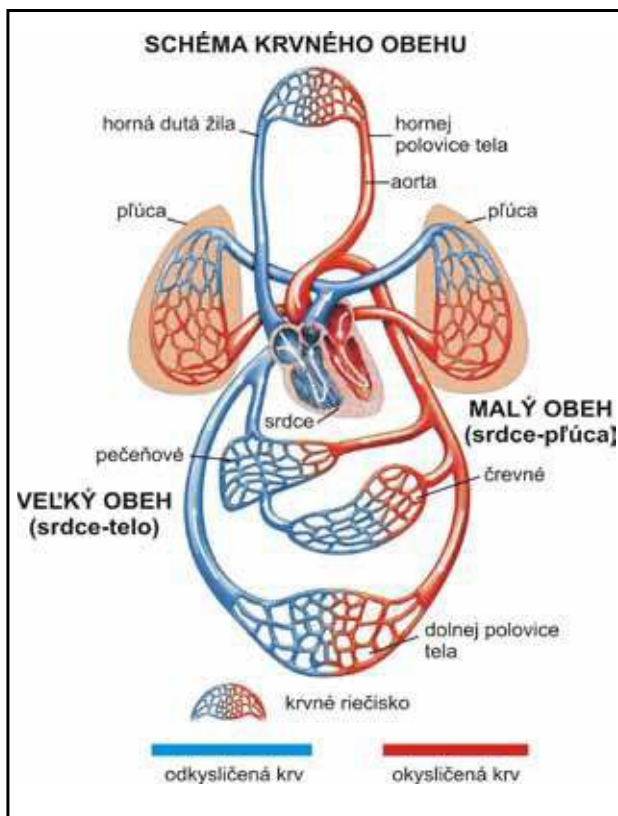
Velký (telový, systémový) obeh sa začína v ľavej predsieni a komore, z ktorej vystupuje srdcovnica. Tá sa postupne rozvetvuje na tenšie tepny a tepničky, ktoré sa v tkanivách rozdeľujú na vlásočnicovú sieť. Z vlásočníc vznikajú spojením postupne hrubšie žily a žilové kmene, ktoré vedú žilovú (odkysličenú) krv do pravej predsieni.

Malý pľúcny obeh vystupuje z pravej srdcovej komory. Pred oblúkom aorty sa delí na pravú a ľavú vetvu, ktoré vstupujú do príslušnej polovice pľúc, kde sa rozkonárujú a obklopujú pľúcne mechúriky. Tu sa krv okysličuje a oxid uhličitý sa vylučuje do vydychovaného vzduchu. Pľúcne žily vedú okysličenú krv do ľavej predsieni (Obr. 8).

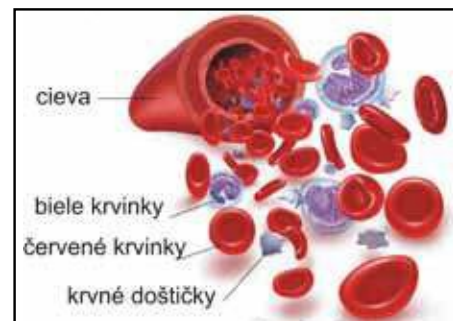
3.4.1 Krv a lymfatický systém

Krv možno podľa jej funkčných a morfológických vlastností pokladať za tekutý orgán. Je životne dôležitou látkou, ktorá pri ustavičnej cirkulácii spája jednotlivé časti tela. Tento transportný orgán sprostredkúva prenos dýchacích plynov (O₂, CO), prenos živín vstrebaných z tráviacej rúry, prenos produktov látkovej premeny do obličiek a ďalších vylučovacích orgánov. Krv je červená nepriehľadná tekutina. Skladá sa z krvnej plazmy, v ktorej sú rozptýlené červené a biele krvinky a krvné doštičky. Červené krvinky sa nazývajú erytrocyty, biele krvinky leukocyty a krvné doštičky trombocyty (Obr. 9). Celkový objem krvi u dospelého človeka tvorí 6-8 % jeho telesnej hmotnosti, t. j. u muža asi 5 litrov.

Lymfa (miazga) vzniká z krvi a do nej sa vracia. Príčinou jej tvorby je to, že tekutina a biele krvinky, ktoré vytekajú z vlásočníc, sa musia niekde zhromažďovať. Vytekajú z neohraničeného priestoru do lepšie organizovaného systému kanálikov, ktoré sa spájajú podobne ako vlásočnicové a žilové časti obehového systému krvi. Takto vznikajú lymfatické cievy a tekutina, ktorú dopravujú, sa nazýva lymfa čiže miazga.



Obr. 8 Krvný obeh



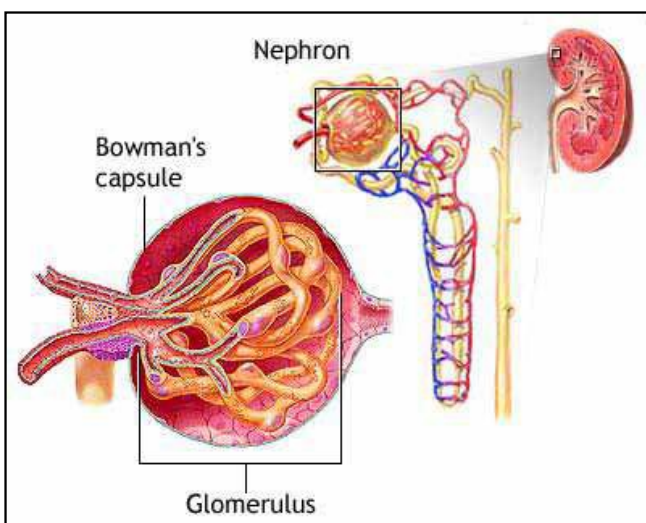
Obr. 9

3-5 Vylučovací systém

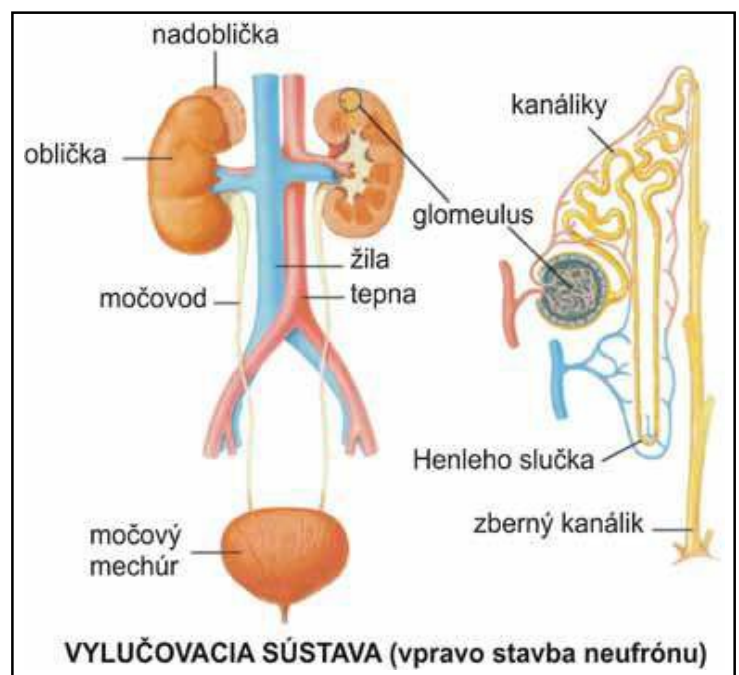
Vylučovací (močový) systém tak ako a iné systémy je viac účelový. Čistí a udržuje chemickú rovnováhu tela. Mikroskopické štruktúry v systéme obličiek tvaru podobnému fazuli neustále zbavujú krv nečistôt, vody, vedľajších produktov látkovej výmeny. Filtrácia prebieha v **nefrónoch** (základná funkčná jednotka obličky), v ktorých sa odstraňuje prebytočná soľ, kyseliny vzniknuté pri látkovej premene, potenciálne jedy, ako sú zvyšky liekov. Konečným výsledkom tohto zložitého procesu je **moč** (McMillan, 2009). **Obličky** sú párový orgán, ktorý tvorí hnedočervená kôra a dreň svetlejšej farby. V strede vnútornej hrany obličky je obličková brána, z ktorej vystupujú krvné a lymfatické cievy, nervové spleti a močovod, ktorý ústi do močového mechúra. Kôra obličiek tvorí vonkajšiu vrstvu obsahuje Malpighiho telieska s Bowmanovým puzdrom a glomerulom. **Glomerulus** (Obr. 10) tvorí zložitá sústava kapilár a epitelových buniek. Priestor medzi dvoma listami Bowmanovho puzdra pokračuje do proximálneho tubula (kanálíka), Henleho kľučky, distálneho tubula a zberného a vzostupné kanálíka. ramienka Zostupné Henleho kľučiek a dreňové časti kanálikov sú uložené v dreni (Javorka et al., 2001). V glomeruloch sa z krvi tvorí tzv. primárny moč, ktorého sa za minútu vyprodukuje až 120 mililitrov! Toto množstvo sa ďalej upravuje a späťne vstrebáva zložitom systéme kanálikov (tubulus). Glomerulus s kanálikom, ktorý naň nadväzuje, tvoria základnú funkčnú jednotku obličky - nefrón. Opätovným vstrebaním vody z primárneho moču vzniká objem, ktorý denne vylúčime - asi 1 - 1,5 litra.

Vylučovaciu sústavu (obr. 11) tvoria:

- obličky (renes),
- močovod (ureter),
- močový mechúr (vesica urenaria),
- močová rúra (urethra).



Obr. 10 Glomerulus



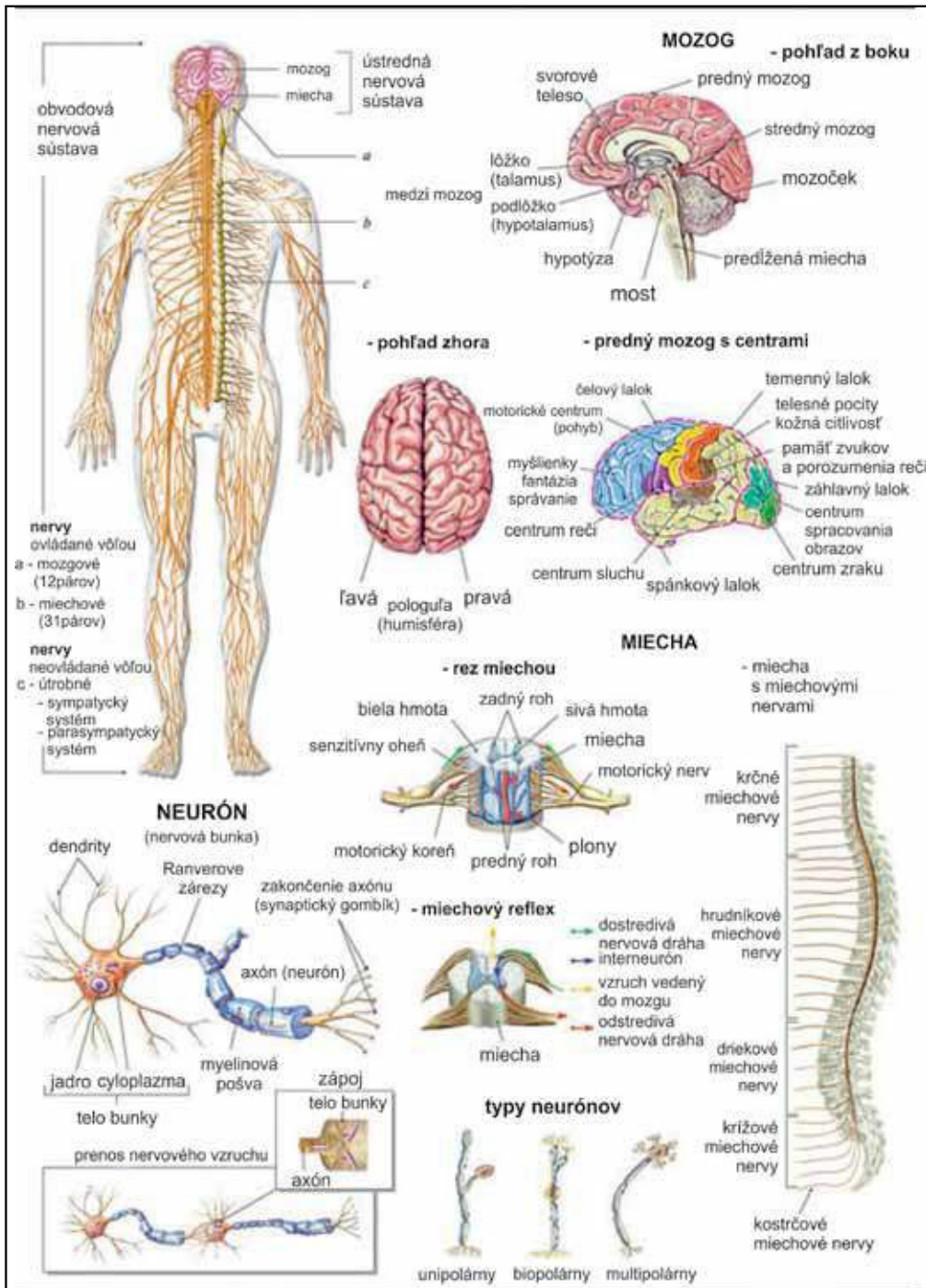
Obr. 11 Vylučovacia sústava

Dreň obličky tvorí 8-18 pyramídových útvarov - **obličkových ihlanov**, ktoré základňou smerujú k povrchu a vrcholom do stredu obličky. Vrcholy ihlanov objímajú **obličkové kalichy**, ktoré zbierajú definitívny moč vytvorený v nefrónoch. Kalichy ústia do **obličkovej panvičky**.

Močovod (ureter) je tenká rúrka, ktorá vystupuje z obličkovej panvičky. Močovody sú dlhé asi 30 cm a ich stenami prechádzajú peristaltické vlny s frekvenciou 1-5 sťahov za minútu. To znamená, že moč do močového mechúra nevtieká pasívne, ale je vtláčaný, čo je dôležité vtedy, ak je močový mechúr naplnený a musí prijať ešte ďalšie množstvo moču.

Močový mechúr (vesica urenaria) je dutý svalový orgán. Jeho objem je asi 500 ml, ale môže prijať aj väčšie množstvo moču. Už pri naplnení asi 150 ml človek pociťuje nútenie na močenie. Na dne močového mechúra začína

močová rúra (urethra), ktorá začína svalom zvieračom. Vyprázdňovaním močového mechúra - **mikcia** - je vyvolané stúpajúcim tlakom v močovom mechúre. Stiahnutím steny močového mechúra a uvoľnením zvierača močovej rúry začne moč odtekať do močovej rúry. Močenie je riadené centrami v mieche (Pančík, 2009).



3.6 Nervový systém

Nervový systém (Obr.12) zabezpečuje jednotu organizmu s vonkajším prostredím, stálosť vnútorného prostredia a koordinuje činnosť orgánov ako celku. Spomedzi všetkých živočíchov má najlepšie vyvinutý nervový systém človek. Tvoria ho dve základné zložky: centrálny nervový systém (CNS) a periférny nervový systém. Centrálny nervový systém sa skladá z predného mozgu, medzimozgu, stredného mozgu (Varolovo) mosta, mozočka a predĺzenej miechy. Periférny nervový systém tvoria nervy vychádzajúce z mozgu a miechy. Súčasťou periférneho nervového systému je aj tzv. autonómny nervový systém zodpovedajúci za funkcie, ktoré nie sú pod kontrolou vedomia človeka (napr. činnosť srdca). Základnou stavebnou jednotkou nervového systému je nervová bunka - neurón.

Obr. 12

3.7 Fyziológia starnutia

Pod pojmom **starnutie** sa rozumie proces, pri ktorom sa jedinec stáva starým. Ide o postupné znižovanie funkcií orgánov a oslabenia celého organizmu. Zároveň je znížená schopnosť prispôsobovania sa organizmu zmenám a výkyvom vonkajšieho a vnútorného prostredia. Príčiny zatiaľ nie sú známe. Proces starnutia je ovplyvnený genotypom a životným štýlom, ktorý následne pôsobí na priebeh chronických ochorení (aktivita, dýchanie, srdcová činnosť).

Sprievodné javy starnutia

Sprievodným javom starnutia je postupný pokles fyziologických funkcií, zmeny na orgánoch. Ďalším sprievodným príznakom je pokles aktívnej kostnej drene, celkového objemu krvi, zmena veľkosti srdca (viac tuku), zmeny elasticity a priechodnosť i ciev. Vo vyššom veku sa často objavujú dýchacie ťažkosti následkom zmien zakrivenia chrbtice (kyfóza, lordóza). V ústach sa znižuje produkcia slín, čím je ovplyvnená chuť, žuvanie a prehĺtanie. Nastávajú ťažkosti s vyprázdňovaním hrubého čreva (stolica - časté zápchy; inkontinencia), ako aj močového mechúra (inkontinencia). Po 65. roku života človeka sa rapídne zhoršuje termoregulácia telesnej teploty. V starobe klesá svalová sila a nastáva úbytok svalovej hmoty, ktorá sa zúčastňuje na udržiavaní postoja vo vzpriamenej polohe. Úbytok nastáva aj v kostnom systéme, najmä u žien po menopauze, čo spôsobuje vznik osteoporózy (strata kostnej hmoty, rednutie kostí) a osteomalácie (mäknutie kostí) či osteopénii (strata absolútneho objemu kostí bez zlomenín). Zmeny na koži sú veľmi výrazné a viditeľné už na prvý pohľad (vrásky, žltkasté sfarbenie, zárezy, záhyby, suchosť kože, náchylnosť kože k zraneniam). Vlasy sú tenšie, suchšie, redšie a pomalšie rastú, strácajú farbu. V starobe sú časté poruchy spánku a starí ľudia aj pociťujú nedostatok spánku. Typickým prejavom staroby je aj pokles hornej mihalnice ako následok oslabenia tvárových nervov. Väčšina starých ľudí trpí rozličným stupňom poškodenia sluchu (Javorka et al., 2001).

Teórie starnutia zdôrazňujúce biologický aspekt

Rôzne prístupy skúmajú starobu a starnutie z rôznych uhlov pohľadu. Do popredia sa často dostáva biologický, psychický alebo sociálny aspekt. Rozdiel je aj v dôrazoch. Niektoré teórie sa sústreďujú viac na starobu, iné sa zasa sústreďujú viac na starnutie a jeho priebeh. Uvádzame tie teórie starnutia, ktoré zdôrazňujú biologický aspekt.

1. Teória deficitu. Všetky procesy ľudského života majú ohraničené trvanie, degenerujú. Tým sa vysvetľuje aj pokles výkonnosti. Staroba sa potom definuje ako permanentný úbytok telesných, duševných a duchovných síl. Jedinec je na vrchole vo veku okolo dvadsať rokov. Vekom sa nestrácajú vedomosti, schopnosť riešiť praktické úlohy, rečové schopnosti, schopnosť koncentrácie a schopnosť rozlišovať podstatné od nepodstatného. Vekom sa však znižuje schopnosť pamätať si, postrehnúť, psychická pohotovosť a pružnosť, abstraktné a logické myslenie, psychomotorická rýchlosť a schopnosť kombinovať. Seniorovi nejde iba o snahu čo najdlhšie si zachovať kompetencie, sociálne vzťahy, materiálne hodnoty, ale ide mu aj o životný štýl, v ktorom sa využíva nový potenciál a získavajú nové schopnosti.

2. Teória opotrebovania a opotrebenia. K teórii deficitu sa radí aj teória opotrebovania a opotrebenia, ktorej pozornosť sa sústreďuje na nárast telesných zmien v starobe. Vychádza z predpokladu, že fungovaním orgánov a vôbec každým životným dejom či udalosťou sa organizmus postupne opotrebováva. Vekom dochádza k opotrebeniu organizmu a nakoniec k smrti. Čím hýrivejšie a menej zdravo človek žije, tým väčšie je opotrebovanie a opotrebenie.

3. Teória voľných radikálov. Teória voľných radikálov vznikla na základe objavov v oblasti medicíny. Teória spája starnutie buniek s procesom dýchania. Pri procese dýchania vznikajú dočasne voľné radikály, čiže agresívne zlúčeniny kyslíka, ktoré môžu napádať, poškodzovať alebo znefunkčňovať štruktúry buniek, molekuly bielkovín alebo dedičnú výbavu. Nadbytok voľných radikálov spôsobuje vznik chorôb, ako je arterioskleróza, srdcový infarkt, autoimúnne procesy, rakovina a pod. Voľné radikály spôsobujú aj predčasné starnutie, ale môžu mať aj pozitívny efekt a ako nevyhnutnú súčasť látkovej výmeny ich nájdeme v každej bunke.

4. Teória telomérov. Zistilo sa, že náš dedičný základ je uložený v chromozómoch. Pri delení buniek sa chromozómy štiepia a teloméry, koncové časti chromozómov sa skracujú. Rakovinové bunky, bunky vajíčka a spermii dokážu produkovať telomerázu, čím dokážu neustále obnovovať zakončenie chromozómov a vďaka tomu ostávajú stále mladé. Telomeráza sa tak začala považovať za zdroj mladosti (Tavel, 2010).

Kontrolné otázky pre predmet Anatómia a fyziológia tela

- Z čoho sa skladajú horné dýchacie cesty?
- K čomu patria pľúca, priedušky, priedušničky?
- Koľko meria tenké črevo?
- Z čoho sa skladá dýchací systém?
- Kde prebieha výmena kyslíka a oxidu uhličitého?
- Ktoré svalstvo v ľudskom tele nie je ovládané vlastnou vôľou?
- Čím sa pripája sval ku kosti?
- Ako môžeme definovať základné delenie kostrového systému?
- Akú funkciu vykonávajú kosti ľudského tela?
- Ku ktorému ľudskému systému patrí hltan?
- Čo tvorí tráviacu rúru?
- Ku ktorej sústave zaraďujeme pečeň?
- Kde sa nachádza v ľudskom tele podžalúdková žľaza?
- Kde sa nachádza v ľudskom tele pažerák?
- Aká je funkcia pažeráka v ľudskom tele?
- Do ktorej sústavy zaraďíte žalúdok?
- V čom spočíva funkcia tenkého čreva?
- Je slepé črevo súčasťou hrubého čreva?
- Je slepé črevo súčasťou tenkého čreva?
- Trávacie šťavy sa vylučujú v tráviacich žľazách a pomáhajú štiepiť a rozkladať živiny. Majú sliny takúto funkciu?
- Koľko zubov má dočasný chrup?
- Koľko zubov má trvalý chrup?
- Vymenujte časti ľudského srdca.
- Vymenujte časti ľudského srdca.
- Čo je to myokard?
- Tok krvi v srdci jedným smerom zabezpečujú chlopne nachádzajúce sa vo veľkých cievach a medzi predsieňami a komorami. Vyvoláva porucha týchto chlopní chorobu?
- Srdcové chlopne sa nachádzajú v srdci vo veľkých cievach a medzi predsieňami a komorami. Je práca týchto chlopní dôležitá?
- Aká je srdcová frekvencia u aktívnych až vrcholových športovcov?
- Okysličená krv z ľavej komory sa dostáva srdcovnicou do celého tela a odovzdáva kyslík tkanivám. Hornou a dolnou dutou žilou sa odkysličená krv vracia do pravej predsieni. Definujte tento krvný obeh.
- Odkysličená krv sa z pravej komory dostáva pľúcnicou do pľúc, kde sa krv okyslíči a pľúcnymi žilami sa dostáva do ľavej predsieni. Definujte tento krvný obeh.
- Prečo je krv červenej farby?
- Koľko litrov krvi má približne dospelý človek?
- Čo zahŕňa vylučovací, močový systém?
- Obličky sú párový orgán. Dá sa žiť bez jednej obličky?
- Aký objem má približne močový mechúr?
- Z čoho sa skladá centrálny nervový systém?
- Čo je základnou stavebnou jednotkou nervovej sústavy?
- Čo patrí k prejavom starnutia?
- Čím hýrivejšie a menej zdravo človek žije, tým väčšie je opotrebovanie a opotrebenie. Definuj túto teóriu starnutia.

4. ZÁKLADY KLINIKY VYBRANÝCH CHORÔB

4.1 Zdravie

„Zdravie *je stav úplnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť ochorenia alebo poruchy funkcie.*“

„Ochorenie *je odchýlka zdravia. Ochorenie je stav, keď je zmenená či porušená stavba alebo funkcia jedného alebo viacerých orgánov*“ (Kopecká et Kopecký, 2007, s. 27).

Zdravotný stav obyvateľstva ovplyvňujú vnútorné a vonkajšie faktory:

- vnútorné faktory – dedičnosť, vek, pohlavie, vývin (schopnosť čeliť ochoreniam je iná v produktívnom veku ako v starobe);
- vonkajšie faktory – fyzikálne (žiarenie, tlak vzduchu, teplota),
 - chemické (exhaláty, zloženie vody, vzduchu),
 - biologické (nezávadnosť pitnej vody, potravín z hľadiska obsahu choroboplodných zárodkov),
 - sociálno-spoločenské (stres, životná úroveň, kultúra).



Obr. 13 Model zdravia

Model zdravia

Model zdravia (Obr. 13) predstavuje človeka ako súbor fyziologických systémov a k nim patriacich funkcií. Zdravie je stav, keď všetky tieto systémy a ich funkcie sú v harmonickom súlade a chýbajú príznaky choroby.

Zdravotné návyky

Spôsob života sa zvyčajne chápe ako návyky zdraviu škodlivé alebo návyky zdraviu prospešné. Tento problém však nie je sám osebe jednoduchý. Niektoré návyky bez ohľadu na to, či sú škodlivé alebo nie dotvárajú atmosféru v určitej situácii:

- pohár alkoholového nápoja ako prejav kontaktu,
- používanie rôznych zariadení na prekonávanie vzdialeností (autá...)
- pri prekonávaní prekážok (výtahy, pohyblivé schody)
- pri prekonávaní únavy (káva, cigarety...).

Duševná hygiena

„Duševná hygiena sa zaoberá duševne zdravými ľuďmi a snaží sa o upevňovanie a posilňovanie duševného zdravia. Upevňuje skôr relatívne dobré duševné zdravie“ (Křivohlavý, 2009, s.144). Zaoberá sa tým, ako môže myslenie, sebaovládanie, relaxácia ovplyvniť zdravotný stav pacienta.

Zdravie a rodina

Rodina je v komunita navzájom istým spôsobom príbuzensky spätých ľudí. Je to najstaršia spoločenská inštitúcia. „Vytvára určitú emocionálnu klímu, formuje interpersonálne vzťahy, hodnoty a postoje, dáva základy etiky a životného štýlu“ (Draganová et al., 2006, s. 38).

Typy rodín:

- Tradičnú rodinu tvoria otec, matka a ich deti - pozícia otca v rodine, pozícia matky v rodine, historický pohľad na rodinu, zamestnanie otca, emancipácia žien.
- Neúplná rodina - chýbanie jedného z rodičov, rozvodovosť, 90% osamelých rodičov tvoria ženy.
- Nedospelý rodičia - deti majú deti, výchova je na starých rodičoch.
- Homosexuálna rodina - lesbické spolužitie je častejšie, nebezpečenstvo pre deti je výsmech a zaujatost' ostatných členov spoločnosti.
- Zmiešaná rodina. Takáto rodina vzniká vtedy, keď do novej rodiny prichádzajú buď obaja alebo jeden z partnerov s dieťaťom (Kopecká et Kopecký, 2007, 51).

Zdravotný stav rodiny je odvodený od zdravia jednotlivcov tejto komunity. Práve preto, že ide o rodinu, môžu sa prejavovať na zdravotnom stave dedičné riziká, ktoré sa v určitej rodine prioritne vyskytujú. Zdravotný stav rodín sa bezprostredne odvíja od stupňa vzdelanosti a od počtu a kvality zdravotných návykov oboch rodičov. Závisí od hygienickej úrovne bývania a celkového životného štýlu rodiny, t. j. výživy, telesnej aktivity, stresových situácií a odpočinku. Samozrejme sa do toho problému premietajú aj sociálne faktory, najčastejšie ekonomická a morálna zabezpečenosť

rodiny. Chudobní ľudia zvyčajne vyhľadávajú lekársku starostlivosť až v pokročilom štádiu choroby. Vyžaduje to dlhodobejšiu a komplexnejšiu starostlivosť.

Starostlivosť o seba. Chápe sa ako starostlivosť o svoje zdravie, ako činnosť jednotlivca, ktorú uskutočňuje vo vlastnom záujme, aby si uchoval dobrý zdravotný stav a pohodu. Dôležitou etapou ochrany, udržania a podpory zdravia rodiny je prekonávanie zdravotnej krízy pri ochorení jedného člena rodiny - PN, zníženie platu, trvalé následky, smrť jedinca (Kopecká et Kopecký, 2007).

4.2 Choroba

Nemoc je vysoko osobný pocit, keď sa osoba necíti zdravá. Môže, ale nemusí mať vzťah k chorobe. **Nevolnosť** je stav zvyčajne spätý s chorobou či nemocou, ale môže sa vyskytovať a nezávisle od nich. **Choroba** je medicínsky termín, ktorým sa označujú poruchy telesných a duševných funkcií vyúsťujúce do zníženej výkonnosti či skrátenia dĺžky života. Za fyziologických podmienok organizmus žije v ustálenom stave **HOMEOSTÁZA**. Ak sa homeostáza naruší nejakým podnetom, organizmus sa usiluje o okamžitú nápravu. Nastúpia obranné mechanizmy. Ak obranné mechanizmy zlyhajú, porucha sa prejaví rozličnými príznakmi choroby. Rizikové **faktory** sú situácie, zvyky alebo fenomény, ktoré zvyšujú citlivosť individua na chorobu či poranenie. Rozlišujú sa vnútorné a vonkajšie. K vonkajším patrí činitele prostredia (fyzikálne, chemické, biologické a spoločenské), k vnútorným patrí dedičnosť, vek. Akákoľvek záťaž sa nazýva **stres**, reakcia organizmu na záťaž sa volá **stresová reakcia**. **Správanie sa v chorobe** je každá činnosť osoby, ktorá sa cíti chorá, zameraná na definovanie svojho zdravotného stavu a objavenie vhodného lieku. Na správanie ľudí v chorobe vplyvajú mnohé faktory, ako sú vek, pohlavie, zamestnanie, socioekonomický stav, náboženstvo, národnosť, psychická stabilita, osobnosť a vzdelanie (Kopecká et Kopecký, 2007, s. 65).

4.2.1 Priebeh a štádiá choroby

Choroba môže prebiehať prudko (akútne) a zdĺhavo (chronicky).

Akútny priebeh choroby:

- príznaky sa subjektívne a objektívne zjavujú náhle,
- choroba prebieha zvyčajne krátko,
- končí sa uzdravením, alebo prechádza do chronického štádia.

Chronický priebeh choroby:

- zdĺhavý priebeh,
- zväčša sa nekončí úplným uzdravením,
- zanecháva určité nezvratné zmeny,
- chronická choroba môže byť v remisii, t. j. príznaky sú takmer nepatrné.

Štádiá choroby:

1. **Štádium stretnutia sa s príznakmi.** Ide o prechodné štádium, počas ktorého ľudia začínajú zisťovať, že niečo nie je v poriadku.
2. **Osvojenie si roly chorého.** Prijatie choroby. Nastupuje samoliečba alebo vyhľadajú pomoc lekára. Chorí sú zvyčajne ustrašení, vyhľadávajú radu, ale aj podporu pre rozhodnutie zrieknuť sa určitých činností, napr. ísť do práce.
3. **Štádium kontaktu s lekárskou starostlivosťou.**
4. **Štádium roly závislého klienta.** Osoba je závislá od odbornej pomoci. (Mení sa rola otca živeľa rodiny na rolu pacienta. Pacient nemusí zdieľať rovnaký názor s lekárom).
5. **Štádium uzdravovania alebo rehabilitácie.** Klient sa vzdáva roly klienta a vracia sa k predchádzajúcim rolám. Niekedy to nie je až také ľahké, hlavne ak sa osoba učí opäť zručnosť ako je napr. chôdza, písanie, čítanie.

4.2.2 Príznaky choroby

Každá choroba sa prejavuje nejakým spôsobom. Príznaky (symptómy) choroby sa delia na subjektívne a objektívne.

Subjektívne príznaky - sa viažu na pocity chorého (bolesť, únava, poruchy spánku, nechúť do jedla, smäd, hlad, nevoľnosť, závraty, svrbenie, pálenie záhy).

Objektívne príznaky - nezávisia od pocitov chorého klienta, možno ich získať vyšetrením alebo pozorovaním chorého klienta ako prejav poruchy funkcie organizmu (vedomie, fyziologické funkcie – pulz, telesná teplota, dych; poloha klienta, poruchy pohyblivosti, výraz tváre, dýchavica, kašeľ, porucha prehĺtania, vracanie, čkanie, grganie, stolica,

močenie, črevná plynatosť, krvácanie, opuchy, stav kože – farba, vlhkosť, napätie, vlasy a ochlpenie).

Bolesť

„Bolesť je nepríjemný subjektívny pocit, ktorý človek (klient) prežíva sám, nemôže sa oň podeliť s inými“ (Gulášová, 2008, s. 15). Delí sa na akútnu a chronickú. Akútna bolesť trvá kratší čas, je intenzívna, sprevádzaná negatívnymi prejavmi klienta ako sú strach, hnev, úzkosť. Chronická bolesť sa rozvíja pomalšie a trvá dlhší čas (viac ako 6 mesiacov), vyvoláva viac či menej závažnejšie psychické reakcie ako sú depresia, hnev, pocity viny, bezmocnosť, beznádej, zúfalstvo. Je záťažou pre klienta, ale aj pre jeho rodinu a má nejasnú prognózu.

Nespavosť, poruchy spánku

Nespavosť je príznak nepríjemne obťažujúci klienta. Vždy je nutné zistiť príčinu nespavosti, ako aj charakter návykov zlepšujúcich spánok. Poruchu spánku je tiež potrebné špecifikovať:

- Hypersomnia – opakované krátkotrvajúce zaspátia cezdeň.
- Spánková inverzia – klient počas dňa spí, ale v noci nespí, často je dezorientovaný.
- Narkolepsia – záchvaty neprekonateľného spánku, keď klient zaspáva pri rozhovore, jedle, chôdzi, postojačky (Kopecká et Kopecký, 2007).

Vedomie

Stav bdenia, pracovnej pamäti, zameranej pozornosti alebo sebauvedomovanie. Opakom vedomia je bezvedomie, spánok, hypnóza.

Vyšetrenie vedomia:

- odpovedá na slovný podnet,
- odpovedá na bolestivý stimul,
- odpovedá na manipuláciu.

Porucha vedomia:

Kvantitatívna porucha vedomia: somnolencia, sopor, kóma. Kvalitatívna porucha vedomia: delírium, halucinácie, ilúzie, bludy...

Dýchanie, dych

Dýhací proces je výmena plynov medzi vonkajším prostredím a pľúcami (vonkajšie dýchanie) a medzi pľúcny tkanivom a krvou (vnútorné dýchanie). Dýchanie pozostáva z nádychu a výdychu. **Nádych** je aktívna fáza dýchania a hlavným dýhacím svalom je bránica. Pomocnými dýhacími svalmi sú medzirebrové svaly. **Výdych** je pasívny. Pľúca sa vlastnou pružnosťou zmršťia a vzduch sa vytlačí von. Pri meraní dýchania sa posudzuje aj rýchlosť (frekvencia), kvalita a pravidelnosť (rytmickosť) (Tab. 4).

Dychová frekvencia	Rytmus (pravidelnosť) dýchania
10-20/min	Normálne dýchanie - eupnoe
Pod 10/min	Pomalé dýchanie - bradypnoe
Nad 20/min	Rýchle dýchanie - tachypnoe
0/min	Žiadna dychová aktivita - apnoe
Zmena hĺbky dychu	Odborný názov
Prehĺbené dýchanie	Hyperventilácia
Plytké dýchanie	Hypoventilácia
Dýhacie fenomény	Piskoty a vrzgoty
Sťažené a hlasité dýchanie	Dyspnoe

Tab.4 Hodnotenie dýchania

Poruchy dýchania:

- **zrýchlené dýchanie**, tzv. Kussmaulovo dýchanie: acidóza pri diabete (Obr.A);
- periodické striedavé dýchanie s apnoickými pauzami, ktoré sú rozlične dlhé, tzv. Cheynovo-Stokesovo dýchanie: acidóza, otrava salicylátmi (Obr. B);
- normálne dýchanie sa strieda s apnoickými pauzami, tzv. Biotovo dýchanie: predzvesť smrti, veľmi vážny stav, agonálne dýchanie (Obr. C).



Kašeľ

Je to obranný reflex, ktorý vyvoláva podráždenie sliznice dýchacích ciest od hrtana až po jemné vetvy priedušiek. Môže byť vyvolaný mechanickými, tepelnými a chemickými vplyvmi. Začína sa hlbokým nadýchnutím, uzavrie sa hrtanová príklopka, stiahne sa hlasová štrbina a tlak v pľúcach stúpa. Nasleduje prudký výdych pri uzavretej hrtanovej príklopke, ktorá sa náhle otvorí prúd vzduchu vynesie do úst obsah dolných dýchacích ciest. Kašeľ je užitočný reflex, ktorý umožňuje vykašliavanie, ide o tzv. **produktívny kašeľ**. Ak je kašeľ **suchý, dráždivý** a trvá dlhšie, už nejde o užitočný kašeľ (Kopecká, Kopecký, 2007). **Vykašliavanie krvi** (hemoptýza) je prítomnosť krvi v chrchli (spúte). Vykašliavanie väčšieho množstva krvi – **chrlenie krvi** (hemoptoe). Krv je vtedy svetločervená, nezrazená, spenená, niekedy zmiešaná so spútom.

Pulz

Pulz je objemová zmena artérie, ktorú môžeme vidieť, hmatat, merať. Vzniká nárazom krvného prúdu na stenu tepny a je prejavom kontrakčnej činnosti ľavej komory – systoly. Pri meraní pulzu hodnotíme **frekvenciu, pravidelnosť** (rytmus), **kvalitu** pulzu. Frekvencia je počet pulzov za minútu, ovplyvňujú ho vek, pohlavie, lieky, stres, choroba (Tab. 5). Zdravý človek má pulz pravidelný, pulzové vlny sú rovnaké. Pri búšení srdca alebo vynechávaní srdcovej činnosti je pulz nepravidelný.

Z hľadiska kvality pulzu sa rozlišuje pulz:

- **normálny** - dobre hmatateľný,
- **nitkovitý** - ťažko hmatateľný a zle sa počíta (pri šoku),
- **tvrdý** - dobre hmatateľný, ale tepna sa ťažko stláča, údery sú silné (pri vysokom krvnom tlaku),
- **mäkký** - zle hmatateľný, ale tepna sa ľahko stláča, údery sú rýchle (pri nízkom krvnom tlaku).

Pulz je možné ho merať na vretennej tepne, spánkovej tepne, krčnici, stehnovej, zákolennej a píštalovej tepne (Kontrová, Kristová et al., 2006).

Pulzová frekvencia	Odborný názov
70-80/min	normálna pulzová frekvencia - normokardia
Pod 60/min Nad	znížená pulzová frekvencia - bradykardia
90-100/min	zrýchlená pulzová frekvencia - tachykardia
0/min	žiadna pulzová aktivita - apnoe

Tab. 5 Hodnotenie pulzu

Telesná teplota

Telesnú teplotu môžeme merať liehovým, predtým ortuťovým, teplomerom:

- v ústach (teplota je vyššia o 0,1-0,3 stupňa vyššia ako v podpazuší),
- v podpazuší,
- v konečníku (teplota je o 0,5 stupňa vyššia ako v podpazuší).

Telesná teplota	stupne Celzia
hypotermia	pod 36,2
norma	36-37
subfebrilita	37-38
horúčka	38-40
hyperpyrexia	nad 40

Tab. 6 Hodnoty telesnej teploty

Meranie sa uskutočňuje aj ušným digitálnym teplomerom, meranie približne 1 sekundu, ale aj kožným (čelovým) teplomerom s tekutými kryštálmi.

Triaska znamená veľkú telesnú prácu s vysokým nárokom na srdcovocievny systém. Keď vystúpi horúčka na príslušnú teplotu, chorý cíti únavu, nechúť do jedla, bolesť hlavy a svalov.

Kontinuálna horúčka - pri zápale pľúc. Kolísavá horúčka - pri sepe.

Výživa

„Výživa je súbor *biochemických a fyziologických procesov*, ktorými organizmus prijíma a využíva látky vonkajšieho prostredia potrebné pre všetky životné funkcie“ (Beňo, 2001, s. 7). Jedlo je vhodná zostava pokrmov, ktoré sa podávajú v určitom čase. Strava je zostava denných jedál, ktorá sa posudzuje z hľadiska energetickej a biologickej hodnoty. Živiny sú zložky potravín, ktoré vytvárajú ich energetickú a biologickú hodnotu. Delíme ich na základné (bielkoviny, sacharidy a tuky) a ochranné (vitamíny, minerálne látky a voda) živiny. Pre zdravú výživu je potrebné ich prijímať v správnom pomere. Obmedzenie príjmu energie je potrebné u obéznych ľudí. Stav výživy vyšetrujeme pohľadom na pacienta, ale môžeme vypočítať BMI (Body Mass Index). **BMI = hmotnosť v kg / (telesná výška v m²)**. Pr.: 56 kg/1,6 m² = 21 (normálna váha).

Hodnoty BMI:

pod 18,5 = podváha

18,5-24,5 = norma,

25-27 = ľahká nadváha,

28-30 = nadváha,

30-40 = obezita,

viac ako 40 je morbidná obezita.

Poruchy výživy:

- **tučnota (obezita)** - chorobné zvýšenie telesnej hmotnosti podmienené hromadením telesného tuku;
- **extrémna podvýživa (kachexia)** - syndróm so zníženým apetítom, váhovým úbytkom, metabolickými zmenami a zápalovým stavom;
- **nechúť do jedenia (anorexia)** - duševná choroba spočívajúca v odmietaní potravy a skreslenej predstave o svojom tele.
- **bulímia** - syndróm charakterizovaný opakujúcimi sa záchvatmi prejedania sa a prehnanou kontrolou telesnej hmotnosti.

Viac informácií o poruchách výživy je uvedených v kapitole 6.

Poloha, Postoj

Poloha klienta, ktorý je chorý, je určená jeho celkovým stavom a charakterom ochorenia.

Rozoznáva sa poloha:

- aktívna** (prirodzená) - taká, ktorú klient na posteli zaujme sám, ktorá mu je príjemná a ktorú je schopný kedykoľvek meniť;
- pasívna** - ak je klient veľmi slabý, jeho telesné a duševné sily sú vyčerpané, leží na posteli a nedokáže zmeniť svoju polohu. Vtedy klient potrebuje polohovanie, ktorého cieľom je odstrániť pôsobenie tlaku na tie isté časti tela a zabrániť vzniku deformácií kože a preležanín (dekubitov).
- vynútená** - chorý klient vyhľadáva určitú polohu a tú úzkostlivo zachováva, lebo je pre neho najpohodľnejšia (zmierni bolesť, zlepši sa dýchanie, a pod.):
 - sed na stoličke s podopretými rukami /dušnosť, kardiálne zlyhanie/,
 - poloha v ľahu na boku, pacient si pri nádychu tlačí hrudník /zápal pohrudnice/,
 - poloha v ľahu na chrbte s pokrčenými dolnými končatinami bez pohybu /príznak zápalu pobrušnice/,
 - poloha na všetkých štyroch /príznačná pre pankreatitídu a vredovú chorobu žalúdka, znižuje bolesť/,
 - poloha v kľbku ale stále meniac sa a nepokojná /kolikovitá bolesť, obličková kolika/,
 - vzpriamená poloha /pri refluxnej chorobe/ (Kopecká et Kopecký, 2007).

Postoj je udržanie vzpriamenej polohy tela a jeho častí v stále sa meniacom prostredí. Udržiavanie správneho postoja zabezpečuje chrbtica, svalstvo chrbta, brušné svalstvo a končatiny (Tab. 7).

Postoj	Typický pre
Odľahčuje jednu dolnú končatinu	Bolesť, úraz, miestna nedokrvenosť orgánov alebo tkanív (ischémia), zápal
Hemiparetický	Cievna mozgová príhoda
Parkinsonský - pokojový tras	Parkinsonov syndróm
Strnulý	Ochorenie chrbtice

Tab. 7 Typy postojov

Koža

Plocha kože u dospelého človeka meria asi 1,5-2m². Čo si všímame na koži:

- Farba: ružová, červená, bledá, mramorovaná až sinavo modrá, žltá.
- Kožné vyrážky: alergické, infekčné.
- Krvácanie do kože: kožné podliatiny (hematómy), drobné bodkovité krvácanie z kapilár (petéchie), početné bodkovité krvácanie do podkožia, slizníc a vnútorných orgánov (purpura).
- Kožné a podkožné útvary: nádory, psoriáza, kožné defekty.
- Vlhkosť kože: suchá, vlhká.
- Teplota kože: norma, rozdiel medzi teplotou dvoch končatín.
- Pružnosť, povrch: suchá, šupinkovitá.
- Turgor kože, napätie: zníženie, zvýšenie.
- Varixy: rozšírené cievy napr. dolných končatín, hodnotíme rozsah bolestivosti, krvácanie.
- Jazvy na koži: po úraze, po operácii.

Vracanie

Vracanie (emesis, vomitus) je závažný príznak, ktorý je príznakom chorôb tráviaceho traktu. Vracaniu predchádza nauzea (nutkanie na vracanie) a takmer vždy bolesť. Vždy je treba sledovať charakter vracania, ale aj vývratky - pozorujeme prímese ako sú napríklad krv. Pri vývratkoch je podstatný aj zápach – ak je hnilobný, znamená, že potrava bola dlho v žalúdku. Pozor opatrovateľ dáva, aby mal klient vhodnú polohu a neaspíroval zvratky do dýchacích ciest. Vracanie krvi sa nazýva hemateméza. Vždy je potrebné zaznamenať množstvo krvi a charakter krvi (čerstvá, natrávená).

Čkanie

Čkanie sa latinsky povie singultus a je to prudké krčovitú zníženie bránice na krátke vdychnutie pri zavretej hrtanovej príklopke. Vznikne charakteristický ostrý zvuk. Čkanie môže byť nezávažný, ale je veľmi závažný príznak upozorňujúci na chorobu. Dlhotrvajúce čkanie človeka veľmi unavuje a obťažuje. Príčinou môže byť podráždenie žalúdka dráždivým jedlom, šumivými jedlami, či nedokrvenie mozgu.

Pálenie záhy

Pálenie záhy alebo pyrôza je nepríjemný páľčivý pocit v nadbruší, ktorý vyžaruje pozdĺž pažeráka do krku. Nejde však o bolesť, no človeka veľmi vytrápi. Trvanie pálenia záhy je krátkodobé, no opakovanie je veľmi časté.

Porucha prehltania

Porucha prehltania alebo dysfágia je subjektívny aj objektívny príznak. Môže byť sprievodným javom neurologického ochorenia, prejavujúceho sa obmedzením pohyblivosti jazyka, mäkkého podnebia či prehltačieho svalstva. Nebezpečenstvom je aspirácia, teda vniknutie potravy do dýchacích ciest a chorý sa musí kŕmiť sondou zavedenou do žalúdka cez nos alebo ústa.

Aerofágia a grganie

Zväčšená fyziologická vzduchová bublina v žalúdku (aerofágia) spôsobuje rozťahovanie žalúdka, dvíha bránicu, vysúva srdce do priečnej polohy, čím následne spôsobuje poruchy srdcového rytmu. Táto porucha tráviaceho traktu úzko súvisí s eruktáciami - grganím. Grganie je vypudzovanie vzduchu, ale aj malého množstva žalúdočného obsahu do hltana a ústnej dutiny.

Plynatosť (meteorizmus, flatulancia)

Ide o zvýšený obsah plynov v tráviacej rúre. Za normálnych okolností má človek 0,5 až 2,0 litra plynov v tráviacej rúre. Pri plynatosti ide o niekoľkonásobné zvýšenie obsahu plynov.

Stolica

Vyprázdňovanie hrubého čreva - defekácia. Stolica je odpadový produkt z nestráviteľných alebo nestrávených zvyškov potravy a vody. Pri vylučovaní stolice sa sleduje množstvo, pravidelnosť, konzistencia, forma, farba a zápach stolice. Jedno vyprázdnenie predstavuje množstvo asi 60 - 250 gramov. Pri konzistencii sledujeme, či sa nevyskytuje zápcha (sťažené vyprázdňovanie stolice), hnačka - diarea (časté vyprázdňovanie riedkej stolice, vedúce až k dehydratácii), inkontinencia (samovoľný odchod stolice) alebo plynatosť. Čo sa týka farby stolice, opatrovať si všímame farbu stolice, ktorá je závislá od druhu jedla. Ak v strave prevládajú mliečne výrobky - svetlejšia stolica, ak je to listová zelenina - sfarbenie stolice bude tmavšie. Je potrebné si všímať patologické prímеси ako sú prímеси čerstvej krvi (enterorágia) - súvisí s krvácaním z konečníka, veľmi tmavá až čierna, dechtovitá stolica (meléna) sa vyskytuje pri krvácaní z horných častí tráviaceho traktu. Pri upchatí žlčových ciest je stolica biela (acholická). Zápach stolice vzniká hnilobným procesom v hrubom čreve. Pri hnačkách je kyslý zápach, pri meléne sladkastý.

4.3 Cukrovka - Diabetes mellitus/Diabetický syndróm

Cukrovka je častá porucha metabolizmu sacharidov a pri niektorých formách aj tukov a bielkovín. Toto ochorenie nemá jednotnú príčinu ani priebeh, a preto je vhodnejšie používať názov diabetický syndróm. Charakteristickou biochemickou vlastnosťou ochorenia je hyperglykémia čiže zvýšená koncentrácia krvného cukru v krvi a druhotne sa zisťuje aj cukor v moči čiže glykozúria.

Príčiny cukrovky:

- a) nedostatočná tvorba inzulínu,
- b) porušenie syntézy inzulínu, tvorba defektného inzulínu,
- c) porucha uvoľňovania inzulínu a jeho prestupu do krvného riečiska,
- d) poruchy transportu inzulínu krvným riečiskom k cieľovému orgánu,
- e) znížená citlivosť alebo necitlivosť receptorov v tkanivách na vlastný inzulín, ktorý sa tvorí v dostatočnom množstve.

Klasifikácia cukrovky

Diabetes mellitus I. typu

Charakterizuje ho úplný alebo takmer úplný nedostatok endogénneho inzulínu, náchylnosť na vznik ketoacidózy a životne dôležitá závislosť od liečebného prívodu exogénneho inzulínu. So zreteľom na závislosť od liečby inzulínom sa pri tomto type cukrovky používa aj označenie diabetes mellitus závislý od inzulínu.

Diabetes mellitus II. typu.

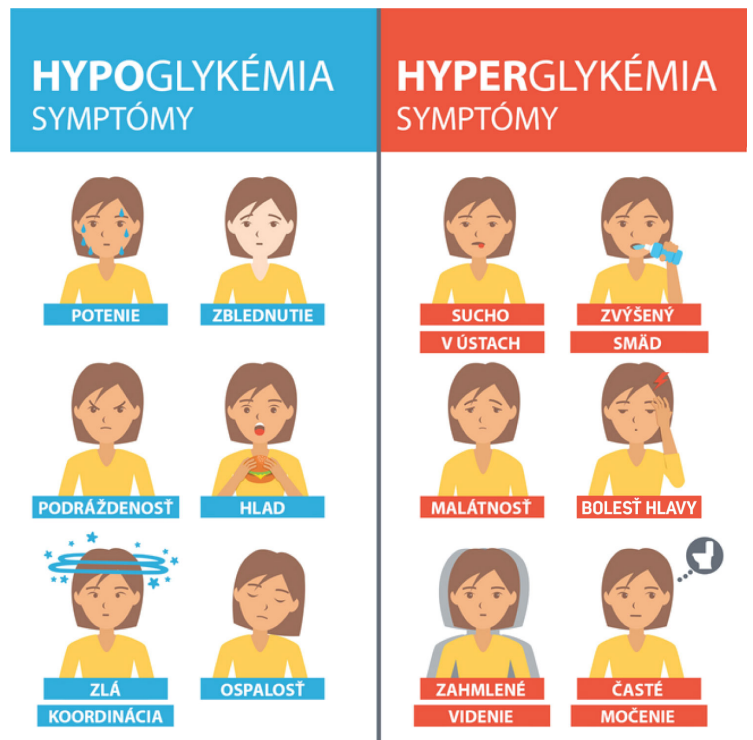
Charakterizuje ho len relatívny nedostatok inzulínu, nevyskytuje sa pri ňom náchylnosť na vznik ketoacidózy a vyznačuje sa rodinným výskytom. Najčastejšie postihuje dospelé osoby. Jeho častým vyvolávajúcim činiteľom je obezita. Chorý s týmto typom cukrovky nie je závislý od prívodu inzulínu, preto sa označuje ako diabetes mellitus nezávislý od inzulínu.

Diagnostika cukrovky

- Klinické príznaky - diabetický syndróm, polyúria, polydipsia, úbytok telesnej hmotnosti a zhoršená celková výkonnosť.
- Chronická hyperglykémia - dva dni po sebe glykémia vyššia alebo rovná 11,1 mmol/l.
- Jednoznačná hyperglykémia s ketoacidózou (Kopecká et Kopecký, 2007).

Komplikácie cukrovky

Komplikácie sa delia na akútne a neskoré, obe sú však veľmi závažné a spolu súvisiace. K akútnym patrí hyperglykemická kóma a hypoglykémia (kóma). K neskorým komplikáciám patria zmeny na sietnici, obličkách, cievach. Cukrovka postihuje aj pečeň, tráviaci trakt, spôsobuje kožné problémy a časté infekcie.



Obr. 14 Príznaky hypo- a hyperglykémie

Životospráva pri diabetes mellitus

Základom pri zvládaní cukrovky je redukcia hmotnosti, ktorú najlepšie klient dosiahne pravidelným telesným pohybom. Najdôležitejšiu úlohu však zohráva diéta, ktorá je veľmi náročná a vyžaduje disciplínu. Strava musí byť bohatá na vitamíny, nenasýtené mastné kyseliny, je nutné dodržať rozdelenie sacharidov počas dňa. To je možné dosiahnuť prísunom 6 jedál denne. Diabetik dbá aj na dostatočný príjem a výdaj tekutín, zakázané sú sladené nápoje. Zakázané sú alkoholické nápoje, pretože alkohol znižuje hladinu cukru v krvi a spôsobuje hypoglykémii, ktorej príznaky sú zobrazené na obr. 14.

4.4 Hypertenzia

Je najčastejším kardiovaskulárnym ochorením, ktorého podstatou je chronické zvýšenie tlaku krvi (ďalej len „TK“) v cievach. Hodnota TK stúpa spolu s vekom. Hodnoty TK boli v 1993 podľa dohody WHO zmenené (Tab.8). Hypertenzia je primárna a sekundárna. Primárna hypertenzia je zvýšenie TK bez známej príčiny. Postihuje srdce, mozog a obličky. Predpokladá sa, že príčinou by mohla byť dedičnosť, vysoký prívod soli v strave, obezita, stres (Kopecká et Kopecký, 2007, s. 204). Najprv sa TK zvýši prechodne, potom trvale. Najzávažnejším následkom postihnutia mozgu pri hypertenzii je vznik náhlych cievnych mozgových príhod (krvácanie, miestne nedokrvenie tkanív, ložiskové zmeny na mozgu). Životospráva. Významnú úlohu v liečbe hypertenzie má dostatočný fyzický a duševný odpočinok, vyhýbanie sa pracovného stresu a preťaženia, relaxácia, zákaz fajčenia, prejedania a propagácia racionálnej výživy. Pri diéte je nutné obmedziť prísun soli, redukčná diéta a menej cholesterolu v strave. Sekundárna hypertenzia je následkom chorôb iných orgánov, úspešne ju možno liečiť farmakologicky.

Tlak krvi	Odborný názov
Pod 140/90	Normálny tlak krvi
140-180/90-105	Mierna hypertenzia
Nad 180/105	Stredná a ťažká hypertenzia

Tab. 8 Klasifikácia hypertenzie podľa hodnôt TK podľa Kopeckej et Kopeckého, 2007, s. 203

4.5 Náhla cievna mozgová príhoda

Náhle mozgové cievne príhody (ďalej len „NCMP“) sú častým ochorením. Patrí k nim upchatie mozgovej tepny trombom alebo embolom (encefalomalácia), prasknutie mozgovej tepny a výron krvi do mozgu (haemorrhagia cerebri), spazmus mozgovej tepny a ruptúra aneuryzmy s výronom krvi do subarachnoidálneho priestoru. Najčastejším a najvýznamnejším príznakom týchto ochorení (okrem posledného) je spastická hemiparéza, prípadne hemiplegia s centrálnym poškodením tvárového nervu. Porucha krvného zásobenia mozgu vzniká len vtedy, keď zlyhali niektoré alebo všetky mechanizmy riadiace krvný obeh mozgu, alebo ak vznikla hrubá anatomická porucha v samom cievnom riečisku mozgu. Obidve možnosti sa často navzájom kombinujú. Pri každej poruche v prítoku alebo odtoku krvi vzniká ischémia mozgového tkaniva, pretože to je zo všetkých tkanív v ľudskom tele najcitlivejšie na nedostatok kyslíka. Infarkt mozgu je časté ochorenie, pri ktorom je upchatá mozgová tepna, následkom čoho sa vyradí z funkcie príslušná časť mozgu, ktorá pre nedostatok kyslíka odumrie, zmäkne a nekrotizuje. Príčinou uzáveru je embólia, trombóza, zriedkavejšie tlak nádoru na cievu. Mozgové krvácanie je výron krvi z prasknutej tepny do mozgového tkaniva. Je to veľmi závažná NCMP, pretože je buď natolko náhla, že nastáva okamžitá smrť, alebo sa začína návalmi krvi do hlavy, bolesťami hlavy, parestéziami, slabosťou jednej polovice tela, poruchami reči. Tento stav vzniká pri kašli, fyzickej námahe, rozčúlení, tlaku na stolicu. Pri priaznivejšom priebehu vznikajú kontraktúry končatín, spastická chôdza, porucha reči (Kopecká et Kopecký, 2007, s. 438). Pri všetkých NCMP je potrebné sa starať o výživu, vyprázdňovanie, dôkladnú hygienu a najmä pravidelné polohovanie klienta, starostlivosť a podpora o verbálnej aj neverbálnej komunikácie.

4.6 Choroby dýchacích ciest

K najčastejším chorobám dýchacích ciest patria zápal horných a dolných dýchacích ciest.

4.6.1 Zápal horných dýchacích ciest

Zápalom horných dýchacích ciest (ďalej len „DC“) sa hovorí aj katar horných DC. Príčinou je infekcia respiračnými vírusmi, baktériami, kvasinkami či plesňami. Na kataroch horných DC sa môže podieľať aj inhalácia dráždivých plynov a prachov. Zápal postihuje viac úsekov DC súčasne. Prejavuje sa sekréciou z horných DC, aj serózneho charakteru. K zápalom horných DC patrí rinitída (nádcha), laryngitída (zápal hrtana), tracheitída (zápal priedušnice), sinusitída (zápal prínosových dutín), angíny (zápal mandlí). Liečba viac menej symptomatická, pitný režim, pokoj na lôžku, dostatok odpočinku a spánku.

4.6.2 Zápal dolných dýchacích ciest

K zápalom dolných DC patrí akútna a chronická bronchitída (zápal priedušiek) a bronchiálna astma. Akútna bronchitída sa prejavuje náhle: kašeľ, zvýšená telesná teplota až horúčka, únava a bolesti hlavy. Je potrebné dodržať pokojový režim na posteli, užívať antibiotiká predpísané lekárom, liečba symptómov choroby, pitný režim (teplé nápoje) a vitamín C. Chronická bronchitída je veľmi časté dlhodobé zápalové ochorenie prejavujúce sa chronickým kašľom a vykašliavaním. Najzávažnejším následkom je zúženie bronchov, čo sa prejavuje dýchavicou až nakoniec dychovou nedostatočnosťou. Bežnou komplikáciou tejto bronchitídy je horúčka, zvýraznenie kašľa, vykašliavanie nisavého spúta. Liečba: ak klient fajčí, mal by prestať; viac pohybu, otužovanie, pobyt na zdravom vzduchu, inhalácia (Berotec, Atrovent, Berodual), vdychovanie vodných pár, toaleta dýchacích ciest. Pomáha dýchacia gymnastika, podávajú sa lieky predpísané lekárom (mukolytiká, expektoranciá, antibiotiká). Lekár odporúča aj kúpeľnú liečbu. Bronchiálna (priedušková) astma je ochorenie prejavujúce sa záchvatovitou dýchavicou a na diaľku počuteľnými piskotmi pri výdychu. Príčinou sú rôzne alergény zo vzduchu, potravy, liekov. Vyvolať ju môže aj strach, úzkosť, rôzne emócie. Prejavy: astmatický záchvat (neočakávaný začiatok, klient je úzkostlivý, nepokojný, sedí, opiera sa o horné končatiny, na diaľku počuteľné piskoty, niekedy suchý kašeľ. Záchvat odznie v priebehu pol hodiny až hodiny) a astmatický stav (trvá dlho, ťažší priebeh a klient je ohrozený na živote rozvratom vnútorného prostredia. Dýchanie je nedostatočné, môže vzniknúť z nedostatku kyslíka až srdcové zlyhanie). Úloha opatrovateľa: snažiť sa upokojiť pacienta, podať mu lieky predpísané lekárom (ak je klient liečený na astmu bronchiale), pomôcť klientovi zaujať polohu k uľahčeniu dýchania, zabezpečiť čerstvý vzduch (napr. otvorením okna), okamžite zavolať Rýchlu zdravotnícku pomoc, ak sa stav pacienta nezlepší do hodiny!

4.6.3 Zápaly pľúc - Pneumónia

Zápal pľúc (Pneumónia) je akútne ochorenie so zápalovými zmenami v pľúcnom tkanive. Má rôzne príčiny, najčastejšími pôvodcami však sú baktérie a vírusy. Druhotne vzniká u oslabených ľudí.

Prejavy: zvýšená telesná teplota až zimnica, kašeľ, vykašliavanie spúta, bolestivosť pri kašľaní, bolesti hlavy, svalov alebo kĺbov, slabosť a celková únava, niekedy opar na pere. Delenie **pneumónie:** na primárna (vzniká náhle z plného zdravia a sú prítomné všetky vyššie spomenuté príznaky) a sekundárna (sú komplikáciou iných ochorení, u umierajúcich, pri podvýžive, pooperačných stavoch, poruchách imunity po liekoch). Priebeh pneumónie je zvyčajne bez komplikácií, pri správnej liečbe antibiotikami a iných príznakov trvá akútna fáza zápalu pľúc niekoľko dní. Komplikácie môžu nastať u chorých, oslabených a starých ľudí. Opatrovanie pri pneumónii: dbať o zníženie telesnej teploty - horúčky, sledovať stav vykašliavania, podávať antibiotiká určené lekárom, dbať o dostatočný pitný režim, veľa oddychu a spánku, u ležiaceho klienta je nutné často meniť polohu a rehabilitovať dýchanie.

4.7 Ochorenia centrálného nervového systému

V tejto kapitole sa budeme venovať len určitým ochoreniam centrálného nervového systému (ďalej len „CNS“) a to: Epilepsii, Parkinsonovej chorobe, Sclerosis Multiplex a Alzheimerovej chorobe.

4.7.1 Epilepsia

Epileptické záchvaty sú spôsobené funkčnou poruchou mozgu. Sú vyvolané zvýšeným počtom krátkych elektrických výbojov nervových buniek. Ich klinické prejavy sú do veľkej miery závislé od lokality v mozgu, ktorá zlyháva. Poznáme viac ako tridsať druhov epileptických záchvatov a ešte viac druhov epilepsií, pretože sa môžu vyskytnúť aj kombinácie viacerých odlišných druhov záchvatov.

Človek postihnutý epilepsiou má obvykle iba jeden druh epilepsie s jedným až tromi druhmi záchvatov. Intervaly medzi jednotlivými druhmi záchvatov môžu byť od niekoľko sekúnd až po niekoľko rokov alebo dokonca aj desaťročí. Slovo epilepsia je gréckeho pôvodu a znamená „byť zaseknutý alebo zapadnutý“ alebo „byť postihnutý niečím, alebo byť zajatý niečím“. V antických časoch bola epilepsia označovaná ako „kňazská choroba alebo svätá choroba“, a toto označenie dostáva niekedy ešte aj dnes.

Klasifikácia epileptických záchvatov

Epileptické záchvaty sú klasifikované do 2 skupín: fokálne záchvaty, ktoré začínajú z lokalizovaného bodu v mozgu a generalizované záchvaty, ktoré od začiatku postihujú celý mozog. Táto klasifikácia sa vzťahuje len na začiatok záchvatu. Každý fokálny záchvat sa v princípe môže počas svojho priebehu generalizovať.

Príznaky a priebeh epileptického záchvatu

Veľa ľudí verí, že je veľmi jednoduché opísať epileptický záchvat. No nie je to až také jednoduché.

Rozlišujú sa dva druhy záchvatov:

a) **Grand mal** - veľký záchvat: začína náhle bezvedomím a pádom; občas sú sprevádzané neprirodzeným výkrikom. Pre okolie pôsobí značne dramaticky, keďže nastáva tonický kŕč priečne pruhovalného svalstva celého tela, skrútenie očných bulbov a hlavy na jednu stranu, zaťaté päsťe. Bledosť vystrieda cyanóza a asi po pol minúte sa zjavujú klonické kŕče s prudkými záškľbmi svalstva celého tela. Postihnutý bije hlavou, hornými a dolnými končatinami, z úst mu vytekajú krvavené spenené sliny, často si pohryzie jazyk. Často sa aj v záchvate pomôči. Toto štádium záchvatu trvá asi 1 – 2 minúty, aj dlhšie. Po záchvate sa môže sťažovať na abnormálnu únavu, bolesť hlavy, závrate alebo bolestivosť svalov. Ak sa nahromadia veľké epileptické záchvaty, tak, že chorý nevie nadobudnúť medzi nimi vedomie, vzniká stav nazývaný status epilepticus. Chorý je vážne ohrozený na živote, prudko klesá TK a telesná teplota. Tento stav sa týka aj záchvatov typu petit mal.

b) **Petit mal** - malý záchvat: najčastejšie u detí a mladých. Ide o náhlu, veľmi krátku poruchu vedomia bez kŕčov, chorý ani nespadne. Len sa „zahľadí do prázdna“ alebo „náhle narazí“, zastaví sa v písaní, čítaní, reči, pustí pohár a podobne. Chorý ani nevie, že tento záchvat prekonal (Kopecká et Kopecký, 2007, s. 451). Pri niektorých druhoch fokálnej epilepsie sa objavujú prodrómy a aura. Prodrómy sa objavujú niekoľko hodín až dní pred záchvatom – podráždenosť, hašterivosť, svalové záškľby, bolesti hlavy a pod. **Aura** sa javí tesne pred záchvatom a môžu byť senzorické (zrakové, sluchové, čuchové, chuťové), senzitivné (rôzne parestézie tela), útrobné (pocity tlaku, bolesti žalúdka, búšenie srdca,...) a psychické (strach, úzkosť, stavy denného snívania s pocitmi už niečoho prežívaného v minulosti).

Príčiny epileptických záchvatov

U mnohých ľudí je príčina záchvatov stále neznáma, aj pri dnes dostupných vyšetrovacích metódach. Nie každý epileptický záchvat je synonymom s epilepsiou. Napríklad, každý človek zažije epileptický záchvat za týchto podmienok: rozvoj hnisania mozgu (takzvaný absces mozgu), ťažké poranenie hlavy, nedostatočné kyslíkové zásobenie mozgu alebo predávkovanie niektorými liekmi. Aj keď príčina pretrváva alebo sa znovu vyskytne a vedie k opakovaným záchvatom, takto postihnuté osoby nemajú epilepsiu. O epilepsii sa nehovorí, pokiaľ sa nevyskytnú aspoň dva epileptické záchvaty bez známej spúšťajúcej príčiny, to znamená, že sa vyskytli spontánne. To ale nevylučuje iné zmeny v mozgu, ktoré by mohli spôsobovať záchvaty, ako napríklad poškodenie pri pôrode alebo iné zranenia, ktoré sa stali v minulosti.

Prevenčia

Zásady prevencie vychádzajú z príčin, ktoré mohli epilepsiu vyvolať. V bežnom živote je však potrebné dodržiavať správnu životosprávu: dostatok spánku a odpočinku, strava má byť neodráždivá, málo korenená, neslaná a ľahká, byť bez alkoholu, vyhýbať sa hlučným miestam, diskotekám (blikajúce svetlo, hluk, a iné). Veľmi dôležité je užívať lieky (antiepileptiká) predpísané lekárom, nepreerušovať liečbu a rozvíjať sebaopozorovanie.

4.7.2 Parkinsonova choroba

Prvé zmienky o prejavoch, pripomínajúcich Parkinsonovu chorobu, pochádzajú už zo starovekej literatúry. Za prvý komplexný opis ochorenia vďačíme anglickému lekárovi Jamesovi Parkinsonovi. Parkinsonova choroba je časté ochorenie, pomaly sa zhoršujúce, nevyliečiteľné, bez známej príčiny. Avšak parkinsonizmus môže byť zapríčinený niekoľkými chorobnými procesmi, medzi ktoré najčastejšie patrí:

- **Primárna idiopatická Parkinsonova choroba** (ktorej príčina nie je známa) tvorí približne 80% prípadov ochorenia.
- **Sekundárny parkinsonizmus** (vznikajúci v dôsledku cievneho postihnutia, infekčného ochorenia, toxínov, úrazu, mozgového tumoru, metabolických ochorení).

Parkinsonova choroba najčastejšie začína medzi 40. a 70. rokom života. Nárast ochorenia sa zvyšuje s vekom, ktorý sa považuje za najvýznamnejší rizikový faktor. Rozdiel vo výskyte medzi pohlaviami je veľmi malý 1,5 : 1 v neprospech mužov (Blanárik et al., 2005, s.1).

PRIMÁRNY PARKINSONIZMUS

Príznaky rozdeľujeme na primárne a sekundárne. Pre stanovenie diagnózy Parkinsonovej choroby sa musia u pacienta vyskytovať aspoň dva primárne príznaky.

1. Primárne príznaky:

- a) **TRAS** - mimovoľný rytmický pohyb častí tela. Je najcharakteristickejším prejavom Parkinsonovej choroby a u troch štvrtín pacientov býva zároveň aj prvým. Najčastejšie sa vyskytuje na rukách, je pravidelný (frekvencia 4 - 6 pohybov za sekundu) a objavuje sa zvyčajne v pokoji, v spánku vôbec. Intenzitu trasenia zvyšuje psychický stres, úzkosť, napätie.
- b) **SVALOVÁ STUHNUTOSŤ** - svaly postihnutej končatiny sú aj v pokoji napnuté a kladú odpor pri akomkoľvek pohybe. Pohyb pôsobí trhane, čo je dôsledkom trvalého zvýšenia pokojového svalového tonusu.
- c) **POMALÝ POHYB** - spomalené a nekompetentné pohyby, problémy s ich začiatkom. Prejavuje sa to ťažkosťami pri chôdzi, ovplyvňuje to aj prehĺtanie.
- d) **NESTABILITA** - strata rovnováhy, neistota pri zmene polohy a pri státí.
- e) **PORUCHY CHÔDZE** - kroky sa skracujú, typická je šúchavá chôdza. Chýbajú prirodzené kývavé pohyby rúk, otáčanie je sťažené. V neskorších štádiách choroby sa môže objaviť až tzv. zamrznutie, teda neschopnosť urobiť krok.
- f) **PORUCHY PÍSM A** - zmenšujúci sa, až nakoniec úplne nečitateľný rukopis.
- g) **PORUCHA REČI** - podobne ako porucha písma, aj reč je ovplyvnená svalovou stuhnutosťou a pomalosťou pohybov - býva tichá a monotónna, postihnutý máva problémy s tvorbou slov.
- h) **ZMENA MIMIKY** - neprítomný alebo stále rovnaký výraz tváre bez emocionálnych prejavov a žmurkania – tzv. maskovitá tvár.
- i) **STRATA ČUCHU** - jeden zo skorých príznakov, ktorý býva často vzájomne prepojený so stratou chuti - spoločne môžu viesť k nechutenstvu a tým aj k výraznému úbytku na váhe.
- j) **DEPRESIA** - najčastejšia psychická porucha pri Parkinsonovej chorobe, ktorá sa prejavuje celkovým poklesom záujmu o okolie, poruchami spánku, únavou, smútkom.

2. Sekundárne príznaky:

- **ZVÝŠENÉ SLINENIE** - príčinou nie je zvýšená tvorba slín, ale sťažené prehĺtanie.
- **PROBLÉMY S PREHĽTANÍM** - kvôli zlej pohyblivosti jedenie výrazne zvyšuje nebezpečenstvo zabehnutia potravy do dýchacích ciest so všetkými potenciálnymi rizikami, ktoré prináša. Ťažkosti s prehĺtaním môže komplikovať aj užívanie väčšieho množstva liekov.
- **ČASTÉ MOČENIE** - táto potreba je spôsobená zvýšenou aktivitou svalstva močového mechúra. U mužov sa tento problém niekedy kombinuje aj so zväčšením prostaty a spravidla trápi pacientov najviac v noci, čo ich značne obťažuje.
- **ZVÝŠENÉ POTENIE** - predovšetkým v štádiách, kedy prestávajú účinkovať lieky a zhorší sa aj hybnosť (takzvané štádium „OFF“).
- **RIZIKO PÁDOV** - predstavuje závažný problém v pokročilejších štádiách Parkinsonovej choroby. Časté pády môžu viesť k zlomeninám a iným vážnym poraneniam. Opakované pády aj bez týchto zdravotných komplikácií vedú k strachu z pohybu, ktorý prispieva k imobilite pacienta so všetkými dôsledkami.
- **ŤAŽKOSTI S FUNKCIOU SRDCA A CIEV** - medzi najčastejšie patrí kolísanie hodnôt krvného tlaku.

SEKUNDÁRNY PARKINSONIZMUS

Najčastejšie sprevádza tieto neurodegeneratívne ochorenia:

- progresívna obrna (pacient má problémy s rovnováhou, na rozdiel od Parkinsonovej choroby sú od začiatku časté pády, stav sa rýchlo zhoršuje);
- multisystémová atrofia (nastupuje obyčajne v nižšom veku a väčšinou sa nevyskytuje trasenie);
- demencia s Lewyho telieskami (parkinsonský syndróm veľmi podobný Parkinsonovej chorobe, no zásadný rozdiel je v prítomnosti demencie hneď od začiatku, typická je porucha pozornosti, strata priestorovej orientácie a zrakové halucinácie).

Diagnostika

Príznaky Parkinsonovej choroby sa označujú ako parkinsonizmus alebo parkinsonský syndróm, no nie všetci pacienti s týmito príznakmi majú Parkinsonovu chorobu. Odhaduje sa, že parkinsonské syndrómy iného pôvodu ako Parkinsonova choroba reprezentujú asi 20 percent všetkých prípadov. Dôležité je ich včasné rozpoznanie, pretože bežne používané lieky na Parkinsonovu chorobu pri nich spravidla nezaberajú. Parkinsonizmus môže byť tiež výsledkom vplyvu rôznych vonkajších faktorov – cievnych mozgových príhod, nádorov, toxických látok, zápalov či úrazov.

Liečba

Základným podkladom na vznik Parkinsonovej choroby je nedostatok dopamínu - látky vyskytujúcej sa v určitých štruktúrach mozgu. v tzv. bazálnych gangliách, ktoré sa podieľajú na riadení pohybu (motoriky). Antiparkinsoniká odstraňujú alebo zmiernujú základné príznaky Parkinsonovej choroby. V súčasnosti nie je známa liečba, ktorá by mohla významnejšie ovplyvniť príčiny vzniku, teda úbytok neurónov, ktorý vedie k degeneratívnym zmenám. Podarilo sa však v niekoľkých experimentálnych prácach dokázať ochranné pôsobenie týchto liečiv na nervové bunky, akou je levodopa. Zavedenie levodopy do liečby Parkinsonovej choroby znamenalo v 70-tych rokoch významný zlom v možnostiach ovplyvnenia príznakov tohto progresívneho degeneratívneho ochorenia. Ukázalo sa však, že pri dlhodobom podávaní je liečba levodopou spojená s viacerými problémami - najmä jej rýchle vylučovanie z organizmu. Prudké poklesy a nárasty hladiny dopamínu majú nepriaznivý vplyv na nervový systém.

Kvalita života pacientov

Parkinsonova choroba je chronické, dlho trvajúce a nevyliciteľné ochorenie, ktoré ovplyvňuje život nielen samotného pacienta, ale v pokročilejších štádiách má významný dopad aj na jeho blízkych a tých, ktorí sa o neho starajú. Dlhodobá zvýšená psychická záťaž, pocit zodpovednosti a zvýšené nároky môžu viesť aj u nich k psychickej únave až depresii. Klienti s Parkinsonovou chorobou sú okrem klasických príznakov často sužovaní rôznymi sprievodnými zdravotnými ťažkosťami (srde a tráviaci trakt). Mnohé z nich súvisia so základným ochorením a patria k menej častým prejavom Parkinsonovej choroby. Iné sú spôsobené vedľajšími účinkami užívaných liekov. Individuálna starostlivosť o takýchto pacientov môže byť potom veľmi komplikovaná a náročná. Parkinsonici v pokročilých štádiách vyžadujú kompletnú ošetrovateľskú starostlivosť, pretože nedokážu sami vykonávať aktivity bežného života ako je obliekanie, jedenie, hygiena, chôdza, a iné. Nutná je rehabilitácia počas celého ochorenia, aby sa minimalizovali prejavy parkinsonizmu. V kombinácii s vhodnou liečbou má presvedčivo pozitívny efekt na priebeh Parkinsonovej choroby. Cielené cvičenie má popri medikamentóznej liečbe dôležité postavenie v boji s týmto ochorením. Pomáha zlepšiť pohyblivosť kĺbov a stuhnutých svalov. Vo všeobecnosti sa odporúčajú každodenné prechádzky a vykonávanie série predpísaných cvikov minimálne 10 - 20 minút denne (Benetin et al., 2007).

Parkinsonova choroba - demencia - depresia

Parkinsonova choroba sa väčšinou vyskytuje vo vyšších vekových skupinách. V tomto veku sa u ľudí objavujú i príznaky iných ochorení, napr. tzv. demencia - ochorenie prejavujúce sa najmä poruchou pamäti a iných psychických funkcií. Pacienti s touto chorobou trpia aj depresiami častejšie ako zdraví ľudia v ich veku, ktorá pretrváva dlhšie obdobie a vyžaduje liečbu. Dôsledkom depresie môžu byť pocity úzkosti a v spojení s častým nočným budením, prípadne živými snami vyúsťujú do porúch spánku.

4.7.3 Sclerosa Multiplex

Roztrúsená mozgovomiechová skleróza (Sclerosa multiplex) je ochorenie miechy, mozgu a mozočka s príznakmi spastickej obrny, príznakmi poškodenia mozgových nervov. Ochorenie sa zjavuje medzi 20. - 40. rokom života. Úplný patologický mechanizmus pôsobenia nie je známy, aj keď sa intenzívne skúma. Predpokladá sa vplyv dedičnosti, vírusová infekcia CNS, autoagresívna reakcia, taktiež vplyv degenerácie nervových buniek. Výsledkom je široké spektrum klinických príznakov od motorických, cez senzitívne, zrakové, sluchové, poruchy rovnováhy, ďalej poruchy autonómneho nervového systému. Príznaky sa líšia v závislosti na tom, ktorá časť mozgu a miechy je postihnutá. Poškodenie miechy má obvykle za následok stratu citlivosti a pocity mravčenia a škrtenia v určitých oblastiach tela. Pridáva sa pocit tiaže a slabosti v končatinách, Pokiaľ sú postihnuté aj nervové vlákna slúžiace inervácii močového mechúra, môže dôjsť k inkontinencii (samovoľné uvoľnenie moču). Poškodenie bielej hmoty mozgu sa prejavuje únavou, závratmi, nemotornými pohybmi, svalovou ochablosťou a slabosťou, nezreteľným vyjadrovaním, nestabilnou chôdzou, neostrým alebo dvojitým videním a necitlivosťou, slabosťou či bolesťami svalov tváre. Jednotlivé príznaky sa môžu dostaviť samostatne alebo v rôznych kombináciách a môžu trvať týždne až celé mesiace.

Diagnostika

Pre diagnostikovanie choroby neexistuje žiadny špecifický diagnostický test, k diagnóze sa preto dospieva postupným vylučovaním ostatných možných príčin. Cenným príspevkom môžu byť niektoré neurologické vyšetrenia, ako napr. lumbálna punkcia alebo vyšetrenie pomocou počítačovej tomografie a magnetickej rezonancie.

Priebeh a liečba

Priebeh ochorenia je kolísavý, striedajú sa obdobia zhoršenia s obdobiami zlepšenia stavu. Za zhoršením stavu je horúčka a telesné vyčerpanie. Sú chorí, u ktorých choroba pretrváva viac ako 20 rokov s ľahkým priebehom, no ťažší priebeh chorého invalidizuje. Liečba je založená na potláčaní aktivity imunitného systému, na modifikácii jeho fungovania i na transplantácii buniek imunitného systému. Prognóza je podľa druhoch choroby rôzna, všetko závisí aj od disciplíny pacienta a jeho spolupráce s lekármi. K potlačeniu príznakov akútnych epizód sa užívajú kortikoidy. Choroba sa nedá vyliečiť, preto je nutné sa k chorým správať slušne, ohľaduplne, a pomáhať im pri zvládaní choroby.

4.7.4 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je najčastejšou formou demencie. Na Slovensku ňou trpí 50 - 60 tisíc ľudí a o túto skupinu sa stará približne 100 - 150 tisíc rodinných príslušníkov a opatrovateľov. Alzheimerova choroba začína nenápadne a pozvoľne, nepretržite sa rozvíja v priebehu niekoľkých rokov. Podľa vyhlásenia Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) je Alzheimerova choroba jedným z desiatich hlavných smrteľných ochorení ľudstva. Medzi prvé varovné signály tohto ochorenia patrí zhoršovanie pamäti, zabúdanie nedávnych udalostí, mien, neschopnosť rozpoznať známe miesta a neschopnosť orientovať sa v čase. Tieto prvé príznaky ochorenia pripisujú postihnutí alebo príbuzní starnutiu, stresu či depresii.

Desať varovných príznakov Alzheimerovej choroby

- 1. Strata krátkodobej i dlhodobej pamäti.** Zhoršuje sa fungovanie v denných aktivitách. Je normálne občas zabudnúť nejaký termín, meno alebo priateľove telefónne číslo a neskôr si na ne spomenúť. Človek s Alzheimerovou chorobou zabúda tieto veci častejšie a neskôr si na ne nespomenie. Zabúda hlavne udalosti, ktoré sa stali nedávno.
- 2. Ťažkosti s vykonávaním predtým známych činností.** Napríklad telefonovanie, varenie. Osoba s Alzheimerovou chorobou stráca schopnosť navariť správne jedlo, alebo zabúda, že už jedla.
- 3. Ťažkosti s rečou.** Každý ma niekedy problém nájsť vhodné slovo, ale osoba s Alzheimerovou chorobou zabúda už jednoduché slová. Alebo ich nahrádza nesprávnymi výrazmi, čím sa stáva jej reč nezrozumiteľnou. Niekedy používa vsuvky bez významu, tzv. slovnú vatu (toto, oné).

4. Dezorientácia v čase a priestore. Je normálne na chvíľu zabudnúť, aký je deň, alebo kde sme. Ale osobe s Alzheimerovou chorobou sa to stáva často alebo stále. Môže sa stratiť na vlastnej ulici a nevie trafiť domov. Nevie, aký je rok, mesiac i deň, často nevie adresu, kde býva, prípadne si pamätá starú.

5. Zhoršený úsudok. Môže sa prejaviť nepravým zhodnotením situácie a toho, čo treba následne urobiť. Napríklad osoba s Alzheimerovou chorobou nepochopí, že má horúčku a že treba ísť k lekárovi, alebo užiť liek. Taktiež sa môže neprimerane obliecť - v lete kožuch a pod.

6. Problémy s abstraktným myslením. Človek s Alzheimerovou chorobou nepochopí zložitejšie inštrukcie, napríklad ako treba vyplniť poštovú poukážku a pod.

7. Nesprávne umiestňovanie predmetov. Každý občas zabudne, kam dal peňaženku alebo kľúče. Osoba s Alzheimerovou chorobou kladie veci na nesprávne/neprimerané miesta, napr. žehličku do chladničky, prsteň do cukorničky a pod.

8. Zmeny nálady a správania. Každý býva z času na čas smutný alebo náladový. Osoba s Alzheimerovou chorobou však môže striedať náladu veľmi rýchlo a bez zjavnej príčiny.

9. Zmeny osobnosti. Osobnostné rysy sa môžu vekom trochu pomeniť. U osoby s Alzheimerovou chorobou sa postupne akoby zmazávajú pôvodné osobnostné črty a nahrádzajú ich napríklad podozrievavosť, odmietanie, roztržitosť, či vystrašenosť. Niekedy sa objavuje ľahostajnosť až apatia.

10. Strata iniciatívy. Každý človek si občas neplní povinnosti, ale po čase zase získa svoju iniciatívu a vráti sa k nim. Osoba s Alzheimerovou chorobou je pasívna, vyžaduje neustále nabádanie do činnosti (Slovenská Alzheimerova spoločnosť, 2010).

Rizikové faktory Alzheimerovej choroby:

- Ženské pohlavie
- Pozitívna rodinná anamnéza (výskyt ochorenia v rodine - rodič, brat, sestra)
- Vek (Výskyt Alzheimerovej choroby stúpa s vekom)
- Genetická záťaž
- Úrazy hlavy (najmä spojené so stratou vedomia)
- Vzdelanie (ľudia s nižším vzdelaním majú zvýšené riziko rozvoja ochorenia)
- Vysoký krvný tlak
- Zvýšená hladina cholesterolu
- Zvýšená hladina homocysteínu
- Poruchy prekrvenia mozgu, tzv. „mozgová skleróza“ (ako urýchľovače nástupu príznakov ochorenia).

Prognóza a liečba

Čím skôr sa choroba rozpozná, čím skôr sa zahájí liečba, tým väčšia je šanca na zmiernenie jej priebehu. Možnosť vyliečenia Alzheimerovej choroby ešte dnes nie je, sú však k dispozícii lieky, ktoré môžu zmierniť jej príznaky a zlepšujú kvalitu života postihnutých. Okrem medikamentózneho liečby je veľmi dôležitá aktivizácia chorého.

Ochranné faktory Alzheimerovej choroby

- Vyššie vzdelanie a stály tréning pamäti
- Vitamín E, C, B
- Nesteroidné antireumatiká

Pokyny pre opatrovateľov

Opatrovať klienta s Alzheimerovou chorobou je veľmi náročné, vyžaduje si to trpezlivosť a aktívnu spoluprácu s rodinou klienta. Dôležitá je každodenná aktivizácia klienta v podobe zadávania drobných úloh. Denný režim musí byť stály, inak spôsobuje u klienta dezorientáciu a zmätenosť. Stereotyp je vítaný. Každý večer je vhodné si s klientom pomaly zopakovať všetky aktivity od prebudenia. Telesná aktivita v podobe prechádzok, udržiava kognitívne zručnosti a telesnú aktivitu. Opatrovateľ podporuje zapamätávanie klienta formou používania stolových kalendárov, obrázkov, písaním poznámok. Tieto veci sa ukladajú na viditeľné miesto a pomôcť si môže napríklad farebnými papierikmi a záložkami. Opatrovateľ pri svojej práci s takýmto klientom úplne uplatňuje prvky empatie, dodržiava zásady správnej komunikácie, aktívne počúva klienta, akceptuje ho, správa sa k nemu a jeho rodine maximálne dôstojne.

4.8 Nádorové ochorenia

Nádor - novotvar - vzniká neregulovaným množením buniek, ktoré sa vymkli spod kontroly regulačných mechanizmov organizmu. Vo všeobecnosti je nádorové bujnenie nezvratné a autonómne (Slugeň et al., 1998). Ak sa normálna bunka zmení na nádorovú, začne sa deliť bezúčelne, a tak je pre organizmus škodlivá. Nové nádorové tkanivo môže tlačiť na okolité zdravé tkanivo a orgány, často do nich prerastá a jednotlivé bunky alebo zhluky nádorových buniek sa krvnou alebo miazgovou cestou môžu zanášať na vzdialené miesta a tvoriť tam nové nádorové ložiská, tzv. metastázy.

Faktory vplývajúce na vznik nádorovej bunky

Faktory delíme na vonkajšie a vnútorné. K vonkajším vplyvom – vplyvom prostredia – patria chemické a fyzikálne faktory, vírusy. K vnútorným vplyvom patria vplyvy dedičnosti a imunita. Vo všeobecnosti rozoznávame tieto príčiny vzniku nádoru:

- karcinogény*, t. j. chemické látky a činitele vznikajúce v prírode, ale najmä synteticky pri priemyselnej činnosti;
- fyzikálne nádorotvorné činitele* - sem patria rôzne druhy ionizačného žiarenia;
- biologické činitele nádorového rastu*, tzv. nádorotvorné (onkogénne) vírusy;
- hormóny* - nádorové bujnenie postihuje tzv. hormónovo závislé tkanivá, ako je prsníková žľaza, maternica, predstojnica a pod.;
- dedičnosť* - niektoré nádory sa vyznačujú dedičnou náchylnosťou aj napriek tomu, že priama dedičnosť sa pri nádore nedokázala.

Druhy nádorov

Rozoznávame dve skupiny nádorov, ktoré sa rozoznávajú svojimi biologickými vlastnosťami: zhubné a nezhubné. **Nezhubné** (benígne) rastú rozpínavo a do okolitých tkanív neprerastajú a nevytvárajú metastázy, kým **zhubné** (malígne) rastú invazívne, čiže prerastajú do okolitých tkanív, vytvárajú metastázy a časté sú opakovania nádoru po jeho predchádzajúcom „vyliečení“.

Polyp je zreteľné vyklenutie sliznice. Najčastejšie je zapríčinený zápalom alebo nádorom. Posúdenie pôvodu a charakteru polypu je najlepšie určiť histologickým vyšetrením. Niektoré sú úplne neškodné a iné je lepšie odstrániť.

Adenoma je nerakovinový polyp, ktorý rastie a postupne sa mení v rakovinu hrubého čreva alebo konečníka. **Karcinóm** je zhubný nádor, v ktorom sa pôvodne normálne bunky nekontrolovateľne množia, prenikajú do iných orgánov (krvi alebo lymfatického systému).

Cysta je dutý, patologický útvar, ohraničený od okolitého tkaniva. Príčiny vzniku cysty sú rôzne, najčastejšie vzniká po uzatvorení žľazového vývodu, príčinou môže byť aj jeho rozšírenie. Niektoré cysty sú dôsledkom vývojovej anomálie alebo nádorového pôvodu.

Niektoré útvary sa cystám podobajú: *pseudocysta* je útvar vzniknutý rozmnožením tkaniva a je ohraničená len tenkou väzivovou membránou, absces je dutina v tkanive vyplnená hnisom, spôsobený miestnym hnisavým zápalom.

Metastáza

Je druhotné (dcérske) ložisko zhubného nádoru vznikajúce množením nádorových buniek na mieste, kam boli prenesené po prerastaní nádoru do krvných alebo lymfatických ciev, prirodzených ciest alebo priamym kontaktom. Metastázy sa tvoria pomocou prechodu bielych krviniek cez nepoškodenú stenu vnútornej výstelky ciev a dutých orgánov (endotelu). Príznaky nádorových ochorení sa môžu prehliadnúť a neraz sa podceňujú. Sú však určité príznaky, ktoré signalizujú zhubné bujnenie:

- kožná alebo sliznicová porucha a nehojace sa rany na tele,
- výskyt hrčky alebo zatvrdlinky na tele, najmä na prsníku,
- nepravidelný výtok, krvácanie z telových dutín (rodidiel, močovej rúry, konečníka a pod.),
- zmena vzhľadu a farby materských znamienok a bradavíc, ich krvácanie, nový vznik, prípadne zápal,
- nechúť do jedenia, poruchy prehltnutia, žalúdočné ťažkosti,
- neustupujúci kašeľ či zachrípnutie po prekonanej infekcii,
- zmena vo funkcii čriev, najmä nejasnej príčiny (striedanie zápchy s hnačkou a pod.).

Liečenie chorých so zhubnými nádormi

Liečba onkologicky chorých klientov je zložitá. Využíva sa komplexný liečebný prístup: konzervatívna liečba (tzv. protinádorové lieky) a kombinácia chirurgickej liečby, chemoterapie a rádioterapie. Pred začatím liečby je nevyhnutná psychická príprava. Jej súčasťou je informácia a poučenie chorého. Klient má vždy právo na pravdivé informácie.

Ošetrovanie chorých klientov s nádormi vyžaduje od zdravotníckych pracovníkov nielen vedomosti a zručnosti, ale aj taktnosť, trpezlivosť a porozumenie. To isté platí aj pre opatrovateľov v domácom prostredí a rodinu klienta. Pre styk s chorým treba voliť primeranú formu, pretože citlivo vnímajú nielen slovné, ale aj mimoslovné prejavy ošetrojúcich. Chorí neraz poznajú aj odbornú terminológiu, lebo sa chcú čo najviac o svojej chorobe dozvedieť. Preto sa vyžaduje od opatrovateľov uvoľnené a otvorené komunikovanie, je potrebné sa usilovať znižovať dramatickosť, nebagatelizovať situáciu a neprejavovať neprimeraný optimizmus.

Kontrolné otázky pre predmet Základy kliniky vybraných chorôb

- Čo patrí k vnútorným faktorom, ktoré ovplyvňujú zdravotný stav obyvateľstva?
- Čím sa zaoberá duševná hygiena?
- Ako by ste definovali neúplnú rodinu?
- Rodina sa skladá z otca, matky a jedného dieťaťa. Definujte takúto rodinu.
- Do novej rodiny prichádzajú buď obaja alebo jeden z partnerov s deťmi. Definujte takúto rodinu.
- S čím je úzko spätá nevoľnosť?
- Ako prebieha akútne štádium choroby?
- Ako prebieha chronické štádium choroby?
- Ako rýchlo sa prejavujú pri akútnom priebehu choroby objektívne a subjektívne príznaky?
- Čím je charakteristické chronické štádium ochorenia?
- Končí sa chronické štádium ochorenia uzdravením?
- Príznaky ochorenia môžeme deliť na objektívne a subjektívne. Ktoré príznaky sa viažu na pocity chorého, spravidla ich nevieme zmerať, vidieť, hmatat?
- Príznaky ochorenia môžeme deliť na objektívne a subjektívne. Ktoré príznaky nezávisia od pocitov chorého, spravidla ich vieme zmerať, vidieť, hmatat?
- Znížené vedomie, nitkovitý pulz, znížený krvný tlak patria k príznakom...
- Vrtajúca bolesť, nezniesiteľná únava, svrbenie patria k príznakom...
- Vracanie, grganie, črevná plynatosť patria k príznakom...
- Definujte krátkotrvajúcu bolesť sprevádzanú nepríjemnými pocitmi strachu a hnevu.
- Ako sa nazýva dlhotrvajúca bolesť rozvíjajúca sa pomaly, ktorá je sprevádzaná depresiou a beznádejou?
- Ako sa prejavuje porucha spánku?
- Vysvetlite, čo to je vedomie človeka.
- Delírium, halucinácie, bludy, bezvedomie sú poruchy týkajúce sa jednej životne dôležitej funkcie. Akej?
- Aká je normálna frekvencia dýchania u človeka?
- Aké je to „pomalé dýchanie (bradypnoe)“?
- Aké je to „rýchle dýchanie (tachypnoe)“?
- Na ktorých miestach môžeme merať pulzovú frekvenciu?
- Čo hodnotíme pri vyprázdňovaní stolice u klienta?
- Pri čom (pri akých výlučkoch) môžeme hodnotiť prímеси, farbu, množstvo, zápach?
- Pri akých poruchách vzniká obezita alebo kachexia (chorobná strata hmotnosti)?
- Pre akého pacienta je príznačná aktívna poloha?
- Klient je slabý, jeho telesné a duševné sily sú vyčerpané, leží na posteli a nedokáže zmeniť polohu. Akú polohu zaujíma takýto pacient?
- Chorý klient vyhľadáva určitú polohu a tú úzkostlivo zachováva. Ako sa nazýva takáto poloha?
- Najčastejším miestom merania telesnej teploty je podpazušie. O koľko stupňov Celzia sa líši nameraná telesná teplota v konečníku?
- Aká je číselná hodnota pre horúčku?

- Koža je najväčším orgánom ľudského tela. Čo môžeme hodnotiť na koži?
- Patrí medzi príčiny vzniku diabetes mellitus nedostatočná tvorba cukru?
- Patrí medzi príčiny vzniku diabetes mellitus nedostatočná tvorba inzulínu?
- Patrí medzi príčiny vzniku diabetes mellitus porucha transportu inzulínu do cieľového orgánu
- Čo je príčinou vzniku cukrovky?
- Cukrovka vzniká pri poruche metabolizmu... doplňte.
- Je Diabetes mellitus 1. typu závislý od podávania inzulínu?
- Je Diabetes mellitus 2. typu závislý od podávania inzulínu?
- Musí diabetik, ktorý trpí DM 1. typu, držať diabetickú diétu?
- Musí diabetik, ktorý trpí DM2. typu, držať diabetickú diétu?
- Ktorý telový systém postihuje ochorenie hypertenzia?
- Preložte do slovenčiny pojem hypertenzia.
- Ktoré orgány najčastejšie trpia pri hypertenzii? U ktorých orgánov môžeme pozorovať komplikácie následkom hypertenzie?
- Aké sú normálne hodnoty krvného tlaku?
- Je náhla cievna mozgová príhoda ochorenie, pri ktorom sa upchá mozgová tepna krvnou zrazeninou?
- Je náhla cievna mozgová príhoda ochorenie, pri ktorom praskne mozgová tepna a krv sa vylieva do mozgových priestorov?
- Bolesti hlavy, slabosť jednej polovice tela, porucha reči, pokles ústneho kútika, pokles očného viečka, pád a pomočenie sú príznakmi akého ochorenia?
- Aká je najčastejšia príčina vzniku náhlej cievnej mozgovej príhody?
- Čo patrí medzi zápaly horných dýchacích ciest?
- Čo patrí medzi zápaly dolných dýchacích ciest?
- Čo zahŕňa ošetrovanie klienta s akútnym zápalom dýchacích ciest?
- Ktoré ochorenie charakterizuje náhle bezvedomie, pád na zem, výkrik, kŕč celého tela, ktorý prerastá do prudkých záškľbov svalstva, zaťaté päste, pena z úst, modrofialové sfarbenie pier?
- Pomenujte predtuchu pred epileptickým záchvatom.
- Aká je prevencia vzniku epileptických záchvatov?
- Charakterizujte Parkinsonovu chorobu.
- Ktorú chorobu charakterizujú nasledujúce príznaky: tras, svalová stuhnutosť, malé šuchtavé kroky, pomalý pohyb, poruchy písma, nestabilita?
- Medzi aké ochorenia patrí Parkinsonova choroba?
- Čo vyžaduje klient postihnutý parkinsonizmom v neskorých štádiách ochorenia?
- Sclerosa multiplex je ochorenie centrálného nervového systému. Je toto ochorenie vyliečiteľné?
- Aký je priebeh ochorenia Sclerosa Multiplex?
- Medzi prvé varovné signály patrí zhoršovanie pamäti, zabúdanie nedávnych udalostí, mien, neschopnosť rozpoznávať známe miesta, neschopnosť orientovať sa v čase. Hovoríme o ...
- Vymenujte špecifiká zamestnávania klienta s Alzheimerovou chorobou.
- Definujte nádorové ochorenie.
- Patrí pohlavie k faktorom ovplyvňujúcim vznik nádorového bujnenia?
- Ako nazývame chemické látky vyrobené pri priemyselnej činnosti škodlivé pre organizmus (vyvolávajúce nádorové ochorenie)?
- Ktoré nádory prerastajú do okolia a tvoria metastázy?
- Ako sa nazýva druhotné ložisko zhubného nádoru vznikajúce množením buniek na mieste, kde boli prenesené?
- Akými cestami sa šíri nádorová bunka a vytvára metastázy v okolitých orgánoch?
- Aká je úloha opatrovateľa v starostlivosti o klienta s nádorovým ochorením?
- Vymenujte miesta na tele, ktoré sú vysoko rizikové pre vznik preležaniny.

5. GERONTOLÓGIA A CHARAKTERISTIKA GERIATRICKÉHO KLIENTA

Gerontológia je veda o starnutí. Zameriava sa na vekovo starších ľudí a dlhovekých jedincov. Hlavnou úlohou gerontológie je predĺženie života a uchovanie zdravia alebo kvality života.

Starnutie organizmu. Človek ako jedinec starne v biologickej, psychickej aj sociálnej oblasti. Biologické starnutie je následok zanikania, znižovania funkcie telesných štruktúr, čo je spojené so zmenou funkcie jednotlivých orgánov a systémov v tele. Psychické starnutie sa prejavuje zmenou osobnostných rysov, znížením poznávacích schopností, zhoršením pamäti, koncentrácie pozornosti. Starnutie v sociálnej oblasti sa prejavuje zmenou životného štýlu, programu a do istej miery závisí aj od finančných možností jedinca. Zlom nastáva v čase odchodu na dôchodok, čím klesá aj spoločenská prestíž starnúceho jedinca (Németh et al., 2009, s. 19).

5.1 Príprava na starobu, odchod do dôchodku. Adaptácia v starobe

V súčasnej dobe existuje zákonom uznaný vek, v ktorom sa odchádza do dôchodku. Deň dôchodku predstavuje dôležitý medzník v živote človeka. Aby tento proces prebehol hladko, je vhodné, aby sa s prípravou na starobu začalo už skôr. Príprava na starnutie by mala prebiehať v dvoch fázach:

1. fáza - dlhodobá príprava: prebieha počas celého života človeka, je súčasťou výchovy k manželstvu, občianskej a etickej výchovy na školách, premieta sa do postojov k starnutiu a staršej generácii vôbec;
2. fáza - krátkodobá príprava: začína približne päť rokov pred dosiahnutím dôchodkového veku so zameraním najmä na zdravotnú stránku človeka.

Vo všeobecnosti možno rozdeliť prípravu na starobu na tri oblasti:

- a) *zdravotnú* - znamená lekárske vyšetrenia a včasného diagnostikovania chorôb,
- b) *psychologickú* - spočíva v psychohygiene, pozitívnom ovplyvňovaní psychických funkcií, procesov a stavov v rodinnom a spoločenskom živote,
- c) *sociálnu* - zabezpečenie zmeny organizácie práce v súlade s vekom, vzdelaním, zdravotným stavom, tak, aby bol prechod na dôchodok plynulý (Hrozenská et al., 2008).

Adaptácia v starobe

Dôchodkový vek je obdobie života, kedy dôchodca môže svoj voľný čas využiť ako si želá. Obmedzenia nastáva ak je zhoršený zdravotný stav či príležitosť k práci. Pre seniora má význam rozptýlenie osamote – počúvanie rozhlasu, sledovanie televízie, riešenie krížoviek a pod. Môžu chodiť na prechádzky, plávať, bicyklovať sa, niekedy robia spoločnosť a pomáhajú iným svojim rovesníkom v domácnosti. No nie všetci seniori sa dokážu vyrovnáť a zvyknúť si na dostatok voľného času, problémy nastávajú v adaptácii na starobu aj rýchlym prechodom z pracovného života do dôchodku, napríklad zo zdravotných dôvodov, čo môže značne ovplyvniť aj finančné zabezpečenie a tým kvalitu bežného života. Staroba so sebou prináša aj zmeny v citovej oblasti seniora. Súvisia s najstresujúcejšími udalosťami tohto veku: odchod do dôchodku, úmrtie partnera, úmrtie iného člena rodiny, úmrtie rovesníka, odchod detí z domu, náhla zmena životných podmienok, viac voľného času, zmena bydliska (idú bývať k svojmu dieťaťu alebo do nejakého zariadenia) - všetky tieto zmeny majú somatický, psychický, emocionálny a sociálny charakter.

Vyrovňovanie sa so starobou podľa Raicherdovej:

1. Konštruktívna stratégia - aktívny človek, má radosť z citových vzťahov, pozná svoje možnosti, akceptuje možnosť smrti bez zbytočného strachu a úfalstva. Vie si nájsť potešenie v jedle, pití, myslí pružne rozvíja svoje záujmy, presadzuje sa bez toho aby bol agresívny voči druhým. Anamnéza týchto ľudí: šťastné detstvo, manželstvo, rodičovstvo.
2. Stratégia závislosti - sklon k pasivite a závislosti na druhých ľuďoch, zodpovednosť radšej prenechávajú iným - mladším, ťahujú sa do svojho súkromia, muži prenechávajú dominanciu ženám. Je to menej priaznivá stratégia, ale sociálne prijateľná.
3. Stratégia obranná - prehnaná aktivita za účelom potlačenia vlastných problémov. Pedantné konanie, prísna emočná kontrola.
4. Stratégia hostility (nepriateľstva a hnevливosti voči druhým) - sklon obviňovať druhých alebo nepriaznivé okolnosti za svoje neúspechy, agresívni a podozrievaví, stále sa sťažujú.

5. Stratégia sebanenávisti - agresivita je namierená proti sebe samému, svoj doterajší prežitý život považujú za absolútne zlyhanie a nepreukazujú akúkoľvek chuť ďalej žiť. Smrť je prijímaná ako vykúpenie z nespokojného života.

Osobnosť seniora

- typ nepriateľský - nevedia sa zmieriť s vlastným starnutím,
- typ obrnenci - nepripúšťajú si vlastné starnutie,
- typ „hojdacieho kresla“ - využívajú výhody svojho veku,
- typ zmierený - starobu prijímajú reálne.

Duševná hygiena seniora - „5 P“

1. Perspektíva - orientácia na budúcnosť.
2. Pružnosť - prispôsobovanie sa novým podmienkam, schopnosť sebakritiky.
3. Prezieravosť - organizovať život podľa svojich možností, neprepínať, nastaviť správnu hranicu.
4. Porozumenie pre druhých - a ich názorov a postojov.
5. Potešenie - udržať si zdroje radosti a uspokojenia.

5.2 Špecifiká ochorení vo vyššom veku, charakteristika geriatrického klienta

Staroba nie je choroba, ale starnúci organizmus sa čoraz častejšie stretáva s chorobami, ako keď bol mladší. Klinický obraz a priebeh ochorenia u geronta predstavuje tieto špecifiká:

- polymorbidita (veľa rôznych diagnóz),
- zmenené príznaky chorôb a ich priebeh (nešpecifické príznaky a priebeh choroby),
- sklon ku komplikáciám,
- sociálny rozmer v starobe (nízky starobný dôchodok, nízky status seniora...),
- zmenená reakcia na lieky (opačná reakcia po podaní liekov),
- starecká krehkosť (frailty).

Polymorbidita je súčasný výskyt viacerých ochorení (5 -8) rôzneho pôvodu a viacerých prejavov (symptómov) u toho istého klienta/geronta.

Chronické progresívne ochorenie vyúsťuje často do stavu telesného postihnutia – disability, ktorá predstavuje trvalý stav straty určitých funkcií, prípadne ich deficit. Ako komplex somatických príznakov znamená, že telesné postihnutie je sprevádzané stratou rovnocennosti so zdravými jedincami a znížením kvality života. Disability je termín, ktorý vyjadruje určitú neschopnosť jednotlivca uskutočňovať určité denné aktivity, alebo vykonávať pracovné činnosti. Môže byť klasifikovaná ako čiastočná a celková (Krišková et al., 2001). V rámci disability definujeme syndróm FRAILITY – krehký klient, starecká krehkosť. Komponenty rozvinutého syndrómu frailty sú: podvýživa, slabosť, nízka tolerancia záťaže, spomalenie motorických reakcií, nízka hladina fyzickej aktivity. Krehký klienti/gerontovia majú vysoké riziko mortality, pádov, hospitalizácií a zhoršenia disability.

Malnutrícia je dôsledkom nedostatočnej alebo neprimeranej výživy, ktorá vedie k poklesu celkovej telesnej hmotnosti, straty tukovej hmoty a kompletným metabolickým a somatickým zmenám. Dôsledky a riziká malnutrície sú: zníženie obranyschopnosti, zvýšená náchylnosť k infekciám, úbytok svalovej hmoty a celková svalová slabosť, pri dlhodobej malnutrícii sú opuchy anémia, poruchy vnútorného prostredia, zhoršené hojenie rán, tvorba dekubitov.

5.3 Špecifické geriatrické syndrómy

Tieto syndrómy majú zväčša viac príčin, pre ktoré vznikajú. Pokladajú sa za dôsledok starnutia a veľmi často sa prehliadajú. Špecifické geriatrické syndrómy sa objavujú vo všetkých troch oblastiach starnutia spomínaných v texte vyššie. Ich prehľad je uvedený v tab. 9.

Somatické	Psychické	Sociálne
Poruchy chôdze a pohyblivosti	Demencia	Strata sebestačnosti
Závraty, nestabilita, pády, úraz	Depresia	Závislosť od pomoci druhým
Inkontinencia moču a stolice	Delírium	Sociálna izolácia
Poruchy termoregulácie	Poruchy správania	Týranie a zneužívanie
Poruchy príjmu potravy a tekutín	Poruchy adaptácie	Dysfunkcia rodiny
Dekubity (preležaniny)		

Tab. 9 Geriatrické syndrómy (Németh et al., 2009, s. 26)

5.3.1 Imobilizačný syndróm

Pohyb je základným prejavom zdravého človeka. Umožňuje mu pohybovať sa v priestore a byť sebestačným pri uspokojovaní základných životných potrieb. Ak sa človek nemôže pohybovať, je imobilný. Imobilita je funkčný stav, pri ktorom klient nie je schopný voľného, rytmického a účelného pohybu, následkom čoho je pripútaný na posteľ alebo odkázaný na invalidný vozík. Imobilita predstavuje vážne zdravotné riziko pre ktorúkoľvek vekovú kategóriu.

Stupne mobility:

1. stupeň: **imobilita** - klient nie je schopný vykonávať nijaké aktivity (napr. je v bezvedomí),
2. stupeň: **veľmi obmedzená mobilita** (napr. klient má problémy s dýchaním),
3. stupeň: **mierne obmedzená mobilita** (napr. klient má fixovanú končatinu v sadrovom obvaze),
4. stupeň: **plná mobilita** - klient sa môže pohybovať neobmedzene (Krišková, Kontrová et al., 2006, s. 275).

Rizikové faktory imobility rozdeľuje Poledníková podľa Hegyiho (2006, s. 62) do niekoľkých skupín:

- **všeobecné rizikové faktory** - vek nad 80 rokov, polymorbidita (výskyt viac ako troch chorôb u človeka), terminálne štádium rôznych ochorení,
- **rizikové faktory súvisiace s poškodením pohybového systému** - osteoporóza, pokročilá artróza, artritída, svalová slabosť, pády a úrazy,
- **rizikové faktory súvisiace s poškodením CNS** - náhle cievne mozgové príhody, sclerosis multiplex, Parkinsonova choroba, centrálné poruchy rovnováhy,
- **psychické poruchy** - demencia, depresia, psychóza,
- **poruchy zmyslových orgánov** - slepota, poruchy statoakustiky,
- **lieky a polypragmázia** - psychofarmaká,
- **iné** - ortostatická hypotenzia, recidivujúce infekty, malígne ochorenia, ťažká anémia,
- **vonkajšie faktory zvyšujúce riziko úrazu** - šmyklavá podlaha, zlé osvetlenie, neznáme prostredie s neočakávanými prekážkami, nebezpečné verejné komunikácie, nepoužívanie opory (barla, palica) apod.

Prejavy imobilizačného syndrómu

Rozsah zmien závisí od množstva rizikových faktorov a trvania imobilizácie seniora. **Imobilizačný syndróm postihuje všetky telesné systémy**, psychiku, ako aj sociálnu situáciu starého človeka.

• *Pohybový systém*

„Starnutie je spojené s úbytkom svalových vlákien a s ich náhradou väzivovým tkanivom.

Následkom nečinnosti sa znižuje svalová sila a atrofuje svalová hmota, a to v priebehu dvoch mesiacov ležania až o polovicu“ (Poledníková et al, 2006, s. 63). Výsledkom straty antigravitačného pôsobenia, úbytku svalovej hmoty a komplexných endokrinných a metabolických zmien vzniká **osteoporóza z inaktivity**. Počas nehybnosti sa z kostí vyplavuje kalcium, čo zapríčiňuje pokles kostnej hmoty. Nepohyblivosť kĺbov pri inaktivite spôsobuje chorobnú stuhnutosť kĺbov (ankylóza), čím sa kĺb stáva tuhým a bolestivým a po čase sa deformuje. Zodpovedajúce svaly kĺbu môžu byť permanentne skrátene a vznikajú skrátene - kontraktúry, najčastejšie na dolných končatinách (bedrový a kolenný kĺb a plantárne flexory členka pomáhajúce prichôdzi).

• *Kardiovaskulárny systém*

Pri imobilite sa zhoršuje funkcia kardiovaskulárneho systému - vzniká posturálna (ortostatická) hypotenzia. Klesá výkonnosť srdca, zvyšuje sa predispozícia k trombo-embolickým príhodám a mení sa zloženie telesných tekutín (zmenšuje sa objem plazmy a koncentrácia plazmatických bielkovín).

• *Dýchací systém*

V ležiacej polohe je ventilácia pľúc u imobilizovaného pacienta pasívne zmenená. Pohyby hrudníka sa obmedzujú, je sťažená expanzia pľúc a znižuje sa prietok krvi v pľúcnom riečiisku. Výsledkom je plytké dýchanie s poklesom vitálnej kapacity pľúc, so zadržiavaním sekkrétov a vznikom hypostatickej pneumónie. Pre slabosť hrudníkových svalov a neschopnosť maximálne sa nadýchnuť je narušený ošišťovací a kašľací mechanizmus, čo znemožňuje dostatočné odstraňovanie hlienu z bronchov.

• *Tráviaci systém*

U imobilných starých ľudí sa znižuje chuť do jedenia a je oslabená peristaltika čriev, čo má za následok zápchu (obstipácia). Vznik zápchy podporuje aj užívanie anticholinergík a hypnotík a nízky príjem tekutín. Vyprázdňovanie sťažuje nefyziologická poloha pri defekácii.

• *Vylučovací systém*

V ležiacej polohe sa zhoršuje drenáž obličkových panvičiek a zvyšuje sa riziko vzniku kameňov, infekcií a urosepsy. Pre obmedzený pohyb bránice je vyprázdňovanie močového mechúra sťažené a vzniká retencia alebo inkontinencia moču. Vylučovanie moču nepriaznivo ovplyvňuje aj chronická katetrizácia.

- **Nervový systém a psychické zmeny**

Imobilizácia je spojená s absenciou fyzickej a psychickej stimulácie a so zmyslovou depriváciou (zhoršuje sa sluchové aj zrakové vnímanie). Sprievodným javom je narušenie emocionálnej stability, u chorého možno pozorovať nepokoj, úzkosť, depresiu, kolísanie nálad alebo nespavosť. Niekedy sa stretávame nepriateľským správaním a môžu sa objaviť aj príznaky zmätenosti..

- **Kožný systém**

U ležiacich pacientov sa zhoršuje kapilárne prekrvenie kože nad kostnými výčnelkami, čím sa zvyšuje riziko vzniku dekubitov. Pri zmene polohy vzniká trenie, ktoré môže kožu ďalej zraňovať. K predispozičným faktorom poškodenia kože u starších ľudí patrí aj hypoalbuminémia, dehydratácia a inkontinencia. Svoju úlohu zohrávajú zmeny na koži spôsobené samotným starnutím.

Prevenia imobility

K preventívnym opatreniam imobility možno zaradiť tieto činnosti:

- a) umožniť klientovi pohyb na posteli s použitím všetkých možných dostupných pomôcok uľahčujúcich pohyb na posteli (napr.: molitanové valce, debnička pod dolné končatiny, polohovacia posteľ, antidekubitárne pomôcky, podhlavníky, klíny, hrazdičku, ai.),
- b) pravidelné polohovanie klienta na chrbát, bok a brucho v pravidelných maximálne trojhodinových intervaloch (prevencia preležanín),
- c) podpora sebaobslužných činností klienta v oblasti hygieny, jedenia, obliekania. Pomáhame len v tých činnostiach, ktoré klient nevládze alebo nemôže zvládnuť sám.

5.3.2 Geriatrický maladaptívny syndróm

Ide o prejav adaptačného zlyhania, typický pre vyšší vek, ktorý vzniká na báze chronického stresu (stresor obvykle psychosociálny).

Fázy maladaptívneho syndrómu:

- Fáza rozvoja syndrómu, rozvoj stresovej reakcie (úzkostné stavy, hysterické reakcie, agravácia somatických ťažkostí, kardiovaskulárne symptómy).
- Plný rozvoj syndrómu, obraz ochorenia (úzkostné, depresívne reakcie, agresivita, apatia, strata vôle, suicidálne tendencie, IM, NCMP, uroinfekty, dekompenzácia DM).
- Fáza adaptačnej reakcie: priebeh priaznivý – postupná úprava ťažkostí, priebeh nepriaznivý - môže nastať až smrť.

Liečba a prevencia

Liečba nie je možná, nevieme ovplyvniť adaptačné mechanizmy. Prevencia spočíva v odstránení rizikových faktorov, starostlivosti o mentálne zdravie, včasnej diagnostike a liečbe prítomných chorôb spôsobených zlyhaním v rámci KVS a imunitného systému.

5.3.3 Delírium

Delírium je akútny stav zmätenosti a pomätenosti, vyskytuje sa najčastejšie u seniorov v konečnom (terminálnom) štádiu somatických chorôb. Delírium ohrozuje seniora stratou sebestačnosti, úrazom, zvyšuje riziko trvalej ústavnej starostlivosti a úmrtnosť seniorov. Príčinou sú lieky, metabolické poruchy (napr.: dehydratácia, hypoglykémia, zlyhanie obličiek), akútne infekcie, choroby CNS, psychogénne choroby (týranie, strata partnera, hospitalizácia, nehody s opatrovateľom). Úloha opatrovateľa: spočíva v rozvíjaní komunikácie, sledovaní klientovho stavu, zaistenie bezpečnosti klienta, vytvoriť pokojné prostredie, sledovať účinky liekov podľa pokynov lekára a sestry, zabezpečiť hygienu klienta, akceptovať výroky delirantného klienta a správať sa dôstojne, úctivo, empaticky.

5.3.4 Demencia

Demencia je „chronické postupne rozvíjajúce sa (progradujúce) ochorenie CNS s vysokým invalidizujúcim potenciálom a celospoločenským dopadom“ (Németh et al., 2009, s. 105). Demencia sa považuje za syndróm, pretože bolo dokázaných viac ako 100 príčin. K najznámejším patrí Alzheimerova choroba, sekundárna demencia (infekcie CNS, alkoholizmus, pri hypotyreóze – zníženej funkcii štítnej žľazy) a vaskulárne demencie (afázia, parézy, inkontinencia, ai.). Alzheimerova demencia je veľmi pomaly sa rozvíjajúce degeneratívne ochorenie mozgu, ktoré vedie k zániku nervových buniek a nervových spojení. Postihuje predovšetkým tie časti mozgu, ktoré sú dôležité pre pamäť, myslenie a rozumové schopnosti. Ak sa pamäť a rozumové schopnosti narušili do tej miery, že človek už nedokáže bez pomoci zvládať každodenné situácie, vtedy hovoríme o Alzheimerovej demencii. Úloha opatrovateľa: podpora klientovej orientácie, zabránenie izolácie klienta, zabezpečiť mu dostatok aktivít počas dňa, poskytovať aktuálne informácie, prejavíť pozitívny záujem o neho, poskytovať bazálnu stimuláciu, mobilizovať klienta, vykonávať tréning pamäte, využívať prvky neverbálnej komunikácie, spolupráca s rodinou klienta.

5.3.5 Inkontinencia moču a stolice

Po 65.roku života je inkontinentných 20 % žien a asi 5 % mužov, na d 80 rokov takmer polovica žien a tretina mužov (Németh et al., 2009). Príčiny sú rôzne. U inkontinencie moču je to najčastejšie zmena vo funkcii močových ciest podmienené vekom, somatické ochorenia, stres, poruchy mobility. Existuje sedem druhov inkontinencií moču vychádzajúc z príčin vzniku inkontinencie (urgentná, stresová, zmiešaná, z pretekania, funkčná, farmakogénna, reflexná). Úloha opatrovateľa: dbať o pitný režim, udržiavať fyzickú zdatnosť klienta, zvoliť vhodné oblečenie pre klienta, aby sa dokázal rýchlo zoblieť pred toaletou. Keďže existuje veľké spektrum absorpčných pomôcok (plienky, vložky, plienkové nohavičky, močové vrecká a pod.), klientovi ich aplikujeme podľa toho, čo mu bude najviac vyhovovať. Pacientov s demenciou musí upozorňovať na pravidelné močenie, prípadne odprevádzať na WC. Zabezpečí kvalitnú hygienickú starostlivosť a starostlivosť o kožu v rámci prevencie zaparenín. U inkontinencie stolice dochádza k vôľou neovplyvniteľným vyprázdňovaniam stolice za sociálne neprijateľných podmienok. Príčinou môže byť imobilita čriev, nedostatočný príjem tekutín a vlákniny, pridružené ochorenia a vplyvy liekov, oslabenie brušnej steny, pooperačné stavy na tráviacom trakte. Úloha opatrovateľa: v strave zabezpečiť dostatok vlákniny, tekutín, zabezpečiť pohybovú aktivitu, snažiť sa, aby sa klient pravidelne vyprázdňoval, použitie absorpčných pomôcok pre inkontinentných, starostlivosť o kožu, dostatočná hygiena.

5.3.6 Pády a ich komplikácie

Pády sú v starobe časté a ich výskyt s vekom narastá. Vyskytujú sa u 20 – 30% osôb vo veku 65 – 69 rokov, a až 50% u osôb vo veku nad 85 rokov. Pod pádom sa rozumie zmena polohy, ktorá končí kontaktom tela so zemou. Príčiny poznáme vnútorné (postihnutie kardiovaskulárneho systému, neuromotorické poruchy ako porucha chôdze, svalová slabosť, psychiatrické ochorenia, ochorenia pohybového a zmyslového systému. K vonkajším príčinám patrí zlé oblečenie a obuv, nevyhovujúce vybavenie bytu, chýbanie pomôcok pri chodení. Medzi rizikové faktory pádov v starobe patrí vek, posturálna hypotenzia, porucha chôdze rôznej etiológie, svalová slabosť, obmedzenie rozsahu pohybu, porucha rovnováhy, kognitívne poruchy (demencia, delírium), užívanie niektorých liekov, a alkohol. Komplikácie pádov: poranenie mäkkých tkanív, rôzne zlomeniny stehrovej kosti, zápästia, ramena, stavca, nohy. Časté je aj poranenie hlavy, niekedy vyžadujúce hospitalizáciu klienta.

Kontrola pri páde



Pomoc postihnutému, ktorý sa dokáže hýbať



5.3.7 Bolesť a manažment bolesti

Bolesť podľa Gulášovej (2008) znamená subjektívny pocit prežívaný človekom a nedá sa oň podeliť s inými ľuďmi. Môže byť taká intenzívna, že zaujme jeho myseľ a neraz i celý život. Ale je aj užitočná, pretože človeka donúti vyhľadať odbornú pomoc. Jej sprievodným javom je napríklad horúčosť, tlak, chlad. Bolesť rozlišujeme:

- a) akútnu – intenzívna bolesť, trvá kratší čas (menej ako 3-6 mesiacov),
- b) chronická – rozvíja sa pomalšie, trvá dlhší čas (viac ako 3 – 6 mesiacov),
- c) ťažko zvládnuteľná – odoláva liečbe, trvá dlho, mení správanie klienta, treba odpútať klienta inou činnosťou,
- d) fantómová – skutočná bolesť, ktorú klient pociťuje v neexistujúcej časti tela, napr. amputovanej nohe,
- e) vyžarujúca – klient ju pociťuje v oblasti zdroja bolesti a šíri sa do okolitého alebo blízkeho okolia, napr. bolesť srdca sa môže šíriť do ľavého ramena.

K **zdrojom bolesti** patrí **somatická a viscerálna bolesť**. Somatická pochádza z kože, svalov, kĺbov a viscerálna je výsledkom stimulácie receptorov bolesti v brušnej dutine a v hrudníku.

Manažment bolesti. Bolesť vníma každý človek inak, no dôležité je, aby bola správne posúdená. Na jej posúdenie sa používa tzv. analógová škála, kedy klient označí svoju bolesť od 0 (žiadna bolesť) až po 10 (najhoršia bolesť, akú si vieme predstaviť). **Podstatou zvládania bolesti** je uveriť klientovi, že má bolesti. Opatrovateľ musí preto vedieť, ako má reagovať, ak mu klient povie o svojej bolesti. K špeciálnym odpútavaním technikám patria relaxačné techniky (rytmické dýchanie, masáž, spev, vyklepkávanie, aktívne počúvanie, cielené predstavy). **Ak klient trpí chronickou bolesťou**, pridávajú sa iné stratégie zvládania bolesti, ako je akupunktúra, emocionálna podpora, relaxácia. Opatrovateľ prejaví klientovi empatiu, sugestívne pôsobí na klienta, povzbudzuje ho k aktivite, komunikuje s ním, pozorne sleduje všetky neverbálne prejavy klienta, všima si klientove prejavy bolesti a nebagatelizuje jeho bolesť.

5.3.8 Poruchy spánku

Možno ich rozdeliť na tri kategórie: nedostatok spánku (insomnia), poruchy kontinuity spánku a hypersonnia (dlhé spanie). Príčinou môžu byť somatické príčiny (bolesť, dýchavica, nočné močenie, a i.), psychické (stres, úzkosť, depresia, a i.), environmentálne (nedostatok fyzickej aktivity, driemanie cez deň, hluk, svetlo) a farmakologické (kofeín, alkohol, diuretiká, nikotín). Úloha opatrovateľa: snaží sa zamestnávať klienta počas dňa, aby klient počas dňa nespával; zabezpečí klientovi primerané prostredie bez svetla, hluku, úprava postele; odstráni akékoľvek iné rušivé elementy z prostredia klienta a dbá na to, aby klient pred spaním nejedol ťažké jedlá, pil kávu, alkohol, fajčil, ale aby relaxoval.

5.4 Stavy zmeneného správania a myslenia v starobe

K stavom meniacim správanie a myslenie patria ilúzie, halucinácie, bludy, mánia a zmätenosť. Osobitosťou je depresia.

Ilúzie

Ilúzie sú fakticky vnímajúce predmety sú vnímané nesprávne. Ilúzie nie sú vždy chorobné, vyskytujú sa i u zdravých ľudí v extrémnych situáciách (pri veľkej únave, vyčerpaní, úzkosti, rozrušení, horúčke a iné). Človek sa spravidla po odznení výnimočnej situácie sám presvedčí o nesprávnosti svojich výkladov. Nie je nutné, aby sa opatrovateľ a rodina klienta pokúšali klienta presvedčiť.

Halucinácie

Halucinácie sú zreteľné zmyslové vnemy neexistujúcich predmetov, alebo dejov. Postihnutí sú natolko presvedčení o pravosti svojich vnemov, že nie je možné presvedčiť ich o opak. Tento rozpor by viedol k tomu, že v očiach klientov, by sme boli jeho nepriateľmi. Môžeme len poukázať na to, že nám sa javí realita inak než jemu. Tým sa vyhneme riziku, že by sme sa klientovi po jeho zlepšení javili ako nedôveryhodní, čo by sa mohlo stať, keby sme z pohodlnosti jednoducho potvrdzovali jeho halucinujúce zážitky. V niektorých prípadoch sa musíme mimoriadne starať o somatickú stránku klienta. Musíme sa postarať o jeho dostatočné stravovanie, dohliadať na hygienu, vitálne funkcie, vyprázdňovanie.

Blud

Je obsahová porucha myslenia. Opatrovateľ musí zasahovať preventívne, musí zostať pokojný a triezvy. Klientovi potrebujeme v prvom rade poskytnúť bezpečie. Vo svojej úzkosti si hľadá miesto, ktoré by mu poskytlo istotu a bezpečie. Ak nachádza vo svojom okolí osoby, pri ktorých sa cíti istejšie a ktoré mu s porozumením načúvajú, tak sa časom jeho úzkosť zmierni, alebo rozplynie. ktoré mu s porozumením načúvajú, tak sa časom jeho úzkosť zmierni, alebo rozplynie. Pri nadväzovaní kontaktu si musíme pre klienta rezervovať dostatok času, keď rozpráva, pozorne mu načúvame, neprerušujeme ho zbytočnými otázkami. Jeho problémy musíme brať vždy vážne, nesmieme nič bagatelizovať, alebo sa mu vysmievať.

Mánia

Ako mániu označujeme stav spojený s vyššou spontánnou aktivitou a euforickou (abnormálne veselou) náladou. Kvalita nálady niekedy môže byť i dráždivá (rezonančná) a niekedy dochádza ku krátkym, niekoľko minútovým, alebo hodinovým depresívnym výkyvom. Manický človek má zvýšenú aktivitu a schopnosť rozhodovať sa aj jednať. Potrebuje mať k dispozícii veľký priestor k pohybu a pestré možnosti k činnostiam, pretože pri svojom pudení k pohybu nevydrží dlhšie pri jednej činnosti. Jeho myslenie je zrýchlené, to čo hovorí je vo všeobecnosti zrozumiteľné, len je problém stačiť ho sledovať. Izolované manické stavy sú zriedkavé, najčastejšia sa mánia objavuje v rámci manicko-depresívneho ochorenia. V týchto prípadoch musíme aj počas manického stavu myslieť na možnosť objavenia sa depresie a sledovať klienta, aby sme postrehli už prvé príznaky. Manický syndróm sa môže objaviť i v rámci schizoafektívneho ochorenia, schizofrénie. Úloha opatrovateľa. Manický klient je v každom ohľade „odbrzdený“. Vo veľmi rušivých prípadoch musíme zasahovať s pokojom, ale dôsledne. Ak je klient podráždený, je treba byť veľmi obozretný, pretože podráždenosť sa môže náhle zvrátiť do agresivity. Pri hyperaktivite klient nemá ani čas, aby sa riadne najedol. Dochádza k poklesu na váhe, k odbúravaniam zásob. Opatrovateľ dbá o pitný režim klienta, stará sa o jeho hygienu. Opakovanie ochorenia sa nedá vylúčiť a klient, ako aj príbuzní by mali byť na to pripravení. Opatrovateľ dbá, aby klient užíval pravidelne podľa pokynov lekára lieky. Hrozí veľmi veľké riziko samovraždy, preto je treba aj menšie zmeny v správaní klienta sledovať a kontaktovať ošetrojúceho lekára.

Zmätenosť

Ako zmätenosť označujeme zákal vedomia spojený s nepokojom, úzkosťou, porušenou orientáciou, k čomu sa môžu pridružiť ilúzie, halucinácie a nezmyselné správanie. Stavy zmätenosti sa vyskytujú pri všetkých organicky podmienených psychózach, napr. pri poruchách prekrvenia CNS, otravách, degeneračných procesoch CNS, pri vysokých teplotách a poruchách metabolizmu. U starých ľudí s poškodeným mozgom (napr. pri artérioskleróze) môže zmätenosť vzniknúť aj z úzkosti zo zneistenia (napr. pri preložení do iného prostredia). Zmätenosť môže byť vyvolaná i nepatrnými podnetmi, napr. náhlou zmenou miesta, neočakávanou kontaktnou situáciou, energickým oslovením. Zmätený človek má poruchy orientácie, nepoznáva svoje okolie alebo ho nesprávne hodnotí, pričom sa môžu objavovať zvýšené úľakové reakcie, väčšinou sa zaoberá samým sebou a ak je pri tom rušený, vzniká riziko výraznejšieho zneistenia, podráždenosti, alebo nepokoja.

Úloha opatrovateľa: poskytnutie dostatku času klientovi, komunikujeme s ním pokojne, priateľsky a s istotou, dovtedy, kým opäť spozná ošetrojúcu osobu a zaregistruje, že okolie voči nemu nie je nepriateľské. Je treba mať na pamäti, že u zmätených klientov je zvýšené riziko sebapoškodenia, často neúmyselne pri zaobchádzaní s nebezpečnými predmetmi, sklom, ohňom, alebo na ulici, kde je čulá doprava. Keďže pociťovanie smädu u starých ľudí je znížené, musíme dbať na to, aby vypili za deň viac tekutín, než by si pýtali sami a než by prijali, keby bolo ponechané len na nich samých. Ak ja starý človek zmätený, prestáva tekutiny piť úplne a jeho stav sa tým zhoršuje. Pokojné a konštantné prostredie klientovi pomáha lepšie sa orientovať a dáva im pocit bezpečia. Šero a tma ich orientáciu v prostredí zhoršuje, zväčšuje úzkosť, bezradnosť i halucinácie.

Depresia

Je stav patologického afektu s prevahou smutnej nálady, negatívne pôsobí na vnímanie, poznávanie a emocionalitu klienta. Depresia zostáva často nespoznaná a neliečená. Postihnutý človek bez vonkajšieho dôvodu pociťuje beznádej, prázdnotu, sklúčenosť alebo sa v ťažkej depresii cíti byť úplne bez emócií bez schopnosti prežívať smútok, bolesť. Človek má spomalené myslenie, chýba mu pohyblivosť a schopnosť rozhodovať sa. Opatrovateľ preto musí sledovať verbálne aj neverbálne prejavy komunikácie, vytvárať dôveryhodné prostredie, brániť vytváraniu stresových situácií, chváliť a povzbudzovať klienta, sledovať akékoľvek prejavy vedúce k samovražde, rozptyľovať klienta počas jeho smutných nálad, umožniť klientovi vyrozprávať sa a prejsť svoje pocity, rozložiť denné aktivity na menšie úseky a častejšie. Opatrovateľ sleduje prežívanie klienta, pretože depresívny človek pocity previnenia, alebo zhršenia, môže vnímať svoje telo ako vnútorne prázdne, prehnité, nevyliciteľne choré, jeho úzkosť môže byť spojená s bludom. Pri depresii sa vyskytuje aj porucha vitálnych funkcií: spánok a chuť do jedla sa zhoršujú, klient sa cíti byť slabý, stále unavený, akoby rozlámaný, stráca na váhe, ženám môže vynechať menzes, pocity tlaku, zovretia, alebo bolesti môžu imitovať organické ochorenie, objavujú sa aj poruchy vegetatívnych funkcií.

Agresia a agresivita

Agresia je krátkotrvajúci nepokoj zameraný proti okoliu, jednorazové vybitie energie. Ak je dlhodobá a určovaná osobnosťou chorého – hovoríme o agresivite. Normálnou agresivitou je primeraná odpoveď na vonkajší útok. Patologickou agresivitou je správanie kvôli duševnej poruche bez primeraného podnetu.

Agresivita môže byť:

- vôľou potlačovaná agresivita – s malým motorickým sprievodom (zatínanie pästi, zubov, hryzením do pery),
- verbálna agresivita – okrem výhražných slov môže byť sprevádzaná aj výhražnými gestami, snahou ponižovať alebo psychicky terorizovať,
- agresivita proti veciam – ničenie predmetov alebo ich ohrozovanie,
- agresivita proti zvieratám a ľuďom – zraňovanie a tyranie zvierat, fyzické útoky na ľudí. Ide o najťažšiu formu agresivity.

Úloha opatrovateľa

- a) Pri agresívnom klientovi sa treba starať o vlastnú bezpečnosť.
- b) Nepribližovať sa ku klientovi príliš blízko a rýchlo, nedotýkať sa ho, pokúsiť sa o jeho upokojenie rozhovorom a vyvolanie pocitu porozumenia. Normálna osobná zóna 40 – 50 cm je zväčšená na 2 –3-nasobok a pri prekročení hranice môže byť dôvodom na spustenie agresívneho správania.
- c) V prípade potreby (ohrozenie zdravia a života) možno klienta fyzicky obmedziť, ale len ak budete viacerí (napr. rodinný príslušník) a máte absolútnu fyzickú prevahu.
- d) Privolať špecializovanú pomoc, v prípade agresivity aj políciu (Dobiaš, 2006, s. 417).

5.5 Násilie na starých ľuďoch

Pod pojmom ageizmus sa rozumejú predsudky a negatívne predstavy o starých ľuďoch alebo prejavy diskriminácie voči staršiemu človeku alebo ich skupine. Štatisticky ageizmus sa deje v domácom prostredí. O zneužívaní sa hovorí vtedy, keď sa od starého človeka vyžaduje viac fyzickej a psychickej pomoci či ekonomickej podpory, než je schopný dať. Zanedbávanie vzniká pri deficite starostlivosti, rodinnej súdržnosti, podpory a citových vzťahov. O týranie ide vtedy, keď sa u staršieho človeka objaví rôzne poškodenie, ujma na zdraví v oblasti psychickej, fyzickej alebo sociálnej (Poledníková et al., 2006, s. 24). Pri opatrovaní chorých klientov v domácom prostredí by si mal opatrovateľ všímať akékoľvek znaky fyzického (bitie, tresty, rany na koži, popáleniny, zlomeniny, príjem potravín a tekutín, podávanie psychofarmák), psychického (zamlknutosť klienta, skleslosť, smútok, vyhrážanie, zosmiešňovanie, zbavenie svojprávnosti, a pod.), ekonomickeho (rodina je u klienta iba vtedy, keď potrebuje peniaze, v čase sociálnych dávok), sexuálneho zneužívania (zriedkavé), opustenie bezmocného človeka a druhotné ponižovanie (upieranie práva na informácie, nerešpektovanie rozhodnutia seniora, nedôstojné postupy voči seniorovi). Práva seniorov/gerontov sú zahrnuté v Charte práv starších osôb Medzinárodnou asociáciou gerontológov v roku 1997, uvádzame ich v prílohe 2.

Kontrolné otázky z predmetu Gerontológia a charakteristika geriatrického klienta

- Definujte gerontológiu ako vednú disciplínu.
- Čo rozumieme pod pojmom biologické starnutie?
- Čo rozumieme pod pojmom psychické starnutie?
- Vymenujte špecifické geriatrické syndrómy.
- Priradte, medzi ktoré špecifické geriatrické syndrómy patrí demencia, depresia, delírium, poruchy správania.
- Priradte, medzi ktoré špecifické geriatrické syndrómy patrí strata sebestačnosti, závislosť od pomoci druhým, sociálna izolácia, týranie a zneužívanie.
- Čo patrí medzi somatické špecifické geriatrické syndrómy?
- Vymenujte psychické špecifické geriatrické syndrómy.
- Vymenujte sociálne špecifické geriatrické syndrómy.
- Aký pacient môže byť ohrozený imobilizačným syndrómom?
- Čo rozumieme pod pojmom imobilita?
- Čo patrí medzi rizikové faktory vyvolávajúce imobilitu?
- Označte, ktoré systémy postihuje imobilizačný syndróm.
- Ktoré opatrovateľské činnosti vykonáva opatrovateľ, ak je klient rizikový pre vznik imobilizačného syndrómu?
- Čo patrí medzi preventívne opatrenia vzniku imobility?
- Vysvetlite pojem maladaptívny syndróm.
- Vieme liečiť maladaptívny syndróm?
- Ako nazývame bolesť trvajúcu krátko, najviac do 3 mesiacov?
- Ako nazývame bolesť trvajúcu dlhodobo, viac ako 3 mesiace?
- Každý človek vníma, prežíva a zvláda bolesť iným spôsobom. Je to správny alebo nesprávny výrok?
- Starý človek je zmätený, nepokojný a má porušenú orientáciu v priestore. Čo vyvoláva ešte väčšiu neistotu?
- Aká je úloha opatrovateľa, ak sa stará o agresívneho pacienta?
- Zanedbávanie, týranie, zneužívanie starých ľudí je časté v domácom prostredí. Aké sú najčastejšie príznaky u klienta v takomto prípade?

6. NÁUKA O VÝŽIVE A SPRÁVNEJ ŽIVOTOSPRÁVE

Je veľa dôvodov, prečo seniori neprijímajú vhodnú stravu a majú nedostatočný pitný režim. Mnohých seniorov treba presvedčať, aby normálne jedli a pili. Chute u seniora sa menia, aj tak je potrebné udržať estetickú a najmä energetickú hodnotu jedla. Odmietanie jedla a pitia seniorom, mu spôsobuje vážne zdravotné problémy, niekedy ohrozujúce jeho život. Senior odmieta stavu a pitie vtedy, keď má neurologické poruchy, ťažkosti so žuvaním a prehĺtaním, pri poruchách chuti, produkcie slín a ťažkostiach so zubami. Ohrozujú ho aj stavy depresie, demencie.

6.1 Charakteristika výživy

Potrava je súbor požívatín, ktoré slúžia na výživu človeka. Požívatiny sú všetky látky, ktoré človek prijíma ústami a sú prostriedkom jeho výživy. Rozdeľujú sa na:

- potraviny - požívatiny, ktoré majú energetickú a/alebo biologickú výživovú hodnotu (mäso, mlieko, ovocie, múka a iné); sú to zložky ľudskej potravy živočíšneho a rastlinného pôvodu,
- pochutiny - požívatiny bez výživovej hodnoty (korenie, soľ, káva, čaj a iné), ktoré umožňujú vhodnú úpravu potravín a ktoré svojou chuťou a vôňou stimulujú trávenie v gastrointestinálnom systéme,
- voda - požívatina, ktorá je základnou súčasťou všetkých potravín a ktorej výživová hodnota spočíva v tom, že je bezpodmienečne potrebná pre látkovú premenu človeka.

Podľa stavu sa požívatiny upravené vhodnou technologickou alebo kuchynskou úpravou, ale aj bez nej (ovocie, zelenina) rozdeľujú na pokrmy (tuhé alebo kašovité) a nápoje (tekuté). Jedlo je vhodná zostava pokrmov, ktoré sa podávajú v určitom čase (raňajky, desiata, obed atď.). Strava je zostava denných jedál, ktorá sa posudzuje z hľadiska energetickej a biologickej hodnoty. Živiny sú zložky potravín, ktoré vytvárajú ich energetickú a biologickú hodnotu a rozdeľujú sa na základné (bielkoviny, sacharidy, tuky) a ochranné (vitamíny, minerálne látky, voda).

Bielkoviny (proteíny) sú najdôležitejšou živinou, pretože sú stavebnou zložkou orgánov ľudského tela, okrem toho sa však významnou mierou zúčastňujú aj na zabezpečovaní funkcie tkanív a orgánov. Majú aj energetickú hodnotu, ale telo ju využíva len v určitých metabolických situáciách. **Optimálny príjem bielkovín** u zdravého dospelého človeka s normálnou hmotnosťou tela je 0,8g/kg/deň. Za bezpečný sa pokladá príjem 1 g/kg/deň. Odporúčaná denná dávka bielkovín je 10-15 energetických % z dennej potreby energie. Energetická hodnota 1 g bielkovín je 17kJ (4 kcal). Za **zdroj bielkovín** sa považujú živočíšne potraviny ako mäso, ryby, vajcia, mlieko a mliečne výrobky a z rastlinných potravín najmä strukoviny, obilniny a zemiaky.

Cukry (sacharidy) - Najdôležitejším sacharidom v organizme je glukóza. Jej biologická hodnota spočíva v tom, že je bezprostredným dodávateľom energie pre všetky bunky, predovšetkým pre nervové bunky centrálného nervového systému a erytrocyty. Normálnu koncentráciu glukózy v krvi (glykémii), ktorá je 4,0-6,0 mmol/l, si zdravý organizmus udržiava predovšetkým hormonálnou reguláciou. Optimálne **množstvo sacharidov** u zdravého dospelého človeka je 4,0-5,5 g/kg/deň, pričom závisí najmä od potreby energie na fyzickú aktivitu. Odporúčaná denná dávka sacharidov je 55-60 % vrátane rýchlostrébatelných sacharidov – (mono- a disacharidov), ktoré by nemali tvoriť viac ako 10 % z denného príjmu energie. Energetická hodnota 1 g sacharidov je 17 kJ (4 kcal). K **zdrojom sacharidov** patria potraviny rastlinného pôvodu: výrobky z obilnín, ryža, kukurica, zemiaky, ovocie, med a rafinovaný cukor.

Vláknina (neškrobové polysacharidy) - ide o nestráviteľné zložky rastlinného pôvodu. Odporúčaná denná dávka vlákniny u dospelého človeka je 30 g. **Zdroje vlákniny**. Sú to potraviny označované ako komplexné sacharidy, ktoré sa vyznačujú tak obsahom energetických polysacharidov (škrobu), ako aj neškrobových polysacharidov (vlákniny). Zdrojom nerozpustnej vlákniny sú najmä celozrnné obilniny, predovšetkým otruby, zelenina, šalát, ovocie a zdrojom rozpustnej vlákniny je najmä ovocie, strukoviny, obilniny.

Tuky (lipidy) sú organické látky, ktoré orgány tela (výnimkou je nervový systém) využívajú predovšetkým na zabezpečenie energie pre svoju činnosť. Vo vode sa zle rozpúšťajú. Rezervný telesný tuk má veľký energetický potenciál, a preto je pre organizmus veľmi významný. Tuky sa zúčastňujú aj na tvorbe štruktúr orgánov a zabezpečovaní ich funkcie, sú nosičmi iných látok, ktoré sú v nich rozpustné (napr. vitamíny), ovplyvňujú imunitu. **Optimálne množstvo lipidov** u zdravého dospelého človeka je 1,0-1,2 g/kg/deň, pričom závisí najmä od vykonávanej fyzickej aktivity. Odporúčaná denná dávka je maximálne 30 energetických %, pričom nasýtené,

monoénové a polyénové tuky by mali tvoriť vždy 1/3 príslušného množstva. Esenciálne mastné kyseliny v potrave by mali tvoriť 3-4 energetické %, čo je zahrnuté do uvedenej dennej dávky lipidov. Energetická hodnota 1 g tukov je 38 kJ (9 kcal). K zdrojom tukov patria nasýtené tuky s vyšším obsahom satureovaných mastných kyselín sú predovšetkým živočíšneho pôvodu (masť, loj, mliečny tuk - maslo) a ich zdrojom je najmä mäso, mäsové výrobky, plnotučné mlieko a mliečne výrobky; z rastlinných produktov to môžu byť napr. niektoré margaríny (podľa deklarácie na etikete výrobku) olivový olej, ale aj niektoré iné rastlinné tuky. Vysoký podiel cholesterolu majú vnútornosti a žltok vajca, v ostatných živočíšnych potravinách sa nachádza v menšom množstve.

Vitamíny sú organické zlúčeniny, ktoré si telo človeka nedokáže samo syntetizovať, takže ide o esenciálne látky, ktoré sú však nevyhnutné pre správny priebeh látkovej premeny v organizme. Prijímajú sa v minimálnych množstvách a nemajú energetický význam (Beňo, 2001, s. 9). Delia sa na (Krišková, 2010):

- a) *vitamíny rozpustné vo vode* - vitamíny skupiny B a vitamín C.
- b) *vitamíny rozpustné v tukoch* - vitamín A, K, D, E a K (kyselina listová).

Minerálne látky majú veľmi dôležitý význam v tele. Ide o vápnik (mlieko, mliečne výrobky, orechy, strukoviny, obilniny), fosfor (mäso, mlieko, obilniny, orechy), horčík (ryby, vajcia, kakao, orechy) a železo (špenát, strukoviny, sója).

Výživa seniorov by mala obsahovať prevažne obilniny, zemiaky, viac ryže a vlákniny, menej rafinovaného cukru, jedla s obsahom cholesterolu. Potraviny by mali byť čo najmenej vo vyprášanom a pečenom stave, lebo zaťažujú tráviaci trakt. **Problémom** v staršom veku je výrazné zvyšovanie hmotnosti vedúcej k **obezite**, ktorá vzniká nesprávnym rozložením jedál počas dňa, málo pohybovej aktivity. To vedie k poruchám metabolizmu až diabetes mellitus. Obmedziť sa má aj príjem kuchynskej soli, zvýšiť príjem zeleniny, ovocia, vlákniny, mliečnych výrobkov. V sociálnych zariadeniach majú klienti podávané jedlo v súlade s jednotným diétnym systémom. Je to hromadne pripravované jedlo pre klientov a zároveň v sebe zahŕňa zoznam diét, ktoré sú označené číslom alebo písmenom. Obsahuje základné diéty (Tab. 10a), špeciálne diéty (Tab. 10b) a štandardizované diétne postupy (Tab. 10c) – (Kontrová, Kristová et al., 2006, s. 75).

Číslo a názov diéty	Najčastejšie indikácie
0 – tekutá	krátkodobo po operáciách v ústnej dutine a na tráviacom systéme
1 – kašovitá	po operáciách tráviaceho systému, pri chorobách ústnej dutiny, pažeráka
2 – šetriaca	ochorenia žalúdka, dvanástnika, žlčníka, pankreasu, po infarkte myokardu
3 – racionálna	„normálna strava“
4 – s obmedzením tukov	chronické choroby žlčníka, pankreasu, po vírusovej chorobe pečene
5 – bielkovinová bezvyšková	hnačky, chronické zápalové alebo vredové choroby hrubého čreva
6 – nízkobielkovinová	choroby obličiek
7 – nízkocholesterolová	artérioskleróza
8 – redukčná	obezita
9 – diabetická	cukrovka
10 – nesolená šetriaca	ochorenia srdca, ciev, opuchy
11 – výživná	na zvýšenie telesnej hmotnosti pri dlhotrvajúcich ochoreniach, pri nádorových ochoreniach
12 – strava batoliat	pre deti od 1 do 3 rokov
13 – strava väčších detí	pre deti od 3 do 15 rokov
14 – individuálna strava	individuálne vypracované diéty podľa osobitných potrieb pacienta (vegetariánov, makrobiotikov, alergikov)

Tab. 10a Základné diéty

Číslo a názov diéty	Najčastejšie indikácie	Charakteristika
0 - S - čajová	akútne stavy rôzneho pôvodu - napr. po operáciách tráviaceho systému	podáva sa maximálne niekoľko dní, podáva sa len mierne osladený čaj po lyžičkách
1 - S - tekutá výživná	keď pacient nemôže prijímať stravu v tuhej forme napr. poleptanie pažeráka, nádory pažeráka	
4 - S - s prísnyim obmedzením tukov	akútne zápal žlčníka, vírusové choroby pečene, choroby pankreasu	potraviny s čo najmenším obsahom tuku, mäso sa úplne vylučuje, diéta sa aplikuje len krátky čas, po odznení akútneho ťažkostí sa prechádza na diétu č. 4
9 - S - diabetická šetriaca	cukrovka sprevádzaná chorobami tráviaceho systému	kombinácia diét č. 2 a 9, jedlá sa podávajú 6 x denne

Tab. 10b Špeciálne diéty

Číslo a názov diéty	Najčastejšie indikácie
S / OK – diéta pri okultnom krvácaní	zistovanie skrytého krvácania v tráviacom systéme
S / SCH Schmidtova diagnostická diéta	pred vyšetrením tráviaceho systému
S / BLP – bezlepková diéta	celiakia, neznášanlivosť lepku
S / BLK – bezlaktózová diéta	neznášanlivosť mlieka
S / P – pri pankreatitíde	pankreatitída
S / TV – špeciálna tekutá výživa	sondová strava, anpr. Diason
S / 2500kJ - S / 4200kJ – prísne redukčné diéty	obezita spojená s inými ochoreniami, najmä DM
S / 20, S / 35 – s prísnyim obmedzením bielkovín	zlyhávanie obličiek
S / KJ – diéta pre koronárne jednotky	po infarkte myokardu

Tab. 10c Štandardizované diétne postupy

6.2 Príjem tekutín

Voda sa nachádza v bunkách, mimobunkových dutých priestoroch (močové cesty, tráviaci trakt, dutiny mozgu a miechy). Vo vode prebieha trávenie, vstrebávanie, látková premena, vylučovanie nepotrebných látok, ale aj regulácia telesnej teploty. Podstatné je, aby sa u **seniora udržala rovnováha medzi príjmom a výdajom tekutín**, aby sa predišlo dehydratácii, resp. „prevodneniu“ organizmu (opuchy). Nedostatok vody spomaľuje činnosť čriev a peristaltiku, čo vedie k zápche u seniora. Denne by mal senior vypíť 1,5 litratekutín. Pozor sa dáva na minerálne vody s vysokým obsahom sodíka (Na). Keďže sa u seniorov abscentuje pocit smädu, seniori sa boja viac piť kvôli inkontinencii moču, imobilite, občas zabúdajú piť, je potrebné im neustále ponúkať tekutiny viackrát v malom množstve.

Diétne stravovanie. Existujú choroby, pri ktorých je potrebné dodržať určité pokyny aj lekára, resp. dietológa. Týka sa to najmä seniorov, ktorý musia v strave kvôli chorobnému stavu obmedziť príjem soli (ochorenia obličiek a srdca) alebo príjem cukrov (diabetes mellitus).

Spôsoby podávania výživy

Enterálna výživa je spôsob aplikácie tekutej výživy pomocou sondy zavedenej do tráviaceho systému. Táto metóda sa používa ako nutričná podpora u pacientov, ktorí majú problémy s príjmom alebo trávením potravy. Prípravky enterálnej výživy sú komerčne vyrábané, sterilné a ich sortiment zohľadňuje rôzne potreby z hľadiska choroby. Poznáme:

a) Orálnu výživu - rastlinná a živočíšna – často nezabezpečí pre klienta dostatok energie, živín a ochranných látok z rôznych príčin. Kombinácia orálnej, enterálnej a parenterálnej výživy zabezpečuje plné uspokojenie potrieb klienta. Enterálna výživa využíva gastrointestinálny systém, ktorý je prirodzeným systémom.

b) Výživu sondou - zavedenou cez nos alebo ústa, či zavedenou chirurgicky priamo do žalúdka alebo do jejuna. Kontraindikáciou sú ťažké poškodenia ústnej dutiny, silné vracanie, krvácanie do tráviacej rúry, porucha hybnosti žalúdka a čreva, nepriechodnosť čreva, zápal pobrušnice, náhle brušné príhody, akútna pankreatitída, hepatálna

kóma a iné. Medzi komplikácie patrí hnačka, vracanie, pocit plnosti, metabolické zmeny, dehydratácia, opuch a iné.

Parenterálna výživa poskytuje v plnej miere v podstate všetko, čo organizmus potrebuje, ale vylučuje gastrointestinálne orgány, čo z hľadiska fyziológie nie je vždy vhodné. Je to podávanie výživy intravenózne alebo v ojedinelých prípadoch do podkožia pomocou ihly, kanyly alebo katétra. Používa sa u klientov/pacientov, ktorí nemôžu konzumovať potravu orálne, pričom nie je možná ani enterálna výživa. Parenterálnou výživou, na rozdiel od orálnej a enterálnej, organizmus dostáva živiny priamo do krvného obehu a môže ich ihneď spracovávať. Aplikácia parenterálnej výživy je možná do periférnej (využívajú sa teflónové periférne kanyly, ktoré sú zavedené 3-4 dni a slúžia na krátkodobú parciálnu aplikáciu parenterálnej výživy) alebo centrálnej žily (podáva sa totálna parenterálna výživa a aplikuje sa dlhší čas -14 dní a viac).

6.3 Stolovanie a kŕmenie seniora cez ústa

Jedenie musí byť predovšetkým potešením, príjemným pocitovaním chuti, vône, estetickej úpravy na servírovacom riade. Zásady stolovania a kŕmenia klienta cez ústa sú podrobnejšie popísané v podkapitole 11.5.

6.4 Kŕmenie seniora cez sondu

Ak senior nie je schopný stravu prijímať cez ústa, udržať jedlo v ústach a prehĺtať, vedie to k strate na váhe. U pacientov, ktorým zdravotný stav nedovoľuje prijímať potravu a tekutiny ústami, je výživa zabezpečená cez:

- nazogastrickú sondu (NGS) – cez nos do žalúdka (Obr. 15a),
- orogastrickú sondu (OGS) – cez ústa do žalúdka (Obr. 15a),
- sonda vyvedená cez brušnú dutinu zo žalúdka, tenkého čreva alebo dvanástnika - PEG, PEJ (Obr. 15b).

Je to chirurgický výkon a zavádza sa pri nepriechodnosti pažeráka.



Obr. 15a

Prípravky podávané cez sondu Krišková (2010) delí na kuchynsky a farmakologicky pripravované. Rôzna finančná situácia seniorov ich núti, aby jedlo do sondy bolo pripravované kuchynsky, doma. Avšak musia byť dodržané všetky zásady hygieny pri príprave jedál (mixovanie, pasírovanie, varenie,...). Dodržať by sa mala aj vyváženosť všetkých zložiek výživy (bielkoviny, cukry, tuky, vitamíny, minerály). Pripravované potraviny by sa nemali variť dlho a mimo chladničky by strava nemala byť dlhšie ako 6 hodín.

Stravu do sondy podávame v pravidelných 2-3 hodinových intervaloch za stálej kontroly.

Postup pri podávaní stravy sondou:

- oboznámiť klienta s výkonom, ktorý je nebolestivý, môže vyvolať pocit plnosti pri rýchlom podávaní alebo zvracanie
- zabezpečiť súkromie
- pomôcť zaujať vhodnú polohu: Fowlerova, mierne zvýšená poloha v sede alebo v ľahu
- zhodnotiť umiestnenie sondy (test vzduchom)
- navliecť rukavice, otvoriť sondu
- skontrolovať obsah žalúdka odsatím obsahu zo žalúdka
- tolerancia u dospelého človeka je 50ml, u detí je to 10 ml
- odčerpaný obsah v tolerancii vstreknúť naspäť do žalúdka
- aplikovať stravu primeranej teploty (Janettovou striekačkou/prevodovou súpravou/pomocou kalibrovaného plastového vaku)
- stravu aplikovať pomaly nad úroveň žalúdka (prevencia kŕčov, vracania, nauzey)
- zabrániť vpraveniu vzduchu do žalúdka (prevencia neprijemného nafúknutia brucha)
- po podaní stravy prepláchnuť vodou (čajom) cca 60 ml (prevencia upchania sondy)
- sondu uzatvoriť
- upozorniť klienta, aby nemenil polohu cca 30 minút
- uložiť pomôcky
- monitorovať subjektívne pocity, zaznamenať výkon.



Obr. 15b

Ukážky: Kŕmenie sondou:

<https://www.youtube.com/watch?v=YoTrPDx-5zE&t=35s>

<https://www.youtube.com/watch?v=6owZbxOhCPg&t=20s>

<https://www.youtube.com/watch?v=22cKrJWen2U>

6.5 Ochorenia vyplývajúce z nesprávnej výživy

K ochoreniam vyplývajúcim z nesprávnej výživy patrí obezita, anorexia nervosa a bulimia nervosa.

OBEZITA

Obezita je metabolické ochorenie charakterizované nadmernou hmotnosťou tela a vyvolané pozitívnou bilanciou energie, pričom sa extrémne zvyšuje množstvo zásobného tuku v podkoží (subkutánne) a vnútrobrušne (intraabdominálne). Následkom pozitívnej dusíkovej bilancie môže byť súčasne aj nárast svalovej hmoty, najmä u mužov. Ku klasifikácii obezity sa používa výpočet telového hmotnostného indexu (BMI, pozri podkapitulu 4.2.2, s. 30). V SR sa prevalencia obezity zvyšuje s vekom. Je to najčastejšie metabolické ochorenie u nás aj v iných krajinách Európy, Severnej Ameriky a Austrálie, pričom jeho výskyt už má charakter epidémie. Obezita je rizikovým faktorom mnohých ďalších ochorení v populácii.



Vznik obezity ovplyvňuje viac faktorov:

1. **nutričné faktory** sú základným činiteľom tvorby tukových rezerv. Pozitívna bilancia energie vzniká na základe nerovnováhy medzi jej príjmom a výdajom. Tento faktor sa vyskytuje u väčšiny obéznych osôb;
2. **genetické faktory** v súčasnosti patria medzi rozhodujúce. Obezita u obidvoch rodičov je spojená s 80 % rizikom jej vzniku u detí, ak ju má len jeden rodič, riziko je 40 %. Identifikovalo sa asi 40 génov, ktoré môžu ovplyvniť vznik obezity. Monogénová obezita sa vyskytuje u približne 4-5 % jedincov a polygónová u 30- 40 %. Genetické faktory zasahujú do tvorby tukového tkaniva, do príjmu živín a ich intermediárneho metabolizmu, ako aj do využitia energie, najmä do termogenézy a fyzickej aktivity;
3. **familiárne faktory** súvisia s rodinnými zvykmi týkajúcimi sa príjmu jedla z hľadiska množstva a štruktúry potravín, pričom často ich nemožno odlišiť od genetických;
4. **sociálno-ekonomické faktory** - u osôb s nižším sociálno-ekonomickým postavením sa obezita vyskytuje častejšie;
5. **psychické faktory** môžu v stresových situáciách u niektorých osôb iniciovať zvýšený príjem potravy, kým u iných zasa anorexiu;
6. **fyzická aktivita** sa v 2. a 3. decéniu života často znižuje tak u mužov, ako aj u žien (šport, zmena kvalifikácie, založenie rodiny a i.), pričom celodenný príjem energie je stále vyšší.

Patofyziológia obezity

Vyššia hmotnosť tela v porovnaní s normálom vždy zaťažuje organizmus, pričom vznikajú najprv funkčné a neskôr orgánové poruchy. U obéznych osôb s BMI vyšším ako 30 kg/m² sa morbidita a mortalita zvyšujú o 40 % a pri BMI vyššom ako 35 kg/m² o 100 %. Androidný typ obezity je častejšie spojený s metabolickými komplikáciami, ako je rezistencia na inzulín, diabetes mellitus, dyslipoproteinémia, hypertenzia a hyperurikémia, je to ukazovateľom očakávaných komplikácií. Zvyšovanie hmotnosti tela na úroveň morbidnej obezity je spojené s mnohými komplikáciami najmä srdcovocievneho, respiračného a pohybového systému. Po komplexnom zhodnotení treba určiť reálny cieľ liečby obezity. Zvyčajným cieľom je zníženie hmotnosti o približne 15-20 % s jej následnou stabilizáciou. Po takomto poklese sa významne zlepšujú najmä metabolické ukazovatele, liečba musí byť komplexná, pričom zahŕňa nízkoenergetickú diétu, behaviorálny prístup, fyzickú aktivitu, farmakologickú a chirurgickú terapiu.

Zásady redukčného režimu pri obezite:

- 1) celodenný príjem energie pri miernej nízkoenergetickej diéte je 5 000-6 000 kJ/deň, pri prísnej diéte 4 000- 4 500 kJ/deň a pri veľmi prísnej diéte 2 000-3 000 kJ/deň,
- 2) príjem proteínov má byť aspoň 0,8-1,0 g/kg normálnej hmotnosti tela/deň,
- 3) príjem tukov sa obmedzuje podľa prítomnosti diéty od 40 g do 20 g/deň, pričom sa používajú len rastlinné tuky, príjem sacharidov je od 150 g do 50 g/deň a podávajú sa len komplexné sacharidy (celozrnné obilniny, zelenina, ovocie); jednoduché sacharidy sa konzumujú v minimálnom množstve,
- 4) v závislosti od prítomnosti diéty treba nahrádzať vitamíny a minerálne látky, pridávať vápnik a draslík, sladieť umelými sladidlami, alkohol úplne vynechať a príjem jedla nenahrádzať fajčením,
- 5) pri prísnom redukčnom režime je potrebný príjem až 2-3 litre tekutín, napr. vody, čaju, minerálky s nižším obsahom sodíka a i.,
- 6) príjem celodennej energie rozdeliť na 4-5 denných jedál od 7. hodiny ráno do 17. hodiny večer, neskôr konzumovať len zeleninu.

ANOREXIA NERVOSA A BULIMIA NERVOSA

Anorexia nervosa je charakterizovaná chudnutím, endokrinnou dysfunkciou a skresleným psychopatologickým postojom k príjmu jedla vzhľadom na predstavu o svojej hmotnosti - ide o strach z obezity. Aj výraznú chudosť pacient vníma ako normálny stav hmotnosti tela. Negatívna energetická a dusíková bilancia zapríčiňuje závažné metabolické a orgánové zmeny. Bulimia nervosa je závažná porucha charakterizovaná častým striedaním nárazového jedenia („binge eating“) a „sebačistenia“ (vracanie, laxatíva, diuretika) so stratou kontroly nad príjmom potravy a pretrvávajúcou psychickou koncentráciou na tvar a hmotnosť svojho tela. Napriek takémuto spôsobu príjmu potravy sa následkom pozitívnej energetickej bilancie hmotnosť tela zvyšuje až na extrémnu (morbidnú) obezitu s následnými komplikáciami.



6.6 Zásady správnej životosprávy seniora

K správnej životospráve seniora patrí:

- dodržiavať zásady správne vyváženej stravy a prijímať dostatočné množstvo tekutín počas celého dňa (min. 1,5 litra);
- užívanie probiotík, lebo senior je ohrozený tráviacimi ťažkosťami, zápchami, hnačkami, a iné;
- aktívny pohyb seniora v podobe prechádzok, bicyklovania, cvičenia v zhode s jeho zdravotným stavom;
- vykonávať počas dňa záujmové aktivity, aby večer klient nemal problémy so zaspávaním a zabezpečil si tak celonočný spánok. Vyhýbať sa spánku cez deň.
- snažiť sa klienta rozptyľovať, komunikovať s ním, zabezpečiť mu stretávanie s rovesníkmi, rodinou, kontakt so spoločnosťou;
- dávať seniorom pocit potrebnosti, dávať im do života radosť a nadšenie, najmä umožnením vykonávať obľúbené činnosti, na ktoré počas aktívneho pracovného života nemali dostatok času,
- pomáhať im nachádzať stále zmysel ich života,
- pomôcť im adaptovať sa na dôchodok.

Kontrolné otázky pre predmet Náuka o výžive a správnej životospráve

- Čo môže spôsobiť u seniora nedostatočný príjem stravy a tekutín?
- Medzi aké živiny patria bielkoviny, cukry a tuky?
- Čo patrí medzi základné živiny?
- Do akej skupiny živín patria vitamíny a minerálne látky?
- V ktorých potravinách sa nachádzajú bielkoviny?
- V ktorých potravinách sa nachádzajú vlákniiny?
- V ktorých potravinách sa nachádzajú tuky?
- Nedostatočný prívod tekutín u seniora spôsobuje spomalenie peristaltiky čriev a iné. Koľko litrov vody by mal prijať starý človek za 24 hodín?
- Prírodný spôsob podávania stravy je podávanie cez ústa. Aký iný spôsob poznáte?
- Čo je dôležité pri kŕmení pacienta do žalúdočnej sondy?
- Obezita je metabolické ochorenie charakteristické nadmernou hmotnosťou tela, zvyšuje sa množstvo zásobných tukov. Je tento výrok správny?
- Patri genetický faktor k príčine vzniku obezity?
- Patri sociálno-ekonomický faktor k príčine vzniku obezity?
- Čo patrí medzi časté komplikácie obezity?
- Akú diétu by ste odporúčali obéznemu klientovi?
- Výrazná chudosť, závažné metabolické a orgánové zmeny, endokrinné poruchy, strata kontroly nad príjmom potravy sú príznakmi akého ochorenia?

7. EPIDEMIOLOGIA, HYGIENA A PREVENCIA

Súčasťou opatrovateľskej práce je aj poznanie podstaty hygieny a epidemiológie, s cieľom zabránenia šírenia rôznych nákaz, na ktoré sú seniori veľmi rýchlo náchylní.

7.1 Epidemiológia a vybrané pojmy

Epidemiológia je „medicínsky odbor, ktorý skúma výskyt a rozdelenie infekčných a iných závažných spoločenských ochorení, ktoré sa vyskytujú v populácii, navrhuje opatrenia na ochranu a zlepšenie zdravia a kontroluje ich účinnosť“. Cieľom epidemiológie je prispievať k zníženiu chorobnosti a úmrtnosti, k ochrane a upevneniu zdravia ako aj k predĺženiu života a jeho kvality u jednotlivcov a populácie (Krišková, 2010, s. 66). Epidemiologický proces je charakterizovaný ako zložitý proces vzniku infekčných chorôb a ich prenos z chorých jedincov na zdravých. Proces šírenia nákazy je reťaz infekcie, ktorá sa šíri v populácii ľudí aj zvierat. Uskutočňuje sa v konkrétnom ohnisku nákazy a v určitom čase. Aby sa prenos uskutočnil, musia byť splnené tri základné podmienky:

- výskyt prameňa pôvodcu nákazy,
- uskutočnenie prenosu pôvodcu nákazy,
- prítomnosť vnímaného jedinca, kolektívu.

Ak chýba ktorýkoľvek z troch prvkov, epidemický proces je prerušený.

Typy prenosu nákazy

Prenos nákazy sa uskutočňuje dvomi spôsobmi, a to nepriamo a priamo. **V priamom prenose** sa pôvodca nákazy dostáva z chorého jedinca na vnímaného jedinca bez pobytu vo vonkajšom prostredí. Vzniká pri:

- a) Pohlavným styku** - venerické nákazy. Patrí sem: Syphilis, gonorrhea, AIDS.
- b) Krvnou cestou** - pôvodcovia týchto nákaz dlhodobo cirkulujú v krvnom obehú a prenášajú sa parenterálne alebo pohlavným stykom. Prenos nákazy na ďalšieho jedinca sa uskutočňuje zväčša pri saní krvi hmyzom (malária, žltá zimnica, mor, kliešťový zápal mozgu...).
- c) Pohryzním** – divou zverou, psom, mačkou.
- d) Prenosom z matky na dieťa** – vnútromaternicový prenos.

Pri nepriamom prenose pôvodca nákazy prežíva vo vonkajšom prostredí. Prenos sa uskutočňuje:

- a) Dýchacou sústavou /vzduchovo-kvapôčkovou cestou/**: pôvodca je v hostiteľskom organizme lokalizovaný v dýchacom aparáte a do prostredia je vylučovaný v sekréte dýchacích ciest vo forme kvapôčok alebo aerosolu pri kýchaní, kašľaní a rozprávaní, vstupnou bránou sú tiež dýchacie cesty (respiračné ochorenia).
- b) Tráviacou sústavou /oro-fekálnou cestou/** - pôvodca ochorenia sa lokalizuje v tráviacom trakte, vylučuje sa fekáliami a preniká do nového vnímaného jedinca orálnou cestou (črevné infekcie), požitie kontaminovaných potravín ako sú mäso, mlieko, vajíčka.
- c) Cez kožu, sliznicu /prenos cez vonkajšie kryty/** - prenos infekcií z povrchu tela a ranové infekcie, realizuje sa priamym kontaktom pokožky alebo nepriamo kontaminovanými predmetmi (bielizeň, odev, nástroje, špinavé ruky), pri injekčnom užívaní drog, tetovaní (Krišková, 2010).

Formy infekcií poznáme:

- a) manifestnú infekciu** – plne rozvinuté klinické príznaky, ako napr. horúčka, kašeľ a iné ;
- b) latentnú infekciu** - skrytá forma infekcie, priebeh bez klinických príznakov, ochorenie neprepukne, avšak pri poklese imunity jedinec ochorie, jedinec môže byť prenášačom.

Štádia infekcií.

- a) inkubačné štádium** - od vniknutia pôvodcu ochorenia do organizmu po objavenie sa prvých príznakov choroby.
- b) prodromálne štádium** - výskyt všeobecných klinických príznakov;
- c) manifestačné štádium** - výskyt klinických príznakov charakteristických pre danú chorobu, najintenzívnejšie vylučovanie pôvodcu ochorenia z makroorganizmu;
- d) záverečné štádium** – uzdravenie alebo smrť makroorganizmu, pri vyzdravení môže dôjsť k úplnému vylúčeniu pôvodcu ochorenia alebo ostáva v makroorganizme, a ten sa stáva nosičom a prameňom nákazy pre iných (Kopecká et Kopecký, 2007).

Faktory ovplyvňujúce proces šírenia nákazy

Na priebeh epidemického procesu vplývajú rôzne faktory, môžeme ich rozdeliť na prírodné a sociálno-

ekonomické. **Prírodné faktory** - predovšetkým pri transmisívnych ochoreniach, prírodno-ohniskových a zoonózach. Ide o výskyt prenášačov, ktoré sa vyznačujú svojim sezónnym výskytom, proces v tomto prípade je závislý od prítomnosti a dostatočnej populačnej hustoty. **Sociálno-ekonomické** - vyplývajú z narastajúcej industrializácie, urbanizácie, kolektivizácie života a zvýšený pohyb osôb, čím dochádza k rýchlejšiemu premnoženiu populácie a výraznému oslabeniu imunity. Priemysel znečisťuje ovzdušie, vodu a pôdu látkami s iritujúcim, toxickým, karcinogénnym alebo mutagénnym účinkom, tie poškodzujú sliznice a orgány a mnohé z nich oslabujú imunitu, takto poškodené sa stávajú vhodným miestom pre uchytenie sa patogénov. Kolektivizácia prináša zvýšené riziko vzniku a šírenia respiračných a alimentárnych infekcií.

7.1.1 Vybrané pojmy v epidemiológii

Epidémia - náhle a hromadné vypuknutie infekčného ochorenia v určitej územnej oblasti a v časovom období presahujúci bežný celoročný priemer.

Endemický výskyt - výskyt infekčných chorôb viazaných na určité oblasti.

Pandémia - výskyt ochorenia bez priestorového obmedzenia, postihujúca širokú geografickú oblasť a veľkú časť populácie.

Incidencia je počet osôb s novo vzniknutým ochorením v danom časovom intervale, voči počtu osôb rizikom ochorenia v zhodnom intervale.

Prevalencia je počet osôb s ochorením prítomným v danom okamihu alebo časovom intervale voči počtu osôb s rizikom ochoreniam v zhodnom okamihu. Vyjadruje sa v percentách (Andraščíková, 2007).

Izolácia - osobám podozrivým z ochorenia alebo podozrivým z nákazy nariadi lekár izoláciu, od ktorej sa upustí po odznení nebezpečenstva šírenia nákazy. Môže sa vykonávať v domácom, ako aj nemocničnom prostredí (infekčné oddelenie).

Karanténa - osobám podozrivým z nákazy sa môže nariadiť práve karanténa. Rozumie sa ňou izolácia, zvýšený zdravotný dozor a lekársky dohľad.

Asepsa, antisepsa. Súbor činností a opatrení zameraných na zabránenie vniknutia choroboplodných mikroorganizmov do organizmu - asepsa. Zámerné ciele ničenie mikroorganizmov v prostredí, na pokožke, predmetoch, pomôckach, odevoch a podobne - *antisepsa*.

Hygienicko-epidemiologický režim. Je to komplex hygienických požiadaviek na prevádzku zariadení a komplex epidemiologických opatrení zameraných na ochranu zdravia pacientov a zamestnancov. Používa sa aj na predchádzanie vzniku a šíreniu nemocničných (nozokomiálnych) nákaz (Krišková, 2010, s. 66).

7.2 Hygiena seniorov a opatrovateľov

Podľa Kriškovej (2010) je hygiena náuka o ochrane, udržiavaní a podmienkach zdravia. Je to veda o zdraví a jeho udržiavaní. Osobná hygiena je starostlivosť o seba samého. Je zameraná na udržiavanie zdravia a je podmienená individuálnymi hodnotami a zvyklosťami jedinca. Je ovplyvňovaná tiež kultúrnymi, sociálnymi a rodinnými faktormi, ako aj osobnými vedomosťami o zdraví a hygiene (Kontrová, Kristová et al., 2006).

HYGIENA SENIOROV

Udržiavanie hygienických návykov ovplyvňujú viaceré faktory ako sú stav zdravia, poznávacie schopnosti, faktory fyzického a sociálneho prostredia. Ide o dynamický proces a opatrovateľ realizuje úkony hygienickej starostlivosti. **Opatrovateľ** musí posúdiť stav hygieny klienta, ako aj nájsť vhodný spôsob hygieny pre klienta, o ktorého sa stará. Následne dokáže naplánovať do akej miery bude asistovať klientovi pri hygienickej starostlivosti. Do úvahy berie prostredie klienta (sprcha, vaňa, prístup pre vozík), ďalej aktuálny zdravotný stav klienta, záujem a osobné želania klienta. Taktiež má vedieť aké výsledky očakáva od seniora (prevencia zaparenín, spokojnosť klienta, podpora sebarealizácie klienta, účasť klienta na rozhodovaní). Opatrovateľ so seniorom/klientom udržiava priebežnú komunikáciu, aktívne s ním spolupracuje a dohaduje sa na ďalších postupoch pri rozvíjaní samostatnosti a aktivity pri každom úkone hygieny. Zachováva dôstojnosť klienta, vzhľadom na to, že opatrovateľ pri hygiene odhaľuje intímne časti tela klienta, narába s jeho súkromnými osobnými vecami. Tiež dodržiava časový harmonogram hygieny, na ktorý je klient zvyknutý. Ale aj napriek tomu, opatrovateľ pri výkone svojich činností určuje ich prioritu.

7.3 Prevencia šírenia nákaz

Účinným opatrením pri šírení infekcie je:

- umývanie rúk po každej manipulácii so surovým mäsom, potravinami, po použití vreckovky, toalety, manipulácii s odpadom, a pod.

- dôkladné umývanie, ponorenie do dezinfekčného roztoku, umývaním a oplachovaním kuchynského riadu a iných pomôcok,
- ukladanie potravín v chladničke oddelene,
- udržiavanie vareného jedla v bezpečnej teplotnej zóne, a iné (Krišková, 2010).

V domácnosti klienta je veľmi veľa pomôcok (príbor, hrebeň, posteľ, bielizeň, chodítko, spomienkové predmety). Je nutné z nich pravidelne odstraňovať choroboplodné mikroorganizmy. Je niekoľko účinných spôsobov, ktorými sa odstraňujú:

- 1) **Mechanická očista** - zbavenie sa hrubej nečistoty. Znamená súbor postupov, pomocou ktorých sa použitím teplej vody, mydla a čistiacich prostriedkov dosiahne odstránenie nečistôt a podstatné zníženie počtu mikroorganizmov z prostredia.
- 2) **Dezinfekcia** - je zneškodňovanie choroboplodných mikroorganizmov pomocou fyzikálnych, chemických alebo kombinovaných postupov, ktoré majú prerušiť prenos nákazy od prameňa pôvodcu nákazy k vnímavému jedincovi. Dezinfekcia je dôležitá zložka hygienicko – epidemiologického režimu, ktorá sa vykonáva systematicky a cielene (Krišková a kol., 2001).

Spôsoby chemickej dezinfekcie:

- **ponorenie** - predmety sa ponoria do dezinfekčných roztokov na dobu stanovenú výrobcom;
- **umývanie** - predmety alebo miestnosti sa umývajú dezinfekčným roztokom pri dodržaní dostatočnej doby expozície, alebo až do zaschnutia;
- **postrek** - použitie dezinfekčných aerosólov/sprejov.

Chemická dezinfekcia - sa vykonáva roztokmi dezinfekčných prostriedkov pri dodržaní stanovenej koncentrácie a expozície potrebnej na dosiahnutie účinnosti.

V dezinfekčnom režime je nevyhnutné rešpektovať zásadu striedania dezinfekčných prípravkov, dodržanie uvedeného postupu zabráni vzniku rezistencie - odolnosti mikrobov proti dlhodobo používanému dezinfekčnému prostriedku.

Predmety a pomôcky, ktoré prichádzajú do styku s potravinami, sa po ukončení dezinfekcie dôkladne opláchnu pitnou vodou.

Pri chemickej dezinfekcii je dôležité presné riedenie dezinfekčného prostriedku.

Platí:

1. Väčšina dezinfekčných prostriedkov je v koncentrovanom stave - tieto prostriedky riedime vodou.
2. Pri riedení sa prísne riadime podľa návodu na použitie.
3. Pri práci s dezinfekčnými prostriedkami sa používajú osobné ochranné pomôcky (rúško na ústa, rukavice, ochranné okuliare) a dodržiavajú sa zásady ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci, s ktorými musí byť oboznámený každý opatrovateľ.
4. 1% dezinfekčný roztok pripravíme: 10 ml dezinfekčného roztoku vlejeme do 1 litra vody.
5. 2% dezinfekčný roztok pripravíme: 20 ml dezinfekčného roztoku vlejeme do 1 litra vody.
6. 3% dezinfekčný roztok pripravíme: 30 ml dezinfekčného roztoku vlejeme do 1 litra vody.
7. 0,5 % dezinfekčný roztok pripravíme: 5 ml dezinfekčného roztoku vlejeme do 1 litra vody.

Pomôcky k riedenie dezinfekčného roztoku:

- jednorazové rukavice, ochranný plášť, plastové okuliare, rúško;
- vedro podľa množstva/objemu potrebného dezinfekčného roztoku (napr. 3-litrové vedierko na prípravu 1 litra dezinfekčného roztoku na dezinfekciu malých plôch
roztok napr. lavór, vedro;
- emitná miska;
- gumovka, jednorazová podložka;
- pripravovaný koncentrovaný dezinfekčný prostriedok (Krišková a kol., 2001).

Spôsoby fyzikálnej dezinfekcie:

- var za atmosférického tlaku počas 30 min (počíta sa od bodu varu) – v domácom prostredí vyváranie napr. cumlíkov pre deti v hrnci;
- var s využitím pretlakových nádob počas 20 min – v domácom prostredí napr. tlakový hrniec;
- dezinfekcia v parných, pracích a umývacích prístrojoch pri teplote nad 90° C;
- prúdiaci horúci vzduch s teplotou 110° C v trvaní 30 min. – horúcovzdušná rúra;
- ultrafialové žiarenie vlnovej dĺžky 253,7 nm – 264 nm – germicídne žiariče;
- pasterizácia – zahriatie na teplotu 60 – 70° C v rozmedzí 1-2 hodiny;
- filtrácia, žehlenie, spaľovanie, slnenie, vytrepávanie a pod. za špeciálnych podmienok.

Expozičný čas - je čas pôsobenia chemickej látky na predmet, ktorý je dezinfikovaný (pri chemickej dezinfekcii)

a pôsobenie teplôt na predmet (pri fyzikálnej dezinfekcii) (Krišková a kol., 2001).

- 3) **Sterilizácia** je proces, ktorý usmrčuje všetky *životaschopné mikroorganizmy (vegetatívne formy baktérií, bakteriálne spóry, mikroskopické huby a ich spóry)* a inaktivuje vírusy. Metódy sterilizácie:
 - **Teplovzdušná sterilizácia** - v praxi sa používa najčastejšie a mikroorganizmy ničí zohriatym vzduchom, čiže suchým teplom.
 - **Vypalovanie v plameni** - otvoreným ohňom hodí sa len pre laboratórne podmienky.
 - **Spalovanie** - používa sa pri likvidácii biologického odpadu.
 - **Sterilizácia nasýtenou vodnou parou** - autokláovanie. Sterilizačný efekt sa dosahuje súčinnosťou tepla penetračnou schopnosťou nasýtenej pary sa totiž uvoľní 20x viac energie ako zo vzduchu pri rovnakej teplote.
 - **Etylénoxidová sterilizácia** - Etylénoxid je bezfarebná prchavá kvapalina s charakteristickým zápachom. používa sa najmä na sterilizáciu termolabilných pomôcok.
 - **Formaldehydová sterilizácia** - formaldehyd (formalín) je štiplavý plyn, ktorý silne dráždi sliznice.
- 4) **Dezinsekcia** je súbor opatrení zameraných na ničenie článkonožcov (hmyz, kliešte, roztoče). Prenášajú rozličné nákazy a spôsobujú národnú-hospodárske škody.
- 5) **Deratizácia** je súbor opatrení zameraný na ničenie škodlivých hlodavcov (myš, potkan).
- 6) **Dekontaminácia** je ničenie už vzniknutých vírusov (vírusových ochorení). Cieľom je ničenie určitého druhu vírusu.

UPRATOVANIE

K prevencii šírenia nákaz v domácom prostredí významnú úlohu zohráva **upratovanie**. Upratovanie je súbor postupov, ktoré vedú k odstráneniu nečistôt a zníženiu počtu mikroorganizmov. Používajú sa také prípravky, ktoré sa pripravujú v teplej vode a majú dezinfekčný účinok. Zvýšenú pozornosť opatrovateľ venuje tým miestam, kde došlo ku kontaktu s biologickým materiálom (krv, moč, stolica, spúť). V domácnosti sa bežne používajú prípravky ako sú Domestos, Fixinela a iné dostupné voľno predajné čistiace prostriedky. Ak nie sú v domácnosti prístupné, ocot je účinný rovnako.

MANIPULÁCIA S BIELIŽŇOU

Opatrovateľ pri starostlivosti o klienta v prostredí jeho domova vykonáva aj také činnosti, ako sú starostlivosť o bielizeň, pranie a žehlenie. Opatrovateľ nevíri prach, neprikladá si znečistenú bielizeň na svoj pracovný odev, triedi bielizeň podľa jej znečistenia, používa vhodný prací prášok, ktorý odstráni znečistenie z bielizne, aby bielizeň bola dokonale čistá. Vždy si po manipulácii s bielizňou umyje dôkladne ruky.

Všetky svoje úkony týkajúce sa manipulácie s bielizňou a upravovaním konzultuje opatrovateľ s rodinou klienta. Konkrétne činnosti vykonáva opatrovateľ v súlade s vopred dohodnutou zmluvou presne a správne.

LIKVIDÁCIA TELESNÝCH VÝLUČKOV OD KLIENTA

Opatrovateľ si zoberie jednorazové rukavice, ochrannú zásteru, tvárovú masku a niečo na ochranu očí. Opatrovateľ sa musí chrániť, lebo nevie, či jeho klient netrpí nejakou infekciou, vírusovým, plesňovým či bakteriálnym ochorením. Ak opatrovateľ likviduje rozliate telesné tekutiny (moč, krv), zoberie si rukavice, papierové utierky na vsiaknutie tekutiny, miesto po rozliatej tekutine vysaje a dezinfikuje chlórovým prípravkom a potom horúcou vodou s čistiacim prostriedkom.

Existujú dva bezpečné spôsoby likvidácie odpadu:

- a) **spláchnutie v toalete** - telesné tekutiny a znečistené utierky dať o toaletnej misy a dvakrát spláchnuť;
- b) **v plastovom vrecku** - napríklad znečistené oblečenie a vložky používané pri inkontinencii, by sa mali ukladať do plastového vreca, ktoré sa musí uzavrieť pred úplným vyhodnením do odpadovej nádoby (Grayová, 2010).

Kontrolné otázky pre predmet Epidemiológia, hygiena a prevencia

- Charakterizujte odbor epidemiológie.
- Kde všade sa môže šíriť infekcia?
- Aký je to „priamy prenos nákazy“?
- Aký je to „nepriamy prenos nákazy“?
- Čo rozumieme pod pojmom karanténa?
- Čo je jednou z najdôležitejších zásad hygieny opatrovateľa?
- Vymenujte účinné preventívne opatrenia pri šírení infekcie.

- Ako sa nazýva proces, pri ktorom sa pôvodcovia infekcie dostanú do stavu, kedy nemôžu spôsobiť vznik infekcie?
- Ako sa nazýva proces ničenia a usmrtenia mikroorganizmov a ich spór?
- Ako sa vykonáva sterilizácia v domácom prostredí?
- Ako sa vykonáva dezinfekcia v domácom prostredí?
- Ako sa nazýva opatrenie zamerané na ničenie hlodavcov?
- Aký spôsob likvidácie biologického odpadu (moč, stolica zvratky) by ste zvolili v domácom prostredí?

8. REHABILITAČNÁ STAROSTLIVOSŤ U CHORÉHO KLIENTA

U seniorov je potrebné počítať s mnohými funkčnými obmedzeniami a problémami, ktoré súvisia s pohybom. V geriatrickom veku sa menia motorické schopnosti, vzniká atrofia svalov, zhoršuje sa nervovo-svalová koordinácia a rovnováha. **Opatrovateľ** má myslieť na to, že klient po dlhšej dobe imobilizácie sa musí:

- 1) najprv pomaly posadiť na okraj postele,
- 2) potom vstať z postele,
- 3) posádzať do kresla,
- 4) pomaly začať chodiť okolo postele, potom po izbe atď.

Cieľom kvalitnej rehabilitácie a mobilizácie klienta je docieľiť správnu mechaniku tela, efektívnu, koordinovanú a bezpečnú funkciu tela pri stoji pohybe a udržiavaní rovnováhy počas aktivity. Súhrn zámerne zvolených opakujúcich sa cvikov je kondičné cvičenie (Németh et al., 2009). **Kondičné cvičenie** má zabrániť vzniku komplikácií, prispieť k zvýšeniu látkovej výmeny, zmenšiť psychickú traumu pri ťažkých chorobách či úrazoch. Cvičenie a rehabilitáciu by mal viesť vyškolený fyzioterapeut.

Stupne zvyšovania intenzity záťaže v rámci kondičného cvičenia

Pri vážnom ochorení alebo úraze:

- absolútny pokoj na posteli,
- pasívne cvičenie na posteli,
- dychové cvičenie,
- aktívne cvičenie na posteli,
- aktívne cvičenie proti odporu,
- kondičné cvičenie,
- cvičenie na zvýšenie výkonu,
- návrat k bežnej každodennej záťaži.

Pre geriatrických klientov/pacientov je vhodná pohybová liečba - **kinezioterapia**, ktorá zahŕňa liečebnú *telesnú výchovu*, liečba prácou a liečebnú masáž. Liečebná telesná výchova, ktorá využíva telesné pohyby na zlepšenie funkcií organizmu poškodených chorobou. Liečebná telesná výchova zahŕňa:

- a) pasívne cvičenie – zvyšuje rozsah pohyblivosti v kĺboch, patrí tu aj polohovanie;
- b) aktívne cvičenie – aktivácia svalov, zvyšuje fyzickej zdatnosti organizmu (kondičné cvičenie);
- c) dýchacie cvičenie – pri poruchách dýchania, dýchacia gymnastika.

8.1 Zásady rehabilitácie seniorov

- 1) Dbáť na úroveň fyzickej zdatnosti seniora.
- 2) Neprekračovať pulzovú frekvenciu, naučiť seniora využívať brušná lis.
- 3) Často meniť polohy klienta počas cvičenia.
- 4) Vynechať akékoľvek rotácie, flexie, extenzie krčnej chrbtice, dbať na zmeny chrbtice seniora.

Súčasťou rehabilitácie seniora je **nácvik sebaobslužných činností**. Patrí k nim obliekanie, jedenie, vyprázdňovanie, hygiena, pohyb (Tab. 11). K rehabilitácii sa využívajú pomôcky ako držadlá, zvýšené sedačky, izbové WC, sprchovacie stoličky, pomôcky k jedeniu a pitiu, obliekaniu, proti pokĺznutiu a pádom, pomôcky uľahčujúce chôdzu, barly či vozík. Opatrovateľ musí pamätať ešte na jednu vec – nikdy neprevádza pohyb alebo rehabilitačné techniky, ak má klient akékoľvek bolesti alebo svalové napätie, či problémové držanie tela (Gúth et al., 2003).

Forma cvičenia	Očakávaný efekt
Chôdza, bicyklovanie, plávanie	Zlepšenie výkonnosti, koordinácie, rovnováhy
Cvičenie vo vode	Zlepšenie rovnováhy, chôdze, svalovej sily, prevencia pádov
Rovnovážne cvičenia	Prevencia pádov, nácvik správneho držania tela
Škola chrbtice	Zlepšenie držania tela, prevencia preťaženia chrbtice a bolesti chrbta
Ergoterapia	Tréning jemnej motoriky, nácvik sebastačnosti
Pohybové hry	Simulácia pamäte, sociálne kontakty

Tab. 11 Formy rehabilitácie a očakávaný výsledok u seniora (Németh et al., 2009, s. 77)

8.2 Rehabilitačné pomôcky

Uvádzame niekoľko príkladov pomôcok, ktoré pomôžu opatrovateľovi a klientovi pri pohybe, mobilizácii, sebaobsluže (Obr. 1 a, b, c, d, e, f, g, h), polohovaniu (Obr. 17a, b, c, d, e, f, g, h).



Obr. 16a



Obr. 16b



Obr. 16c



Obr. 16d



Obr. 16e



Obr. 16f



Obr. 16g



Obr. 16h



Obr. 16i

Obr. 16a Chodítka trojkolka
Obr. 16b Chodítka s madlami
Obr. 16c Chodítka na podpažšie
Obr. 16d Chodítka klasické
Obr. 16e Chodítka samoobslužné

Obr. 16f Francúzske barly
Obr. 16g Pojazdné WC
Obr. 16h Stropný zdvihák I.
Obr. 16i Stropný zdvihák II.



Obr. 17a



Obr. 17b



Obr. 17c



Obr. 17d



Obr. 17e



Obr. 17f



Obr. 17g



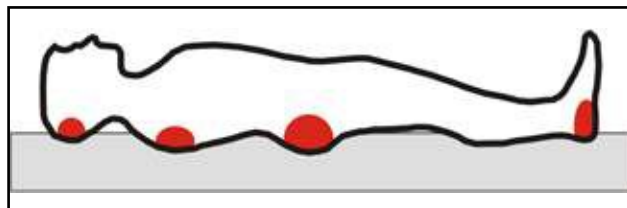
Obr. 17h

Obr. 17a Rehabilitačné opierky končatiny
Obr. 17b Rehabilitačné valce
Obr. 17c Rehabilitačná opierka paže
Obr. 17d Rehabilitačný valček malý

Obr. 17e Rehabilitačné klíny
Obr. 17f Antidekubitárny podsedák
Obr. 17g Polohovací vozík
Obr. 17h Invalidný vozík

8.3 Vybrané rehabilitačné postupy

Obr. 18 Predilekčné miesta



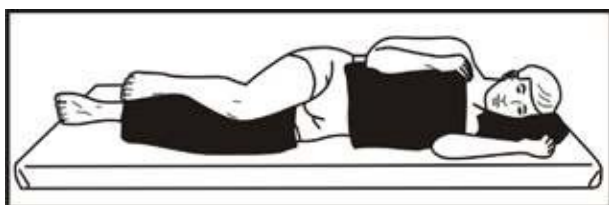
8.3.1 Polohovanie

Ide o uloženie klienta do vhodnej pohodlnej polohy v určitých časových intervaloch. Polohy sa menia každé dve hodiny počas dňa, každé tri hodiny po polnoci. Aktívnu polohu zaujíma klient sám. Pasívnu polohu zaujíma klient, ktorý sa nedokáže aktívne zapolohovať – musí mu pomôcť opatrovateľ. Preventívne polohovanie je zamerané na zabránenie vzniku dekubitov, deformít, kontraktúr, zmiernenie bolesti a relaxáciu svalstva. Poloha má zodpovedať fyziologickému postaveniu končatín.

Vzniku dekubitov zabránime znížením tlaku na tzv. predilekčné miesta, teda miesta kde je najvyššie možné riziko vzniku preležanín (obr. 18). Ide o záhlavie, 7. krčný stavec, hrebene lopatiek, krížová oblasť, päty, lakťové kĺby. Dekubitom sa dá zabrániť statickým spôsobom (použitie antidekubitárnych pomôcok, použitie gélov, mastí) a dynamickým spôsobom (pravidelná a častá zmena polohy).

Korekčné polohovanie je prevádzané pomocou pieskových vakov, dláh, fixačných pásov.

Protibolestivé polohovanie je polohovanie klienta do úľavovej polohy, zvlášť v čase bolesti klienta. Zvyčajne túto polohu sa snaží zaujať klient sám. Opatrovateľ môže pomôcť klientovi pomôcť podložením končatín pre vyššie pohodlie. **Pasívne pohyby** sú vykonávané inou osobou (opatrovateľ, fyzioterapeut, sestra). Tá osoba následne vykonáva pasívne pohyby končatín, aby zvýšila fyziologickú dĺžku svalov, zvýšila pohyblivosť kĺbov. Podstatné je, aby sa pohyby nevykonávali pri akýchkoľvek pocitoch bolesti a iných nepríjemných pocitoch klienta. Cviky sú obvykle opakované 5 – 7 krát (Krišková, 2001).



Obr. 19



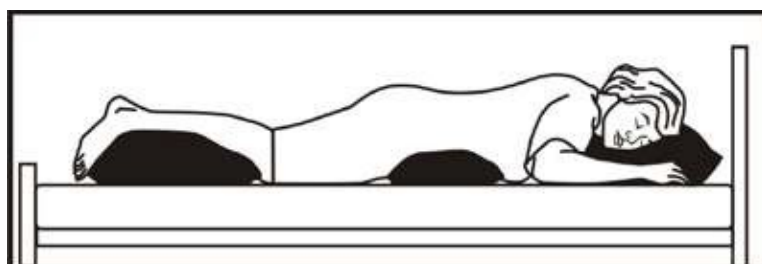
Obr. 20



Obr. 21

Polohy delíme na aktívne, pasívne, vyšetrovacie, liečebné a úľavové. Z liečebných spomenieme

- **poloha na boku** (Obr. 19),
- **poloha v polosedě, v sede so spustenými nohami - Fowlerova poloha** (Obr. 20),
- **sedenie so spustenými končatinami a klient je opretý v predklone** napríklad o rám postele - *ortopnoická poloha* (Obr. 21),
- **poloha na bruchu v ľahu - pronačná poloha** (Obr. 22). *Simsonova poloha* sa využíva u klientov s poruchami vedomia pre vyššiu stabilitu (Obr. 23).



Obr. 22



Obr. 23

8.3.2 Polohovanie končatín

Polohovaním končatín sa deje s cieľom zabrániť nežiaducemu postaveniu, čiže ako prevencia vzniku kontraktúr a ako prevencia degeneratívnych zmien kĺbových chrupaviek. Na dolných končatinách sa snažíme predchádzať vzniku komplikácií vo venóznom systéme dolných končatín (Obr. 24a, b, c, d, e). Pri polohovaní možno použiť dlahy, vankúše, molitanové kolieska, klíny, vrecká s pieskom, kompresívne pančuchy, návleky na horné končatiny.



Obr. 24a



Obr. 24b



Obr. 24c



Obr. 24d



Obr. 24e

8.3.3 Dychové cvičenie

Imobilita vedie k značnému zníženiu pľúcnej ventilácie. Všetky polohy v ľahu obmedzujú dýchacie pohyby časti hrudníka, na ktoré pacient leží. Dychové cvičenie majú pre imobilného klienta dôležitý preventívny význam. Cviky končatín a trupu sú sprevádzané koordinovaným dýchaním v správnom rytme. Pohyby, kedy sa končatiny od trupu vzdalujú, sú sprevádzané vdychom (vzpaženie, upaženie, natiahnutie dolnej končatiny). Priblíženie končatín k trupu je sprevádzané výdychom (skríženie končatín na hrudníku, pripaženie, pritiaženie dolnej končatiny k bruchu). Pri napriamení až záklonu trupu je vdych, pri predklonu, úklonu je výdych.

8.3.4 Pomoc pri vykašliavaní hlienov

Klienti, ktorí majú ochrnuté trupové svalstvo, pomocné dýchacie svaly, sú odkázaní len na činnosť bránice. Pri respiračných ochoreniach a tvorbe sekrétu nie sú schopní hlieny vykašľať. Manuálna pomoc spočíva v prudkom stlačení hrudníka pri výdychu (Obr. 25). Vykašliavanie v ľahu na chrbte vyžaduje mierne pokrčenie dolných končatín (podloženie), aby bola brušná stena uvoľnená. Vlastné prevedenie spočíva v tom, že opatrovateľ po maximálnom vdychu, stlačí dvakrát prudko hrudník pri výdychu. Ak je klient menšieho vzrastu, opatrovateľ prikladá tuky po stranách hrudníka a asi v polovici prevedie stlačenie.



Obr. 25

8.3.5 Nácvik presunu na invalidný vozík



Obr. 26a

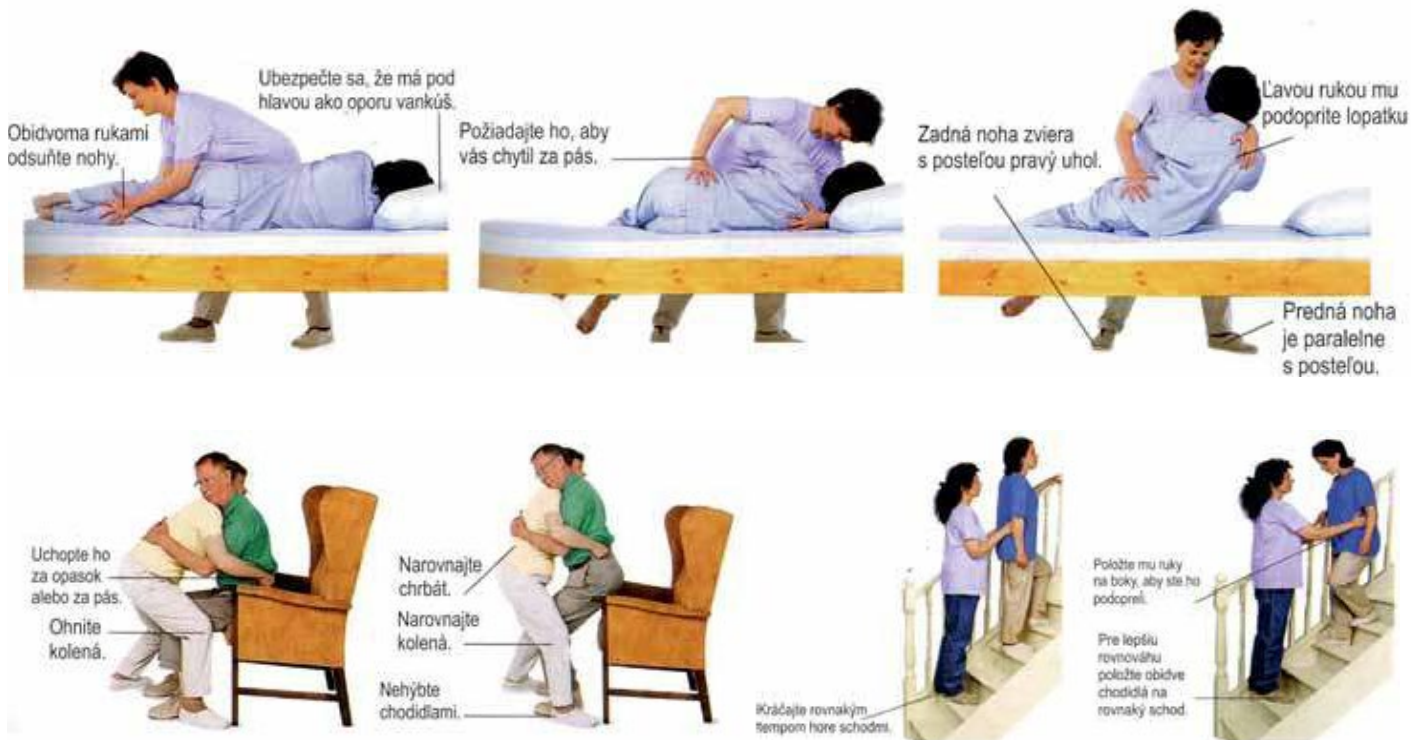
Človek, ktorý je odkázaný na invalidný vozík, nacvičuje rôzne typy presunov. Podmienkou je aspoň čiastočná schopnosť ohnutia hornej končatiny alebo opretie sa o napnuté horné končatiny a čiastočná funkčná schopnosť dolných končatín (Obr. 26a,b). Ak chýbajú všetky tieto funkcie, nebude klient schopný samostatného presunu alebo presunu s nenáročnou asistenciou.



Obr. 26b

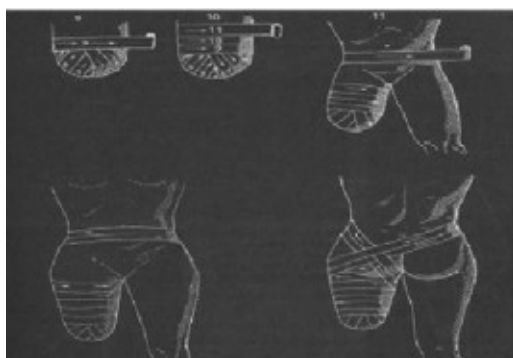
8.3.6 Nácvik stoja pri lôžku

Klienta vyzývame, aby čo najčastejšie vstával z postele. Nácvik stoja pri lôžku spočíva v tom, že najprv opatrovateľ klienta obráti na bok, postaví sa k jeho drieku. Ruky mu položí pod kolená a pomaly ich ťahá dole z postele. Potom pomôže klienta posadiť na posteli, klient chvíľu posedí. Ak vydrží sedieť bez závrátov a problémov, nacvičuje za pomoci opatrovateľa stoj pri posteli. Opatrovateľ dá ruky okolo pása klienta, presunie ťažisko na svoju zadnú nohu a plynulým pohybom dostane klienta do polohy stoja. Pri postavovaní sa klient drží napríklad čela postele, barly alebo inej osoby. Všetka pomoc klienta závisí od typu jeho postihnutia. Následne klient položí ruky na ramená opatrovateľa, opatrovateľ položí ruky na lopatky klienta, oprie sa kolenami o klientove kolená, vzpriami sa a otáčavým pohybom usadí opatrovateľ klienta na stoličku.

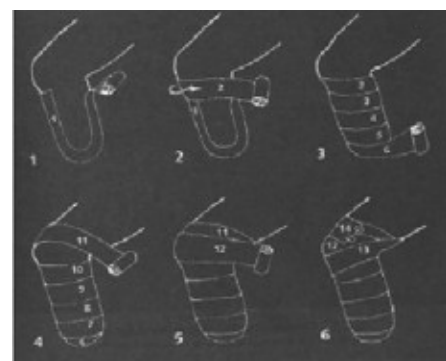


8.4 Rehabilitačná starostlivosť o klienta po amputácii

Opatrovateľ si musí v procese vzdelávania osvojiť vedomosti a zručnosti, potrebné k ošetrovaniu pahýľa - končatiny po amputácii (Obr. 27a,b), ako aj to, aké cvičenia s ním môže prevádzať. Pod amputovanú končatinu treba podkladať vankúš. Klient na ňom nesmie dlho sedieť. Po zahojení pahýľa je potrebné začať s otužovaním pahýľa (sprchovanie, poklep prstami, trenie, opieranie pahýľa o pevnejšiu podložku) s cieľom spevnenia kože na pahýli. Opatrovateľ sa stará o dennú toaletu pahýľa - prevencia infekcií. Suchú kožu ošetrí vhodnými prípravkami. Ak má klient začať používať protézu, musí sa najprv opatrovateľ oboznámiť s jej funkciou. Následne učí svojho zvereného klienta k jej používaniu. Opatrovateľ pomáha/učí klienta starať sa o protézu, pahýľ, pomáha pri nácviku chôdze s protézou, dokonca vstávať zo zeme pri náhodnom páde.



Obr. 27a



Obr. 27b

8.5 Starostlivosť o klienta s hemiparézou

Hemiparéza je neúplné ochrnutie polovice tela, **hemiplégia** je úplné ochrnutie polovice tela. Toto postihnutie CNS má vážne sociálne dôsledky a znižuje kvalitu života daného klienta. Jeho postihnutie sa veľmi dotýka aj rodiny klienta. Takýto klient vyžaduje dennú opatrovateľskú starostlivosť, rehabilitačnú nevynímajúc. Najčastejším nežiaducim prejavom hemiparézy je **spasticita** (nežiaduci svalový tonus, postihujúci najmä horné a dolné končatiny), **poruchy reči, čítania, písania, obliekania** a iných sebaobslužných činností.

Polohovanie klientov po NCMP má svoje **špecifické zásady**:

- Prístup k posteli zo strany, ktorá je postihnutá.
- Posteľ je bez hrazdičky, aby sa predišlo chybným pohybovým návykom.
- Zmena polohy sa prevádza každé 2 – 3 hodiny, najlepšie je uloženie na paretickej časti, lebo tým sa zvyšuje vnímanie ochrnutej polovice tela. Najmenej žiaduca je poloha v ľahu na chrbte, v ktorej sa zvyšuje spasticita a riziko vznikov dekubitov.
- Pozornosť sa venuje umiestneniu postele a usporiadaniu predmetov v klientovom okolí.
- Opatrovateľ klienta vyzýva k aktivizácii pri denných činnostiach (zmeny polôh, posádzanie, hygiena, obliekanie, jedenie).
- Vhodné sú polohovacie postele (Obr. 28), polohovacie rehabilitačné pomôcky (Obr. 17a-g), pomôcky uľahčujúce jedenie, obliekanie a pod.
- Opatrovateľ vytvára prostredie istoty a bezpečia pre klienta (úsmev, povzbudenie, ai.).
- Opatrovateľ úzko spolupracuje s rodinou na aktivizácii a starostlivosti o hemiparetického klienta. Tiež spolupracuje s fyzioterapeutom, aby následne vedel vykonávať rehabilitačné cviky podľa stavu klienta.



Obr. 28



8.6 Tréning močového mechúra

Zdravý močový mechúr vyprázdni moč úplne. Pri mnohých neurologických ochoreniach, predovšetkým však pri Sclerosis Multiplex, je toto vyprázdnenie neúplne. Následok je, že v močovom mechúre ostane väčší objem moču ako tzv. reziduálny moč (niečo vyše 50 ml), vyvoláva zápal močového mechúra (pálenie v močovej rúre, častejšie nutkanie na močenie) a neskôr tvorbu močových kamienkov. Tu pomáha tréning močového mechúra! Predchádzajú nasledujúce postupy:

- 1) Vyprázdňovanie moču sa má zásadne konať v stoj i alebo v sede, ale nikdy nie v ľahu. Keď močenie nemôže byť viac vedome správne zahájené, tak sa často ešte umožní nasledovne: najprv sa močový mechúr rýchlo naplní vypitím väčšieho množstva (asi 3 šálky kávy, čaju alebo vody).
- 2) Asi o 15 minút neskôr sa bude rukou rytmicky poklepávať, približne rýchlo ako je frekvencia pulzu, na močový mechúr v podbruší nad lonovou kosťou tak dlho, kým nenastane močenie. Nestrácajte trpezlivosť, pokus stále opakujte až do vyprázdnenia močového mechúra.
- 3) Ak nepomôže predchádzajúci manéver, môže byť močenie ešte spustené tak, že sa nechá na ruky (alebo nohy) tiecť teplá voda (napr.: pacient sa môže pri tom posadiť do prázdnej vane).
- 4) Močový mechúr sa sťahuje už počas močenia a sťahuje sa vedome aj po jeho skončení.

Deje sa to:

- pomocou brušného lisu - pritom má pacient tlačiť ako pri stolici, aby vnútorným tlakom v brušnej oblasti ďalej vyprázdňoval močový mechúr
- pomocou manuálneho vytlačania - močový mechúr je dodatočne pravidelne stláčaný ponad symfýzou silným tlakom na brušnej stene päsťou alebo dlaňou.

Najmenej po štvrtročných intervaloch sa musí kontrolovať, koľko moču ešte v močovom mechúre zostáva po ukončení močenia. Pre pacienta je pritom príjemnejšie vyšetrenie ultrazvukom ako stanovenie reziduálneho moču alebo cievkovanie.

8.7 Bazálna stimulácia u ležiaceho klienta

Bazálna stimulácia umožňuje ľuďom s postihnutým vnímaním a poruchami hybnosti zlepšovať svoj stav a to cieleňou stimuláciou zmyslových orgánov. Kontinuálna stimulácia zmyslových orgánov bazálnou stimuláciou umožňuje vznik nových nervových spojení v mozgu. Cieľom bazálnej stimulácie je podpora a umožnenie vnímania tak, aby u chorých dochádzalo k:

- podpore rozvoja vlastnej identity,
- komunikácii so svojim okolím,
- zvládnutiu orientácie v priestore a čase,
- zlepšeniu funkcie organizmu.

Bazálna stimulácia umožňuje klientovi, aby cítil hranice vlastného tela, mal zážitok zo samého seba, cítil okolitý svet a cítil iného človeka. Schopnosť vnímať sa rozvíja už v prenatálnom období. Začína v 9. týždni tehotenstva. Dieťa začne cítiť zvuky v podobe vlnenia alebo vibrácií plodovej vody, neskôr vníma zmenu polohy svojho tele a tela matky. Dospelý človek má ďalšie schopnosti vnímania a to: počuje, vidí, cíti, vníma polohu.

Postihnutie jednej z týchto schopností vedie k chybnjej interpretácii reality, zmetenému chovaniu, neschopnosti komunikovať so svojim okolím, strachu a nepokoju. **Bazálna stimulácia sa uplatňuje** u postihnutých detí, klientov v bezvedomí, klientov dlhodobo pripútaných k lôžku, klientov nepokojných, klientov v intenzívnej starostlivosti a u geriatrických klientov (Zvolenská, 2010).

Význam dotykov v živote človeka

Cez dotyky sa k človeku dostávajú impulzy z vonkajšieho prostredia. Ošetrojúci personál sa učil, ako majú používať svoje ruky k vykonávaniu ošetrovateľských výkonov, ale nie ako prostredníctvom nich poskytovať informácie o svojom tele. Dotyky ošetrojúceho musia byť jasné a cielene premyslené tak, aby ich nedostatočná kvalita nevyvolávala v klientovi pocit neistoty. Bazálna stimulácia využíva možnosti pomocou dotyku terapeuticky pôsobiť v technikách:

- polohovania,
- rehabilitačnom cvičení,
- masáže,
- pomoci pri pohybe a zmene polohy.

Klient si uvedomuje dotyky ako vnemy. Ak sú tieto dotyky kvalitné, navodia sa príjemné pocity a zlepšenie zdravotného stavu. Nečakané a necielené dotyky u klienta môžu vyvolať pocit neistoty a strachu. Našu prítomnosť dáme najavo iniciálnym dotykom. Najvhodnejšie miesto na tele je rameno, ruka alebo predlaktie.

Celkový telesný kúpeľ

U celkového telesného kúpeľa dodržiavame tieto zásady:

- pri každom umývaní sa dotýkame tela oboma rukami. Tam, kde je to možné modelujeme jeho telesnú formu tak, aby sme mu umožnili poskytnúť informácie o jeho tele,
- tvár a genitálie nemusíme počas terapeutického celkového kúpeľa umývať, môžeme tieto časti vynechať, poprípade umyť v inom ako v obvyklom poradí,
- miesta ako tvár a genitálie, môžeme umyť počas dňa, mimo času vyhradeného pre celkový kúpeľ,
- počas kúpeľa by sme nemali odchádzať a vôbec by sme nemali byť rušení,
- v miestnosti by mala byť príjemná teplota a atmosféra,
- každá celková kúpeľ by mala byť, ak to je možné, poskytovaná jedným ošetroujúcim,
- kúpeľ by nemala trvať dlhšie ako 15-20 minút,
- počas kúpeľa by sme nemali hovoriť s treťou osobou.

Upokojujúci celkový kúpeľ

Klienta informujeme o začiatku kúpeľa. Začíname na hrudníku a pokračujeme smerom ku končatinám. Umývame v smere chlpov. Chrbát umývame v polohe na boku a postupujeme smerom od chrbtice k vonkajšej strane trupu. Tvár a genitálie môžeme vynechať a umyť v inú dobu. Pokožku osušíme rovnako ako sme umývali, čiže v smere chlpov, vyvíjame dostatočný tlak dostatočne dlhú dobu. Po umytí pacienta prikryjeme a umožníme mu odpočívať. Upokojujúci kúpeľ môžeme vykonávať u klientov:

- nepokojných,
- s poruchami spánku,
- s bolesťami,
- s Parkinsonovou chorobou,
- s Alzheimerovou chorobou,
- so zvýšeným svalovým tonusom.

Osviežujúci celkový kúpeľ

Klientovi povieme, že bude vykonaný kúpeľ. Umývame proti rastu chlpov. Začíname od prstov, potom celá končatina až k hrudníku. Od prstov na nohách, celú dolnú končatinu až k panve. Chrbát umývame v smere od vonkajších strán hrudníka k chrbtici. Osušujeme proti rastu chlpov, pomaly a s primeraným tlakom. Osviežujúci kúpeľ môžeme vykonávať u klientov v bezvedomí, s poruchou vedomia, depresívnych, s diabetes mellitus a so zníženým svalovým tonusom.

Polohovanie

Vnímanie vlastného tela sa mení pri pokojnom ležaní po 110 minútach. Dochádza k strate pocitu vlastných telesných hraníc, stav sa zosilňuje u klientov dezorientovaných. Vnímanie vlastného tela sa rýchlejšie stráca ak pacient leží na mäkkom matraci. Minimálna zmena polohy pomocou zrolovaného uteráka, obliečky alebo polohovacích vankúšov môžu výrazne podporiť vnímanie vlastného tela. Málo podnetné okolie spolu s nedostatkom pohybovej aktivity vedie k poruchám orientácie na vlastnom tele, to znamená, že psychika a vnímanie sa nastavili na jednotvárnosť.

Možnosti zmeny polohy tela a končatín:

- prepletanie prstov na ruke,
- polozenie ruky na hrudník,
- ohnutie hornej končatiny smerom k telu,
- prekříženie dolných končatín,
- ruky na stehná,
- polohovanie na rôznych tvrdých a mäkkých matracoch,
- zmena polohy pomocou zrolovaných uterákov a malých vankúšov,
- polohovanie pomocou perličkových polohovacích vankúšov,
- zmeny polohy drobnými pohybmi - mikropohyby,
- poloha múmia.
- poloha hniezdo.

Desatoro bazálnej stimulácie

- 1) Privítajte a rozlúčte sa s klientom čo možno rovnakými slovami.
- 2) Pri oslovení sa ho vždy dotknite na rovnakom mieste (iniciálny dotyk).
- 3) Hovorte zreteľne, jasne a nie príliš rýchlo.
- 4) Nezvyšujte hlas, rozprávajte prirodzeným hlasom.
- 5) Dbajte na tón Vášho hlasu, mimiku.
- 6) Pri rozhovore používajte vždy rovnakú formu komunikácie.
- 7) Nepoužívajte v reči zdobneniny.
- 8) Nehovorte s viacerými osobami naraz.
- 9) Pri komunikácii s klientom reduktujte rušivý zvuk okolitého prostredia.
- 10) Umožnite klientovi reagovať na vaše slová.

Kontrolné otázky pre predmet Rehabilitačná starostlivosť o chorého klienta

- Kondičné cvičenie v rámci rehabilitácie klienta je súhrn zámerne zvolených opakujúcich sa cvikov. Čo je jeho cieľom?
- Vymenujte poradie zvyšovania intenzity záťaže v rámci kondičného cvičenia.
- Ako prevádzame dýchacie cvičenie v rámci rehabilitácie?
- K pasívnemu cvičeniu patrí súbor kondičných cvičení. Je tento výrok správny?
- K aktívnemu cvičeniu patrí aj polohovanie klienta na posteli. Je tento výrok správny?
- Sebaobslužné činnosti (obliekanie, jedenie s príborom, umývanie riadu) sú súčasťou rehabilitácie seniora. Je tento výrok správny?
- Čo považujeme za samoobslužné činnosti klienta?
- Čo očakávame od ergoterapie (terapia prácou)?
- Kedy zaujíma klient aktívnu polohu?
- Kedy zaujíma klient pasívnu polohu?
- Prečo je dôležité polohovať aj končatiny (dolné alebo horné)?
- Čo patrí medzi špecifické zásady polohovania klienta po náhlej cievnnej mozgovej príhode?
- Aký spôsob vyprázdňovania močového mechúra by ste zvolili u imobilného pacienta (otázka s viacpočetnou odpoveďou)?
- U akých pacientov by ste využili techniky bazálnej stimulácie?
- Pri upokojujúcom kúpeli využívame dotyk na navodenie pocitu pokoja a blaženosti.
- Smer pohybu pri umývaní budeme viesť ...
- Pri osviežujúcom kúpeli využívame dotyk na navodenie povzbudenie. Smer pohybu pri umývaní budeme viesť ...

9. PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ

Roku 1988 bola v Taliansku založená Európska asociácia paliatívnej starostlivosti (EAPC) a vznikol nový medicínsky odbor paliatívna medicína, s ktorou úzko súvisí aj paliatívna starostlivosť. Paliatívna starostlivosť je zameraná na zmierňovanie utrpenia, pričom nepredpokladá vyliečenie. Je súčasťou života a v bežnom živote predstavuje starostlivosť o ľudí, ktorí sú v poslednom štádiu nevyliciteľnej choroby. Grayová (2009) uvádza definíciu OSN: „cieľom paliatívnej starostlivosti je zabezpečiť, aby človek čo najmenej trpel, fyzicky aj psychicky, a aby boli splnené jeho duševné potreby. Úlohou je zmierniť a zľahčiť všetky symptómy choroby a dôstojne čeliť blížiacej sa smrti.“

Charakteristika paliatívnej starostlivosti:

- potvrdzuje život a vníma umieranie ako normálny proces,
- nemá v úmysle odsunúť ani urýchliť smrť,
- integruje do starostlivosti o klienta psychologické a spirituálne metódy,
- ponúka spôsoby podpory, ktorá pomôže chorým, aby žili tak aktívne, ako to bude možné,
- ponúka spôsoby podpory rodine a klientovi, ako sa vyrovať s chorobou a zármutkom,
- tímovo rieši potreby chorých a ich rodín,
- má záujem na zlepšení kvality života a môže tiež ovplyvniť priebeh choroby (Németh et al., 2009).

Tanatológia rozoberá prirodzené aspekty umierania a smrti. Umieranie je z klinicko-biologického hľadiska ukončenie životne dôležitých funkcií organizmu.

Proces devitalizácie:

- zmena typu dýchania
- zmena typu srdcovej frekvencie spojená s arytmiami
- hypotenzia – nízky krvný tlak
- zmena koncových častí tela (prsty na rukách a nohách, uši, nos) v dôsledku spomalenia krvného obehu (cyanóza)
- unavený výraz tváre, inaktivita
- strata hmotnosti i telesnej sily následkom odmietania potravy
- prepadnutá tvár, vystúpené líčne kosti, špicatý nos a studený pot na čele
- prejavy inkontinencie
- zmeny na koži v oblasti predilekčných miest v dôsledku dlhodobej imobilizácie
- vymiznutie reflexov, aspirácia – vdýchnutie nahromadených hlienov alebo žalúdočného obsahu
- zmena vedomia, rečového prejavu a psychických reakcií

Delenie paliatívnej starostlivosti:

- a) **pre finem** (pred koncom) - môže ísť o mesiace až roky, o kombináciu domácej starostlivosti s hospitalizáciou,
- b) **in finem** (reálny koniec) - relatívne krátky úsek terminálnej starostlivosti, spolupráca rodiny a lekára v prospech umierajúceho klienta/pacienta,
- c) **post finem** (krátko po smrti) - v rámci hospicovej starostlivosti sa sem zaraďuje starostlivosť o pozostalých.

Kontinuálnou paliatívnou starostlivosťou rozumieme starostlivosť poskytovanú od určenia diagnózy nevyliciteľnej choroby, keď akákoľvek liečba zlyháva a keď na prvom mieste stojí zvládnutie jej ťažkých príznakov s predĺžovaním prijateľného života (operáciu, podpornou ventiláciou, kyslíkovou liečbou, chemoterapiou, rádioterapiou, hormonálnou liečbou a pod). **Hospicová starostlivosť** sa začína vtedy, keď už neprichádza do úvahy predĺžovanie života. Sústreďuje sa na zvládnutie bolesti a zlepšenie kvality zostávajúceho života. Charakterizuje ju interdisciplinárny tímový prístup s cieľom zabezpečiť primeraný komfort, symptomatickú liečbu, celkovú rehabilitáciu, dobrú komunikáciu a psychologickú podporu. Súčasťou tejto starostlivosti je poskytovanie rád rodine, pozornosť venovaná duchovným potrebám a kvalifikovaná starostlivosť o umierajúceho i pozostalých.

Hospic je samostatné posteľové zariadenie pre paliatívnu starostlivosť. Hospice je v podstate útočiskom pred eutanáziou a existuje nie preto, aby urýchlil alebo oddalil smrť, ale preto, aby zabezpečil kvalitu vnútorného prežívania človeka a jeho dôstojnosť do poslednej chvíle života.

Eutanázia je pôvodne termín, ktorý vyjadroval dobrú, vhodnú a primeranú smrť. V súčasnosti v sebe zahŕňa všetko od aktívneho usmrtenia až po lekárovu pasivitu v kritických situáciách. Delí sa na **aktívnu** eutanáziu (lekár sám podáva smrtiacu dávku lieku alebo látku pripraví a asistuje pri tom, ako si pacient/klient aplikuje smrtiacu látku sám) a **pasívnu** eutanáziu (lekár zníženou terapeutickou aktivitou alebo nevykonáva určité výkony urýchlujúce prichádzajúcu a neodvratnú smrť).

Dystanázia je opakom eutanázie (dobrej smrti). Ide o ťažké umieranie spojené s utrpením a mnohými ťažkosťami.

9.1 Umieranie a fázy umierania

Umieranie je normálny proces života, či už je jeho príčinou choroba alebo nie. Právo človeka na dôstojné umieranie znamená záver života zbavený veľkých bolestí. Je synonymom celkového bio-psycho-sociálno-duchovného komfortu, ktorý má byť umierajúcemu zabezpečený. Právo človeka na dôstojné umieranie a dôstojnú smrť je základným etickým princípom, ktorý dodržiava každá humánna demokratická spoločnosť, rešpektujúca medzinárodne deklarované ľudské práva.

Fázy umierania podľa Küblerovej-Rossovej (Németh et al., 2009, s. 155):

- 1) *Negácia* - chorý po zistení svojej prognózy neverí, že trpí nevyliciteľnou chorobou alebo zhubnou chorobou, ktorá sa končí smrťou. Šoková reakcia vedie až k sociálnej izolácii.
- 2) *Agresia* - negácia prechádza do fázy hnevu a agresie, ktorú si klient vybíja na rodine a svojom okolí. Jeho zlosť je zameraná na voči všetkým zdravým a neumierajúcim, kladie si otázky typu „prečo práve ja?“
- 3) *Kompromis* - je to prechodná fáza, chorý si praje odvrátiť neodvratné, dosiahnuť ešte nejaké stanovené ciele, ako napr. svadba detí, ich promócia, narodeniny, atď.
- 4) *Depresia* - je to rozlične dlhá fáza, prejavuje sa pohrúžením do seba, navonok však odmietaním pomoci, v skutočnosti ju však klient potrebuje. Niekedy sa depresia prehľbuje natoľko, že môže vyústiť až do samovraždy.
- 5) *Akceptácia* - prijme pravdu a zmieri sa s ňou, nachádza zmysel v živote, prechádza do fázy dôstojného pokoja, ale častejši je stav rezignácie alebo zúfalstva.

Najčastejšie obranné reakcie:

- a) *Popretie* - chorý odmieta prijať skutočnosť závažnosti svojho zdravotného stavu.
- b) *Vytesnenie* - jedincovi sa vtiera myšlienka, že je vážne chorý, ale úplne ju zatlačí do úzadia a nenavštívi lekára a prekrúca inštrukcie.
- c) *Projekcia* - zjavuje sa najmä u agresívnych ľudí, je to premietanie vlastných, zväčša agresívnych a hostilných reakcií na ošetrojúci personál.
- d) *Izolácia* - klient sa uzavrie do seba, fakt ochorenia prijíma a spracúva racionálne bez akýchkoľvek emócií.
- e) *Racionalizácia* - zdanlivo logické zdôvodnenie, prečo chorý klient niečo urobil, alebo prečo niečo urobiť nemôže.
- f) *Somatizácia* - klient má príznaky, ktoré nie sú dôsledkom ochorenia.

9.2 Osobnostné predpoklady opatrovateľa na zvládnutie umierania a smrti

Opatrovateľ v rámci svojej profesionálnej prípravy si osvojuje aj postoje k umierajúcemu klientovi. Jeho zvýšená citlivosť by sa mala prejavovať voči samotnému klientovi, jeho rodine. Musia mať pocit aj jeho aktívnej účasti a úprimného záujmu o nich. Umierajúci vo fáze umierania intenzívnejšie vníma všetky zvuky, preto je nutné s ním normálne a zrozumiteľne komunikovať, ako keby bol pri plnom vedomí. U niektorých umierajúcich prevláda egocentrizmus voči svojmu okoliu, vyžadujú vyššiu pozornosť, majú zvýšené nároky na starostlivosť, bývajú aj ľahostajní k iným. U umierajúcich nastávajú aj zmeny v správaní – stavy úplnej uzavretosti až stavy túžby spoločenského kontaktu. Opatrovateľ tieto želania rešpektuje. Len pozitívne naladený opatrovateľ sa dokáže adekvátne postarať o umierajúceho klienta. Túto činnosť môže vykonávať za predpokladu, že má vo svojom vnútri vyjasní postoj k ľuďom, umieraniu a smrti.

Pri starostlivosti o umierajúcich opatrovateľ rešpektuje nasledujúce **princípy**:

- 1.) *pozitívny postoj k sebe samému* - znamená nebyť ľahostajný voči potrebám iných, byť citlivý, láskavý, pohľadiť, správne komunikovať a pomáhať.
- 2.) *zaujatie postoja k vlastnej smrti* - v určitých situáciách sa umierajúci klient chce rozprávať o smrti, ale opatrovateľ musí zvládnuť rozprávať sa s klientom bez predsudkov, bez strachu a úzkosti v čase, keď sa stretáva s utrpením, bolesťou a smrťou;
- 3.) *schopnosť empatie* - vcítiť sa do prežívania umierajúceho klienta;
- 4.) *schopnosť autenticity* - znamená neskrývať sa za profesionalizmus a nepredstierať city; prejavuje sa v schopnosti rozprávať sa s umierajúcim o vlastných pocitoch neistoty, úzkosti, obavách, potrebách. Umierajúci si zaslúži rešpekt, dôstojnosť;
- 5.) *prístup pravdovravnosti a úprimnosti voči umierajúcemu*,
- 6.) *akceptácia umierajúceho klienta* - prijatie ho takého, aký je; nesmie ho opatrovateľ posudzovať, odsudzovať, neodmieta ani jeho postoje, myšlienky či spôsob komunikácie.

9.2.1 Psychologická príprava opatrovateľa

AUTOSUGESCIA

Dnes zabudnutou metódou je metóda vedomej autosugescie, ktorú vyvinul francúzsky lekárnik Emil Coué, ktorý vychádzal z toho, že v človeku drieme sila, ktorá je schopná pôsobiť jednak liečivo, jednak škodlivo. Nazval ju Nevedomé „ja“. Toto ovplyvňuje prostredníctvom mozgu funkcie všetkých orgánov a určuje priebeh všetkého konania. Technika, ktorou sa ovplyvňuje nevedomé „ja“ uložené v človeku, sa nazýva sugescia, pokiaľ je uskutočňovaná zvonku a autosugescia, pokiaľ je uskutočňovaná zvnútra. Autosugescia môže prebiehať vedome, ale aj nevedome. Nevedome napríklad vďaka základnému charakterovému naladeniu: notorický pochybovač si trvalo vsugeruje negatívnu skutočnosť, optimista naopak posilňuje nevedomou autosugesciou svoje pozitívne myslenie. Pri vedomej autosugescii umožňuje súhra medzi nevedomým a vedomým ľudským „ja“, vedomé vytváranie predstáv a ich prenášanie na nevedomé „ja“. Vedomá sugescia musí prebiehať bez účasti vôle. Coué považuje tento moment za dôležitý, keď si človek myslí: Chcem, aby sa toto stalo!“

RACIONALIZÁCIA

Je to najvyšší výkon pri najmenšej námahe, je to premyslená a plánovitá práca, zvyšovanie životných schopností, zručností, dobré návyky a sebakontrola.

Zásady racionalizácie duševnej práce:

1. Účelne si rozdeliť čas na prácu, zábavu a odpočinok.
2. Správne si naplánovať úlohy a ich plnenie dôsledne kontrolovať.
3. Dodržiavať zásady správnej životosprávy, striedať telesnú a duševnú prácu a športovať.
4. Pre každú činnosť si zvoliť primerané a efektívne metódy.
5. Naučiť sa správne myslieť a rozhodovať.
6. Vedieť, kde a akým spôsobom hľadať nové poznatky, ako ich zaznamenávať a efektívne používať.
7. Zaviesť si plánovanie a kontrolu do osobného hospodárenia s financiami.

POZITÍVNE MYSLENIE

Pozitívne myslenie je „úzko prepojené so šťastím, pretože jedno bez druhého nemôže existovať. Nemôžete pozitívne myslieť, ak nie ste šťastní a naopak, nemôžete byť šťastní ak nemyslíte pozitívne“ (Mališ, 2009). Súčasťou rozvíjania pozitívneho myslenia je psychohygiena opatrovateľa. Inak hrozí syndróm vyhorenia.

Syndróm vyhorenia

Počas práce s vážne chorými ľuďmi opatrovateľ zažíva stres, frustráciu a smútok. Hrozí mu syndróm vyhorenia. Podmienky potencionálneho vzniku syndrómu úplného vyhorenia:

- priveľké pracovné zaťaženie,
- chýbajúca kontinuita
- zlá organizácia práce
- chýbajúca podpora zo strany klienta, jeho rodiny, zamestnávateľa,
- nerovnomernosť pracovného zaťaženia,
- pracovný deň preplnený starostlivosťou o klienta,
- nepretržitá časová tieseň sťažujúca prácu,

9.3 Opatrovanie umierajúceho klienta a uspokojovanie jeho potrieb

Starostlivosť o umierajúceho nie je vôbec ľahká. Dôležité je, aby klient mal zabezpečené biologické, psychické, sociálne a spirituálne potreby. Umierajúci je vďačný za akúkoľvek, aj nepatrnú pomoc, ako je navlhčenie pier, osušenie spoteného tela, úprava vankúša. Polohovanie klienta musí byť šetrné. Často človek umiera pri zachovanom vedomí, môže si uvedomovať svoj neodvratiteľný koniec. Opatrovateľ nikdy nesmie obavy klienta z blížiacej smrti zľahčovať, bagatelizovať či zanedbávať starostlivosť o klienta. Opatrovateľ zabezpečí umierajúcemu klientovi pohodlie, keď sa s ním rozpráva – drží ho za ruku a hľadá ho (terapeutický dotyk), zabezpečí mu súkromie.

Biologické potreby sú úzko spojené s aktuálnym zdravotným stavom klienta. Hlavným cieľom uspokojovania biologických potrieb je udržanie sebestačnosti. Uspokojovanie biologických potrieb je zamerané na zníženie a zvládanie bolesti, zachovanie hmotnosti klienta, starostlivosť o príjem tekutín, vyprázdňovanie močového mechúra, hrubého čreva, skvalitnenie spánku umierajúceho, zvýšenie pocitu sviežosti a celkovej telesnej pohody po prebudení.

Psychické potreby. Keďže choroba, stres a záťaž z choroby ovplyvňujú psychiku klienta či chceme, alebo nie.

V štádiu umierania nastávajú výrazné zmeny v správaní klienta. Umierajúci je veľmi vnímavý, má obavy z umierania a smrti. Klient sa potrebuje adaptovať na vzniknutú situáciu a práve opatrovateľ mu má pomôcť zvládnuť to jeho prežívanie. Klient potrebuje cítiť istotu a bezpečie, potrebuje mať pocit potrebnosti, preto ho zapájame do denných aktivít v starostlivosti, samozrejme s podporou rodiny klienta. U klienta sa často môže opatrovateľ stretnúť s minimálnou alebo žiadnou spoluprácou, popieraním danej skutočnosti, duševnou tiesňou, bezmocnosťou, strachom a úzkosťou. To všetko musí zvládnuť opatrovateľ, pravdaže po úspešnom zvládnutí profesionálnej psychologickej prípravy v období vzdelávania a pri rešpektovaní princípov pri starostlivosti o umierajúceho (viď podkap. 9.1).

Sociálne potreby. Vieme, že človek je tvor spoločenský a počas života spĺňa mnoho sociálnych rolí. Opakované hospitalizácie, invalidita, dlhodobá práceneschopnosť, sociálna na finančná nestabilita, narušenie funkcie rodiny, zmena imidžu a zmeny medziľudských vzťahov. Umierajúci a nevyliciteľne chorý klient má často pocity osamelosti, sociálnej interakcie, narušenie plnenia sociálnych rolí, sociálna izolácia, porucha verbálnej komunikácie. Opatrovateľ by podľa možností mal klientovi v spolupráci s jeho rodinou zabezpečiť čo najviac sociálneho kontaktu s okolím.

Duchovné potreby. Cieľom uspokojovania duchovných (spirituálnych) potrieb je zabezpečenie klientovi duševnej vyrovnanosti, nájdenie zmyslu života a upevnenia viery v budúcnosť. Opatrovateľ musí rešpektovať názory a duchovné princípy klienta, umožní mu vykonávať duchovné a náboženské úkony, prípadne mu zabezpečí kňaza či psychológa (po konzultácii s klientom).

9.4 Príznaky blížiacej sa smrti

Podозrenie na úmrtie sa konštatuje na základe neistých znakov, ku ktorým patrí:

- bledosť kože
- studená koža
- zástava dýchania
- zástava srdcovej činnosti
- svalové ochabnutie
- vymiznutie reflexu očných zreníc.

Ak u umierajúceho opatrovateľ zistí niektorý z uvedených neistých príznakov, okamžite informuje rodinu klienta (ak nie je prítomná pri umierajúcom), následne sa informuje ošetrojúci lekár klienta, ktorý sa dostaví do domu klienta a konštatuje smrť. Po úmrtí prebiehajú v tele chemické a fyzikálne procesy, preto sa manipulácia s mŕtvym telom musí ukončiť skôr ako nastúpia isté **znaky smrti**:

- stuhnutie tela vzniká o 2 – 4 hodiny po smrti. V tomto čase upravujeme polohu zomrelého, vybrať zubnú protézu, privrieť mihalnice. Rigor mortis sa stráca asi po 96 hodinách;
- postupný pokles teploty tela sa začína zastavením cirkulácie krvi, koža tela je bledá;
- posmrtné škvrny vznikajú následkom rozpadu hemoglobínu a postupným zafarbením okolitých tkanív (Kontrová, Kristová, et al., 2006).

9.5 Starostlivosť o mŕtve telo

Ak klient umrie doma, ide zväčša o náhlu udalosť, v mnohých prípadoch len o tichý odchod a nie o dramatickú udalosť. Opatrovateľ sa usiluje zachovať pokojné pietne miesto. Dodrží všetky náboženské zvyky v súlade s klientovými želaniami (napr. zavolanie kňaza). Zomrelého primerane vystrie, zakryje, zatlačí jemne mihalnice, poutiera telesné tekutiny, vypne kúrenie a akékoľvek elektrické zariadenie. Ak to nedokáže urobiť opatrovateľ, počká na sestru s lekárom. Najlepšie, aby bolo, keby tieto úkony urobil opatrovateľ, pretože rodina bude určite chcieť so zomrelým stráviť nejaké chvíle a osamote posedieť pri zomrelom, rozlúčiť sa. Po odvoze zomrelého klienta z domu, opatrovateľ vyvetrá izbu, umyje, vydezinfikuje izbu a veci po klientovi, pomôže rodine naložiť s vecami zomrelého klienta (ak si to rodina želá).

Ak klient zomrie v nejakom zo sociálnych zariadení, opatrovateľ sa riadi zvyklosťami a zásadami sociálneho zariadenia. Stále však platí, aby opatrovateľ zachoval pietné prostredie, jemne zatlačí mihalnice, poutiera telesné tekutiny, prikryje klienta plachtou. V sociálnych zariadeniach sa označuje klient na stehno jeho menom, rodným číslom, aby pracovníci z pohrebnej služby vedeli, o koho ide a nedošlo následne k zámene. Vypisovať sa má aj kartička na nohu, ktorá obsahuje meno klienta, rodné číslo, dátum a čas úmrtia, ako aj informácia o oznámení, resp. neoznámení tejto smutnej udalosti príbuzným. Zomrelý sa následne necháva na izbe (ak je na izbe sám) dve hodiny po úmrtí. Ak na izbe sú aj iní klienti, v takomto prípade sa zomrelý umiestňuje do vyhradenej miestnosti, kde zostáva dve hodiny, kým nepríde pohrebná služba. V tejto miestnosti sa smú so zomrelým rozlúčiť príbuzní.

9.6 Kontakt s rodinou zosnulého

Čas, keď je v rodine úmrtie, je pre príbuzných ťažký a smutný. Opatrovateľ vyjadrí svoju úprimnú sústrasť a účasť na ich žiali. Bude to určite ťažké aj pre samotného opatrovateľa, vzhľadom na to, že si na svojho opatrovaného klienta zvykol a strávil s ním určitý čas. Je ťažké sa v tom čase pozeráť do budúcnosti, je dobré, ak sa nebude vyhýbať kontaktu ľudí. Úlohou opatrovateľa je ešte byť čestným a nápaditým. Znamená to, že nebude mať nejaké pocity viny, nebude sa na nikoho hnevať, že „prišiel o prácu“. Poradí príbuzným, kto by im mohol odborne pomôcť pri zvládaní ich smútku a žiaľu. Ak s rodinou strávi ešte nejaký čas, rozpráva sa nimi o zosnulom, aký bol, aké s ním zažil príjemné chvíle, správa sa úprimne, otvorene, empaticky, s porozumením, rešpektuje bolesť príbuzných zosnulého.

Kontrolné otázky pre predmet Paliatívna starostlivosť

- Definujte paliatívnu starostlivosť o klienta.
- Tanatológia úzko súvisí s paliatívnou starostlivosťou. Čo zahŕňa proces umierania?
- Čo je hospic?
- Ak lekár nevykoná liečebné postupy a tým urýchli prichádzajúcu a neodvratnú smrť, hovoríme o...
- Čo to znamená, ak pracovník v zdravotníckom zariadení podá klientovi smrtiacu dávku lieku.
- Zabezpečujeme u umierajúceho klienta bio-psycho-sociálne a spirituálne potreby?
- Čo nepatrí medzi biologické potreby, ktoré uspokojujeme u klienta v terminálnom štádiu?
- Čo nepatrí medzi psychické potreby, ktoré uspokojujeme u klienta v terminálnom štádiu?
- Čo patrí medzi sociálne potreby, ktoré uspokojujeme u klienta v terminálnom štádiu?
- Vymenujte príznaky smrti.
- Zástava srdca, dýchania, rozšírenie zreníc - sú to príznaky ...
- Stuhnutie tela, posmrtné škvrny, pokles telesnej teploty - sú to príznaky ...

10. PRVÁ POMOC

Prvá pomoc (ďalej len „PP“) je súbor jednoduchých a účelných opatrení, ktoré slúžia na bezprostrednú pomoc pri náhlom ohrození života alebo postihnutí zdravia, a ktoré môžu byť poskytnuté kdekoľvek a kedykoľvek aj bez špeciálnych pomôcok.

Základná prvá pomoc - je súbor opatrení, alebo liečenie, ktoré sa pri poranení, alebo náhlom ochorení poskytnú postihnutému ešte pred príchodom špecializovanej pomoci. Pretože predmety a materiály potrebné na prvú pomoc nie sú zväčša k dispozícii, treba často improvizovať. Prvá pomoc je bezprostredná, zväčša laická pomoc poskytnutá zranenej alebo chorej osobe. Nenahrádza lekárske ošetrovanie, ale je predpokladom jeho úspešnosti. Niekedy aj zdravotnícky pracovník (lekár, sestra, záchranár) v teréne poskytuje prvú pomoc **na laickej úrovni** ak nemá pri sebe žiadne vybavenie, alebo najviac ak autolekárníčku. Povinnosť poskytnúť základnú prvú pomoc má každý, podľa svojich možností a schopností. Nikto nie je povinný poskytovať prvú pomoc ak by tým ohrozil vlastný život.

Prednemocničná prvá pomoc - nadväzuje na základnú prvú pomoc a zahŕňa aplikáciu liekov, použitie diagnostických a liečebných prístrojov (elektrokardiograf, defibrilátor,...) a ďalšie postupy, ktoré realizuje lekár.

Špecializovaná nemocničná prvá pomoc - ide o rozšírenú prvú pomoc v nemocničnom zariadení, ktorá zahŕňa aj určenie diagnózy.

Ciele prvej pomoci

- Zachrániť život.
- Zabrániť zhoršenie stavu a zníženia výskytu komplikácií
- Skrátiť rekonvalescenciu klienta (Dobiáš, 2007).

Všeobecné zásady poskytovania prvej pomoci:

Záchranca (bez ohľadu na to, či je laik, alebo zdravotník) musí:

- zhodnotiť situáciu bez ohrozenia vlastného života a zdravia,
- zistiť príznaky úrazu alebo ochorenia,
- privolať špecializovanú pomoc,
- poskytnúť neodkladnú prvú pomoc,
- odovzdať postihnutého do rúk zdravotníckeho pracovníka s rovnakou alebo vyššou kvalifikáciou (Dobiáš, 2006).

To je možné dosiahnuť:

- rýchlým a pokojným prístupom,
 - bezprostredným zhodnotením situácie a rozsahu poranení,
 - správnym stanovením diagnózy a zistením, ako k nehode došlo, prípadne zistením stavu postihnutého pred nehodou, jeho prejavmi a príznakmi,
 - rýchlým a primeraným ošetrovaním všetkých zistených poranení,
 - zabezpečením prevozu postihnutého na úrovni zodpovedajúcej poraneniu alebo chorobe.
- Prístup k postihnutému musí byť vždy rýchly, ale pokojný, rozvážny, bez ohrozenia.

10.1 Reťaz života

Špecializovaná zdravotnícka záchraná služba môže prísť k postihnutému v priebeh 10 – 15 minút v mestách a v mimomestských podmienkach niekedy až o 20 minút. pritom prvých 15 minút rozhoduje o prežití poraného. Reťaz života predstavuje kroky prvej pomoci (Obr. 29). Líši sa u dospelých a detí.

„Reťaz života“ pri resuscitácii dospelého (FIRST PHONE):

= zhodnotenie stavu = aktivácia záchraného systému = základná KPR = rozšírená KPR

„Reťaz života“ pri resuscitácii dieťaťa (FAST PHONE):

= zhodnotenie stavu = 1 minúta základnej KPR = aktivácia záchraného systému = pokračovanie základnej KPR = rozšírená KPR.

Organizácia KPR



U dospelých FIRST PHONE



U detí FAST PHONE



Obr. 29 Reťaz života

10.2 Etické aspekty poskytovania prvej pomoci

Ľudia majú rôzne dôvody prečo nechcú či nemôžu poskytnúť prvú pomoc. Ide o *materiálne* a *situačné dôvody*. K materiálnym možno priradiť ako príklad neposkytnutia prvej pomoci - neprikryjú postihnutého, lebo majú úplne nový a drahý kabát, bundu, deku a nechcú si ich poškodiť. Zo situačných dôvodov je to napríklad meškanie do práce.

Týmito aspektmi a dôvodmi neposkytovania prvej pomoci sa zaoberá **Bystander fenomén**:

- **Jednoznačnosť kritickej situácie**: Okoloidúci sa domnievajú, že sa „vlastne nič nedeje“. Napríklad, opilec ležiaci na zemi si za to môže sám a nemá sa opíjať. Toto platí aj pre toxikomanov.
- **Viditeľnosť obeti**: Pravdepodobnosť pomoci dramaticky klesá ak je postihnutého len počuť. Potencionálny záchranca môže bagatelizovať situáciu.
- **Čas a miesto udalosti**: Núdzová situácia sa odohráva na mieste, ktoré prihladajúci pozná, tým sa zvyšuje pravdepodobnosť prosociálneho chovania. Nepravdepodobné poskytnutie pomoci je v prítomnosti o 2. hodine ráno v chodbičke pri WC v nejakej pochybnnej krčme.
- **Počet a správanie prítomných**: Čím viac osôb tým menšia osobná zodpovednosť, ktorá sa presúva a rozkladá na okolo stojacích ľudí.
- **Vzťah obeť – potencionalny záchranca**: Častejšie poskytne pomoc osoba, ktorá pozná postihnutého, napr. manželka manželovi.
- **Nebezpečenstvo poskytnutia prvej pomoci**: Je to dôležitý faktor ovplyvňujúci rozhodovanie v situácii núdze.

PRÁVNA ZODPOVEDNOSŤ

Pri poskytovaní prvej pomoci rozlišujeme rôzne fázy ošetrovania. Laická prvá pomoc zahŕňa opatrenia bez špecializovaného vybavenia. Vyžaduje účelnosť, rýchlosť a rozhodnosť. Privolanie zdravotníckej pomoci je súčasťou laickej prvej pomoci. Laickú prvú pomoc poskytuje laik aj zdravotník (Kelnarová, 2007).

Poskytnutie prvej pomoci je morálnou povinnosťou každého občana a je definovaná v **Trestnom zákone č. 300/2005 Z. z.**, ktorý v § 177 odsek 1 uvádza: „**Kto osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí príznaky ťažkej ujmy na zdraví, neposkytne potrebnú pomoc, hoci tak môže urobiť bez nebezpečenstva pre seba alebo iného, potrestá sa odňatím slobody až na dva roky**“.

Odsek 2 uvádza ďalej: „**Kto osobe, ktorá je v nebezpečenstve smrti alebo javí príznaky ťažkej ujmy na zdraví, neposkytne potrebnú pomoc, hoci je podľa povahy svojho zamestnania povinný takú pomoc poskytnúť, potrestá sa odňatím slobody na šesť mesiacov až tri roky**. V § 178 je definovaná aj povinnosť vodičov: „**Vodič, ktorý po dopravnej nehode, na ktorej mal účasť, neposkytne osobe, ktorá pri nehode utrpela ujmu na zdraví, potrebnú pomoc, hoci tak môže urobiť bez nebezpečenstva pre seba alebo iného, potrestá sa odňatím slobody až na tri roky**.“

Priority poskytovania prvej pomoci

1. Dusenie
2. Veľké vonkajšie krvácanie
3. Bezvedomie
4. Šok
5. Zlomeniny
6. Popáleniny, úrazy elektrickým prúdom, úpal, NCMP, (Dobiáš, 2007).

Najčastejšie život ohrozujúce stavy a príčiny smrti.

Najčastejšou primárnou príčinou zlyhania vitálnych funkcií u dospelého človeka je náhle zlyhanie obehu. U detí je to dusenie z rôznych príčin a k zlyhaniu obehu dochádza až následne (sekundárne).



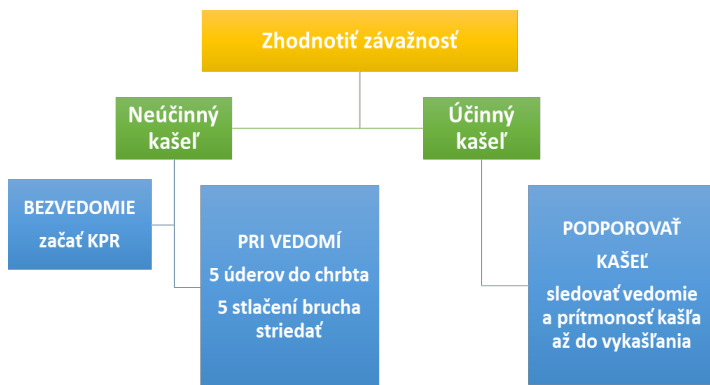
Obr. 30a

10.3 Dusenie

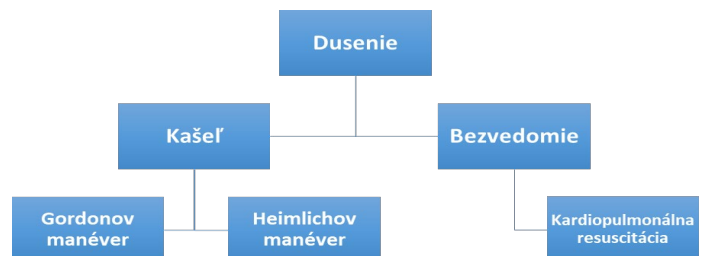
Dusenie postihnutého alebo obštrukcia dýchacích ciest cudzím telesom - ide o vdýchnutie cudzích predmetov alebo látok, ktoré poškodia a upchajú dýchacie cesty.

Prvá pomoc: Prekážku treba čo najrýchlejšie odstrániť. Postihnutému pri vedomí prikážte, aby sa vdýchnutý cudzí pokúsil vykašľať (Obr. 30a, b). Ak sa zapadnutý cudzí predmet nedá odstrániť manuálne, postihnutého nakloneného pobúchajte po chrbte 5x - **Gordonov manéver (obr. 30a/1)**. Ak je aj tento pokus neúspešný, pokúste sa vytlačiť zvyškový vzduch z pľúc prudkým stlačením brucha - **Heimlichov manéver** (Obr. 30a/2). Ak oba spôsoby zlyhali a postihnutý nedýcha, zahájime KPR.

Obr. 30b Schéma prvej pomoci pri vdýchnutí cudzieho telesa do dýchacích ciest (Dobiáš, 2006)



Obr. 30c Schéma prvej pomoci pri dusení (Zvolenská, 2010)



Obr. 30a/1 Gordonov úder

Gordonov úder (Obr. 30a/1, Obr. 31):

- postavte sa k postihnutému z boku a mierne zozadu;
- postihnutého predkloňte dopredu, tak aby sa uvoľnené
 - cudzie teleso dostalo z dýchacích ciest von;
- urobte 5 rázných úderov otvorenou dlaňou medzi lopatky;
- Gordonov úder robte primerane veku a hmotnosti (Pištejová, Kraus, 2022).

Heimlichov manéver (Obr. 30a/2, Obr.32):

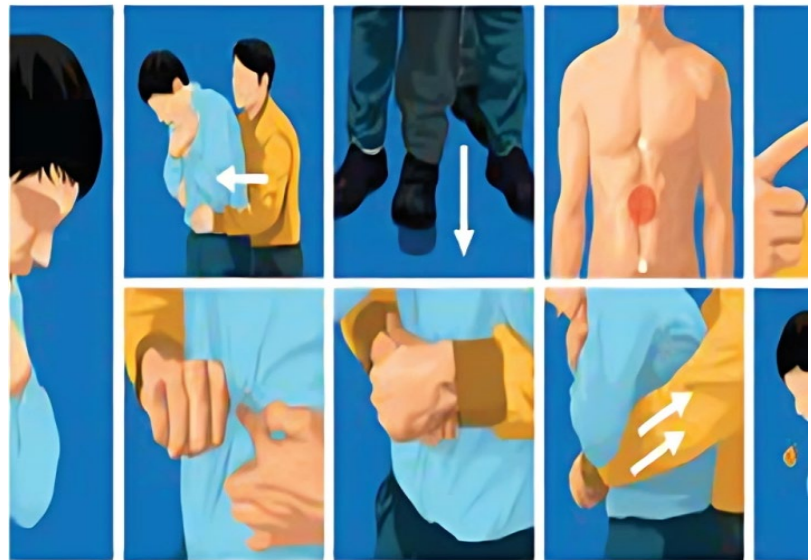
- postavte sa k postihnutému zozadu;
- oboma rukami obchyťte hornú časť jeho brucha;
- jednu ruku dajte do päste a položte ju medzi pupok a hrudnú kosť
- (cca 1 cm pupok);
- druhou rukou spevnite ruku zovretú v päst' a prudko ju priťahujte smerom k sebe a hore;
- opakujte 5-krát (Pištejová, Kraus, 2022).



Obr. 30a/2 Heimlichov manéver



Obr. 31



Obr. 32

Ukážka: Gordonov úder a Heimlichov manéver

<https://www.youtube.com/watch?v=8UyEtvLjkcM&t>

10.4 Velké vonkajšie krvácanie

Velké vonkajšie krvácanie (ďalej len „VVK“) pochádza najčastejšie z rán rôzneho pôvodu (bodných, strelných, tržných, zmliaždených) na krku a končatinách.

Prvá pomoc pri VVK („5Z“):

- Zistiť krvácanie.
- Zatlačiť v rane, aj holou rukou, ak to situácia vyžaduje (Obr. 32).
- Zdvihnúť nad srdce.
- Zabrániť šoku – 5 T
- Zdravotnícka pomoc.

Následná prvá pomoc vyžaduje naloženie tlakového obväzu v mieste rany. Ak cez obväz presakuje krv, je potrebné naložiť ďalšiu vrstvu gázových štvorcov a ovínadla (Obr. 33). Takýto tlakový obväz má zabezpečiť zastavenie krvácania. Ak nemáme žiadne jednorazové pomôcky, postačia nám vlastné ruky a prsty.



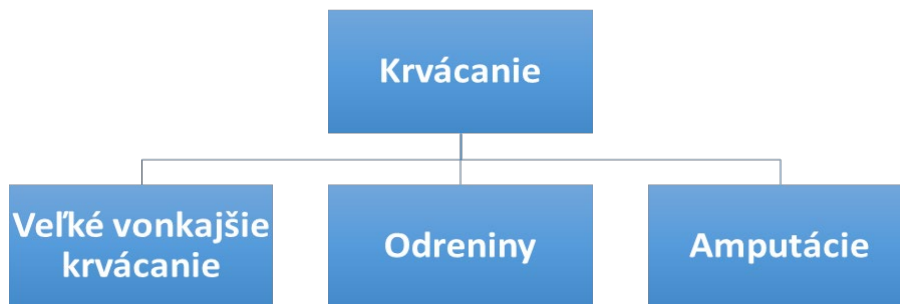
Obr.33

Ukážka: Ošetrovanie masívneho krvácania

<https://www.youtube.com/watch?v=KRahdqSgGeY>

Zapamätajte si, že v teréne sa improvizuje! Na sterilitu v prvej chvíli nepozerala, týmto úkonom zachránil postihnutému život. Končatinu podložila tak, aby bola nad úrovňou srdca. Polohou zmiernujeme krvácanie.

Ak je v rane zapichnuté cudzie teleso, teleso ponecháme v rane, ranu zľahka prekryjeme, priložíme gázu alebo obvazy po bokoch telesa do dostatočnej výšky a obviažeme.



Obr. 34 Typy krvácania (Zvolenská, 2010)

10.5 Bezvedomie

Bezvedomie je „stav, ktorý bezprostredne ohrozuje život postihnutého a pomoc treba začať poskytovať v priebehu desiatok sekúnd“ (Dobiáš, 2005, s. 417)

Prvá pomoc pri bezvedomí (Obr. 35)

Vyšetrenie postihnutého

Základné životné funkcie človeka sú: vedomie, dýchanie a krvný obeh. Prvotné vyšetrenie trvá niekoľko sekúnd. Zisťujeme prítomnosť vedomia, dýchania a viditeľného vonkajšieho krvácania.

Vyšetrenie vedomia:

- Oslovenie.
- Manipulácia.
- Bolesťový stimul.

Vyšetrenie dýchania:

- **Vidím**, sledujem dýchacie pohyby.
- **Cítim** prúdenie vzduchu na svojom uchu.
- **Počujem** dýchacie šelesty.

Objektívne príznaky zástavy dýchania - postihnutý je sinavý v tvári, má modrasté sfarbenie pier a uší, hrudník (u žien) alebo brucho (u mužov) sa nedvíhajú.

Vyšetrenie pulzu: Pre laikov platí pravidlo, že ak postihnutý dýcha, krvný obeh je zachovaný (Tab. 12). Ak postihnutý nedýcha, krvný obeh stojí. Môže nastať ešte jedna situácia, a to keď postihnutý nedýcha a pulz je prítomný, ale pomaly slabne až vymizne.

	Frekvencia pulzu/min	Frekvencia dychu/min
DOŠPELY	60-80	12-16
DETI	85-110	20-30

Tab. 12 Frekvencia dychu a pulzu u dospelého a dieťaťa

Laici väčšinou strácali sekundy až minúty pri zisťovaní pulzu a tým sa oddialila život zachraňujúca resuscitácia. Preto vo výučbe prvej pomoci u laikov sa vynechalo zisťovanie a overovanie pulzu. Za „nepriame známky zástavy obehu“ môžeme považovať neprítomnosť dýchania.

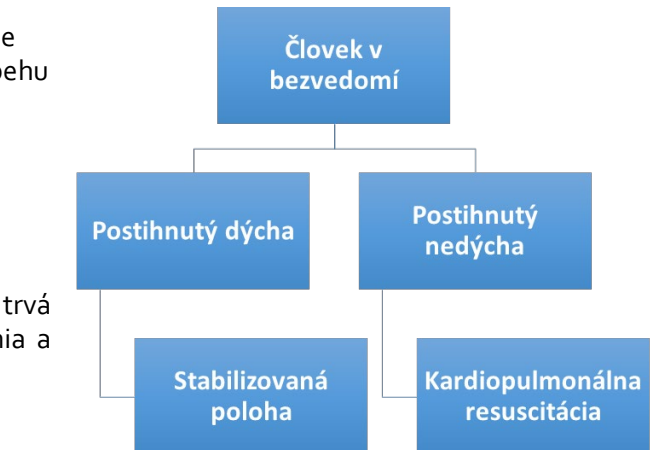
10.5.1 Bezvedomie, pri ktorom človek dýcha

Pri bezvedomí človeka, ktorý dýcha, záchranca postihnutého uloží do zotavovacej polohy. Postu je uvedený na obrázku

36. **Účelom zotavovacej polohy** je zabrániť tomu, aby sa zranený či zamdletý zadusil krvou alebo zvratkami. Polohovať zraneného by mali najmenej dve osoby, z ktorých aspoň jedna by mala ovládať správnu techniku polohovania. Po uložení do zotavovacej polohy, záchranca privolá pomoc, sleduje dýchanie a pulz, sleduje okolie postihnutého (prítomnosť, liekov, chemikálií a pod.). Ak však záchranca zistí neprítomnosť pulzu a dýchania, začína okamžite s kardiopulmonálnou resuscitáciou (KPR).



Obr. 36



Obr. 35 Schéma prvej pomoci pri bezvedomí (Zvolenská, 2010)

Pravidlo pulzu

- Ak človek dýcha, pulz je prítomný.
- Ak človek nedýcha, pulz neprítomný.
- Ak človek nedýcha a pulz je prítomný, do 1 minúty srdcová činnosť vymizne.

10.5.2 Kardiopulmonálna resuscitácia (KPR) pri bezvedomí, kedy postihnutý nedýcha

Kardiopulmonálna resuscitácia – umelá masáž srdca a dýchanie z pľúc do pľúc zahŕňa udržiavanie priechodných dýchacích ciest, podporu dýchania a krvného obehu bez použitia pomôcok (okrem ochranných a izolačných). KPR vykonáva jeden záchranca alebo dvaja záchrancovia. *Pomer stláčania hrudníka a umelého dýchania sa tým nemení.*

Udržanie priechodných dýchacích ciest

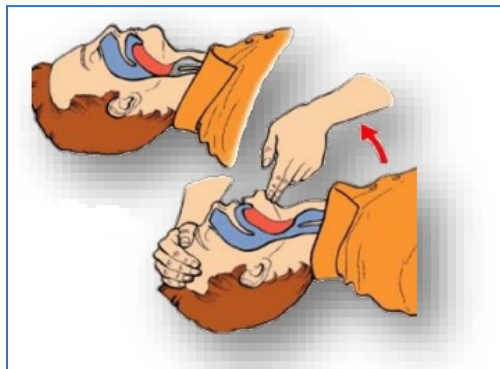
Pred kontrolou prítomnosti dýchania pri základnej KPR je potrebné spriechodniť dýchacie cesty.

Manéver na spriechodnenie dýchacích ciest pri KPR: manéver prsty – brada (Obr. 37)

Záklon hlavy jedna ruka na čele, nadvihnutie čeluste (dva prsty druhej ruky pod bradou). Oba tieto pohyby sa vykonávajú súbežne. Tento postup zachováme aj pripodozrení na poranenie krčnej chrbtice (Obr.37b).



Obr. 37



Obr. 37b

Technika umelého dýchania z úst do úst a masáže srdca u dospelého

Uvoľníme dýchacie cesty záklonom hlavy. Koreň jazyka sa nám oddiali od dýchacích ciest a vdychovaný vzduch nám prúdi do pľúc. Záklon hlavy musí byť dostatočný, ale nie priveľmi v záklone aby sme neprelomili vzduchovú trubicu. To docielime jednoduchou metódou prst - brada. Dvoma prstami ťaháme bradu smerom nahor a zároveň druhou rukou jemne zatlačíme na čelo (Obr. 38). V tejto polohe zatlačíme prstami jednej ruky na nosné laloky, aby nám pri vdychu neunikal vzduch. Obopneme ústa postihnutého svojimi perami a vdýchneme vzduch tak, aby sa dvíhol hrudník (Obr. 39). Vdychy opakujeme podľa algoritmu KPR. Podľa ERC je resuscitácia bez záchranných vdychov určená pre záchrancov bez ochranných pomôcok alebo tých, ktorí nie sú ochotní pre vysoké riziko kontaktu s telesnými tekutinami postihnutého uskutočňovať záchranné vdychy. Títo záchrancovia by mali nepreušovane stláčať hrudník (Pištejová, Kraus, 2022).



Obr. 39



Obr. 38

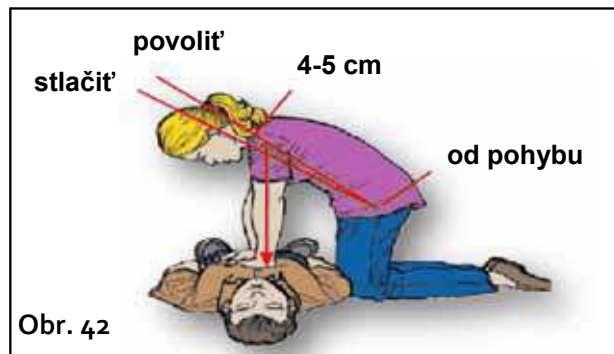
Obr. 40



Na dolnú polovicu hrudnej kosti si položíme dlaň tak, aby sa prsty nedotýkali hrudníka a boli čo v najvyššej polohe (Obr. 40). Druhú ruku položíme na chrbát prvej ruky, lakty vyrovnáme a nakloníme sa nad postihnutého. Začneme stláčať približne 4- 5 cm alebo 1/3 pod úroveň hrudníka rovnakým tempom približne 100 stlačení za minútu u dospelého (Obr. 41, 42). Masáž srdca striedame s umelým dýchaním podľa algoritmu KPR. Resuscitácia obehu pri základnej KPR sa vykonáva nepriamou masážou srdca.



Obr. 41



Ukážka: Technika KPR dospelého:

<https://www.youtube.com/watch?v=n8oRogoFKm4&t=4s>

Pomer stláčania hrudníka a umelého dýchania u dospelého je 30:2 (Tab. 13a).

Postup základnej resuscitácie dospelého:

1. Vyšetrenie vedomia.
2. Spriechodnenie dýchacích ciest.
3. Vyšetrenie dýchania.
4. Aktivácia záchranného systému.
5. 30 kompresí hrudníka a 2 vdychy/ ak nedýcham tak len stáčam hrudník
6. Opakovanie kompresí a vdychov.

Dospelý
30:2
Dolná polovica
hrudnej kosti
Oboma rukami

Tab. 13a



Kardiopulmonálna resuscitácia s použitím automatickej externej defibrilácie (AED)

Základná neodkladná resuscitácia dospelých s použitím automatickej externej defibrilácie.

Automatický externý defibrilátor (AED) je sofistikované, počítačom riadené zariadenie, ktoré na základe analýzy EKG krivky inštruuje hlasovými a vizuálnymi pokynmi laických záchrancov o bezpečnom prevedení defibrilácie v priebehu kardiopulmonálnej resuscitácie.

Použitie AED pri poskytovaní prvej pomoci výrazne zvyšuje šancu na oživenie človeka s náhlou zástavou obehu a jeho návrat do plnohodnotného života. Včasné podanie defibrilačného výboja do 3-5 minút od kolapsu môže obnoviť činnosť srdca a zvýši šancu na prežitie až na 49-75%.

Umiestnenie AED by malo byť vo verejných priestranstvách ako napr. letiskách, obchodných strediskách, štadiónoch, na pracovisku, na úradoch a pod.

Základná neodkladná resuscitácia a automatizovaná extérna defibrilácia



Skontrolujte vedomie

Jemne postihnutým zatriaste.
Hlasno ho oslovte: „Ste v poriadku?“



Skontrolujte vedomie

Spriechodnite dýchacie cesty a skontrolujte dýchanie.

**Pokiaľ nedýcha normálne
alebo nedýcha vôbec**

Volajte 155, prineste AED
(pokiaľ je k dispozícii)

Okamžite zahájte resuscitáciu

Položte svoje ruky na stred hrudníka
postihnutého a vykonajte 30 stlačení
hrudníka:

- Hrudník stláčajte do hĺbky aspoň 5cm frekvenciou najmenej 100/min.
- Priložte svoje pery k ústam postihnutého.
- Plynule do nich vdychujte, pokiaľ sa nezdvihne hrudník.
- Akonáhle hrudník klesne, vdych zopakujte.
- Pokračujte v resuscitácii.

Pokiaľ normálne dýcha

Otočte postihnutého do
zotavovacej polohy na bok
- volajte 155
- Neustále kontrolujte či
normálne dýcha



KPR 30:2

Zapnite AED a nalepte elektródy

Postupujte bezodkladne podľa pokynov prístroja. Nalepte jednu elektródu pod ľavé podpažšie. Druhú elektródu nalepte pod pravú kľúčnu kosť, vpravo od hrudnej kosti. Ak je na mieste viac záchranárov, neprerušujte KPR behom nalepovania elektród.



Odstúpte a vykonajte defibriláciu

Postihnutého by sa nikto nemal dotýkať:
- počas analýzy srdcového rytmu a pri defibrilačnom výboji.

Resuscitáciu ukončíte, keď sa postihnutý začne prebúdzat' (hýbe sa, otvára oči a normálne dýcha). Ak zostáva v bezvedomí a normálne dýcha, otočte ho do zotavovacej polohy.

Ukážka: Použitie AED

<https://www.youtube.com/watch?v=MkYyCn1aKfE>

Ukážky: KPR u detí do 1 roka

<https://www.youtube.com/watch?v=lUcKcZoSBuk>

<https://www.youtube.com/watch?v=jsdlbfmOPRo>

Ukážka: KPR u detí nad 1 rok

<https://www.youtube.com/watch?v=vfFzFXAOqN4>

Kardiopulmonálna resuscitácia u detí do 1 roka a nad 1 rok

Hranicou detského veku je puberta. U detí je najčastejšou primárnou príčinou náhlej zástavy obehu dusenie z rôznych príčin a k zlyhaniu obehu dochádza sekundárne. Pri takejto situácii je účinná ventilácia dieťaťa dýchaním z úst do úst.

Postup:

- Ak dieťa nedýcha normálne, zahájiť oživovanie piatimi úvodnými vdychmi.
- Ak sú znaky upchatia dýchacích ciest cudzím telesom, urobiť manéver najeho odstránenie.



Obr. 43 Poloha prstov na hrudníku pri KPR novorodenca

Technika oživovania dieťaťa (oživovanie je potrebné prispôbiť veku dieťaťa)

- u dojčiat nerobiť prudký záklon hlavy, podložiť ramienka podložkou, jemne nadvihnúť bradu a udržiavať neutrálnu polohu hlavy
- vdychom 1 sek. dosiahnuť zdvihnutie hrudníka
- prílišné prudké vdychnutie je neprípustné
- miesto stláčania hrudníka je dolná polovica hrudnej kosti
- hĺbka stláčania je 1/3 predozadného priemeru hrudníka
- úplné uvoľnenie hrudníka
- pri oživovaní jedným záchrancom volať 155/112 až po jednej minúte oživovania 30:2
- pri oživovaní dvoma školenými záchrancami dodržiavať pomer 15:2
- použitie AED do 1 roka veku dieťaťa.



Obr. 44 Poloha prstov na hrudníku pri KPR väčších detí

Dieťa:
5 úvodných vdychov
30:2 / 15:2

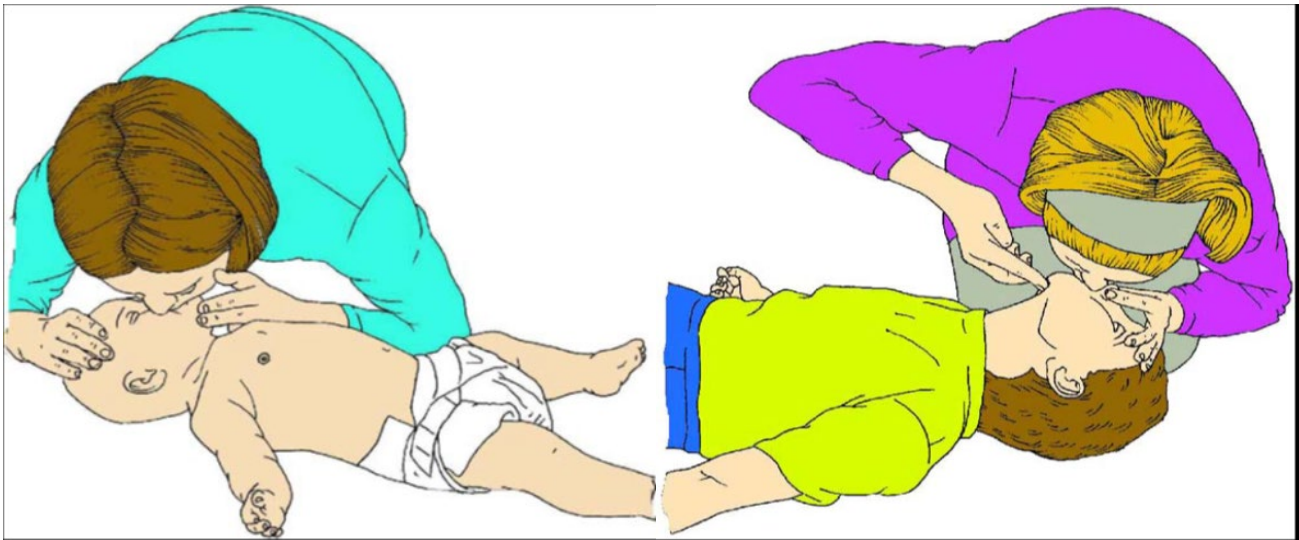
Dolná polovica hrudnej kosti

**Len jednou rukou,
u novorodenca 2 prstami**

Tab. 13b Pomer dychov a kompresí hrudníka u dieťaťa



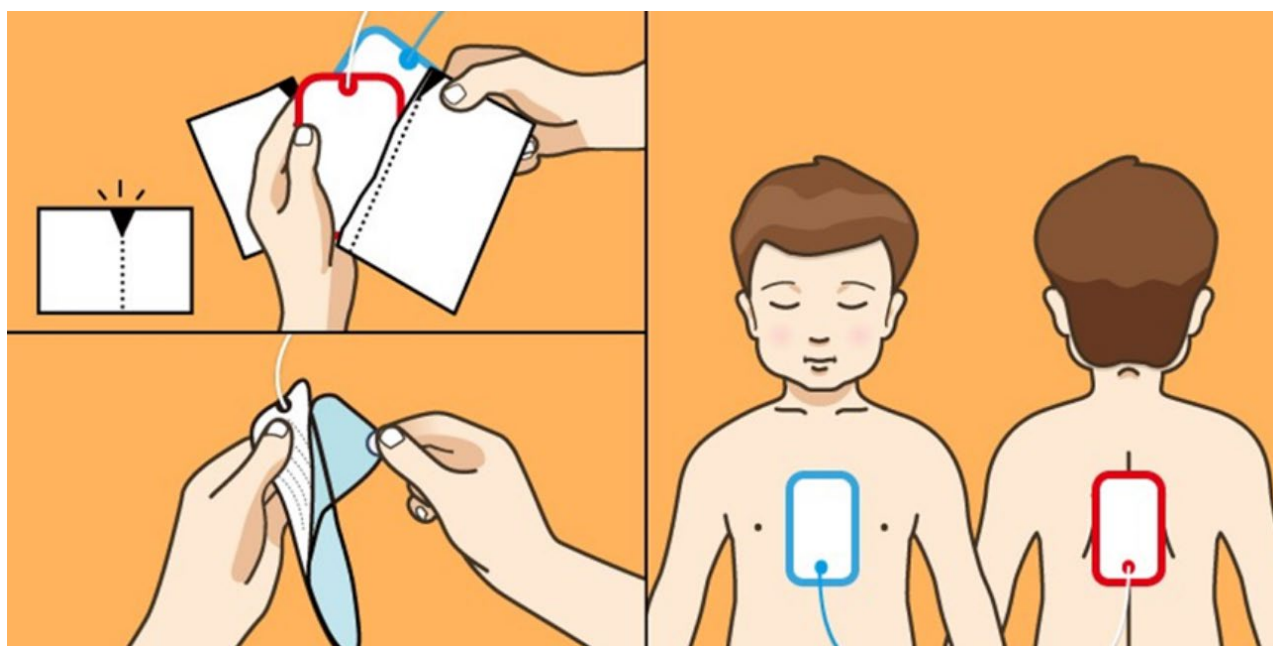
KPR – POROVNANIE: DIEŤA – DOSPELÝ



ZHRNUTIE ROZDIELOV V KPR

	Dojča 0-1 rok	Dieťa 1-18 rokov	Dospelý
volanie ZŽS	po 5. úvodných vdychoch po 1 min. KPR	po 5. úvodných vdychoch po 1 min. KPR	pred začatím KPR
uvoľnenie dýchacích ciest	podloženie ramien	záklon hlavy	záklon hlavy
začiatok KPR	5 úvodných vdychov	5 úvodných vdychov	30 stlačení hrudníka
stláčanie hrudníka	2 palcami / 2 prstami ↓ 4 cm	1 rukou / 2 rukami ↓ 4-5 cm	2 rukami ↓ 5-6 cm
pomer stláčania a dýchania	15 : 2 (30 : 2) f.: 100 - 120 / min.	15 : 2 (30 : 2) f.: 100 - 120 / min.	30 : 2 f.: 100 - 120 / min.
použitie AED	ÁNO detské elektródy ak sú dostupné	ÁNO detské elektródy do 8 rokov	ÁNO
nalepenie elektród	predo-zadné nalepenie	predo-zadné predo-bočné	predo-bočné nalepenie

Nalepenie elektród u detí pri použití AED



Použitie AED je rovnaké ako pri dospelých.

10.5.3 Zásady poskytovania KPR

Kedy začať KPR:

Ak je postihnutý v bezvedomí a po spriechodnení dýchacích ciest sa neobnoví spontánne dýchanie.

Kedy neposkytovať a skončiť „KPR“:

KPR nezačíname ak sú prítomné znaky smrti ako napríklad znaky rozsiahleho poškodenia tkanív, posmrtné škvvrny, posmrtná stuhnutosť, dekapitácia...

a) **posmrtné škvvrny** - začínajú sa vyvíjať asi 30 minút po smrti v najspodnejších častiach, sú tmavofialovej farby a po zatlačení prstom v mieste tlaku vyblednú.

b) **posmrtná stuhnutosť** - začne sa vytvárať na svaloch tváre asi dve hodiny po smrti a postupuje smerom nadol, kompletne sa vyvinie po 12-24 hodinách.

Pri chýbaní týchto znakov by sa KPR mala začať vždy, pokiaľ neexistuje iný právny alebo medicínsky dôvod ju nezačať.

KPR ukončíme v prípade:

- obnovenia efektívnej spontánnej cirkulácie a ventilácie,
- príchodu inej zodpovednej osoby, ktorá pokračuje v KPR,
- odovzdania postihnutého pracovníkom systému urgentnej prednemocničnej
- Pomoci,
- vyčerpania záchrancu keď už ďalej nevládze efektívne resuscitovať.

10.6 Šok

Protišoková poloha je poloha postihnutého v ľahu s podloženými dolnými končatinami aspoň 30 cm nad podložkou

(Obr. 49). **Základné postupy prvej pomoci pri šoku:**

- Zabezpečenie ticha, kompenzácia rušivých vplyvov.
- Zabezpečenie tepla, zabránenie stratám tepla.
- Ovlažovanie úst tekutinami.
- Uloženie na chrbát a podloženie dolných končatín.
- Tíšenie bolesti vytvorením správnej polohy.
- Zabezpečenie transportu.

Príznaky

- Smäd, zrýchlené dýchanie,
- Dezorientácia
- Triaška
- Znížený prah bolestivosti
- Bledosť kože
- Pot

Prvá pomoc – 5T

- Ticho
- Teplo
- Tekutiny
- Transport
- Tíšenie bolesti



Obr. 45

10.7 Zlomeniny

Zlomeniny lebky

Sú často spojené s krvácaním z ucha alebo výtokom žltkastej tekutiny (mozgovomiechový mok). Prvá pomoc pozostáva z polohy v polosede (hlava a hrudník je vo výške 30° nad podložkou) a krycím obvazom na ucho. Ucho nikdy nevytierame, netampónujeme ani nekladáme doň prsty.

Zlomeniny rebier, hrudného koša

Sú často spojené s poranením pohrudnicovej dutiny a pľúc. Takýto stav sa volá pneumotorax. Prvá pomoc pri pneumotoraxe pozostáva z polohy v sede alebo polosede (Fowlerova poloha) a ranu na hrudníku ošetríme pomocou PVC rúšky 20x20 cm. Rúšku priložíme na otvorenú ranu na hrudníku a leukoplastom fixujeme z troch strán.

Zlomeniny dlhých kostí končatín

Príznaky:

- Bolesť, opuch, deformita, (skrútenie, neprimerané ohnutie, skrútenie), modrina poranenej časti.
- Porucha hybnosti. Akákoľvek manipulácia je veľmi bolestivá.
- Pri otvorenej zlomenine krvácajúca rana, prípadne aj s viditeľným kostným úlomkom.
- Rozvoj šoku z bolesti a krvných strát.

Prvá pomoc:

- zabrániť pohybu zranenej končatiny, obložiť po stranách;
- zdeformovanú končatinu nevyrovnávať;
- na zmiernenie bolesti môžeme zranené miesto lokálne chladiť;
- zabezpečiť transport do zdravotníckeho zariadenia;
- vykonať protišokové opatrenia (5 T), ak je to potrebné, napr. otvorené zlomeniny, zlomeniny s posunom kostí, úrazy chrbtice a panvy;
- otvorenú zlomeninu prekryť sterilnou gázou alebo obvazom, nezatláčať;
- ak kosť prenikla cez kožu, postupovať ako pri cudzom telese v rane;
- masívne krvácanie kontrolovať tlakom na okraji rany alebo použitím turniketú (Pištejová, Kraus, 2022).



Obr. 46

10.8 Iné stavy

K iným stavom sa radí náhla cievna mozgová príhoda, epilepsia, srdcový záchvat a mdloby, popáleniny a poľptania, úrazy elektrickým prúdom.

10.8.1 Náhla cievna mozgová príhoda

<p>Charakteristika</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akútne porušenie prekrvenia časti mozgu. • Príčinou je krvácanie alebo ischémia (nedokrvenosť), spôsobená upchatím mozgovej cievy. • Postihuje najmä starších ľudí s vysokým tlakom krvi. • Náhla silná bolesť hlavy, zmena vedomia, zmena správania, ochrnutie časti tváre alebo tela, ťažkosti pri rozprávaní a prehltaní. • Pri ťažkom priebehu aj kŕče a bezvedomie s poruchou životných funkcií. 	<p>Prvá pomoc</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ak je postihnutý pri vedomí, uložíme ho do ľahu s mierne podloženými ramenami aj hlavou a uvoľníme mu odev okolo krku. • Privoláme lekársku pomoc. • Postihnutého upokojujeme. Sledujeme životné funkcie. Nedávame mu piť ani jesť. • Pri kŕčoch zabránime poraneniu postihnutého. • Pri bezvedomí s poruchou životných funkcií začneme kardiopulmonálnu resuscitáciu.
---	---

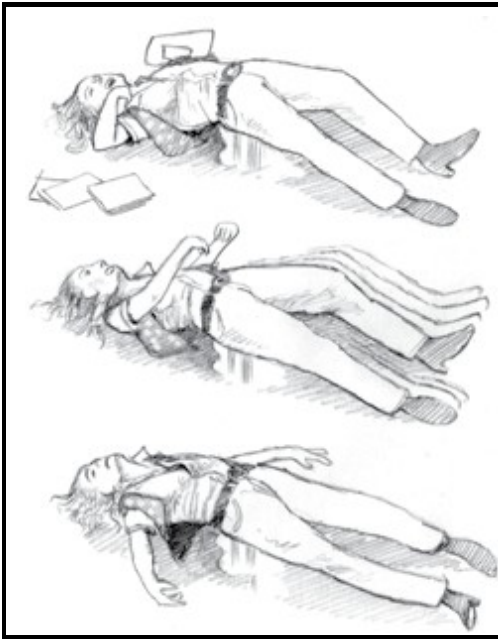
10.8.2 Epileptický záchvat

Epilepsia je záchvatovité neurologické ochorenie, charakterizované predovšetkým záchvatmi tonicko - klonických kŕčov spojených s poruchou vedomia (Obr. 47).

Prvá pomoc: počas záchvatu zmierniť pád a odstrániť z okolia kŕčujúceho predmety, aby sa nezranil, po odznení záchvatu postupujte ako u človeka v bezvedomí.

<p>Charakteristika</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kŕče rôznej intenzity a rozsahu spôsobené dráždením mozgovej kôry z rôznych príčin. • Príčina: úraz, krvácanie, zápal, otrava, nádor, metabolické ochorenie atď. • Náhle bezvedomie, stuhnutie svalstva nasledované kŕčmi. • Postihnutý namáhavo dýcha a nadmerne sliní. Sliny môžu vytekať z úst, pri poranení ústnej dutiny môžu byť krvavé. • Pozáchvatové bezvedomie. 	<p>Prvá pomoc</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zachováme pokoj a nedovolíme ostatným, aby zasahovali. • Počas záchvatu zabezpečíme okolie postihnutého tak, aby sa nezranil. • Po odznení kŕčov mu uvoľníme odev a skontrolujeme životné funkcie. • Podľa potreby poskytneme pomoc. • Sledujeme životné funkcie, zabezpečíme tepelný komfort a upokojujeme postihnutého. • Privoláme lekársku pomoc. • Postihnutého s kŕčmi nepritláčame k zemi a nekladáme mu nič do úst.
---	--





Obr. 47

10.8.3 Srdcový záchvat

Charakteristika

- Náhla zvieravá bolesť na hrudníku vyžarujúca do krku, sánky alebo ruky.
- Náhle vzniknutá zvýrazňujúca
- sa dýchavičnosť.
- Bledá, popolavá koža.
- Modrofialové sfarbenie pier.
- Pulz môže byť nepravidelný, rýchly a slabý.
- Môže nastať porucha vedomia až bezvedomie.
- Horror mortis!“

Prvá pomoc

- Postihnutého upokojíme a uložíme ho do polosedu s podopretým chrbtom i hlavou a pokrčenými kolenami (Obr. 48).
- Uvoľníme mu tesný odev okolo krku, hrudníka a pása. Otvoríme okno.
- Privoláme lekársku pomoc.
- Ak postihnutý užíva lieky na srdce, podáme mu ich podľa predpisu lekára.
- S postihnutým udržiavame kontakt, kontrolujeme vedomie, dýchanie a krvný obeh.

Obr. 48



10.8.4 Mdloba, kolaps

Charakteristika

- Krátkodobá porucha vedomia, spôsobená prechodným nedokrvením mozgu.
- Príčina: bolesť, vyčerpanie, emocionálny stres, smäd, hlad atď.
- Krátkodobé bezvedomie - odpadnutie, bez poruchy dýchania a krvného obehu.
- Pomalý, dobre hmatateľný pulz.
- Bledá, studená koža, potenie.
- Rýchla obnova vedomia.

Prvá pomoc (Obr. 49a,b)

- Ak je postihnutému na odpadnutie, uložíme ho do ľahu a zdvihneme mu dolné končatiny.
- Ak stratí vedomie, kompenzačne nastáva strata posturálneho tonusu a postihnutý padá k zemi.
- Postihnutého podoprieme, aby sa neporanil, a uložíme ho na zem.
- Zabezpečíme prístup čerstvého vzduchu. Po nadobudnutí vedomia postihnutého upokojujeme.
- Ak sa postihnutý nepreberá, postupujeme ako pri bezvedomí.



Obr. 49a



Obr. 49b

10.8.5 Popáleniny a poleptanie chemickou látkou

Popáleniny

Hodnotíme podľa hĺbky a rozsahu (Obr. 50a). Prvou pomocou je chladenie postihnutého miesta približne 10 minút a miesto sterilne prekryť (Obr. 50b, c).



1.stupeň

- koža je začervenaná bez pľuzgierov



2.stupeň

- koža je začervenaná aj s pľuzgiermi



3. a 4.stupeň

- koža je bledá a vosková alebo čierna až zuholnatená

Obr. 50a



Obr. 50b

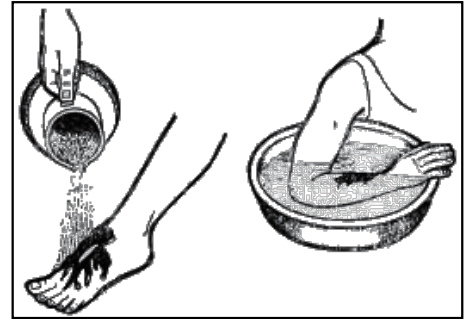


Obr. 50c

Poleptanie

Poleptanie chemickými látkami vážne poškodzuje kožu a sliznice. Vzhľadom nato, musia byť chemikálie z kože zmyté čo najskôr vodou, pričom aj záchranca sa musí chrániť pred poleptaním a akýmkoľvek kontaktom s chemikáliou. Postup:

- poleptané miesto sa musí umývať aspoň 10 minút pod tečúcou vodou (Obr. 51),
- počas umývania odstrániť všetky kontaminované časti odevu,
- pokračovať ošetrovaní poleptania ako u popáleniny,
- pri poleptaní oka sa musí oko prepláchnuť, aby chemická látka čo najskôr vymizla z očí,
- presvedčiť sa či nie je aj voda kontaminovaná,
- postihnutý musí byť čo najskôr ošetrený lekárom.



Obr. 51

10.8.6 Úrazy elektrickým prúdom

Pri úraze elektrickým prúdom je nevyhnutné pred poskytnutím prvej pomoci poškodenému vypnúť prívod elektrickej energie. Miesto vstupu a výstupu elektrického prúdu je identické s popáleninou, preto postupujeme v ošetrovaní ako u popálenín.

Charakteristika

- Zásah elektrickým prúdom môže spôsobiť popálenie, poruchu vedomia, činnosti srdca, dýchania, kĺče, zlomeniny alebo šok.
- Chránime seba – nedotýkame sa postihnutého, v prípade vysokého napätia sa ani nepribližujeme.

Prvá pomoc

- Prerušíme kontakt s elektrickým obvodom - nevodičným predmetom (Obr. 57).
- Skontrolujeme stav postihnutého a poskytneme mu adekvátnu prvú pomoc.
- Privoláme lekársku pomoc.
- Urobíme protišokové opatrenia.
- Postihnutého upokojujeme a kontrolujeme životné funkcie.

DÔLEŽITÉ TELEFÓNNE ČÍSLA

Na Slovensku môžeme telefonicky zavolať pomoc rôznymi spôsobmi. Volanie tiesňovej linky cez telefón, na kartu alebo cez mobilný telefón je bezplatné. S dispečerom hovoriť krátko a vyjadrovať sa presne. Zreteľne nahlásiť svoje meno a povedať, že ste v úlohe poskytovateľa prvej pomoci. Nadiktovať svoje telefónne číslo, presné určenie miesta nehody, druh a závažnosť situácie, počet zranených, pohlavie, približný vek osôb a prvotné zhodnotenie stavu. Všetky telefónne čísla záchranného systému:

112 - Integrovaný záchranný systém

155 - Rýchla zdravotnícka pomoc

150 - Hasiči

158 - Polícia

18 155 - Letecká záchranná služba

18 300 - Horská záchranná služba

0850 111 313 - Linka záchrany - lekár, ktorý poskytne radu ako poskytnúť prvú pomoc

0800 500 500 - Linka detskej istoty

0800 117 878 - Linka detskej dôvery



10.9 Obväzová technika v skratke

Obväzy sa aplikujú z rôznych dôvodov. Podľa účelu rozoznávame niekoľko druhov:

- **krycí** - chráni ranu pred infekciou;
- **tlakový** - používa sa na zastavenie krvácania, lepšie prekrvenie dolných končatín; **spevňujúci** (fixačný) - je určený na spevnenie polohy kostí a kĺbov pri zlomeninách; **podporný** - udržiava príslušnú časť tela v požadovanej polohe;
- **nápravný** (redresívny) - tvaruje určitú časť tela do požadovanej zmeny;
- **natahujúci** (extenzný) - používa sa na vyrovnávanie skrátenej končatín pri zlomeninách.



Obr. 52

Rozoznávame päť druhov obväzového materiálu (Obr.52), z ktorého sa následne zhotovujú obväzy. Sú to:

a) *tkaniny* - hydrofilový mul, obväzové kaliko (napr. trojrohá šatka), pružné elastické ovínadlá, sieťovinové a úpletové ovínadlá; patria tu a rôzne druhy náplastí ako sú Tender wet na dekubity, Sorbalgon, a pod.; Z mulu sa vyrábajú kompresy, tampóny, štetôčky;

b) *vlákniny* - vata mäkká obväzová a buničitá;

c) *látky stužujúce obväzy* - používajú sa na fixačné obväzy: zinkoglejové, škrobové, sadrové, latexové. Patria tu aj rôzne druhy leukoplastov (Obr. 53);

d) *postrekové látky* - sú v sprejovej a tekutej forme, využitie majú v prvej pomoci, na koži po zaschnutí vytvárajú ochranný film (Akutol, Akutin);

e) *dlahy* - na znehybnenie končatín pri poranení kostí a kĺbov (Kramerova, pneumatická, termoplastické).

Z obväzového materiálu sa zhotovujú obväzy. Účel splnia len vtedy, keď sú správne urobené a nespôsobujú bolesť. Rozdeľujú sa na šatkové, náplastové, prakové, ovínadlové, z pružnej sieťoviny a imobilizačné (Príloha č 3).



Obr. 53

Kontrolné otázky z predmetu Prvá pomoc

- Definujte základnú laickú prvú pomoc.
- Ako nazývame prvú pomoc nadväzujúcu na laickú prvú pomoc s použitím pomôcok?
- Aký je rozdiel v reťazi života u detí a dospelých? Kedy nemusí záchranca - laik poskytnúť prvú pomoc (z trestného zákona 300/2005 Z.z.)?
- Ktoré poradie priorit poskytovania prvej pomoci je správne?
- Ktoré stavy patria medzi život ohrozujúce stavy?
- Dusenie telesom je život ohrozujúci stav. V ktorej oblasti sa teleso zakliní?
- Popíš Gordonov manéver.
- U ktorých ľudí sa Heimlichov manéver nevykonáva?
- V čom spočíva prvá pomoc ak dusiaci človek upadá do bezvedomia a prestáva dýchať?
- Veľké vonkajšie krvácanie vieme zastaviť, len ak máme po ruke obväzy. Je tento výrok pravdivý?
- Kedy aplikujeme tlakový obväz?
- Z čoho pozostáva prvá pomoc ak sa v rane nachádza kúsok skla, ktorý odskočil z rozbitého okna?
- Definujte bezvedomie.
- Vymenujte základné životné funkcie.
- Vymenujte základné spôsoby vyšetrenia vedomia postihnutého.
- Čo môžeme vyšetriť u pacienta ak použijeme: oslovenie, manipuláciu a bolestivý stimul?
- Akým iným spôsobom môžeme vyšetriť vedomie postihnutého?
- Čo je prioritou, ak okoloidúci nájde ležať človeka v bezvedomí?

- Dospelý človek ležiaci v hustom poraste, je v bezvedomí a nedýcha. Čo urobíte ako prvé?
- Prečo je dôležité správne zhodnotiť, či postihnutý dýcha?
- Čo je účelom zotavovacej polohy?
- Pri akých stavoch postihnutia by ste aplikovali zotavovaciu polohu?
- Ako by ste uvoľnili zapadnutý jazyk vdýchacích cestách?
- V akej polohe hlavy prevádzame dýchanie z úst do úst?
- Určte správne miesto masáže srdca u dospelého.
- Akým spôsobom by ste oživilí srdce človeka, ktorý je v bezvedomí a nedýcha?
- Aký je pomer stláčania hrudníka a umelého dýchania z úst do úst u dospelého človeka?
- Aké telefónne číslo voláme ak sme v núdzi?
- Postihnutý je v šoku v dôsledku veľkého vonkajšieho krvácania na hornej končatine.
- Aký postup prvej pomoci zvolíte?
- Popíšte protišokovú polohu.
- Ako najčastejšie laik ošetruje zlomeninu hornej končatiny?
- Z čoho pozostáva prvá pomoc pri epileptickom záchvate?

11. OPATROVATEĽSKÉ TECHNIKY

Nasledujúca kapitola je venovaná opatrovateľom ako stručný návod na opatrovanie klienta, starostlivosť o jeho posteľ, prostredie, hygienu, podporu sebaobslužných činností, aktivizáciu klienta, starostlivosť o jeho odpočinok a spánok.

11.1 Starostlivosť o posteľ

Opatrovanie klienta pripútaného na posteľ je nielen únavné a náročné na čas opatrovateľa, okrem toho je to aj frustrujúce a obmedzujúce pre samotného klienta. Preto má byť posteľ pohodlne upravená a bezpečná pre opatrovateľa.

Prispôsobenie, umiestnenie a vybavenie postele

Posteľ musí mať správnu výšku, šírku, a musí mať opatrovateľ prístup z oboch strán postele. Matrace by mali mať tiež dostatočnú výšku, aby sa nemusel opatrovateľ nízko skláňať nad klienta a šetril si chrbticu. Posteľ je vhodné umiestniť ďalej od steny, aby sa mohol opatrovateľ ľahko pohybovať okolo postele. Postele v nemocnici majú dĺžku 200 cm, šírku 95 cm a výšku podľa možnosti nastaviteľnú, polohovateľnú. Posteľ na opatrovanie klienta v domácom prostredí by mala byť z čo najväčšej časti podobná tej nemocničnej (pozri obr. 54). Posteľ má byť vybavená aj v domácom prostredí matracom, prikrývkami, vankúšmi, gumenou podložkou (pre prípadné pošpinenie postele), posteľnou bielizňou, vhodná je stolička k posteli na sedenie pacienta a nejaký stolík na veci klienta.



Úprava postele

Ak je potrebné vymeniť posteľnú bielizeň, opatrovateľ požiada klienta, aby z postele vstal. Ak to nie je možné, pomôže mu na stoličku, ak nie je možné ani to, musí opatrovateľ vymeniť posteľnú bielizeň s klientom na posteli. Existuje niekoľko metód úpravy postele a výmeny bielizne: po *dĺžke* (z jednej strany postele ku druhej) a po *šírke* (plachta sa roluje od čela postele k dolnej časti). Posteľ sa upravuje buď prázdna alebo s klientom. Ak sa nedokáže klient na posteli otočiť, dá ho opatrovateľ sadnúť, špinavú bielizeň zroluje pod jeho chrbát a nahradí ju čistou. Úprava prázdnej postele je najľahšia. Pri akomkoľvek druhu úpravy je potrebné dodržať určité zásady, ako sú vetranie izby, súčasti postele odkladať na kreslo alebo stoličku, pri manipulácii s bielizňou sa nedotýkať svojho odevu a zbytočne ňou nenatriasali a nešírili infekcie. Špinavú posteľnú bielizeň nedávať na zem, ale do nejakého prenosného koša, postupovať od hlavovej k nožnej časti postele, venovať zvýšenú pozornosť základu postele. Hlavnou zásadou je, aby posteľná bielizeň bola dobre napnutá, suchá, čistá a neprispievala k vzniku preležanín.

Príprava seniora: oboznámenie seniora, požiadanie o spoluprácu, zabezpečenie pohodlia seniora a bezpečnosti.

Pomôcky dopĺňajúce posteľ

Patria tu všetky pomôcky, ktoré pomôžu opatrovateľovi a klientovi zmenu polohy na posteli (*podpera, opory nôh, vrecká s pieskom, stehnový a lýtkový panel, dlahy, kvádre, kocky*), znížia tlak na jednotlivé časti tela (pozri Obr. 17a-f), uľahčia pohyb na posteli i manipuláciu s klientom (hrazdička, rebríček, uzdička - Obr. 56a, 56b), ako aj pomôcky chrániace klienta pred pádom (bočnice) a zvyšujúce pohodlie klienta (jedálenský stolík, schodíky - Obr. 55, 56).

Obr. 55



Obr. 56a



Obr. 56b



Pomôcky pri pohodlí



Obr. 56



Posúvanie, obracanie, posádzanie a prenášanie klienta

Ak sa klient zosunie smerom dole k čelu postele, je potrebné upraviť jeho polohu. Ak potrebuje opatrovať klienta otočiť na posteli, spolupracujúceho a pokojného klienta otáča smerom od seba (Obr. 57). Ku klientovi s poruchami vedomia je nutné si zobrať pomocníka. Prenášanie ťažkého klienta je náročné, opatrovať bude potrebovať pomoc. Zvyčajným dôvodom prenášania klienta je úprava postelnej bielizne, ale ak je opatrovať sám, bielizeň mení s klientom na posteli. K posádzaniu klienta použije opatrovať pomôcky z obrázkov 58 a 59, za účelom upravenia oblečenia, vankúša či vyšetrenia klienta lekárom. Zásady manipulácie s klientom:

- vždy si dopredu premyslieť spôsob manipulácie s klientom a účel pohybu,
- ak klient môže, vyzve ho opatrovať k spolupráci,
- opatrovať dbá na bezpečnosť klienta, aj svoju,

Pri pohybe s klientom opatrovať prenáša hmotnosť svojho tela na predkročenú dolnú končatinu, aby si nepoškodil chrbticu (Kontrová et Kristová, et al., 2006).



Obr. 57



Pomoc pri sadaní v posteli



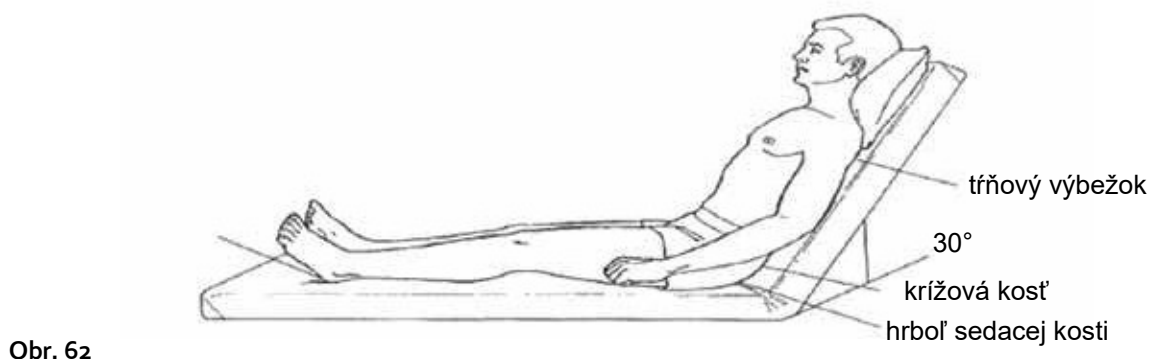
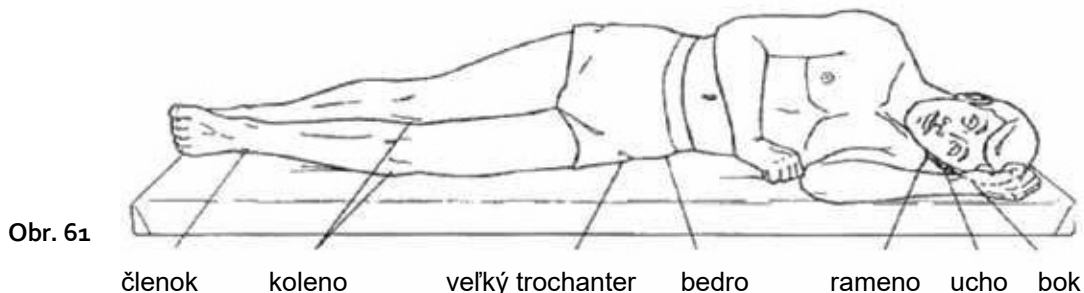
Obr. 59

11.2 Preležaniny (dekubity) a polohovanie klienta

O polohovaní a o pomôckach potrebných k polohovaniu, nácvik chôdze, nácvik presunu z invalidného vozíka sme si písali pri kapitole 8. Problematiku preležanín si však tému priblížime v tejto podkapitole. **Cieľom polohovania klientov je prevencia vzniku preležanín a vzniku imobilizačného syndrómu** (pozri *podkapitola 5.3 - Špecifické geriatrické syndrómy*). Normálna pokožka je suchá, čistá, dostatočne prekrvená, má prirodzenú ružovú farbu. Pokožka nie je otláčená od bielizne, podráždená, začervenaná a zapálená. Klient nepocituje na ohrozených miestach pálenie, mravčenie, bolesti. Pokožka u inkontinentných chorých je dlhodobo dráždená močom a stolicou. Vznikom dekubitov sú ohrození:

- klienti s poškodením centrálného nervového systému - poranenia miechy, mozgu, náhla mozgová cievna príhoda,
- ležiaci klienti,
- klienti anemickí, kachektickí - so zmenenou výživou,
- klienti v septickom stave,
- klienti – seniori: apatickí, nespolupracujúci.

Už sme si spomínali v kapitole o rehabilitácii, že najviac dekubitmi ohrozenými miestami tie časti tela, ktoré sú najviac vystavené tlaku na podložku, **tzv. predilekčné miesta**. Sú to väčšinou miesta nad kostnými výčnelkami, miesta, kde je menej tukového tkaniva. Polohovaný klient do rôznych polôh je ohrozený vznikom dekubitu na rôznych miestach. **V supinačnej polohe** sú ohrozené najmä miesta označené na Obr. 60, v latentnej polohe na Obr. 61 a vo **Fowlerovej polohe** na Obr. 62:



Príčiny vzniku preležanín

Za príčiny vzniku dekubitov sa považujú vonkajšie a vnútorné faktory. K vonkajším faktorom patrí:

- **Priamy tlak** - preležaniny sú spôsobené neprerušovaným tlakom, ktorého výsledkom je uzatvorenie kapilár a tým neprekrvenie oblastí. Preležaniny sú častejšie nad kostnými výčnelkami, koža a podkožie sú stisnuté medzi kostnými výčnelkami a tvrdou podložkou. Poškodenie pôsobením tlaku sa objavuje behom dvoch hodín, spôsobuje nedokrvenie a poškodenie mikrocirkulácie.

- **Trenie a trhacia sila** - Trhacia sila sa objavuje tam, kde sa s klientom nesprávne manipuluje, napríklad sú ťahané po lôžku miesto toho, aby boli zdvihnutí nad matrac. Povrchové kožné bunky sa odlupujú a pokožka sa stáva náchylnejšou na trhliny. Častejšie sa to stáva u starších klientov, pretože u nich dochádza k strate elastickej, čo má za následok minimálnu poddajnosť a stratu elasticity kože. Nižšie položené svalové vlákna a bunky pokožky sa trhajú, vzniká koagulačná kaskáda, tým krvná zrazenina a porucha mikrocirkulácie.

- **Vlhkosť** - spôsobná močom, stolicou najčastejšiu u inkontinentných klientov, znížením odolnosti kože. Za vnútorné faktory možno považovať akékoľvek systémové okolnosti, ktoré obmedzujú periférnu, vaskulárnu cirkuláciu napríklad obličkové zlyhanie, srdečné zlyhanie, diabetes mellitus, terminálne stavy, zvlášť kachektický klient, imobilita, ktorá je výsledkom fyzickej choroby (postihnutie - úraz alebo výsledok psychického stavu). Zvýšená telesná teplota urýchľuje metabolizmus, čo zvyšuje potrebu dodávky kyslíka do buniek. Prejavuje sa to aj v oblasti vystavenej tlaku. Anémia - nedostatok hemoglobínu v krvi, ktorý je potrebný na prenos kyslíka.

Patológia preležanín

V stlačených tkanivách klesá krvný prietok a zásobenie kyslíkom. Dôsledkom toho je pokles kyslíka a vysoká hladina oxidu uhličitého (CO₂) v koži. Tento stav vyvoláva kyslosť tkaniva a rozšírenie ciev v postihnutej oblasti, čo sa klinicky prejaví ako ostro ohraničené kožné začervenanie, čiže preležanina (dekubitus) prvého stupňa. Neokysličené tkanivo pri dlhšom trvaní viac ako 2 hodiny, podmieňuje odumretie kožných buniek, čo sa manifestuje ako kožný defekt – preležanina 2. stupňa. Pri dekubite 3. stupňa sú postihnuté aj podkožné tkanivá. 4. štádium poškodenia je charakterizované postihnutím celej hrúbky kože, svalstva až odhalením kostných štruktúr.



Obr. 63

Stupne preležanín

Začervenanie pokožky: 1. stupeň - je zapríčinené nedostatočným prekrvením tkaniva, hromadenie kyslíkových látok, vzniká trombóza drobných kapilár. Vzniká ohraničený erytém. Ak zatlačíme a uvoľníme postihnuté miesto, farba pokožky sa nemení. Pacient toto začervenanie vníma ako svrbenie, či pálenie. Je nepokojný, poprípade škriabe postihnuté miesto (Obr. 63).



Obr. 64

Tvorba pluzgierov: 2. stupeň - poškodené bunky v oblasti erytému sú kontinuálne komprimované. Vylučujú intracelulárnu tekutinu, ktorá je ohraničená do pluzgiera. Nešetrným polohovaním (trenie o posteľ môže dôjsť k prasknutiu tohto pluzgiera a vzniká tretie štádium - otvorená rana - odhalenie podkožia (Obr. 64).



Obr. 65

Otvorená rana - odhalenie podkožia - 3. stupeň - klient toto štádium tvorby dekubitu už necíti. Odhalí sa podkožie a vytvorí sa otvorená rana, môže sa stať že poškodenie prerastá až do zamše a podkožného väziva. Deštrukcia sa šíri ďalej na svaly a kosti (Obr. 65). Nekróza - 4. stupeň - je charakteristická svojou čiernou farbou, je ohraničená a okraje nekrózy sú červené, zvyčajne zapálené. Toto nekrotické tkanivo môže mať rôznu hĺbku podľa toho, ktoré časti kože zasiahla. Je to neživé tkanivo, pacient ho necíti a zvyčajne sa odstraňuje chirurgicky (Obr. 66).



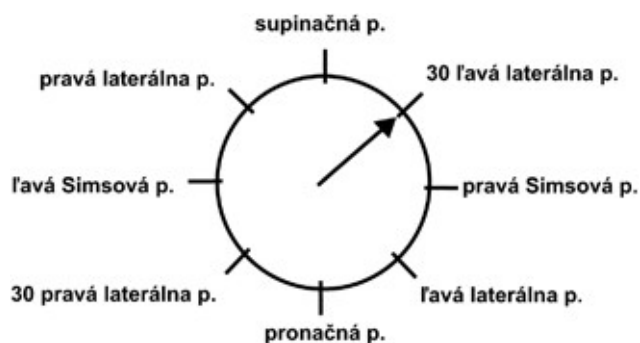
Obr. 66

Podľa mechanizmu vzniku delíme dekubity na povrchové (majú svoju postupnosť zvrchu nadol, čiže začervenanie na povrchu kože, odrenina, pluzgier - otvorená rana - nekróza) a hlbkové (vznikajú zväčša pôsobením štiepných síl a tlaku; poškodenie sa šíri z hĺbky smerom nahor v oblasti nad kostnými výčnelkami) dekubity.

Prevenia preležanín

Prevenia znamená predchádzanie vzniku preležanín. Môžeme ju uskutočňovať rôznymi metódami. K základným metódam prevencie preležanín patrí polohovanie klienta podľa polohovacích hodín (Obr. 67), ktoré má veľký význam v prevencii proti vzniku dekubitov klienta v bezvedomí, s poruchou centrálného nervového systému a pacienta imobilného je potrebné polohovať 2- 3 hod., čím sa odľahčujú komprimované miesta, ktoré sa potom pomaly prekrvujú.

Opatrovateľ musí vedieť správne polohovať a najšť predilekčné miesta, klienta po posteli nešúcha, poriadne napne plachty, sleduje stav pokožky. Pri ošetrovaní a prevencii preležanín sa využívajú antidekubitárne pomôcky: antidekubitové podložky pätové, lakťové, kolenné (protektory), na lôžko antidekubitárny matrac (Obr. 68), penové podložné kolieska, klíny.



Obr. 67



Obr. 68

Klient pri vedomí, orientovaný sa udrží na boku a polohu si sám upravuje. Klient v bezvedomí padá vlastnou váhou buď dopredu alebo dozadu. Polohu mu opatrovateľ zabezpečí pomôckami. Laterálna poloha na boku ľavom či pravom, vyžaduje podopieranie hlavy vankúšom, podopieranie chrbta napríklad molitanom, medzi dolné pokrčené končatiny vložíme vankúš, aby sa netreli dve kožné plochy. Ruku na ktorej pacient neleží podoprieme vankúšom, aby bola vo výške hrudníka. Simsova poloha - polobrucho sa podobá sa zotavovacej polohe. Pri tejto polohe je tiež potrebné zabezpečiť pacienta pomôckami. Pod hrudník a hlavu podložíme vankúš a opäť dolné končatiny zabezpečíme tak aby sa netreli dve kožné plochy. Fowlerova poloha. Klient v polosede musí mať v posteli debničku, aby sa mohol podopierať nohami a tým zabezpečiť telo proti šmyku. Pod krížovú časť treba podložiť vankúš, tiež pod kolená.

V rámci prevencie preležanín je veľmi dôležitá samozrejme **starostlivosť o pokožku** a dôležitú úlohu zohráva práve jej **hygiena**. Opatrovateľ pokožke a jej hygiene venuje zvýšenú pozornosť. Pokožka musí byť vždy čistá a suchá, má byť chránená pred dráždením a maceráciou močom či stolicou. Pri umývaní klienta opatrovateľ sa vyhýba používaniu dráždiacich sprchovacích prípravkov, ktoré vedú k vysušaniu pokožky. Po umytí, opatrovateľ dobre pokožku tela osuší, ale nie drsným spôsobom! Počas kúpeľa a polohovania klienta opatrovateľ si všíma akékoľvek zmeny na koži a náznaky vzniku preležanín. Aby pokožka nezostala suchá a nepopraskala, je potrebné ju dobre premasírovať a nakrémovať. K premasírovaniu sa môžu používať masážne masti s obsahom mentolu. Masáž vykonávame krúživým pohybom končekmi prstov v oblasti lopatiek, krížovej časti a na výčnelkoch bedrovej kosti. Túto masáž môže opatrovateľ vykonávať ak erytém po uvoľnení tlaku vymizne. Kontraindikáciou masáže je druhé, tretie a štvrté štádium dekubitu, lebo postihnutá oblasť má postihnutú kapilárnu cirkuláciu. Ďalšou časťou prevencie je **rehabilitácia pacienta na posteli**, ktorá zahŕňa cvičenia končatín. Pravidelné cvičenia prevádza rehabilitačná sestra ráno a poobede, prípadne poučený opatrovateľ. Rehabilitáciu sa rozprúdi krv v celom tele a tým je lepšie prekrvenie pokožky. Zabráni sa atrofii svalstva a podnecujú sa nervové zakončenia. Predchádza sa aj trombóze dolných končatín. **Výživa** taktiež zohráva významnú úlohu v prevencii dekubitov. Dlhšie trvajúca neadekvátna výživa zapríčiňuje stratu hmotnosti, tukového podkožného tkaniva a svalovú atrofii. Strava musí byť bohatá na bielkoviny, zinok a vitamín C, aby sa nespomalila prekrvenie tkanív a metabolizmus buniek, neznížila sa elasticita kože.

Zmena polohy v posteli



Liečba preležanín

Preležaniny predstavujú zložitý ošetrovateľský problém, pretože je veľa faktorov, ktoré ovplyvňujú ich priebeh (rizikové faktory, typy vredov, stupeň poškodenia), ale našťastie je aj celý rad liečebných postupov na ich riešenie. Najzávažnejšou komplikáciou je infekcia. Pri liečbe preležanín sa uplatňuje konzervatívna liečba, ktorá je v kompetencii sestry. Tá následne poučí opatrovateľa, ktorý v starostlivosti pokračuje. Ďalej je to chirurgická operačná liečba, pri ktorej sa odstraňuje nekrotické tkanivo až kým sa neukáže živé ružové tkanivo. Tento výkon prevádza výlučne lekár.

11.3 Starostlivosť o hygienu klienta

Osobná hygiena je starostlivosť o seba samého, je zameraná na udržiavanie zdravia a je podmienená hodnotami a zvyklosťami jedinca (Kontrová, Kristová et al., 2006). Starostlivosť o hygienu je dôležitá z niekoľkých hľadísk:

- preventívno – zdravotného: zabránenie vzniku chorobných zmien, sparenín a preležanín;
- psychického – čistota znamená úľavu, spokojnosť a uvoľnenosť;
- estetického – zápachajúci klient potom a nečistotou pre okolie znamená problém;
- vypestovania hygienických návykov – pravidelnosť osobnej hygieny, najmä u seniorov.

Starostlivosť o osobnú hygienu klienta je plánovaná. Medzi úkony dennej hygieny klienta patrí:

- starostlivosť o osobnú a posteľnú bielizeň,
- starostlivosť o ruky klienta,
- starostlivosť o hygienu ústnej dutiny,
- ranné, večerné umývanie, celkový kúpeľ,
- česanie a úprava nechťov,
- umývanie vlasov.

11.3.1 Starostlivosť o osobnú a posteľnú bielizeň

Starostlivosť o **posteľnú bielizeň** je zahrnutá pri úprave postele. Vieme, že musí byť suchá, čistá, dostatočne veľká. Starostlivosť o **osobnú bielizeň** nie je náročná pre opatrovateľa, ak je klient v tejto oblasti samostatný. Iná situácia nastáva vtedy, keď klient nie je samostatný. Opatrovateľ musí všetky kusy oblečenia (aj podľa želania klienta) prichystáť, a po vykonaní umývania alebo celkového kúpeľa, výmene postelnej bielizne, začne obliekať samotného klienta. Rešpektuje fakt, ak klient chce niektoré úkony obliekania vykonať sám, resp. vyzýva klienta k spolupráci. Pri výbere oblečenia treba pamätať na to, do akej miery veľké je postihnutie klienta, aby oblečenie klienta neobmedzovalo v pohybe, netlačilo (gombíky, spony, zips) a bolo ľahko vymeniteľné pri znečistení odevu. Ak opatrovateľ bude musieť kupovať klientovi oblečenie, po dohode s ním alebo rodinou klienta, ako aj podľa financií klienta, kupuje vhodné pohodlné oblečenie. Po ruke musí mať dostatok kusov oblečenia na výmenu pri znečistení (kŕmenie, močenie, stolica). Odev klienta musí byť čistý a esteticky upravený.

11.3.2 Starostlivosť o ruky klienta

Chodiaci klient sa o ruky stará sám, sám si ich umýva pod tečúcou vodou a s mydlom po rôznych činnostiach ako je jedenie, vyprázdňovanie. Ležiacemu klientovi opatrovateľ musí asistovať pri umývaní rúk klienta alebo ich sám umyť. Opatrovateľ bude potrebovať umývadlo s teplou vodou (alebo lavór), mydlo, uterák, kefkú a krém na ruky.



Obr. 69

11.3.3 Starostlivosť o hygienu ústnej dutiny

Ranná a večerná toaleta sa začína umývaním zubov a ústnej dutiny klienta. Avšak ak klient dokáže sám, umyje si ústnu dutinu sám. Ak potrebuje pomoc, opatrovateľ mu prichystá všetky potrebné pomôcky (zubnú kefkú, pastu, medzizubné kefkú, zubnú niť, pohár, nádobu na vyplúvanie, servítky, slamku na pitie). Ale vysoká telesná teplota, úraz, NCMP, bezvedomie, terminálne štádium alebo akýkoľvek iný dôvod, prečo si klient nemôže umyť ústnu dutinu a zuby sám, vznikajú rôzne povlaky, afty a zápalové zmeny v ústnej dutine. Opatrovateľ si k toalete dutiny ústnej pripraví: vatové štetôčky obalené mulom, prípadne mulové tampóny, nejakú pinzetu alebo peán na uchytenie tampónu, jednorazové rukavice, roztok boraxglycerín alebo borovej vody, prípadne ústnu vodu typu Corsodyl, nejakú podložku či uterák na ochranu klienta pred znečistením, ústnu lopatku, nádobu na čistiace roztoky (Obr. 69).



Obr. 70

Postup: Opatrovateľ si navlečie rukavice, do nádoby dá čistiaci roztok, tampón v peáne/pinzete alebo štetôčku namočí do roztoku, jemne osuší o okraj nádoby, roztvorí ústa klienta (alebo ho o to požiada ak je pri vedomí) a jemnými pohybmi čistí ústa, kým nebudú ústa čisté od povlakov. Potom okolie úst osuší, natrie boraxglycerínom alebo nejakým balzomom na pery.



Obr. 71

Domáca starostlivosť o protézy nie je komplikovaná, zvyčajne sa zubná protéza čistí dva razy za deň. K čisteniu sa používajú rôzne kefký na protézy (Obr. 71), čistiace gély a nádoby. Večer by si klient protézu mal odložiť do nádoby na to určenej (Obr. 70). K tomu je vhodné používať čistiace roztoky, ktoré obsahujú kyselinu citrónovú a eukalyptový olej, ktorý počas noci povrch protézy perfektne ošetrí. Pozornosť by sa mala venovať aj ďasnám, ktoré sú kvôli protéze často pod tlakom. Vhodné je masírovať ich a používať aj špeciálne kefký určené na čistenie ďasien, sú to kefký s veľmi jemnými, mäkkými štetinkami, ďasná čistíme krúživým pohybom od stredu k okrajom.

11.3.4 Ranné a večerné umývanie, celkový kúpeľ

Nadväzuje na toaletu ústnej dutiny. Opatrovateľ si musí dopredu a po ruke pripraviť všetky potrebné pomôcky, zabezpečí súkromie klienta, vhodnú teplotu izby, upozorní klienta s výkonom, prípadne ho hneď aj požiada o spoluprácu (ak klient vládze, môže). Opatrovateľ si pripraví (Obr. 72): mydlo/sprchovací šampón, jednorazové rukavice, uteráky/osušky, vatové štetôčky do uší alebo nosa, špongie na umývanie/žinky, 2x umývadlo (lavór), pemzu, hrebeň, nožničky a pilník na nechty, masážnu emulziu/olej na



Obr. 72

natieranie pokožky a masáž chrbta, pyžamo/oblečenie pre klienta, zásteru na ochranu odevu opatrovateľa, holiace potreby pre muža, posteľnú bielizeň, prípadne pomôcky na umývanie vlasov. Postup: opatrovateľ si umyje svoje ruky, nasadí si rukavice, zásteru. Ak vykonáva toaletu klienta v kúpeľni pod sprchou alebo vo vani, používa pomôcky ako sú sedačka do vane alebo pod sprchu, či stoličku k toalete (Obr. 73a, b, c). Ak umýva klienta na posteli, zabezpečí vhodnú teplotu izby a súkromie. Klienta odhaluje postupne, neodkrýva ho celého. Klienta umýva od hlavy k päťam. Ako posledné umýva genitálie. Navlhčí špongiu alebo bavlnenú žinku a čistou vodou umyje tvár, krk klienta. Oči umýva od vnútorného k vonkajšiemu kútiku. Potom do vody dá sprchovací šampón, a pokračuje v umývaní rúk, podpazušia, hrudníka, prsníkov, brucha, pliec. Podľa možností otočí klienta a umyje chrbát a sedáciu časť tela. Potom umyje dolné končatiny. Nakoniec umýva genitálie, dôkladne. Vodu v umývadle/ lavóre mení podľa znečistenia. Klienta nakoniec opláchnie rovnakým postupom čistou vodou bez šampónu, hneď ho osuší, nedrhne pokožku. Následne pokožku ošetrí emulziou, krémom a premasíruje. Klienta prikryje, prelečie posteľnú bielizeň podľa stavu znečistenia a oblečie klienta buď do pyžama alebo denného oblečenia.



Obr. 73a

Obr. 73b



Pomoc pri holení



Obr. 73c

11.3.5 Umývanie vlasov

Opatrovateľ klientovi vlasy umýva podľa jeho želania alebo aspoň dva razy za týždeň. Chodiaci klient si vlasy dokáže umyť sám, alebo s pomocou opatrovateľa v kúpeľni. Ležiacemu klientovi opatrovateľ vlasy umyje sám. Pripraví si: umývadlo/lavór, nádobku (krčah) na zlievanie vlasov, šampón na vlasy, uteráky, hrebeň, zásteru na ochranu odevu opatrovateľa a podložku na ochranu klienta a postelnej bielizne (Obr. 74). Opatrovateľ si pripraví aj klinovú podložku alebo vankúš na podloženie krku klienta. Zvolí vhodnú teplotu vody. Po umytí vlasov opatrovateľ zabalí vlasy do uteráka, jemne osuší, rozčesá, prípadne použije fén.



Obr. 74



11.4 Starostlivosť o vyprázdňovanie klienta

Pravidelné vyprázdňovanie hrubého čreva - vylučovanie stolice a močového mechúra - vylučovanie moču, prispievajú k udržiavaniu dobrého zdravotného stavu. Vylučovanie stolice je to reflexný proces a ak má s ním má klient problémy, má pocit plného brucha, necíti sa dobre, sťažuje sa na tlak v bruchu, trpí nechutenstvom, je napätý, podráždený a ťažšie sa mu dýcha. Ak klient nie je schopný sa vyprázdniť sám, čiastočne imobilný sa vyprázdni do pojazdného WC (Obr. 76) alebo do podložnej misy (Obr. 75).



Obr. 75



Obr. 76

Vylučovanie moču. Ležiaci klient pri vyprázdňovaní moču potrebuje asistenciu. Močí do podložnej misy alebo do močovej fľaše z plastu (Obr. 77). Je formovaná tak, že umožní vloženie penisu do hrdla fľaše a zber moču, resp. priloženie hrdla na genitálie ženy pred vyústenie močovej rúry, aby sa moč z močového mechúra dostal do fľaše.

Správny postup podkladania močovej fľaše, resp. podložnej misy zabezpečí opatrovateľ tak, že sa klient v zmenenom fyzickom prostredí (na posteli) vyprázdni napriek psychickým a spoločenským obmedzeniam. Podkladanie podložnej misy je odborným postupom vtedy, keď klient (napr. po NCMP) nedokáže komunikovať, nevie vyjadriť potrebu. Vypracovanie režimu vyprázdňovania podstatne ovplyvní kvalitu života klienta a osôb, ktorého ošetrujú. Opatrovateľ musí správne zhodnotiť a rozhodnúť sa, či je potrebná pomoc ďalšej osoby na podloženie a vybratie podložnej misy. Dôrazne dbá na prevenciu poškodenia, porušenia celistvosti kože na chrbte, zadku a stehnách klienta pri manipulácii s podložnou misou. Zabezpečí primeranú teplotu misy tak, že ju pred podaním ohreje prúdom tečúcej teplej vody. Studená podložná misa môže byť prekážkou vymočenia, vylúčenia stolice. Horúca podložná misa môže byť príčinou poškodenia kože, najmä u klientov s ochrnutím, ktorých citlivosť na chlad a teplo je oslabená alebo žiadna.



Obr. 77

Podkladanie podložnej misy u ležiaceho klienta. Klient, ktorý aktívne spolupracuje, pokrčí dolné končatiny v kolenách, oprie sa o chodidlá (päty) a chrbát a nadvihne panvu. Opatrovateľ zasunie pravú hornú končatinu pod chrbát pacienta, lakeť oprie o podložku - posteľ, predlaktím nadvihne chrbát klienta a vloží podložnú misu ľavou rukou pod obe polovice zadku tak, aby nižší a zúžený koniec misy smeroval k hornej časti trupu a úchopová časť k dolným končatinám. Dbá na to, aby sa do misy nedostali časti odevu či postelnej bielizne. Podľa potreby zabezpečí posteľ bočnicami. Poskytne dostatok času na vyprázdnenie. Vyprázdňovanie na posteli spôsobuje zápach v izbe, ktorý treba odstrániť vetraním a osviežovačom vzduchu.

Podkladanie podložnej misy u ležiaceho nepohyblivého klienta. Opatrovateľ zaujme polohu čelom k posteli, mierne predkročí, položí ruky pod chrbát a panvu klienta a ťahom ho otočí na bok. Priloží mu podložnú misu na zadok tak, aby jej znížený a zúžený koniec smeroval k hornej časti trupu a úchopová časť k nohám. Potom opatrne, pomaly otočí pacienta z polohy na boku do polohy v ľahu na chrbte na podložnú misu.

Vyberanie podložnej misy u aktívne spolupracujúceho klienta. Opatrovateľ požiada klienta, aby pokrčil dolné končatiny v kolenách, zaprel sa o chodidlá a chrbát a zodvihol panvu, aby mohol opatrovateľ ľahšie vybrať podložnú

misu. Na zamedzenie zápachu ju ihneď zakryje nepriedušnou tkaninou či vrchnákom, čím navyše limituje nepríjemné pocity zahanbenia klienta, ktoré vyprázdňovanie na posteli zvyčajne sprevádzajú. Zabezpečí hygienu genitálií a anusu opláchnutím alebo umytím.

Vyberanie podložnej misy u ležiaceho nepohyblivého pacienta. Opatrovateľ podsunie ľavú ruku pod panvu klienta a pravou rukou uchopí pevne držadlo podložnej misy. Jemne a opatrne obráti klienta do polohy na boku. Vyberie podložnú misu, zakryje a položí ju na bezpečné miesto pod posteľ. Pokračuje v úprave polohy a hygienickej starostlivosti o klienta, aplikuje osviežovač vzduchu. Podložnú misu vyprázdni do WC, umyje a vydezinfikuje.

11.4.1 Ošetrovanie kolostómie

Ošetrovanie kolostómie po získaní dostatočných vedomostí a zručností nie je vôbec náročné. Kolostomici sú zvyčajne pred odchodom z nemocničného zariadenia adekvátne poučení o ošetrovaní kolostómie a sú im odporúčané vhodné pomôcky a pomoc pri riešení ťažkostí. Existujú rôzne stomické kluby, kde sa klienti učia starať o svoju stómiu. Opatrovateľ sa po príchode do domácnosti klienta musí čo najskôr oboznámiť a naučiť starať sa o danú stómiu klienta. Ku kolostómii sa používajú zberné vrecká rôznej veľkosti, pasty, vlhčené utierky a masti na ošetrovanie okolia stómie. Potrebovať bude aj nožnice, gázu, vymeriavaciu šablónu. Presný postup ošetrovania s názornou ukážkou na svojich webových stránkach ponúka Slovenské združenie stomikov SLOVILCO a ktorý si môžete pozrieť v prílohe 4.

11.4.2 Starostlivosť o inkontinentného klienta

K starostlivosti o inkontinentného klienta potrebuje opatrovateľ použiť vhodné pomôcky, ktoré majú dobrý sací charakter. Ide o rôzne druhy plienok, vložiek, nohavičiek (Obr. 78). Opatrovateľ dbá na dôkladnú hygienu a starostlivosť o pokožku s použitím vhodných prostriedkov.



Obr. 78

11.5 Starostlivosť o stravovanie klienta

V zásade platí, že každý človek si jedlo viac vychutná, keď je pekne upravené jedlo aj prostredie, v ktorom stoluje. Senior si preto tiež zaslúži, aby stoloval v príjemnom prostredí. Pri príprave jedla je nutné dodržiavať zásady hygieny a prevencie nákaz prenosných jedlom. Opatrovateľ pri podávaní jedla sa správa slušne, trpezlivo, nekonfliktne, usmieva sa. Snaží sa udržiavať samostatnosť klienta pri jedení a pití. Rešpektuje požiadavky klienta: počúvanie hudby, kvety na stole, otvorené okno, nejaká vôňa z vonnej lampy, či len niečia spoločnosť pri jedle (aj práve opatrovateľova).

Pred podávaním stravy opatrovateľ klientovi upraví polohu, ak to potrebuje, zabezpečí hygienu ústnej dutiny a rúk, ako aj postará sa o úpravu zovňajška seniora pri nejakých spoločných raňajkách, obedoch či večerách. Ak je klient ležiaci, zabezpečí jedálenský stôl a primeranú pohodlnú polohu pri jedení. Ak je klient ležiaci a neschopný sa sám najesť, opatrovateľ si dá stoličku vedľa postele alebo kresla, vyhradí si dostatok času na kŕmenie. Po ruke má hygienické utierky, pohár vody na opláchnutie úst klienta. Je vhodné, aby opatrovateľ pri kŕmení sedel oproti klientovi, aby klient mohol vidieť všetky pohyby, gestá, výzvy zo strany opatrovateľa. Tomu prislúcha aj adekvátne správanie sa opatrovateľa pri kŕmení. Počas jedla opatrovateľ ponúka tekutiny podľa želania klienta. **Po skončení kŕmenia zabezpečí opatrovateľ** umytie rúk, opláchnutie úst, zaujatie odдыхovej polohy.

Ak opatrovateľ kŕmi klienta cez sondy, podáva sondovú stravu pomocou Janettovej striekačky do sondy v rozpísanom množstve a nakoniec sondy prepláchnu čajom alebo vodou. (O sondách viac v podkapitole 6.4).



Hlavnú časť jedla umiestnime na ..6. hodine”.

11. 6 Starostlivosť o spánok a odpočinok klienta

Opatrovateľ by mal klientovi rozvrhnúť chvíle počas dňa tak, aby sa striedali chvíle aktivity a chvíle odpočinku. Vždy musí rešpektovať želania a zvyklosti klienta. **Miestom odдыхu seniora** môže byť napríklad kreslo na terase či záhrade. Začiatok odдыхu by mal byť stanovený na popoludňajšie hodiny v primeranej dĺžke. Pri odдыхu svoju rolu zohráva aj pohodlné oblečenie. Opatrovateľ pamätá na fakt, že v lete keď senior vstáva skôr, dopoludnie nech strávi klient vonku na nejakjej terase, jednoducho vonku. Potom, keď sa blíži obed a slnečné žiarenia

sa stupňuje, opatrovateľ berie klienta zo slnka preč, nevystavuje ho opaľovaniu. Popoludní, keď klient oddychuje v priestoroch domu alebo bytu, snaží sa podľa možností zabezpečiť príjemnú teplotu v izbe.

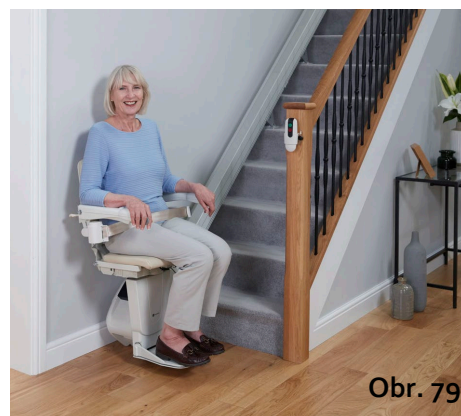
Na dosiahnutie kvalitného spánku seniora, opatrovateľ dodržiava nasledovné zásady:

- rytmus večera opatrovateľ udržiava bez stresu a napätia, chrániť klienta pred rušivými informáciami pred spaním,
- zabezpečiť fyzikálne podmienky pre spánok - teplota vzduchu, vetranie, odstrániť akýkoľvek druh hluku,
- zabezpečiť pohodlný odev na spanie, upraviť posteľ
- zabezpečiť klientovi možnosť privolania v prípade nejakej potreby či zmenu pohodlia.

Klient by mal zaspávať v suchej, čistej, upravenej posteli. Klient by mal byť pri spánku dobre zabezpečený pred pádom, s vhodným umiestnením svetla (lampy). Opatrovateľ spočiatku, kým zistí zvyky klienta, pozoruje a hodnotí čo všetko priaznivé a nepriaznivo pôsobí na spánok klienta. Ak je to možné, komunikuje s klientom, čo mu pomáha lepšie spať. Ak má klient naordinované lieky na spanie, podáva ich podľa potreby, ale obozretne!

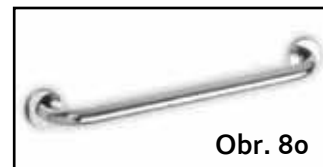
11.7 Starostlivosť o prostredie klienta

Starostlivosť o prostredie klienta sa týka najmä úpravy prostredia tak, aby pre klienta predstavovalo bezpečnosť a istotu pri pohybe a pri vykonávaní denných činností. Na seniora je nutné dávať pozor, aby si neublížil pri chôdzi (najmä do schodov), aby mu bolo teplo, mal dostatok tekutín a jedla, bol bez bolesti, neublížil si pri umývaní, vyprázdňovaní, obliekaní. Mnohé domácnosti, v ktorých sa bude opatrovateľ starať o svojho klienta, môžu byť vybavené rôznym špeciálnym zariadením (Obr. 79) a pomôckami. Opatrovateľ sa môže zmluvne dohodnúť s rodinou klienta na tom, že bude upratovať domácnosť. Pri upratovaní bude myslieť nielen na jej správnu dezinfekciu, ale aby pri upratovaní zachovať, resp. zlepšil estetiku prostredia klienta. Estetika sa týka farieb stien izby, závesov, doplnkov, kvetín, spomienkové veci klienta, vázy. S klientom spolupracuje, rovnako sa radí s rodinou klienta. Starostlivosť o prostredie v sebe zahŕňa aj vetranie izieb, zachovanie prísunu slnečného svetla, vôňa a čistota prostredia klienta.



Obr. 79

Opatrovateľ dbá na to, aby prostredie bolo pre klienta bezpečné tak, že odstráni alebo upraví koberce tak, aby sa klient nepošmykol a nepadol. O okolia klienta odstráni/posunie všetky kusy nábytku, ktoré by klientovi bránili v pohybe. Musí však pamätať na to, že ak sa už zmena raz urobí, netreba to stále meniť. Význam to má u slabozrakých alebo nevidiacich klientov, ktorí si postupne zvykajú na zmeny a riadia sa nimi. Inak by sa mohli zakopnúť a spadnúť, mať pocity neistoty a strachu. Klient musí mať poruke všetko, čo bude potrebovať k výkone jeho denných činností, oddychu, spánku, jedenie, zachovaniu tepla, a pod. Pre klientov s rôznymi psychickými zmenami (napr.: demencie) sú nebezpečné elektrické zásuvky (krytky), okná (rôzne zámky a kladky na okná). Pri pohybe pomáha dobré osvetlenie chodieb, na ktorých budú po bokoch umiestnené držadlá (Obr. 80) vo výške zodpovedajúcej výške klientovi. Kúpeľne majú byť vybavené protišmykovými podložkami vo vani, sprche, aj na dlážke, aj v kúpeli budú držadlá.



Obr. 80

11.8 Aktivizácia a zamestnávanie klienta

Jednou z mnohých činností opatrovateľa je aj aktivizácia a zamestnávanie svojho klienta. Cieľom tejto jeho činnosti je dosiahnutie alebo udržanie optimálnej úrovne telesných, psychických aktivít, aktuálnych schopností s prihliadnutím na skúsenosti a podmienky seniora. Tieto činnosti majú seniorovi spríjemniť deň, precvičovať pamäť, myslenie, motoriku rúk, zaháňať nudu a rutinu, zabrániť izolácii a nečinnosti seniora. Do činností opatrovateľ vháňa optimizmus, humor. Túto činnosť si opatrovateľ plánuje, musí vedieť čo chce dosiahnuť u klienta. V prvom rade klienta motivuje k spolupráci. Opatrovateľ prihliada aj na mobilitu klienta a tomu prispôsobuje denné činnosti pre klienta v rámci aktivizácie a zamestnávania klienta. Opatrovateľ si pred zamestnávaním klienta pripraví prostredie, pomôcky a aj samotného seniora. Činnosť nemá byť ani veľmi krátka, ani veľmi dlhá - prihliadať na únavu klienta. Aktivity smerujúce k podpore sebestačnosti a nezávislosti v pracovných činnostiach sú úprava priestoru v domácnosti, práca s hlinou, kvetmi, drevom, papierom, vlnou/niťou, textíliou, plastom, cestom - pečenie. Aktivity na podporu sebestačnosti pri fyzických aktivitách sú chôdza po rovom teréne, schodoch, do nie strmého kopca, plávanie a iné. Podpora spoločenských činností zahŕňa stretnutia v kluboch dôchodcov, s rovesníkmi, rodinnými príslušníkmi, priateľmi, rôzne výlety, exkurzie, účasť na spoločenských udalostiach. Pri kultúrnych činnostiach ide o rôzne hry, knihy, počúvanie hudby, televízie, účasť v divadle, kine, kultúrnych podujatiach, plnenie spirituálnych potrieb klienta.

11.9 Podávanie liekov

Lieky okrem životosprávy, prostredia a aktivity sú dôležitou súčasťou liečebného režimu. Lieky spadajú do dvoch kategórií: na lekársky predpis a voľno predajné lieky. Aj opatrovateľ, ktorý podáva lieky svojmu klientovi, si vždy dopredu prečíta všetky vedľajšie účinky liekov, aby ich vedel na klientovi pozorovať a včas reagovať.

Aj samotní klienti sa znova pýtajú na účinky daného lieku, preto opatrovateľ má vedieť mu poskytnúť adekvátne informácie.

Pri podávaní liekov má opatrovateľ na pamäti:

- aby podával správny liek,
- aby podal presnú dávku, podľa lekárskeho predpisu,
- aby bol dostatočne informovaný o účinkoch lieku - príbalový leták,
- aby mal liek správny expiračný čas.

Lieky sa podávajú s cieľom preventívnym (napr. očkovanie proti chrípke), diagnostickým (určenie alebo spresnenie diagnózy, zobrazenie telových dutín, overenie funkcie orgánov) alebo liečebným (odstránenie choroby, napr. antibiotiká pri zápalových procesoch, zmiernenie príznakov choroby, bolesti). Väčšina liekov sa dnes vyrába vo farmaceutických závodoch. Tieto lieky sa nazývajú špeciality. Na bežné použitie sú určené menšie balenia, pre potreby ústavných zdravotníckych zariadení sú vhodnejšie väčšie balenia. Lieky sa spravidla uchovávajú v obaloch.

Na obale lieku sú v štátnom jazyku vyznačené tieto údaje:

- názov lieku,
- zloženie lieku,
- lieková forma a množstvo,
- spôsob podania lieku,
- expiračný čas (dokedy možno liek použiť),
- komu je liek určený (pro adultis - pre dospelých, pro inantibus - pre deti),
- podmienky a spôsob uskladnenia,
- účel použitia pri lieku, ktorého výdaj nie je viazaný na lekársky predpis.

Ak uplynie doba expirácie lieku, je nutné ho odovzdať do spádovej lekárne, nikdy nevyhadzovať do koša!

FORMY LIEKOV

Lieky sa aplikujú v rôznych formách. Sú pripravené tak, aby ich forma vyhovovala spôsobu podania. Poznáme tuhé, polotuhé a tekuté formy liekov.

Tuhé formy liekov

Tablety - tabulettae (tbl.) - sa vyrábajú zlisovaním prášku spevňujúcou látkou a majú rôzne veľkosti.

Dražé - tabulettae obductae (drg.) - práškový liek je stlačený do tuhého malého disku, je potiahnutý sladkým povlakom na uvoľnenie liečivej látky až v čreve. Užívajú sa celé, bez rozhrýznutia a rozdrvenia pre nepríjemnú chuť, pretože môžu poškodzovať zubnú sklovinu.

Pastilky - pastilli - sú ploché, okrúhle či oválne prípravky, ktoré sa v ústach rozpúšťajú, čím sa uvoľňujú účinné látky.

Pilulky - pilulae (pil.) - sa pripravujú v lekární. Pilulková masa a liek sa zmiešajú do súdržného materiálu v tvare oválu, guľôčky alebo splošteného útvaru.

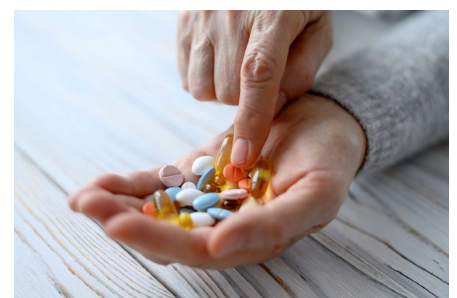
Kapsuly (tobolky) - capsulae (caps.) - tvoria obal pre prášky a tekuté lieky. Prehltávajú sa celé, liečivá látka sa z nich postupne uvoľňuje.

Zrnká - granula (gran.) - sú nepravidelné zrníčka, ktoré sa dávajú po lyžičkách.

Prášky - pulveres (pulv.) - sú sypké liečivá. Na vonkajšie použitie sú určené vo forme zásypov, na vnútornú aplikáciu sa dávajú na hrot noža, lyžičku.

Polotuhé formy liekov

Masti - unguenta (ung.) - sú prípravky zložené z jedného či viacerých liečiv v masťovom základe, ktoré sa aplikujú na kožu a sliznice.



Pasty - pastae - sú hustejšie a tuhšie ako masti. Používajú sa na ochranu kože pred mokvaním, pretože menej prenikajú cez kožu. Krémy - cremores - sú masti s vyšším obsahom vody.

Čapíky - suppositoria (supp.) - sú zmiešané liečivá v tuhom základe (napr. v želatíne).

Majú valcovitý alebo kuželovitý tvar na jednoduchšie vkladanie do telových dutín (napr. konečníka). Pri teplote tela sa rozpúšťajú a postupne uvoľňujú účinné látky.

Pošvové guľôčky - globuli vaginales - majú guľovitý alebo vajcovitý tvar. Zhotovujú sa ako čapíky a zavádzajú sa do pošvy.

Mazivá - linimenta (linim.) - obsahujú tuky, mastné oleje a mydlá. Majú gélovú konzistenciu a vtierajú sa do pokožky.

Náplasti - emplastra (empl.) - sú lepidlové prípravky nanosené na plátno. Prilepujú sa na kožu (Obr. 81).

Tekuté formy liekov

Roztoky - solutiones (sol.) - majú účinnú látku rozpustenú v rozpúšťadle, ktorým je najčastejšie voda alebo lieh.

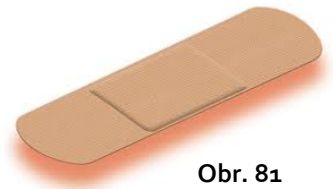
Zmesi - mixturae (mixt.) - majú viaceré účinné látky rozpustené v rozpúšťadle. Ak zmes obsahuje nerozpustnú látku, tá sa usadzuje na dno, preto sa liek musí pred použitím pretrepať.

Výťažky - extracta (extr.) - obsahujú liečivo vylúhované z drog (sušených častí rastlín) v liehu či vo vode.

Tinktúry - tincturae (tinc.) - sú liehové výluhy z rastlinných a živočíšnych drog.

Čajoviny - species (spec.) - sa pripravujú zo sušených rastlín vylúhovaním podľa návodu (Obr. 82).

Lieky v tekutej forme sa užívajú buď po kvapkách (kvapky - guttae, gtt), po lyžičkách ako sirup/suspensia.



Obr. 81



Obr. 82

ÚČINOK LIEKOV

Hlavný účinok lieku je hlavná a očakávaná reakcia, ktorá vznikla po podaní lieku. Je podmienený druhom lieku, ale aj faktormi, ktoré ho ovplyvňujú. Okrem hlavného účinku môže mať liek vedľajší, toxický účinok alebo môže vzniknúť alergická reakcia. Vedľajší účinok lieku je nežiaduci, neočakávaný, pre pacienta i nepríjemný (napr. sucho v ústach). Toxický účinok lieku je pre organizmus škodlivý. Môže byť dôsledkom predávkovania, hromadenia lieku v organizme pre porušený metabolizmus či vylučovanie. Niektoré toxické účinky sa prejavia okamžite, iné zostávajú skryté týždne i mesiace. Lieková alergia je imunologická reakcia na liek. Alergické reakcie môžu byť mierne (kožná vyrážka, opuch, svrbenie kože, nevoľnosť, vracanie) alebo vážnejšie. Najvážnejšia alergická reakcia sa nazýva anafylaktický šok a vzniká takmer okamžite po podaní lieku.

Opatrovateľ si všíma: ospalosť klienta, diétne ťažkosti, hnačky, vracanie, nevoľnosť, vyrážky, či iné neočakávané ťažkosti u klienta.

SPÔSOBY PODÁVANIA LIEKOV

Lieky sa podávajú do organizmu rôznymi spôsobmi, ktorých voľba závisí od charakteru lieku, požadovanej rýchlosti nástupu účinku, trvania účinku, veku a zdravotného stavu pacienta. Lieky sa aplikujú:

- do vlasov a vlasového vďaka
- do oka
- do nosa
- do dýchacích ciest, pod jazyk, do líca, do ústnej dutiny
- do ucha
- na kožu, do kože
- do svalu
- do žily
- do konečníka
- do pošvy
- do močovej rúry a močového mechúra
- na nechty hornej a dolnej končatiny

Vplyv potravy na účinok liekov

Potrava spomaľuje vyprázdňovanie žalúdka a zvyšuje sekréciu kyseliny chlorovodíkovej, to znamená, zníženie vyprázdňovania žalúdka zníženie absorpcie lieku. Spomalenie vstrebávania lieku má význam vtedy, ak nechceme účinok lieku ihneď, ale stačí nám hladina lieku v plazme. Pozorne čítajte príbalový leták. Vplyv tekutín na účinok lieku

Voda - prirodzená tekutina. Džús, ovocné šťavy – menej vhodné, hlavne pri zapíjaní niektorých ATB (pH 2,2-4 kyslé, pepsí, mušt, limonáda). Ovocné šťavy obsahujú K a pri podávaní kalium chloratum môže dôjsť k predávkovaniu. Mlieko – pH 6,4-6,8, vedie k zníženiu vstrebávania lieku alebo spomaleniu alebo naopak.

Vplyv alkoholu na účinok lieku

Alkohol sa v 90 % metabolizuje a v 10 % vylučuje močom, dychom, slinami. Zvyšuje sa sekrécia žalúdočných štiav a vyskytujú sa vo vysokej miere nežiaduce účinky. Kombinácia alkoholu a liekov poškodzuje pečeň a ostatné orgány.

11.9.1 Podávanie liekov cez ústa

Pri podávaní liekov sa vždy riadime inštrukciami lekára a sestry, ktorí prídu na návštevu klienta domov. Optimálne sa lieky sa trikrát denne, ráno medzi 7.00 - 8.00 h, na obed medzi 12.00 - 13.00 h a večer medzi 17.00 - 18.00 h. Pred podávaním liekov si vždy treba umyť ruky. Počas podávania liekov ich nikdy nenechávame lieky bez dozoru.

- 1) **Tablety, kapsuly, dražé** sa užívajú celé, nehryzú sa a zapíjajú sa väčším množstvom tekutiny.
- 2) **Tablety pod jazyk** sa nechajú voľne rozpustiť pod jazykom.
- 3) **Šumivé tablety** sa rozpustia vo vode (200ml).
- 4) **Granuly** sa podávajú lyžičkou, sirupy odmerkou a po prehltnutí sa zapíjajú.
- 5) **Prášok** sa rozpustí v pohári vody.
- 6) **Roztoky a kvapky** sa dávajú z fľaštičky na lyžičku alebo vody.
- 7) **Čaje** sa pripravujú podľa návodu.
- 8) **Antibiotiká** sa podávajú v presne stanovených intervaloch a ordinovaných množstvách (Kontrová et Kristová et al., 2006).

Opatrovateľ dbá, aby mal klient dost tekutín na zapitie liekov (čaj, malinovka, voda so sirupom). Podávaniu liekov vždy treba venovať dostatok času a pozornosti. Lieky treba podávať pravidelne a opatrovateľ berie ohľad na pokyny pri ich podávaní (napr. pred jedením, počas neho, po ňom). Po podaní liekov vždy sledujeme ich účinok. Klient má vždy užiť liek v prítomnosti opatrovateľa. Liek pred podaním kontrolujeme 3-krát: pri vybratí zo skrinky, pri vlastnej príprave, pri podávaní.

11.9.2 Podávanie liečivých čajov

Podávanie liečivých čajov predstavuje doplnkovú liečbu. Medzi najpoužívanejšie čaje patrí:

- a) urologický čaj (species urologicae) - pije sa vlažný v množstve 1 - 2 - krát denne,
- b) preháňavý čaj (species laxantes) - pije sa vlažný, 1 šálka večer,
- c) žlčníkový čaj (species cholagogae) - pije sa horúci 3-krát denne, 1 šálka pred jedením,
- d) pľúcny čaj (species pectorales) - pije sa vlažný 3-krát denne, 1 šálka,
- e) detský rumančekový čaj - podáva sa 2 - 3-krát denne, podľa potreby sa môže prisladiť.

Čaje sa pripravujú podľa návodu, ktorý je uvedený na obale. Najčastejšie sa pripravujú tak, že jednu polievkovú lyžicu sušenej byliny zalejeme štvrt litrom vriacej vody a necháme vylúhovať 15 minút.

11.9.3 Podávanie liekov do nosa, uší, očí

Na sliznicu nosa sa lieky/kvapky aplikujú pri zápalových procesoch, na zníženie prekrvenia sliznice, po rôznych výkonoch a úrazoch. Aplikujú sa masti, kvapky a spreje. Opatrovateľ bude potrebovať mulové tampóny, ordinované kvapky (kvapkadlo).

Aplikácia do oka. Opatrovateľ sa postaví za klienta, nakloní mu hlavu dozadu a vyzve klienta pozeráť sa hore. Pridržiava mu tampónom alebo vreckovkou mihalnice. Vyzve klienta, aby chvíľu nechal oko otvorené a aplikuje potrebné množstvo kvapiek. Klient zavrie oko, zvyšné kvapky tečúce z oka jemne opatrovateľ utrie. Ak klient nemôže spolupracovať, výkon opatrovateľ urobí na posteli, otvorí oko a aplikuje lieky.

Ukážka: Aplikácia liekov do oka

<https://www.youtube.com/watch?v=3EvWTdCuygl>

Aplikácia liekov do nosa. Klient si musí najprv vyfúkať nos, čím sa uvoľní nos. Klient zakloní hlavu dozadu, kvapkadlom opatrovateľ aplikuje kvapky do nosa v ordinovanom množstve. Klient potiahne nosom, chvíľu poleží (cca 20 min) nemení polohu.

Aplikácia liekov do ucha. Aj v tomto prípade klient nakloní hlavu na požadovanú stranu. Opatrovateľ kvapne ordinované množstvo lieku a počká, kým stečie do zvukovodu. V polohe na boku klient zotrvá párminút.

11.9.4 Podávanie liekov na kožu

Na kožu sa aplikujú masti, pasty, krémy, zášpy, roztoky či tinktúry. Patria tu aj obklady a liečivý kúpeľ. Podstatné je, aby opatrovateľ aplikoval akýkoľvek druh zo spomínaných druhov liekov na suchú a čistú pokožku. Lieky na kožu neaplikuje holou rukou, ale lopatkou alebo použije gázy z mulu. Riadi sa pokynmi príbalového letáku. Ak je to potrebné (napr. vtedy predkolenia) koža sa prekryje gázou, opatrovateľ urobí obväz. Zvyšky starých mastí či pást sa odstraňujú teplou vodou. Osobná a čistá bielizeň musí byť aj napriek liečbe kože čistá.

Liečivý kúpeľ môže byť celkový alebo čiastočný, sedací kúpeľ. Voda na kúpeľ nesmie byť horúca, ale príjemná pre klienta. Ak sa robí celkový kúpeľ, je nutné zabezpečiť klienta a sledovať ho. Klient má zaujať pohodlnú polohu - liečivý kúpeľ trvá najviac 20 minút. Po uplynutí tejto doby sa klient osuší, oblečie do čistého odevu.

11.9.5 Podávanie liekov do konečníka

Do konečníka sa aplikujú čapíky a masti. Čapíky sa podávajú za defekačným (podporujú vyprázdňovanie), analgetickým (proti bolesti), antiemetickým (proti vracaniu) a antipyretickým (zníženie telesnej teploty) účinkom. Opatrovateľ aplikuje čapík klientovi tak, že klienta obráti/požiadá obrátiť sa na bok, alebo poloha na chrbte s pokrčenými dolnými končatinami. Opatrovateľ vezme rukavicu, roztiahne sedacie svaly, vyzve klienta na zatlačenie ako na stolicu. Ukazovák opatrovateľ zavedie čapík až za vnútorný zvierač. Klienta poučí, aby ten čapík zadržal v konečníku. Klienti, ktorí si dokážu zaviesť čapík sám, opatrovateľ iba pripraví všetky pomôcky k tomu, prípadne vysvetlí klientovi postup zavedenia. Následne mu umožní hygienu rúk. Aplikácia masti je podobná, rozdiel je v tom, že na aplikáciu masti sa používa priložený aplikátor v balení masti. Opatrovateľ používa rukavice. Klienta poučí, aby masť klient udržal masť v konečníku aspoň 30 minút. Aplikátor sa musí umyť teplou vodou, osušiť a dezinfikovať (Kontrová et Kristová et al., 2006, s. 202).

11.9.6 Podávanie liekov do vagíny

Do vagíny (pošvy) sa aplikujú vaginálne (pošvové) tablety. Aplikujú sa za účelom liečebným či preventívnym. Poloha pri aplikácii tabliet klientke je na chrbte s rozkročenými dolnými končatinami. Opatrovateľ si vezme jednorazové rukavice a aplikuje hlbšie do pošvy liek. Klientka zostane v pokoji ležať aspoň 20-30 minút. Tento postup opatrovateľ vykoná v prípade, že klienta nie je schopná si aplikovať tablety sama. Ak klientka dokáže zaviesť si tablety, opatrovateľ asistuje podaním lieku, následne poskytnutím hygieny rúk (čiastočne mobilná klientka). Žiadny problém nenastáva u mobilnej klientky, prípadne opatrovateľ poučí o podávaní lieku do vagíny a zachovaní časového pokoja na posteli.

11.9.7 Podávanie liekov do dýchacích ciest (inhalácia), asistencia pri aplikácii kyslíka

Inhalácia liekov do dýchacích ciest znamená zámerné a aktívne vdychovanie liečivej látky. Môže byť prirodzená (vdychovanie balzamických silíc - les, more) a umelá (liečivé látky sú rozptýlené pomocou stlačeného vzduchu, plynu, pery, ultrazvuku v inhalátore). K umelej inhalácii patrí aplikácia v podobe sprejov a aerosólov.

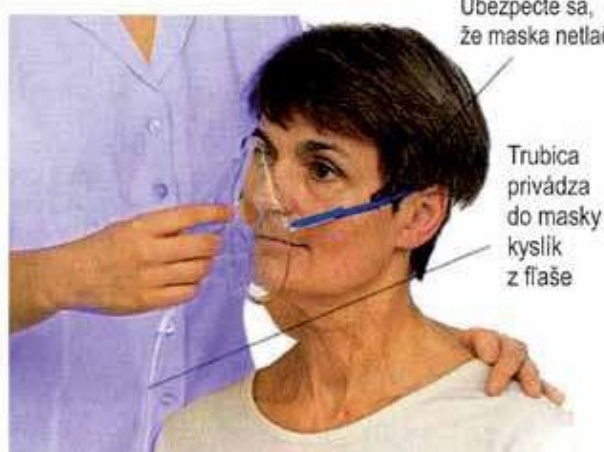
Účinky:

- zriedujú sekrét v dýchacích cestách,
- tlmia zápalové reakcie a liečia choré sliznice,
- dezinfikujú dýchacie cesty,
- uvoľňujú hlien zo sliznice dýchacích ciest,
- uvoľňujú svalstvo dýchacích ciest.





Dýchaciu masku si priložte na líce a vyskúšajte, či kyslík prúdi.



Ubezpečte sa, že maska netlačí.

Trubica privádza do masky kyslík z fľaše

Obr. 83

Inhalácia sa aplikuje pomocou inhalátora. V domácich podmienkach sa najviac opatrovatel' stretáva s príručným dávkovacím inhalátorom (Obr. 83) - sprejom a príručným dávkovačom na kapsuly (Obr. 84), no existuje aj ultrazvukový aerosólovým inhalátorom - nebulizátorom. Inhalátor sa používa tak, aby sa najprv klient vydýchol a upokojil, potom klient obopne perami ústie inhalátora a v momente keď sa stlačí inhalátor na uvoľnenie lieku, v tom čase sa tiež klient zhlboka nadýcha, ústa nechá zatvorené. Potom pomaličky dýcha.



Obr. 84

Asistencia pri podávaní kyslíka. Kyslík sa podáva pri chronických chorobách dýchacích ciest, srdcových chorobách, otravách či šoku. Najlepšie je podávanie kyslíka po jedle s časovým odstupom, aby sa predišlo nevoľnosti až vracaniu. Kyslík je stlačený vo fľašiach s redukčným ventilom (Obr. 85 a, b), v nemocniciach je centrálny rozvod kyslíka. Kyslík sa z fľaše podáva cez kyslíkové okuliare alebo masku (Obr. 86 a, b).



Obr. 85 a



Obr. 85b



Obr. 86a



Obr. 86b

Práca opatrovateľa pri aplikácii kyslíka cez kyslíkovú fľašu klientovi cez masku alebo kyslíkové okuliare spočíva v tom, aby pripojil masku alebo okuliare na kyslíkovú fľašu, ktorú otvorí, overí si prúdenie kyslíka na svojom líci alebo ruke, následne priloží masku alebo okuliare na tvár klienta. Dávku kyslíka v litroch za minútu opatrovatel' nastavuje podľa pokynov lekára, ktorý prevádza návštevnú službu klienta v domácnosti. Pri aplikácii kyslíka opatrovatel' sleduje reakcie klienta (sinavé až modré zafarbenie kože, pohyby hrudníka), sleduje hladiny kyslíka vo fľaši na ventile, dbá nato, aby sa nefajčilo pri podávaní kyslíka (výbušnosť), aby boli zásoby kyslíka (fľaše) skladované na chladnom mieste.

11.10 Meranie fyziologických funkcií

K fyziologickým funkciám patrí meranie telesnej teploty, pulsu, tlaku krvi a dychu. Opatrovateľ sleduje aj hmotnosť klienta a využíva vzorec Body Mass Index (BMI). Hodnoty sú uvedené v tabuľkách 4 až 7 v podkapitole 4.2 a BMI v časti o výžive v rovnakej podkapitole.

MERANIE TELESNEJ TEPLoty

Telesnú teplotu môžeme merať axilárne - v podpazuší, rektálne - v konečníku, orálne - v ústach, na koži - chemickými jednorazovými teplomerami a špeciálnymi kožnými teplomerami so snímačom pripevneným na kožu (napr. na dolných končatinách pri cievnych chorobách) a vaginálne - v pošve. Dĺžka merania telesnej teploty v podpazuší je 8 minút až 10 minút. Nepoužívať spôsob orálneho merania telesnej teploty. Sledovať farbu, vzhľad, vlhkosť a teplotu kože. Zabezpečiť suchú osobnú a posteľnú bielizeň, prikryť iba zľahka. Zvysiť príjem tekutín. Podávať lieky na zníženie telesnej teploty podľa ordinácie lekára. Ošetrovať ústnu dutinu. Zabezpečiť prúdenie vzduchu a jeho výmenu (vetranie, ventilátor). Redukovať fyzickú aktivitu. Zabezpečiť pokojné a nerušené prostredie. Pri zvýšení teploty nad 39 °C aplikovať niektorú z metód ochladzovania - omývanie vlažnou vodou, sprchovanie alebo studené zábaly.

Hodnoty merania telesnej teploty:

- 36°C – 37°C – norma
- 37°C – 38°C – zvýšená telesná teplota
- 38°C – 39°C – horúčka
- 40°C – 41°C – vysoká telesná teplota - hyperpyrexia



MERANIE PULZU

Pulz meriame zväčša raz denne, ráno; u klientov s kardiovaskulárnym ochorením, po operácii a pri akútnych stavoch častejšie. Hodnotíme frekvenciu pulzu, pravidelnosť a kvalitu.

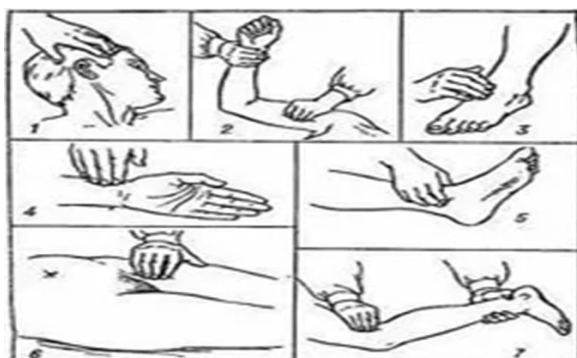
Frekvenciu pulzu ovplyvňujú viaceré faktory. Sú to predovšetkým vek (starnutím frekvencia pulzu klesá) a pohlavie. Meranie sa uskutočňuje najčastejšie na a. radialis (Obr. 87), potom aj na a. brachialis, a. femoralis troma prstami súčasne, aby ste necítili vlastný pulz. Dĺžka merania je 1 minúta. V domácich podmienkach je možné využiť aj digitálne meranie pulzu, pri meraní tlaku krvi.

Hodnoty merania pulzu:

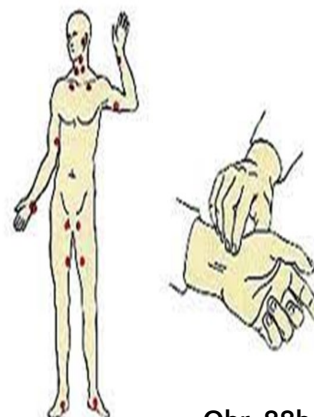
- 60/min – 80/min – norma
- Viac ako 80/min – rýchla frekvencia – tachykardia
- Menej ako 60/min – pomalá frekvencia – bradykardia
- Žiadna frekvencia – bez pulzu – asystólia

Miesta merania pulzu (Obr.88a):

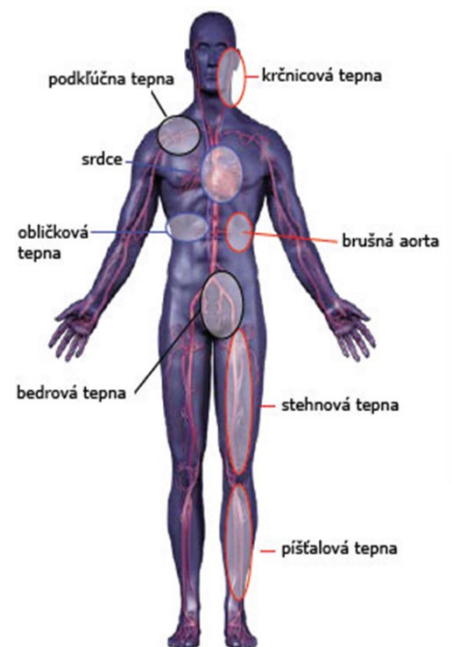
- Spánková tepna
- Krčná tepna
- Ramenná tepna
- Vretenná tepna
- Stehnová tepna



Obr. 88a



Obr. 88b



Obr. 87

MERANIE KRVNÉHO TLAKU

Arteriálny krvný tlak je mierou tlaku vyvolaného krvou pulzujúcou cez tepny.

Rozoznávame systolický krvný tlak - vyvolaný kontrakciou komôr (tlak vo výške tlakovej vlny) a diastolický krvný tlak - keď sú komory v pokoji (je stále prítomný v cievach). Priemerný tlak krvi u dospelého človeka je 120/80 mmHg (16/10 kPa). Výšku krvného tlaku ovplyvňujú rôzne stavy. Hypertenzia je vysoký krvný tlak - nad 140/90 mmHg. Hypotenzia je nízky krvný tlak - pod 100/60 mmHg. Krvný tlak sa môže líšiť medzi jednotlivými osobami, ako aj pri rôznych stavoch, ako sú horúčka - zvýšenie, stres - zvýšenie, tučnota - zvýšenie, krvácanie - zníženie, vonkajšie teplo - zníženie. Krvný tlak sa meria vždy v rovnakej polohe (v sede alebo v ľahu). Pred meraním má byť klient pokojný a aspoň 30 min pred meraním by nemal vykonávať ťažkú fyzickú prácu. Druhy tlakomerov: digitálny, ortuťový, tlakomer s manometrom, plne automatický, poloautomatický (Pr.: Obr.8g a, b).

Tlak krvi môžeme merať:

- Priamou metódou – priamo- invazívne (zavedenie katétra do brachiálnej, radiálnej artérie) – len v nemocnici
 - Nepriamou metódou – pomocou tlakomera a manžety
- Správne meranie TK – Obr. 8g

Ukážka: Meranie krvného tlaku

<https://www.youtube.com/watch?v=gcjpxL2Zdbc>



Obr. 8g



Obr. 8g a, b



MERANIE DYCHU

Dýchanie čiže respirácia je výmena dýchacích plynov, t. j. kyslíka a oxidu uhličitého medzi organizmom a prostredím. Prebieha v troch fázach:

1. vonkajšie dýchanie - ventilácia
2. transport dýchacích plynov,
3. vnútorné tkanivové dýchanie - výmena dýchacích plynov medzi cirkulujúcou krvou a tkanivami tela. Vonkajšie dýchanie tvorí nádych - inšpirium a výdych - expirium. Normálne dýchanie je pravidelné

- rytmické; frekvencia sa mení s vekom. Označujeme ho ako eupnoe. Zrýchlené dýchanie sa nazýva tachypnoe, spomalené bradypnoe a zastavenie dýchania apnoe. Frekvenciu dýchania zvyšuje telesná aktivita, stres, zvýšená teplota prostredia, vyššia nadmorská výška a niektoré liečivá. Rytmus a frekvenciu dýchania dokáže človek ovplyvniť vôľou, preto meranie sa uskutočňuje bez vedomia pacienta.

Hodnoty merania dychu:

- 12/min – 16/min – 20/min – norma
- Viac ako 20/min – rýchla frekvencia (tachypnoe)
- Menej ako 12/min – pomalá frekvencia (bradypnoe)
- Bez dýchovej aktivity - apnoe

MERANIE HMOTNOSTI

Hmotnosť dospelého človeka ovplyvňujú viaceré faktory: pohlavie, vek, dedičnosť, výživa, chorobnosť: celková starostlivosť o zdravie, kontinuálne vyrovnané uspokojovanie základných fyziologických potrieb človeka v prostredí bez stresov. Postelové váhy sú konštrukčne zabudované do postele tak, aby umožnili meranie hmotnosti ležiaceho klienta, no posteľ klienta zväčša nie je vybavená váhou. Využite v domácnosti by však mala u imobilných klientov. V bežných domácich podmienkach sa používajú digitálne váhy, ktoré majú digitálne škály a sú variabilnej konštrukcie.

Zapínajú a vypínajú sa stlačením spínača. Pri vážení musí klient stáť na malej ploche s chodidlami

položenými blízko seba a udržiavať vzpriamený postoj, čo je často problém. Využívať BMI - body mass index (váha/výška v metroch x výška v metroch).

MERANIE GLYKÉMIE GLUKOMEROM

Opatrovateľ sa môže stretnúť s tým, že jeho klient bude diabetik a bude potrebovať pravidelne merať glukomerom doma hladinu cukru v krvi – glykémii. Diabetik pri liečbe inzulínom už zvykne byť poučený o tom ako merať a ako používať inzulínové pero. Preto aj opatrovateľ musí vedieť ovládať prácu s glukomerom a inzulínovým perom (Obr. 90). Táto práca nie je vôbec náročná. V súčasnosti existuje mnoho druhov glukomerov a inzulínových pier, vzhľadom na veľké množstvo zdravotníckych firiem.



Obr. 90

K meraniu glykémie glukomerom opatrovateľ potrebuje ihlu alebo lancetu na pichanie prsta, glukomer s indikačnými papierikmi (Obr. 91), tampón na zastavenie tečenia krvi z prsta. Na meranie stačí jedna kvapka krvi na indikačný papierik vsunutý v glukomeri (Obr. 92). Chvíľu treba počkať, kým sa vyhodnotí krv. Potom sa podľa výsledku glykémie nastaví na inzulínovom pere hodnota inzulínu. Množstvo inzulínu (jednotky) je riadené podľa pokynov lekára. Zvyčajne má klient diabetik preukaz alebo malý zošit s rozpisom množstva inzulínu podľa výsledkov glykémie. Aplikácia inzulínu inzulínom: nastaví sa hodnota inzulínu, nasadí sa nová ihla priložená pri pere, vydezinfikuje sa koža v mieste vpichu, urobí sa kožná riasa a pod uhlom 90° sa urobí vpich (Obr.93) a stlačí sa koniec pera - aplikácia inzulínu do podkožia. Chvíľu asi 5 sekúnd je treba počkať, aby sa predišlo vytekaniu posledných kvapiek inzulínu a tým ukráteniu klienta o určité jednotky inzulínu. Po vytiahnutí ihly sa priloží suchý tampón. Pero sa uskladňuje s inzulínom v chladničke. Klient diabetik môže mať aj dve inzulínové perá, a to prípade, že inzulíny sa kombinujú. Existuje totiž niekoľko druhov inzulínu podľa dĺžky jeho účinku. Opatrovateľ pri aplikácii inzulínu pamätá na to, aby sa pravidelne striedali miesta vpichu (Obr. 94).

Hodnoty merania glykémie:

- 3,3 mmol/l – 6,6 mmol/l – norma
- Viac ako 6,6 mmol/l – hyperglykémia
- Menej ako 3,3 mmol/l – hypoglykémia



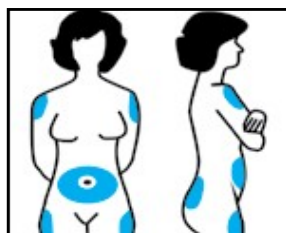
Obr. 91



Obr. 92



Obr. 93



Obr. 94

11.11 Využitie tepla a chladu v praxi

	Teplo
Zápal Kontraktúry Svalový spazmus Bolesť	<ul style="list-style-type: none"> • Urýchľuje proces hojenia rán. • Zvyšuje odstraňovanie odpadových produktov infekcie a metabolické procesy. • Pozor! Nesmie sa aplikovať na citlivé tkanivá ani tam, kde by sa infekcia mohla šíriť do voľného priestoru (napr. pri zápale červovitého príviesku). • Znižuje stuhnutie kĺbov a zvyšuje rozsah ich pohyblivosti, pretože umožňuje natiahnutie svalov a spojivového tkaniva. • Relaxuje svaly, znižuje napätie, uvoľňuje • Zmierňuje bolesť navodzuje pohodu, má protidráždivý účinok

	Chlad
	<ul style="list-style-type: none"> • Preniká do organizmu ľahšie ako teplo a organizmus sa vie lepšie brániť protichladu ako proti teplu. • Vazokonstrikcia. • Tlmí sa zápalový proces. • Zníži sa tendencia k opuchu. • Miestne znecitlivenie. • Zníženie telesnej teploty.

Aplikácia tepla

K aplikácii tepla sa využívajú tieto pomôcky:

- solux - infračervené svetlo, vzdialenosť 50 cm,
- horské slnko - ultrafialové svetlo, aplikovať miestne a ostatné časti zakryť aby sa neožarovali,
- elektrický vankúš,
- termofor - obaliť do plachty, aplikovať vodu teplú 50-60°C,
- teplá sprcha - pri prevážoch rán,
- kúpele - čiastočné alebo celkové, kúpele v bahne, teplý piesok, parafín, vírivka

Aplikácia chladu

Chladivé procedúry sa používajú v domácom prostredí najmä na zníženie telesnej teploty. K aplikácii chladu sa používajú:

- vak na ľad, studený vreckový vak,
- želatínové prípravky,
- sprcha, navlhčené textílie,
- chladný kúpeľ napr. po saunovaní,
- zábaly.

K ochladzovaniu bude opatrovateľ okrem vyššie uvedených pomôcok potrebovať a teplomer na meranie a kontrolu telesnej teploty klienta. Pred prikladaním chladivých pomôcok na klienta je potrebné zmerať TT, upozorniť klienta na prikladanie studených obkladov. K ochladzovaným častiam tela patria horné a dolné končatiny, chrbát a zadok, tvár. Zásadne nie hrudník a brucho. Procedúra trvá 30 minút. Potom klientovi je potrebné dať suché pyžamo. Zmerať opakovane telesnú teplotu.



Kontrolné otázky pre predmet Opatrovateľské techniky

- Čo je cieľom polohovania imobilného pacienta?
- Ako vzniká preležanina?
- Určte miesta na tele, ktoré sú vysoko rizikové pre vznik preležaniny.
- Čo patrí do prevencie vzniku preležanín.
- Čo nepatrí do prevencie vzniku preležanín?
- Koľko štádií preležanín poznáme?
- Ktoré štádium preležaniny je charakterizované začervenaním?
- Ktoré štádium preležaniny je charakterizované tvorbou pľuzgiera?
- Ktoré štádium preležaniny je charakterizované vznikom tvrdého, čierneho, nekrotického plátu?
- Prečo podávame lieky?
- Prečo sa lieky uchovávajú v pôvodnom obale alebo fľaštičke?
- Lieky nepoužité alebo po dobe spotreby vyhadzujeme do komunálneho odpadu v domácnosti?
- Patria tablety medzi tuhé formy liekov?
- Patria čapíky medzi tuhé formy liekov?
- Patria roztoky, tinktúry a čajoviny nepatria medzi polotuhé formy liečiv?
- Aký to je „toxický účinok lieku“?
- Aký to je „hlavný účinok lieku“?
- Čo si opatrovateľ všíma bezprostredne po podaní lieku?
- Je možné aplikovať lieky určené k podávaniu cez ústa, do nosa?
- Je možné aplikovať lieky určené k podávaniu do ucha aj do nosa?
- Ako aplikujeme kyslík v domácom prostredí?
- Vymenujte miesta merania telesnej teploty.
- Vymenujte príznaky horúčky.
- Vyberte správny postup opatrovania klienta s horúčkou.
- Napíšte číselné hodnoty horúčky.
- Čo je príznačné pre hyperpyrexiiu (telesná teplota nad 40°C)?
- Aký je číselný rozdiel hodnôt pri meraní telesnej teploty v konečníku a v podpazuší?
- Akú metódu v rámci kompetencií opatrovateľa by ste zvolili na zníženie horúčky u geronta?
- Je vhodné meranie telesnej teploty u dementného klienta v ústach?
- Môže opatrovateľ v domácom prostredí merať pulz klientovi?
- Ako meriame pulz u klienta?
- Informujeme pacienta pred meraním pulzu o postupe, ktorý chceme zvoliť?
- Aká kvalita pulzu je pri srdcovom záchvate?

12. ŠPECIFIKÁ OPATROVANIA DETÍ S VYBRANÝMI CHOROBAMI

Poznaním zdravého vývinu dieťaťa od vnútromaternicového obdobia po školský vek, opatrovateľovi pomôže lepšie pochopiť odchýlky od zdravého vývinu pri opatrovaní detí s postihnutím zdravotným alebo psychickým. V tejto kapitole sa budeme venovať opatrovaniu detí s detskou mozgovou obrnou, autistické deti a deti s Downovým syndrómom. Pozornosť budeme venovať a prevencii úrazovosti detí.

12.1 Zdravý vývin dieťaťa

V súčasnosti existuje mnoho členení jednotlivých období od rôznych autorov. Končeková (2010) na základe porovnaní a svojich vlastných pozorovaní ponúka súčasnú periodizáciu jednotlivých období vývinu človeka. Keďže my sa venujeme obdobiu dieťaťa, predstavíme periodizáciu vývinu len po obdobia adolescencie, vrátane.

Obdobia detského veku:

- *prenatálne obdobia* (obdobie predpôrodné, vnútromaternicového vývoja) - od počatia do začiatku pôrodu;
- *obdobie dojčenia* - od momentu narodenia do konca 1. Roku, z toho prvý mesiac života dieťaťa je *obdobie novorodenca*;
- *obdobie batolaťa* - 1- 3 roky;
- *predškolské obdobia* - 3 - 5 rokov (obdobie materskej škôlky);
- *obdobie mladšieho školského veku* - 6 - 10 rokov;
- *obdobie staršieho školského veku* - 10 - 15 rokov, obdobie puberty;
- *obdobie adolescencie* - 15 - 20 rokov (obdobie mládenca a devy).

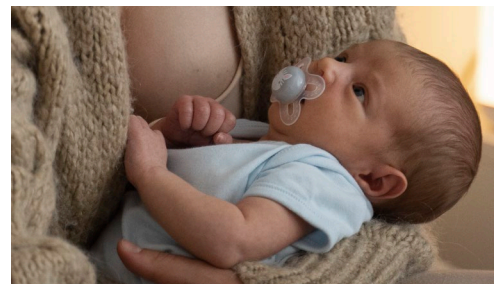


Pôrod a prvý mesiac života

Ihneď po pôrode na svet novorodenec rozoznáva podľa hlasu matku aj ostatné blízke osoby. Počas 10 dní sa mu zo stredného ucha odstráni plodová voda - do toho času vníma zvuky tlme - aj keď ostrý zvuk mu vadí. Len pár minút po narodení si dieťa veľmi pozorne prezerá osoby a veci, ktoré vidí - od začiatku vníma farby aj tvary. Najlepšie vidí na vzdialenosť 18 - 40 cm - ďalej vidí len nejasne. Čas bezprostredne po pôrode je časom prvého zoznámenia a nadväzovania vzťahu so svojou mamou. Predĺžený prvý kontakt bezprostredne po pôrode medzi rodičmi a dieťaťom je veľmi dôležitý.

Dieťa v druhom mesiaci života

Dieťa v druhom mesiaci v obmedzenej miere kontroluje pohyby rúk a nôh, chvíľu udrží malý predmet, niekoľko sekúnd udrží hlavu nad matracom; Čoraz lepšie ovláda krk - keď niekto dieťa drží - čiastočne udrží váhu hlavy. Dieťa sa natáhuje za malou hračkou a snaží sa ju uchopiť, ale nedarí sa mu presne ju trafiť. Pohybuje očami a hľadá aktívne zdroj zvuku - najmä známe zvuky a hlasy, pozoruje gestá a reč ľudí. Vie sa usmiať a dokáže úsmev aj opätovať. Dieťa zostáva hore oveľa dlhšie a niektoré deti už prespia celú noc.



Dieťa v treťom mesiaci života

Dieťaťo v období tretieho mesiaca je veľmi motivované prijímať podnety zo svojho okolia. Je otvorené všetkému, čo k nemu prichádza. Avšak nie všetky podnety ho zaujmú rovnakým spôsobom. Koncom 3. mesiaca sa dieťa naučí ovládať pohyby hlavy. Už prevláda v dobe bdenia poloha hlavy v strednej polohe. Dieťaťo má hlavu otočenú na jednu stranu len v spánku. V polohe na brušku dokáže zdvihnúť dieťa hlavu asi o 90° a udrží ju tak viac ako 10 minút. A tiež dokáže otáčať hlavičku zo strany na stranu v ktorejkoľvek polohe - na chrbte, na brušku. Dieťa sa naučí rýchlo viesť ruku k viditeľným predmetom a uchopiť ich. V tomto období slabne pôvodný silný úchop. Dieťa sa už neudrží, keď ho ťaháme za ručičky do sedu.



Dieťa v štvrtom mesiaci života

Práve v tomto období dieťa vykonáva najväčšie počiatkové ťažkosti. Zoznamuje sa so svojim okolím a nadväzuje s ním užší kontakt. Prejavuje svoje potreby a prania a ľudia okolo neho mu začínajú lepšie rozumieť. Je to obdobie, kedy sa najväčšmi rozvíja motorika dieťaťa. V 4. mesiaci ovláda dieťa dobre pohyby hlavy. V ľahu aj na

brušku sa dieťa učí siahať po rôznych predmetoch, ktoré vidí. Dokáže už udržať váhu hlavy a hrudníka aj jednou rukou a druhú používa na manipuláciu a dočahovanie predmetov. Zosilňuje sa chrbtové a šijové svaly. Jednou z možností ako podporovať vývin svojho dieťaťa – jeho psychomotorický aj zdravotnej odolnosti je plávanie.

Dieťa v piatom mesiaci života

V tomto mesiaci sú svaly chrbta a šije dieťaťa už natoľko silné, že dieťa v ľahu na brušku dočahuje oboma rukami hračku, ktorú vidí a hrá sa s ňou a zároveň mu pomáhajú udržiavať dvíhnutú hlavu a hrud'. Aj napriek tomu však nenechávame dieťaťko v tomto veku sedieť dlho samé. Hneď ako dieťa objaví zrakom svoje ruky a neskôr aj nohy, začne sa skoro a opatrne dotýkať rukami a aj nohami predmetov.



Dieťa v šiestom mesiaci života

V tomto období takmer vôbec neplače. Jeho vzťah k najbližším osobám je v šiestom mesiaci natoľko pevný, že jeho náhle prerušenie môže vyvolať vážnu poruchu duševnej aj telesnej rovnováhy. Prítomnosť matky a otca mu dáva pocit bezpečia a istoty, ktorý sa stráca pri odlúčení od nich. Vydávaním hlasných zvukov, dotýkaním sa mamy upozorňuje na seba a pozoruje ako matka na jeho pokusy reaguje. Už dokážu niektoré svoje želania vyjadriť správaním. Taktiež už dieťa začína rozumieť niektorým gestám a mimickým výrazom blízkych osôb a reagovať primerane na niektoré slová, napríklad sa pozrie na predmet, ktorý mama pomenuje.

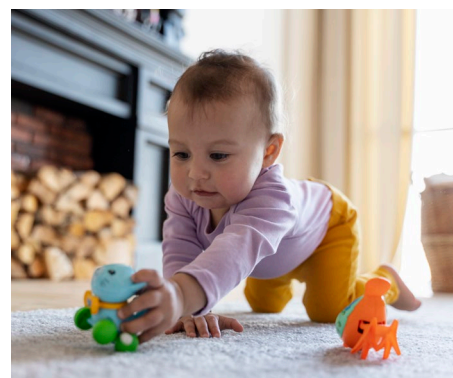


Dieťa v siedmom mesiaci života

Na rozdiel od predchádzajúcich mesiacov si dieťa teraz neosvojuje pohybové zručnosti jednotlivých častí tela, ale najmä pohybové zručnosti celého tela, t.j. zdokonaľovanie lezenia, ktoré zapája celé telo. Lezenie je veľmi dôležitý pohyb, ktorý podmieňuje rozvíjanie chrbtice a chrbtového a šijového svalstva - je vlastne prípravou na správne držanie tela. Preto sa snažíme, aby sa dieťa naučilo najskôr liezť ako sedieť. Deti, ktoré sedia veľmi skoro niekedy vôbec nelezú po štyroch a dlhým pobytom v sede si ničia v tomto veku správne držanie tela. Prehľbuje sa vzťah medzi dieťaťom a osobami okolo neho. Dieťa sa stáva aktívnym v sociálnom styku. Upozorňuje na seba hlasom, natahuje ručičky. Dieťa reaguje úsmevom na úsmev dospelého a mračí sa na zamračenú tvár.

Dieťa v ôsmom mesiaci života

Hra je dôležitou sebarozvíjajúcou aktivitou dieťaťa. Ňou si dieťa rozvíja svoje vedomosti a skúsenosti. Predchádzajúce obdobie by sa dalo charakterizovať ako obdobie nešpecifikovanej manipulačnej hry. Najdôležitejším znakom tohto obdobia je nerešpektovanie fyzikálnych vlastností predmetu pri cvičení si svojich zručností - dieťa s predmetmi prevažne búcha nezávisiac na tom, či sa jedná o gumenú, drevenú hračku alebo plienku, alebo potom si ich zase prekladá z ruky do ruky. Nastáva aj značný pokrok pozorujeme vo vývine reči.



Dieťa v deviatom mesiaci života

V 9. mesiaci sa dieťaťku v dobe, kedy nespí už nepáči len ležať na chrbátiku. Táto poloha ho obmedzuje pri hre a pri skúmaní okolitého sveta. Obvykle sa dieťaťu podarí v 8. - 9. mesiaci postaviť sa na obe nohy do vzpriameného staja prichytením sa nábytku alebo ohrádky. Obvykle na začiatku stojí nepohnute a pevne sa drží. Potom začína prenášať váhu tela z nohy na nohu a uvoľnenú nohu trochu dvíha. Neskôr začína uvoľňovať úchop ruky a stojí chvíľu pridržiavajúc sa len jednou rukou. Prehľbovanie sociálnych vzťahov a strach z cudzích ľudí je v tomto období oveľa zreteľnejší.

Niektoré deti bývajú viac plačlivé a chcú byť častejšie v prítomnosti mamy. Deti sa stávajú odmietavejšie a nedôverčivé aj voči starým rodičom. Pri citlivom vedení a zoznámení sa deti dokážu veľmi rýchlo osmeliť a nadviazať kontakt aj s neznámymi osobami.

Dieťa v desiatom mesiaci života

V tomto období je dieťa do značnej miery samostatné. Dokáže loziť po celom byte, tiež vyliezť a zliezť z pohovky. Dieťa sa už dokáže postaviť pri nábytku a chodiť okolo neho, pričom sa ho pevne drží. Spolu s celou

osobnosťou sa rozvíjajú aj emócie dieťaťa. Dieťa prejavuje svoju lásku k mame - príde ju pohladiť, objasť, dá pusku. Snaží sa svojim rodičom urobiť radosť napr. aj tým, že ukazuje, čo sa naučilo, pretože ju chce pobaviť a potešiť. Jeho odmenou je mu prejavovaná radosť, ktorá sa stala cieľom hry.

Dieťa v jedenástom mesiaci života

Až do konca prvého polroka bolo potrebné zabezpečiť bezprostredne uspokojenie základných potrieb dieťaťa. Ak rodičia v tomto období vychádzali v ústrety jeho potrebám, dieťa sa naučilo, že môže svojím správaním niečo dosiahnuť a nie je bezmocné. Pomoc rodičov pri niektorých hrách a pohyboch má byť len minimálna, aby sa dieťa vždy podieľalo na riešení úloh samé alebo malo hlavný podiel. Tento spôsob výchovy je časovo dosť náročný. Príkladom môže byť, keď dieťa vylezie na pohovku a dáva najavo, že chce ísť dolu. Najrýchlejší spôsob riešenia je dať dieťa dole, najjednoduchší je povedať mu: „Keď si tam dokázal vyliezť, snaž sa aj zliezť.“ Dieťa možno pri zliezani spadne a samé zastaví svoje pátracie aktivity. Okrem toho sa naučí, že dospelí mu nechcú pomôcť pri jeho riešení. Túžba skúmať a skúšať je u detí veľmi silná. Rodič sa musí s dieťaťom neustále rozprávať, hľadať alternatívne riešenia, ktoré nebudú také nebezpečné pre deti so želaním.



Dieťa v dvanástom mesiaci života

Niektoré deti už chodia, dokážu zručne a účelne narábať s niektorými pred- metmi, rozumie vetám týkajúcich sa každodenného života, začínajú rozprávať a dávať rodičom dôkazy o tom, že premýšľajú a najmä vymýšľajú. Dieťa začína s predmetmi zaobchádzať tak, ako s nimi zaobchádzajú ľudia v jeho okolí - napr. prachovkou utiera prach, vareškou mieša v hrnci dieťa sa aj svojou hrou s predmetmi prispôbuje sociálnemu prostrediu v ktorom žije. Nesmieme zabudnúť na to, že aj keď dieťa začína chápať, že druhý prežíva bolesť a prejavuje aj akýsi súcit, keď niekto plač predstiera aj tak zostáva veľmi egocentrické a zamerané na seba a svoje potreby. Jeho mottom je: „všetko je moje a všetci sú tu len pre mňa“. Je potrebné ho citlivo viesť k tomu, aby sa dokázalo rozdeliť a postupne spolupracovať (Baranovská, 2009).



12.1.1 Denný režim dieťaťa

Jedným zo základných predpokladov pre harmonický vývin dieťaťa je aj cieľavedomá výchova k pravidelnému dennému poriadku. Denný poriadok má zabezpečiť pravidelné striedanie spánku, jedenia, pohybu vonku, hier a pod. Musí zohľadňovať predovšetkým vek, individuálne osobitosti a možnosti v rodine alebo v kolektívnom zariadení. Každá zmena by sa však mala uskutočňovať plynule, aby sa organizmus dieťaťa čo najšetrnejšie pripravil na preladenie. Dodržiavanie denného poriadku, ktorý je v detských kolektívnych zariadeniach základom starostlivosti a výchovy dieťaťa, zabezpečuje ošetrojúci personál.

Spánok. Denný poriadok sa v jednotlivých obdobiach odlišuje najmä dĺžkou spánku. Priemerná dĺžka spánku sa od narodenia až po dospievanie výrazne mení. Čím je dieťa mladšie, tým má väčšiu spotrebu spánku. U novorodencov je to takmer trojnásobok u dojčiat dvojnásobok dĺžky spánku z obdobia dospievania. U mladších dojčiat je spánok rozložený do kratších úsekov a po prebudení nasleduje jedenie. U starších dojčiat a batoliat je už ustálené spanie dvakrát denne. Neskôr, asi od 18. mesiaca, majú deti potrebu spať iba raz poobede približne dve hodiny, 4 - 5-ročné deti 1 - 1,5 hodiny. V potrebe spánku sú veľmi individuálne rozdiely. Dostatočne dlhý spánok v noci je dôležitý v školskom období a v období dospievania, pretože je nevyhnutný pre regeneráciu organizmu, najmä nervovej sústavy.

Pobyt a pohyb na čerstvom vzduchu. Pravidelný a správne dávkovaný pobyt a pohyb na čerstvom vzduchu je pre správny vývin dieťaťa rovnako dôležitý ako odpočinok a výživa. Ovplyvňuje a podporuje všetky funkcie organizmu, zvyšuje odolnosť pred ochorením a telesnú zdatnosť. Formy pobytu na čerstvom vzduchu sú rozdielne v závislosti od veku dieťaťa a možností v rodine. Donosený novorodenec môže byť vonku už od 2. týždňa života, v zime podľa počasia po 2. - 3. týždni. Na chladný vzduch si dieťa skôr zvykne spávaním pri otvorenom okne s primeraným oblečením (zabráni podchladeniu alebo naopak, prehriatiu). Treba začať polhodinkou a postupne čas predlžovať až do 6 hodín denne. Prechádza sa vynechá len pri veľmi nepriaznivom počasí. Aj deti v predškolskom veku by sa mali vonku zdržiavať čo najdlhšie. Aj školáci v pracovných dňoch aspoň 2 - 4 hodiny a vo voľných dňoch prakticky celý deň majú stráviť na ihrisku, v záhrade, v prírode.

Výživa. Deti musia mať zdravú, striedmu pestrú a rozmanitú stravu, bohatú na zeleninu (2x denne), ovocie (denne), vlákninu, obilniny (celozrnné výrobky). Pozor je potrebné dávať na príjem cukrov - pozor na múčniky (najviac 2x denne), sladených nápojov, tukov. Presoľovanie jedla pozitívne neprispieva k zdravému stravovaniu dieťaťa. Strava dieťaťa musí obsahovať veľa mlieka (pasterizovaného) a mliečnych výrobkov, ale nie v prípade, že dieťa trpí intoleranciou laktózy. Vtedy dieťa môže jesť kyslomliečne výrobky a nízkotučné syry. Aspoň raz týždenne sa odporúčajú ryby a strukoviny ako zdroj bielkovín. Platí tiež zásady, že najlepšie je časté jedenie menších porcií za účelom prevencie detskej obezity. Dôležitou súčasťou výživy dieťaťa je aj príjem tekutín (aspoň 1,5 - 2 l denne). Barteková (2002) ako detská lekárka odporúča kvalitnú pitnú vodu. Za nevhodné považuje ochutené minerálky, ovocné čaje, džúsy.

12.1.2 Výchova k základným hygienickým návykom

K základným hygienickým návykom patrí umývanie rúk, vyprázdňovanie moču a stolice, čistenie zubov a pod. S ich výchovou sa začína koncom 1. roku života.

Umývanie. Návyk umyť si ruky po každom znečistení, pred jedením a po vyprázdnení sa vypestuje pravidelným opakovaním a kontrolou tejto činnosti doma, v kolektívnom zariadení a v škole. Mladšie deti treba vodiť k umývadlu a proces umývania sa príslušne komentuje. Dieťaťu sa dopraje dostatok času na pomädlenie rúk pri umývaní a utieraní. Staršie deti pri umývaní treba kontrolovať, neskôr sa sústrediť na prezeranie umytých rúk, tváre a na dostatočné utretie dosucha.

Vyprázdňovanie. Koncom prvého roka života treba začať dieťa pravidelne posádzať na nočník, pretože vyprázdňovanie sa spája s určitými typickými prejavmi - červenanie, tlačenie, je dôležité na ne pohotovo reagovať. Každý prejav odmietnutia treba rešpektovať. O vyprázdnenie je potrebné sa pokúsiť pri ďalšej príležitosti. Sedenie na nočníku nemá trvať dlhšie ako 5 minút. Je nutné sa vyhýbať akémukoľvek násiliu, dieťa pri neúspechu nekarhať, naopak, každý úspech pochváliť. Okolo 18. mesiaca vývinová úroveň dieťaťa umožňuje aj vôľové ovládanie vyprázdňovania. Deti, ktoré už lepšie ovládajú vyprázdňovanie, začíname odvykať od plienok, najskôr cez deň, neskôr v noci. V priebehu 3. roku života sa zdravé dieťa naučí vôľovo ovládať vyprázdňovanie.

12.2 Úrazovosť detí

Úraz je poškodenie organizmu pôsobením vonkajších činiteľov – mechanickým násilím, teplom, ohňom, elektrickým prúdom, chemickými látkami a podobne. Príčiny úrazov u detí sú iné ako u dospelých. Predovšetkým najmladšie deti (batolatá, deti predškolského veku) si nebezpečenstvo úrazu neuvedomujú, preto nevedia úrazu predísť. Patrí sem aj nedostatočná skúsenosť pri používaní ostrých predmetov, napodobňovanie činnosti dospelých (zapaľovanie plynu) a zvedavosť (strhnutie vriacej vody, popálenie elektrickým prúdom, rozoberanie nábojov). A tak jednou z hlavných príčin úrazov v tejto vekovej skupine je **nedostatočný dozor dospelých**. Za bezpečnosť detí sú zodpovední rodičia, prípadne zdravotnícky personál alebo iná osoba (opatrovateľ, starý rodič), ktorej sú deti zverené. Dôležitým činiteľom, ktorý zvyšuje úrazovosť v detskom veku, je rastúca mechanizácia a elektrifikácia, zvýšené používanie chemických látok (čistiace prostriedky, insekticídy, lieky) a ich nesprávne uskladňovanie (dostupnosť), rozvoj motorizmu a znižovanie bezpečných plôch pre detské hry. Detským úrazom treba predchádzať preventívnymi opatreniami. Rozoznávame **aktívnu a pasívnu prevenciu**.

a) *Pasívna prevencia* znamená zvýšený a stály dozor nad deťmi, vrátane tvorby prostredia, v ktorom je nízka možnosť mechanického alebo iného úrazu. Postielky, miestnosti a ich zariadenia majú byť také, aby sa dieťa nemohlo poraniť, napríklad: vhodné koberce, ochranný kryt radiátorov, dvere bez sklenenej výplne, zabezpečenie vypínačov a zásuviek, uskladnenie chemických látok a liekov na nedostupnom mieste, vhodné hračky. Deti nesmú ostať bez dozoru pri kúpaní a je dôležité, aby sa čo najskôr naučili plávať.

b) *Aktívna prevencia* spočíva v poučovaní a vystríhaní detí pred nebezpečenstvom úrazu. V predškolskom zariadení i v škole sú zaraďované hodiny dopravnej výchovy a krúžky prvej pomoci.

12.3 Opatrovanie detí s detskou mozgovou obrnou

Detská mozgová obrna (ďalej len „DMO“) je závažné postihnutie hybného vývoja podmienené prenatálnym, perinatálnym alebo včasne postnatálnym poškodením mozgu. Je to nepokračujúce funkčné poškodenie mozgu dieťaťa. Je charakteristické poruchami nervového a svalového systému v oblasti svalového napätia, sily, koordinácie a priebehu pohybu. Vzniká z poškodenia mozgu pred jeho dozretím. DMO je súhrn príznakov, ktoré vznikajú následkom poškodenia nezrelého mozgového tkaniva. Táto diagnóza je stanovená prevažne u detí predčasne narodených, alebo u detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou (pôrodná hmotnosť pod 2500g tvorí až 50% prípadov).

Ako príčina DMO sa môže uplatniť množstvo faktorov už počas vnútromaternicového vývinu, alebo počas pôrodu a bezprostrednom popôrodnom období. Počas tehotenstva sú rizikovými faktormi pre DMO infekcia matky, porucha funkcie placenty, rôzne chronické ochorenia matky, ale aj viacpočetné tehotenstvo, menej často geneticky podmienené syndrómy. Počas pôrodu a v krátkom období po narodení predstavuje riziko dlhotrvajúci pôrod, zhoršená adaptácia po narodení - ťažkosti s dýchaním, pridružené infekčné ochorenie, ale aj porucha príjmu potravy, silná žltacka a pod. DMO sa vyskytuje asi u 2 z 1000 všetkých novorodencov. Príčiny DMO sa dajú nájsť len u asi 50% postihnutých detí.

SYMPTÓMY: Možno pozorovať zvýšenie svalového napätia, stvrdnutie svalstva, poruchy ordinácie a rovnováhy, rečové poruchy, zmena reaktivity, poruchy pozornosti, pamäti, učenia, nápadnosti alebo odlišnosti v emocionálnej sfére, poruchy zraku a sluchu, v správaní sa môže prejaviť nepokoj, nestálosť, neposednosť alebo naopak pomalosť, nezáujem, náladovosť, afektívna dráždivosť.

Z rôznorodosti prejavov a ťažkostí spojených s touto diagnózou vyplýva potreba **multidisciplinárnej starostlivosti**, čo vyžaduje spoluprácu detského neurológa, psychológa, logopéda, ortopéda a rehabilitačného pracovníka. Deti s DMO je potrebné dlhodobo neurologicky sledovať z viacerých príčin. Pri DMO postupne dochádza k obmedzeniu pohyblivosti v dôsledku zvýšeného svalového napätia a následne skracovania šľachového systému. Týmto zmenám je možné predísť včasnou rehabilitáciou, v pokročilejších štádiách prichádza do úvahy liečba botulotoxínom. Ďalším aspektom neurologickej starostlivosti je výskyt epileptických záchvatov u pacientov s DMO, čo vyžaduje dlhodobú protizáchvatovú liečbu, sledovanie EEG, ako aj kontroly krvných testov. Deti s DMO vyžadujú často individuálny prístup pri vzdelávaní a zaradení do bežného života, na čom sa podieľajú v spolupráci psychológ a špeciálny pedagóg.

Formy detskej mozgovej obrny poznáme dve základné formy DMO:

- spastická** - svaly majú zvýšené napätie: diparetická - ide o ochrnutie oboch dolných končatín, hemiparetická - ide o jednostranné postihnutie hornej a dolnej končatiny, kvadruparetická - postihuje všetky 4 končatiny.
- nespastická** - bez zvýšeného svalového napätia: hypotonická - prejavuje sa zníženým svalovým napätím, deti majú väčší rozsah pohybov v kĺboch, môžu sa ľahko zvinúť do kľbka alebo horné končatiny ovinúť okolo krku, extrapyramídová - postihuje motoriku horných a dolných končatín, býva postihnutá aj hybnosť rečových orgánov a preto je reč ťažko zrozumiteľná.

STAROSTLIVOSŤ O DIEŤA S DMO

Zo špeciálnopedagogického hľadiska je treba sa zamerať predovšetkým na poruchy telesného vývinu, poruchy hybnosti, poruchy zraku a sluchu, reči a intelektu, narušenia správania a výskyt epilepsie. Najdôležitejšie je zistiť, do akej miery sú pri jednotlivých formách DMO postihnuté funkcie a činnosti potrebné na to, aby si dieťa mohlo osvojiť vedomosti, zručnosti a návyky potrebné na prípravu na povolanie a spoločenské zaradenie. Fakt postihnutia dieťaťa výrazne ovplyvňuje i výchovné postoje rodičov, časté býva odmietanie dieťaťa, celkové zníženie očakávania je takmer pravidlom. Rodina je obvyčajne v situácii dlhodobého stresu, nevyhnutné sú časté návštevy lekárov, nutnosť pravidelnej rehabilitácie. Neistota rodičov ohľadom prognózy s možnosťou mentálneho postihnutia dieťaťa stres rodiny ešte viac zvyšuje a pri odlišnej reaktivite samotného dieťaťa, ktoré býva mnohokrát veľmi dráždivé, nepokojné a plačlivé, alebo naopak pasívne a málo reaktívne, musíme počítať i so zvýšeným rizikom emočnej a senzorickej deprivácie. Krízovým obdobím jednak nástup dieťaťa do školy, jednak obdobie dospievania, kedy stále trvá väčšia závislosť na rodičoch, ale súčasne s hľadaním vlastnej identity môžu narastať u dieťaťa i problémy prijatia faktu vlastného postihnutia. Keďže samotné dieťa má veľké problémy vyrovnáť sa so svojou chorobou, nie je vhodný negatívny postoj rodiny. Správnym postojom a prijatím postihnutia môže každý rodič pomôcť svojmu dieťaťu v jeho ďalšom rozvoji.

Celoživotná rehabilitácia. Dieťa postihnuté DMO si vyžaduje špeciálnu starostlivosť, na ktorej sa podieľa praktický lekár pre deti a dorast, detský neurológ, rehabilitačný lekár, fyzioterapeut, ortopéd i oftalmológ. Súčasťou celkovej starostlivosti sú zásahy psychológa, logopéda i špeciálneho pedagóga. Základ však tvorí pravidelná, často celoživotná rehabilitácia v domácom prostredí, zabezpečovaná rodičmi.

Deti majú nárok na pobyty v rehabilitačných centrách a kúpeľoch. pri niektorých formách DMO sa nedá vyhnúť opakovaným chirurgickým zákrokom. Pre rodičov tak časté návštevy zdravotníckych zariadení predstavujú časovú, ale i finančnú stratu. Okrem liečebných procedúr má rodina s takto postihnutým dieťaťom nárok na rôzne sociálne dávky i príspevky na zdravotné pomôcky. Pokroky sú individuálne a aj keď má dieťa tú najlepšiu starostlivosť, nemáte záruku, že dieťa bude v budúcnosti samostatné a nebude potrebovať pomoc rodiny, rodičov či lekárov. Zaradenie postihnutého dieťaťa do bežného života závisí od závažnosti stavu. Pri najťažších formách je dieťa celoživotne odkázané na opateru. Deti so stredným a s miernym postihnutím môžu byť integrované medzi zdravých rovesníkov, sú vzdelávateľné, niektoré schopné aj vysokoškolského štúdia a žijú plnohodnotný život (Okál'ová, 2008).

12.4 Opatrovanie detí s autizmom

Autizmus je charakteristický silnou orientáciou na vlastnú osobu a poruchami správania sa medzi ľuďmi a pri medzilidskej komunikácii a postihuje 2-4 z 10 000 detí, chlapcov približne trikrát častejšie než dievčatá. Švajčiarsky psychiater Bleuler definoval v roku 1911 *autizmus* ako „odpútanie sa od reality spolu s relatívnou alebo absolútnou prevahou vnútorného života“. Deti sú často nápadné už v dojčenskom veku svojím nedostatočným nadväzovaním kontaktov s blízkymi osobami. Neskôr prejavujú málo záujmu o napodobňovanie vzorov a nadväzovanie priateľstiev. Narušený je aj vývin reči a kreativity. Liečba spočíva v behaviorálnej psychoterapii so silným začlenením rodičov, v logopédii, liečebnej gymnastike a liekoch. V posledných rokoch sa v tlači viackrát referovalo o dobrých výsledkoch dosiahnutých hrou so skrotenými delfínmi. Často je nutná starostlivosť v špeciálnych zariadeniach ešte i vo veku dospelosti.

Faktory, ktoré ovplyvňujú vznik autizmu

Pri vzniku autizmu zohráva dôležitú úlohu dedičnosť. Štúdie ukázali, že pri jednom autistickom dvojčati bude postihnuté aj druhé dvojča. Aj u súrodencov autistických detí, ktoré netrpia autizmom, boli zistené častejšie nápadnosti ako sú poruchy vývinu reči a duševné deficity. Metódami, ktoré umožňujú zobrazenie mozgu, bolo dokázané, že u časti autistov sú nedostatočne vyvinuté určité oblasti mozgu. Oblasti a funkcie mozgu, u ktorých bolo zistené isté narušenie, súvisia s vývinom sociálneho správania a reči. Ak matka počas tehotenstva ochoreje na rubeolu (infekčné vírusové ochorenie), je riziko, že sa u dieťaťa vyvinú autistické symptómy. Pri ochoreniach ako sú zápaly mozgu a mozgových blán, ktoré vedú k poškodeniu centrálného nervového systému, sa môžu následne objaviť poruchy, ktoré sú podobné autizmu.

CHARAKTERISTIKA DETÍ POSTIHNUTÝCH AUTIZMOM

Aj keď sa u každého dieťaťa príznaky autizmu prejavujú inak a v rôznom množstve, u autistických detí možno pozorovať:

- oneskorený rečový vývin, absencia hovorovej reči, dieťa nevie vyjadriť svoje myšlienky a pocity a často ani nereaguje na to, ak sa s ním niekto rozpráva a má problém slovne vyjadriť svoje požiadavky,
- dieťa rutinne vykonáva určité činnosti a výrazne lipne na stereotype, odmieta akúkoľvek zmenu, ktorá by jeho stereotyp narušila,
- takisto lipne na určitých predmetoch - často nosí neustále so sebou nejakú hračku alebo predmet - napríklad knihu a pod.,
- mechanické, bezmyšlienkovité opakovanie slov alebo slovných spojení počas dlhšieho času,
- autistické dieťa takmer vôbec neprejavuje emócie a bráni sa fyzickému kontaktu (objatiu a pod.), niekedy s výnimkou blízkych rodinných príslušníkov,
- často opakuje určité pohyby, napríklad mávanie rukami alebo kývanie sa na mieste zo strany na stranu dlhý čas,
- dieťa je samotárske, uzavreté vo vlastnom svete, nevyhľadáva kontakt s rovesníkmi, hrá sa osamote,
- nezriedka reaguje precitlivene na určité zvuky a pod.,
- môže mať aj záchvaty agresivity, môže byť hyperaktívne a často nereaguje adekvátne na konkrétne situácie, niekedy môže u takéhoto dieťaťa dochádzať aj k sebapoškodzovaniu,
- autistické dieťa neudržiava očný kontakt, je nielen ťažké očný kontakt s takýmto dieťaťom nadviazať, ale aj udržať (Vojteková, 2010).



STAROSTLIVOSŤ O DIEŤA POSTIHNUTÉ AUTIZMOM

Starostlivosť o dieťa s autizmom nie je vôbec ľahká, no za podpory medikamentózneho liečby a behaviorálnej psychoterapie sa dá dobre zvládnuť. Pri **medikamentóznej liečbe** sa využívajú lieky pre schizofrenikov s prípravkami, ktoré znižujú hladinu serotonínu. **Behaviorálna psychoterapia** prebieha na základe odmienu, pretože odmenené dieťa dokáže lepšie a skôr vykonať požadované výkony a správanie. Ide o dlhodobý tréning, obohatený o trpezlivosť, vytrvalosť a spoluprácu terapeuta a rodičov. Rodičia sú pre dieťa pozitívnym zdrojom reakcií na vlastné správanie, preto dobrý vzťah medzi rodičmi a dieťaťom zlepšuje liečbu autistu. Pri behaviorálnej psychoterapii je dôležitým cieľom zlepšiť sociálne správanie dieťaťa, lebo sa vychádza z toho, že, ak sa dieťa naučí hrať s inými deťmi, môžu byť dôležitým vzorom pri učení ďalších schopností. Hlavne pri autistoch, ktorí sú duševne postihnutí, treba dbať na to, aby učenie nastávalo v malých krokoch. Pri správaní, pri ktorom sa dieťa samo poškodzuje (napr. búchaním hlavy o stenu), môže byť potrebné nasadenie trestov, ako napríklad odobratie obľúbenej hračky. Používanie trestov by však malo byť len výnimkou, lebo inak sú pokusy o vytvorenie dôvery k ľuďom málo nádejné. Pri liečbe autizmu sa neustále používajú alternatívne metódy. V starostlivosti o autistu sa uplatňuje aj **liečebná gymnastika a logopedická terapia**. Úplné vyliečenie autizmu zatiaľ nie je možné, ale špeciálne štruktúrované vzdelávanie môže pomôcť maximalizovať schopnosti dieťaťa a minimalizovať behaviorálne problémy. Správny spôsob vzdelávania a liečebné programy sú pre dieťa podstatné, pretože priamo ovplyvňujú možnosti dosiahnuť takú úroveň samostatnosti, aká je možná vzhľadom na autistické postihnutie.

12.5 Opatrovanie detí s Downovým syndrómom

Downov syndróm (ďalej len „DS“) nie je ochorenie v klasickom význame slova, je to genetická anomália s dôsledkami na celý život. Medzi deťmi s Downovým syndrómom nájdeme viac odlišností ako podobností. Nejde len o fyzický vzhľad, ale aj o povahu a najrôznejšie schopnosti. Deti s DS môžu byť pokojné, iné sú energické. Niektoré majú radi hudbu, iné vôbec nezaujímajú.

História. Ako samostatná diagnóza bol však DS uznaný až v roku 1866, kedy anglický lekár John Langdon Down publikoval svoju vedeckú štúdiu o skupine pacientov, ktorí sa svojou podobou a správaním odlišovali od ostatných pacientov. Doktor Down príčinu diagnózy nepoznal. Jeho predpoklad, že DS je návratom k primitívnemu mongolskému etnickému plemenu čoskoro zavrhol jeho syn Reginald (tiež lekár). Preto sa neskôr pomenovanie „mongoloizmus“, ktoré doktor Down používal považuje za zavádzajúce a nepresné. Po publikácii J.L. Downa sa objavili práce ďalších autorov, ktoré prispeli k popísaniu detailov týkajúcich sa DS. Celkovo sa uvádza 55 charakteristických znakov, u každého jedinca sa však vyskytuje iba časť z nich. Vznik. Každá bunka ľudského tela obsahuje 46 chromozómov (usporiadaných v 23 pároch) - ľudia s DS majú 47 chromozómov (22 dvojíc a jednu trojicu). Príčinu tohto javu sa dodnes nepodarilo uspokojivo vysvetliť. Súčasná znalosť potvrdzuje, že k chybnému replikácii genetického materiálu dochádza náhodne - nie je to ovplyvnené ničím, čo by rodičia pred alebo v priebehu tehotenstva urobili alebo neurobili. Určitá súvislosť sa našla medzi početnosťou výskytu DS a vekom rodičov - matky po 35 roku a otcovia po 50 roku sú možnosťou narodenia dieťaťa s DS viac ohrození. Tiež je známe, že DS sa vyskytuje rovnomerne u obidvoch pohlaví, u všetkých ľudských rás, etnických skupín, sociálnoekonomických tried a národností. Podľa najnovších údajov sa na celom svete rodí každoročne približne 100 000 novorodencov s DS - t.j. na každých 700 živo narodených detí pripadá jedno dieťa s DS.

Prenatálna diagnostika. Metódy prenatálnej diagnostiky zisťujú výskyt DS u plodu. V prípade pozitívneho nálezu sa rodičia môžu slobodne rozhodnúť, či matka podstúpi umelé prerušenie tehotenstva. Najbežnejšou formou prenatálnej diagnostiky DS je AMNIOCENTÉZA. Vzhľadom k nákladom na jeho prevedenie, väčšinou sa táto služba umožňuje párom, u ktorých je riziko narodenia dieťaťa s DS relatívne vysoké. To znamená matkám v pokročilom veku (po 35.-37.roku) alebo v prípadoch, kde sa prvé dieťa narodilo s DS. Test je jednoduchý a prevádza sa ambulantne. Väčšinou sa robí medzi 16.-18. týždňom tehotenstva.



CHARAKTERISTICKÉ ČRTY DOWNOVHO SYNDRÓMU

Deti s Downovým syndrómom majú tieto charakteristické črty: sploštenú tvár, šikmo položené oči, kožný záhyb na vnútornom očné kútiku, malé uši, široké ruky s krátkymi prstami a neprerušovanú fisúru na rukách. Mávajú svalovú slabosť (hypotóniu), ktorá je nápadná najmä u bábätiak. Rastú pomalšie a dosahujú telesnú výšku, ktorá leží pod priemerom. Telesná hmotnosť je v prvých rokoch väčšinou podpriemerná, po puberte je typický sklon k silnému v približne 10 %. Často sa vyskytuje narušená funkcia štítnej žľazy. Kvôli odchýlkam v imunitnom systéme často dochádza k infekciám horných dýchacích ciest a k zápalom stredného ucha. Leukémie sa vyskytujú o niečo častejšie než u ľudí bez Downovho syndrónu. Vývoj ľudí s Downovým syndrómom prebieha celkovo spomalene.

Znateľné je to pri vývoji reči ale aj pri vývoji motoriky. Intelektuálne schopnosti sú znížené, pričom stupeň je veľmi variabilný. Len malá časť ľudí s Downovým syndrómom je duševne ťažko postihnutá - menej než 10 % (PRIMAR.SME, 2004; Mišovicová, 2007).

STAROSTLIVOSŤ O DIEŤA S DOWNOVÝM SYNDRÓMOM

U detí DS je potrebné dbať o dostatočnú výživu a príjem tekutín. Je potrebné tieto deti chrániť pred infekciami, najmä dýchacích ciest (oslabená imunita). Kým sú deti ešte malé (tesne po narodení) je potrebné urobiť rôzne lekárske vyšetrenia, ktoré odhalia akékoľvek vrodené vývojové chyby, neurologické vyšetrenie. Očkovanie je bežné ako u zdravých detí. U detí s DS je potrebná podpora reči, pamäti, verbálnej aj neverbálnej komunikácie, rozvíjanie hrubej a následne jemnej motoriky, učenie hygienickým návykom. U niektorých detí s DS sa môžu prejaviť aj autistické symptómy, preto je potrebné dieťa viac sledovať a byť informovaný o príznakoch. Rodičia musia najprv vyhľadať odbornú pomoc logopédov, sociálnych pracovníkov, rehabilitačných pracovníkov, psychológov a špeciálnych pedagogických pracovníkov, ktorí im pomôžu naučiť sa starať o dieťa s DS. Rodičia musia rátať s faktom, že deti s DS majú znížené IQ, ale to neznamená, že ich deti sa nedajú vzdelávať. Práve naopak. Deti majú dobré logické myslenie a pamäť. Vzdelanie dostanú tieto deti v špeciálnych školách so špeciálnymi pedagógmi. Deti sú veľmi milé, láskavé, prítulné, lásku opätujú aj sa ňou odvdáčujú, majú radi hudbu a zmysel pre rytmus. To, ako sa bude dieťa s DS vyvíjať a aký bude ma ďalší život, záleží od rodičov. Pokiaľ sa rodičia budú aktívne podieľať na výchove takéhoto dieťaťa, použijú lásku aj empatiu, vedia dosiahnuť veľké pozitívne úspechy v výchove, vzdelávaní a zaradení dieťaťa s DS do spoločenského života. Deti potom dokážu žiť dlhší a plnohodnotnejší život.

Kontrolné otázky pre predmet Špecifiká opatrovania detí s vybranými chorobami

- Kedy sa začína a končí prenatálne obdobie dieťaťa?
- Vymenujte poradie detského veku.
- Ktoré detské obdobie je charakterizované vekom od 1. roka do 3. rokov?
- V čom spočíva pasívna prevencia úrazovosti detí?
- V čom spočíva aktívna prevencia úrazovosti detí?
- V ktorom období dieťaťa môže vzniknúť detská mozgová obrna?
- Vymenujte príčiny vzniku detskej mozgovej obrny.
- Koľko foriem detskej mozgovej obrny poznáte (delenie podľa napätia svalstva)?
- Aká je to multidisciplinárna starostlivosť o dieťa s detskou mozgovou obrnou?
- Deti s miernym a so stredným postihnutím DMO môžu byť integrované medzi zdravých rovesníkov, sú vzdelávateľné, niektoré schopné aj vysokoškolského štúdia, môžu žiť plnohodnotný život. Je tento výrok správny?
- Deti s ťažkým postihnutím DMO môžu byť integrované medzi zdravých rovesníkov, sú vzdelávateľné, niektoré schopné aj vysokoškolského štúdia, môžu žiť plnohodnotný život. Je tento výrok správny?
- Deti s miernym a so stredným postihnutím DMO nemôžu byť integrované medzi zdravých rovesníkov, nie sú vzdelávateľné, nie sú schopné vysokoškolského štúdia, nemôžu žiť plnohodnotný život. Je tento výrok správny?
- Označte, ktoré z ochorení u detí je charakterizované silnou orientáciou na vlastnú osobu, poruchami správania sa medzi ľuďmi a pri medzilidskej komunikácii?
- Označte, ktoré z ochorení u detí je charakterizované nedostatočným nadväzovaním kontaktov a priateľstiev, poruchou vývinu reči, kreativity, mechanickým opakovaním slov.
- Na každých 700 živo narodených novorodencov pripadá jedno dieťa s Downovým syndrómom. Aké je to ochorenie?
- Deti s Downovým syndrómom sú vyliečiteľné, existujú nové liečebné postupy, ktoré sú dostupné. Je tento výrok správny?
- Akým vyšetrením sa môže zistiť, či dieťa v brušku matky trpí Downovým syndrómom?
- Určte charakteristické črty dieťaťa s Downovým syndrómom.

13. SOCIÁLNE A PRÁVNE NORMY V OPATROVATEĽSKÝCH SLUŽBÁCH

Opatrovanie alebo opatrovateľská služba je termín, ktorý neodmysliteľne patrí do širokej kategórie profesie označovanej ako sociálna práca. V tejto kapitole sa budeme preto venovať problematike sociálnych, opatrovateľských služieb, poskytovateľom týchto služieb po právnej stránke. Priblížime si aj zákony úzko súvisiace s prácou opatrovateľa a sociálnymi službami.

13.1 Vznik sociálnej práce a jej základne pojmy

Vznik a charakteristika sociálnej práce

Sociálna práca sa vyvinula z humanitných a demokratických ideálov a jej hodnoty sú založené na rešpektovaní rovnosti, hodnoty a dôstojnosti všetkých ľudí. Sociálna práca sa zameriava na uspokojenie ľudských potrieb a na rozvoj ľudského potenciálu. Korene sociálnej práce možno hľadať všade tam, kde sa hovorí o opatere chorých, starostlivosti o chudobných, o deti, siroty či vdovy. Začiatok 20. stor. možno považovať za začiatok formovania sociálnej práce ako špecifickej profesie, rovnako sa začala rozvíjať ako sociálna veda.

V roku 1988 bola sociálna práca je definovaná ako činnosť predchádzajúca alebo upravujúca problémy jednotlivcov, skupín a komunit vznikajúcich z potrieb jednotlivcov a spoločenských inštitúcií, s cieľom zvýšiť kvalitu života ľudí (Oláh et Schavel, 2006, s. 42). V súčasnosti je **sociálna práca** definovaná ako „odborná *disciplína*, ktorá *špeciálnymi pracovnými metódami zaisťuje sociálnu starostlivosť o človeka na profesionálnom základe. Vychádza zo systému poznatkov mnohých spoločenských vied (psychológia, sociológia, filozofia, etika, pedagogika, ekonomické a lekárske vedy) a aplikuje vedecké poznatky do praktickej činnosti. Zaoberá sa optimálnym fungovaním sociálnych inštitúcií zameraných na starostlivosť, zabezpečenie a pomoc jednotlivcom, skupinám a komunitám*“ (Oláh et Schavel, 2006, s. 43). Je to aj praktická činnosť, ktorá je zameraná na predchádzanie alebo úpravu problémov jednotlivcov, rodín, skupín, komunit, na riešení ktorých sa sociálni pracovníci podieľajú prostredníctvom organizovaných sociálnych služieb. Sociálna práca je v súčasnosti vo svete vnímaná ako multidisciplinárna až transdisciplinárna vedná oblasť, ktorá disponuje špeciálnymi metódami práce a teoreticky je zameraná na oblasť starostlivosti o jednotlivca, rodinu, skupinu, komunitu, či spoločnosť, ako aj na prípravu odborníkov do tejto oblasti. Sociálna práca ako profesia je založená na hodnotách. Niektoré príklady hodnôt môžu zahŕňať úprimnosť, zodpovednosť, slobodu, spravodlivosť, úctu, skromnosť, odvahu, vernosť, lásku a vedomosti. Sú zakotvené v Medzinárodnom etickom kódexe (IFSW / IASSW, 2004) a Etickom kódexe sociálneho pracovníka a asistentov sociálnej práce (2021).

Sociálna práca vo vzťahu k sociálnej politike

Život človeka prebieha príliš dynamicky, čo so sebou prináša aj množstvo reakcií a protichodných názorov. O to zložitejšie je riadenie sociálnej sféry. Sociálna práca preto musí úzko spolupracovať a vlastne nadväzovať na politiku, ekonomiku, zdravotnú starostlivosť a vzdelávanie. „*Sociálna politika je všetko to, čo spadá do kompetencie inštitúcie zodpovedajúcej za vykonávanie sociálnej politiky, teda Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. Je to aj systém sociálneho zabezpečenia a politika trhu práce*“ (Oláh et Schavel podľa Radičovej (2003), 2006, s. 50).

K princípom sociálnej politiky patrí princíp solidarity (súdržnosť, zodpovednosť, ľudské porozumenie), sociálnej spravodlivosti, subsidiarity (poskytnutie pomoci) a princíp participácie (možnosť pre občana zúčastniť sa na procesoch ovplyvňujúcich ich život). Existuje veľa spôsobov a nástrojov sociálnej politiky, no z dlhodobého hľadiska sa uplatňuje systém sociálneho zabezpečenia.

Základným pilierom sociálneho zabezpečenia je:

- Sociálne poistenie - je najrozsiahlejšou časťou sociálnej bezpečnosti, je to verejnoprávne poistenie, chráni veľkú časť obyvateľstva pred rizikami života a následne sa stará o delenie dôchodkov. Reforma v tom systéme je častá, no zmeny sa najčastejšie vykonávajú v nemocenskom, dôchodkovom, úrazovom, garančnom poistení, ako aj v poistení v nezamestnanosti (251/2008, 174/2008 Z.z.).
- Štátna sociálna podpora - na princípe solidarity sa uplatňuje od roku 1996 v rodinách bez detí, s deťmi, v rodinách s nižšími príjmami. Finančné príspevky plynú zo štátneho rozpočtu. Treba pamätať, že štát má za úlohu iba pomáhať občanovi preklenúť obdobie krízy v živote, no občan musí aktívne vyhľadávať spôsoby riešenia jeho súčasnej situácie. Ide buď o jednorazové príspevky pri narodení dieťaťa (571/2009 Z.z.), rodičom ktorým sa narodila tri a viac detí (571/2009 Z.z.), pri zverení dieťaťa do náhradnej starostlivosti (337/2010 Z.z.) či príspevok na pohreb (251/2008 Z.z.). Opakované finančné príspevky sa týkajú prídavkov na dieťa (561/2008 Z. z), rodičovských

príspevkov (571/2009 Z.z.), opakovaný príspevok dieťaťu v náhradnej starostlivosti, opakovaný príspevok náhradnému rodičovi či osobitný príspevok náhradnému rodičovi (337/2010 Z.z).

c.) **Sociálna pomoc** - je „súbor činností, ktoré občanovi pomáhajú zabezpečiť základné životné podmienky, nadobudnúť sociálnu stabilitu a obnoviť sociálnu nezávislosť a sociálnu suverenity. Sociálna pomoc prispieva k riešeniu situácie občana, ktorá je nad jeho sily“ (Oláh et Schavel, 2006, s. 57). ide o zákon 562/2008 Z.z. o pomoci v hmotnej núdzi. Prostredníctvom sociálnej práce sa uskutočňuje sociálna pomoc.

13.1.1 **Metódy, techniky a organizácia sociálnej práce**

Metódy sociálnej práce sú spôsoby ako dosiahnuť konkrétny a praktický cieľ, na základe nových vedeckých poznatkov. Ide o zámerný, cieľavedomý a uvedomelý postup v sociálnej práci. Ide o tieto metódy:

- a.) sociálna práca s jednotlivcom,
- b.) sociálna práca so skupinou,
- c.) sociálna práca s komunitou.

Techniky sociálnej práce sú návody na použitie metód alebo ich prispôsobenie tak, aby zodpovedali špecifickým problémom vyplývajúcim z klientovej situácie. Teda je to pracovný postup vedúci k naplneniu vytýčeného cieľa. Pod technikami sa rozumejú rôzne druhy komunikácie - verbálna a neverbálna.

Organizácia sociálnej práce

Služby sociálnej práce, resp. sociálne služby poskytujú tieto inštitúcie/orgány štátnej správy:

- **Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR** - riadi a kontroluje cez Ústredie PSVaR SR, schvaľuje ich vnútornú organizačnú štruktúru, schvaľuje návrhy ústredia a úradov na zriadenie a zrušenie pracovísk.
- **Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny** - je rozpočtová organizácia štátu so sídlom v Bratislave, detašované v Žiline, Banskej Bystrici a Košiciach. Vykonáva štátnu správu v oblasti sociálnych vecí a služieb zamestnanosti, čo mu vyplýva zo zákona.
- **Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny** - okrem práce ako má Ústredie, vykonáva úlohy podľa osobitných predpisov na úsekoch štátnych sociálnych dávok, pomoci hmotnej núdzi, sociálno-právnej ochrany detí a rodiny, peňažných príspevkov, posudkových činností, evidencie nezamestnaných, sprostredkovanie vhodného zamestnania, vzdelávania a prípravy trhu práce, prípravy a realizácie projektov spolufinancovaných z európskeho sociálneho fondu.

13.1.2 **Základné pojmy v sociálnej práci**

Objekt sociálnej práce: sociálne javy, problémy, príčiny sociálnych problémov, vzťahy jednotlivcov, skupina komunit, možnosti a spôsoby realizácie sociálnych opatrení, hodnotová orientácia, postoje, názory ľudí v súvislosti so sociálnymi problémami, efektívnosť a adekvátnosť jednotlivých metód a techník sociálnej práce.

Subjekt sociálnej práce: je vnímajúca, premýšľajúca a chápaná bytosť. Jednotlivec, skupina a komunita tvoria spoločenské atribúty v určitom časovom horizonte, u ktorých sa vyskytujú aj rôzne sociálne problémy, ktoré je potrebné riešiť.

Sociálny pracovník. Úlohou sociálneho pracovníka je teda pomáhať ľuďom pri riešení sociálnych problémov a porúch a pri vytváraní spoločensky primeraných podmienok života, aby boli schopní na určitej spoločensky uznávanej úrovni existovať a fungovať v interakcii so svojim sociálnym prostredím.

Opatrovateľské služby sú jednou z foriem sociálnych služieb, ktoré majú komplexný charakter. Podľa zákona NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách sa opatrovateľská služba poskytuje občanovi pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách.

Obslužné činnosti sú ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva. **Sociálna starostlivosť.** Je to súhrn postupov na dosiahnutie spokojnosti človeka. Je to interdisciplinárna starostlivosť o výchovu a vzdelávanie, o zdravotnú starostlivosť, bývanie, vytvorenie životných a pracovných podmienok i zabezpečenie duševného zdravia človeka.

Sociálne služby predstavujú rôzne činnosti, ktoré sú určené na pomoc ľuďom, ktorí sa ocitli v nepriaznivej sociálnej situácii, nevedia si sami zabezpečiť základné životné potreby alebo potrebujú pomoc z iných vážnych dôvodov.

13.2 Sociálna služba

Sociálna služba je odborná, obslužná alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na:

- **prevenciu vzniku, riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie** osoby, rodiny alebo komunity,
- **zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti osoby viesť samostatný život** a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,
- zabezpečenie nevyhnutných podmienok na **uspokojovanie základných životných potrieb osoby**,
- **riešenie krízovej sociálnej situácie** osoby a rodiny (t. j. ohrozenia života alebo zdravia osoby a rodiny, ktoré vyžaduje bezodkladné riešenie),
- **prevenciu sociálneho vylúčenia** osoby a rodiny.

Odborné činnosti sociálnej služby sú najmä:

- základné sociálne poradenstvo,
- špecializované sociálne poradenstvo,
- pomoc pri odkázanosti osoby na pomoc inej osoby,
- pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov,
- sociálna rehabilitácia,
- ošetrovateľská starostlivosť v zariadení,
- pracovná terapia,
- tlmočenie,
- sprostredkovanie tlmočenia a osobnej asistencie,
- pomoc pri výkone opatrovníckych práv a povinností (Zdroj: portal.gov.sk).

Filozofia sociálnych služieb spočíva v:

- väčšej variabilite sociálnych služieb,
- aktivizácii klienta prostredníctvom individuálneho rozvojového,
- nových druhoch sociálnych služieb a odborných činností,
- komunitnom plánovaní,
- zvyšovaní kvality a odbornosti pri poskytovaní sociálnych služieb a akreditácii vzdelávacích programov,
- previazanosti zdravotnej a sociálnej starostlivosti pri poskytovaní sociálnych služieb,
- dohľade nad poskytovaním sociálnych služieb,
- zvýšení objektivity posudzovania odkázanosti na opatrovateľskú službu a odkázanosti na pomoc inej osoby,
- v tom, že ak obec alebo VÚC požiada neverejného poskytovateľa a zabezpečenie sociálnej služby neverejný poskytovateľ má garantovaný prístup k finančnému príspevku pri vybraných sociálnych služieb.

Financovanie sociálnych služieb sa deje prostredníctvom rozpočtu obce a VÚC alebo z vlastných zdrojov neverejného poskytovateľa, úhradou od klienta, darmi, výnosmi po zdanení z vedľajšej hospodárskej činnosti (u neverejného poskytovateľa zisk po zdanení podnikateľskej činnosti), príjmami zo sociálneho podniku, z verejného zdravotného poistenia (ošetrovateľské, opatrovateľské výkony), a iné zdroje.

Úhrada za sociálnu službu. Prijímateľ sociálnej služby je povinný platiť úhradu za sociálnu službu v sume určenej poskytovateľom sociálnej služby, ak tento zákon neustanovuje inak.

Ochrana príjmu prijímateľa. Po zaplatení úhrady za opatrovateľskú službu musí prijímateľovi sociálnej služby zostať mesačne z jeho príjmu najmenej 1,65-násobok sumy životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu (z. č. 601/2003 Z. z. o životnom minime a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov - sumy životného minima sa upravujú vždy k 1. júlu bežného kalendárneho roka). *Zmluva* o poskytovaní sociálnej služby - poskytovateľ je povinný uzatvoriť písomnú zmluvu s prijímateľom.

13.2.1 Poskytovatelia sociálnych služieb a kvalifikačné predpoklady opatrovateľa

Sociálna práca sa vyvíja, tak ako sa vyvíja celá spoločnosť. Ponúka pomoc spoločnosti prostredníctvom sociálneho pracovníka. Výrazným medzníkom je rok 2008, keď sa samostatne legislatívne upravila oblasť sociálnych služieb zákonom č. 448, ako aj kategória ťažko zdravotne postihnutých občanov a kompenzácií sociálnych dôsledkov ich ŤZP zákonom č. 447. Rovnako zmenami prechádzala sociálna práca aj z pohľadu jej poskytovateľov. Najprv to bol monopol štátu, neskôr sa objavujú aj neštátni poskytovatelia sociálnych služieb. Významným medzníkom bol rok 2001, kedy bola legislatívne upravená delimitácia väčšiny sociálnych služieb zo štátu na obecné a regionálne samosprávy. V súlade s týmito legislatívnymi zmenami bola opatrovateľská služba ako jedna z foriem

sociálnych služieb delimitovaná na mestá a obce. Dnes je poskytovateľom sociálnych služieb verejný sektor (obec, vyšší územný celok) aj neverejný - súkromný sektor (fyzická alebo právnická osoba) a dobrovoľníci.

Nositelom sociálnej práce je sociálny pracovník, t.j. aj opatrovatel' pri vykonávaní opatrovateľskej služby. Sociálny pracovník vykonáva svoju prácu v súlade s Etickým kódexom sociálneho pracovníka. Osobnostnú výbavu sociálneho pracovníka by mali reprezentovať: spravodlivosť, zodpovednosť, morálna bezúhonnosť, dôveryhodnosť, slušnosť a úcta, zdvorilosť, rešpektovanie súkromia klienta a pod. Profesionálnu výbavu zas schopnosť komunikovať a kooperovať, iniciovať klienta k spolupráci, podporovať klienta a viesť ho k samostatnosti.

Kvalifikačné predpoklady pre pracovné zaradenie opatrovateľa je úplné stredné odborné vzdelanie získané v študijnom odbore so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo akreditovaný kurz opatrovania (220 hod).

Pomoc opatrovateľa pri sebaobslužných úkonoch klienta (podľa zákona o soc. službách):

a) Hygiena

1. osobná hygiena – hygienická starostlivosť o jednotlivé časti tela: ruky, tvár, zuby, nechty (holenie, česanie, umývanie, make-up, odličovanie, strihanie nechtov na rukách a na nohách, aplikácia krémov, mastí, prípadne medikamentov),
2. celkový kúpeľ – hygienická starostlivosť o celé telo vo vani, prípadne v sprche s umytím vlasov (celkový kúpeľ sa vykonáva vždy vo vani alebo v sprchovacom kúte),

b) Stravovanie a dodržiavanie pitného režimu

1. porciovanie stravy,
2. obsluha (prinesenie stravy a nápoja na dosah klienta),
3. kŕmenie a pomoc pri pití,

c) Vyprázdňovanie močového mechúra a hrubého čreva

1. sprievod na toaletu,
2. pomoc pri vyzliekaní, obliekaní,
3. účelná očista po toalete,
4. sprievod z toalety,
5. podanie podložnej misy, močovej fľaše s následným očistením podložnej misy (fľaše),
6. ochrana osobnej a postelnej bielizne pred znečistením (nasadenie a výmena plienky),

d) Obliekanie, vyzliekanie

1. výber oblečenia (rozpoznanie jeho správneho vrstvenia a farieb),
2. obliekanie, obúvanie,
3. vyzliekanie, vyzúvanie,

e) Mobilita, motorika

1. sprievod pri chôdzi (chôdza po rovine, po schodoch),
2. pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri líhaní na lôžko,
3. polohovanie,
4. pomoc pri manipulácii s predmetmi (napríklad pri uchopení lyžičky, zapínaní gombíkov),
5. obsluha a premiestňovanie predmetov dennej potreby.

f) Dodržiavanie liečebného režimu

1. v domácom prostredí
 - 1.1. nákup liekov, podávanie liekov a aplikácia mastí,
 - 1.2. kontrola glykémie glukomerom,
 - 1.3. odmeranie krvného tlaku, pulzu a telesnej teploty,
 - 1.4. aplikácia liečiva subkutánne (napríklad inzulínu),
 - 1.5. polohovanie,
2. v zariadení
 - 2.1. nákup liekov,
 - 2.2. polohovanie.

Úkony starostlivosti o domácnosť klienta (podľa zákona o sociálnych službách):

- a) nákup potravín a iného drobného spotrebného tovaru,
- b) príprava jedla, varenie, zohrievanie jedla,
- c) donáška jedla do domu,
- d) umytie riadu,
- e) bežné upratovanie v domácnosti,

- f) obsluha bežných domácich spotrebičov,
- g) starostlivosť o bielizeň (pranie, žehlenie),
- h) starostlivosť o lôžko,
- i) vynášanie drobného odpadu do zbernej smetnej nádoby,
- j) donáška uhlia, donáška dreva, vynesenie popola, donáška vody, kúrenie vo vykurovacích telesách a ich čistenie,
- k) ďalšie jednoduché úkony spojené s prevádzkou a udržiavaním domácnosti (administratívne úkony spojené s vedením domácnosti, napríklad zabezpečenie úhrady platieb).

13.2.2 Zákon o sociálnych službách, živnostenské podnikanie

Zákon NR SR č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 445/1991 Z.z. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov (účinnosť od 1.1.2023).

Sociálne služby predstavujú špeciálny súbor činností zameraných na uspokojovanie individuálnych alebo aj kolektívnych potrieb. Cieľom sociálnej služby je zabezpečenie a ochrana určitej úrovne kvality života občanov, ktorá je vyjadrená v oficiálnej sociálnej politike štátu. Zákon o sociálnych službách upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, financovanie sociálnych služieb a kontrolnú činnosť vo veciach sociálnych služieb.

Z historického hľadiska ide o najstaršiu súčasť sociálnej práce, ktorej korene siahajú do 18. a 19. storočia - zakladanie prvých inštitúcií pre handicapovaných jedincov, v USA tzv. settlementy - strediská sociálnej služby alebo Neighbourhood Houses - domy pre sociálnu pomoc v susedstve. Záujem o sociálne služby a ich rozvoj začiatkom 20. storočia nepochybne ovplyvnila encyklika Rerum novarum, autorom ktorej je pápež Lev XIII. / 1891 /, ktorá našla odozvu v celom kresťanskom svete, čo sa prejavilo najmä po I. svetovej vojne v náraste dobrovoľných, ale aj profesionálnych pracovníkov.

13.2.3 Opatrovateľská služba, posudková činnosť, požiadanie o sociálnu službu

Opatrovateľská služba § 41 je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá:

- je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej II podľa prílohy č. 3 a zákona o soc. službách,
- je odkázaná na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách podľa prílohy č. 4.

Opatrovateľskú službu nemožno poskytovať fyzickej osobe:

- ktorej sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba,
- ktorá je opatrovaná fyzickou osobou, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na opatrovanie podľa osobitného predpisu, ak tento zákon neustanovuje inak,
- ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu podľa osobitného predpisu,
- ktorej je nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy prenosnou chorobou a pri ochorení touto nákazou.

POSUDKOVÁ ČINNOSŤ

Je lekárska posudková činnosť. Posudkovou činnosťou sa zisťuje odkázanosť fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím alebo fyzickej osoby s nepriaznivým zdravotným stavom na sociálnu službu v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a na opatrovateľskú službu.

POŽIADANIE O SOCIÁLNU SLUŽBU (v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z.)

Z hľadiska zabezpečenia sociálnej služby pre občanov, ktorí sú na sociálnu službu odkázaní, je významným prínosom zadefinovanie povinnosti poskytnúť sociálnu službu. Táto povinnosť je uložená obci alebo vyššiemu územnému celku podľa druhu požadovanej sociálnej služby. Príslušná obec alebo vyšší územný celok poskytne sociálnu službu v rámci svojej pôsobnosti alebo vo svojom zariadení, ak disponuje voľnými kapacitami.

V prípade, že to tak nie je, zabezpečí službu u iného verejného poskytovateľa, t. j. u inej obce alebo iného vyššieho územného celku, ak s tým súhlasí žiadateľ, pričom zabezpečí úhradu nákladov na sociálnu službu tomuto poskytovateľovi. Ak ani táto varianta nie je možná, zabezpečí službu u neverejného poskytovateľa, ktorého si vyberie žiadateľ, takisto za úhradu nákladov za sociálnu službu.

Sociálne služby v intenciách tohto zákona môže poskytovať len zariadenie, ktoré je zapísané v registri poskytovateľov sociálnych služieb, ktorý vedie vyšší územný celok.

Podmienkou prijatia žiadateľa do zariadenia sociálnych služieb je posúdenie jeho odkázanosti na sociálnu službu v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby. Posúdenie odkázanosti žiadateľa

nie je potrebné vykonávať v prípade, že žiadateľ žiada o poskytovanie sociálnej služby ako samoplatca a uhradí všetky výdavky spojené s poskytovaním požadovanej sociálnej služby. Podmienkou poskytovania sociálnej služby je uzatvorenie písomnej zmluvy, ktorej zmluvnými stranami sú poskytovateľ sociálnej služby a prijímateľ sociálnej služby. Sociálne služby sú spravidla poskytované za úhradu. Zákon o sociálnych službách však zaviedol aj mechanizmus ochrany príjmu prijímateľa, ktorý v praxi znamená, že prijímateľovi sociálnej služby musí po zaplatení úhrady zostať mesačne najmenej 1,3 násobok sumy životného minima pre plnoletú fyzickú osobu, stanovenú zákonom č. 601/2003 Z. z. o životnom minime v znení neskorších predpisov. Rovnaký ochranný mechanizmus sa vzťahuje aj na osoby povinné výživou k prijímateľovi sociálnej služby.

13.3 Sociálna starostlivosť o ťažko zdravotne postihnutých

Jednou z kategórií klientov sociálneho pracovníka je aj klientela fyzických osôb s ťažkým zdravotným postihnutím (ďalej len „ŤZP“). Zmiernenie sociálnych dôsledkov ich ŤZP je úlohou kompenzácií, ktoré vymedzuje zákon NR SR č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP a o zmene a doplnení niektorých zákonov s účinnosťou od 1.7.2024.

Základné pojmy

- Ťažké zdravotné postihnutie* - je postihnutie s mierou funkčnej poruchy najmenej 50 %.
- Funkčná porucha* - je nedostatok telesných, zmyslových alebo duševných schopností fyzickej osoby.
- Sociálny dôsledok ŤZP* - je znevýhodnenie, ktoré má fyzická osoba z dôvodu jej ŤZP v porovnaní s fyzickou osobou bez zdravotného postihnutia rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok a ktoré nie je schopná z dôvodu ŤZP prekonať sama.
- Kompenzácia - je zmiernenie alebo prekonanie sociálneho dôsledku ŤZP poskytovaním peňažných príspevkov na kompenzáciu alebo sociálnych služieb.

Štyri oblasti kompenzácie ŤZP fyzickej osoby sú:

- Oblasť mobility a orientácie - znížená pohybová alebo orientačná schopnosť.
- Oblasť komunikácie – narušená schopnosť komunikácie.
- Oblasť zvýšených výdavkov – diétne stravovanie, hygiena alebo opotrebovanie šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia, zabezpečenie prevádzky osobného motorového vozidla, starostlivosť o psa so špeciálnym výcvikom.
- Oblasť sebaobsluhy - obmedzená schopnosť sebaobsluhy alebo jej strata - t.j. stav, keď fyzická osoba s ŤZP si sama nemôže zabezpečiť úkony sebaobsluhy, starostlivosť o svoju domácnosť alebo realizovať základné sociálne aktivity.

Aj tu sa uplatňuje posudková činnosť na účely kompenzácie, na účely preukazu a parkovacieho preukazu, kedy posudkový lekár Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej len „ÚPSVaR“) vychádza z aktuálneho lekárskeho nálezu (ak nie je starší ako šesť mesiacov) na účely kompenzácie, na účely preukazu, na účely parkovacieho preukazu, na účely posudzovania fyzickej schopnosti a psychickej schopnosti fyzickej osoby vykonávať opatrovanie. Úlohou lekárskej posudkovej činnosti je posúdiť a hodnotiť zdravotný stav fyzickej osoby, určiť mieru funkčnej poruchy, posúdiť sociálne dôsledky ŤZP podľa jednotlivých oblastí kompenzácií. Výsledkom lekárskej posudkovej činnosti je lekársky posudok, ktorý obsahuje mieru funkčnej poruchy, vyjadrenie, že ide o osobu s ŤZP, závery k jednotlivým druhom odkázanosti fyzickej osoby a termín opätovného posúdenia. Sociálnu posudkovú činnosť vykonáva sociálny pracovník ÚPSVaR, výsledkom ktorej je posudkový záver.

Komplexný posudok je výsledkom lekárskej posudkovej činnosti a sociálnej posudkovej činnosti, ktorý obsahuje:

- mieru funkčnej poruchy fyzickej osoby,
- vyjadrenie, že ide o fyzickú osobu s ŤZP,
- sociálne dôsledky ŤZP vo všetkých oblastiach kompenzácie
- návrh druhu peňažného príspevku na kompenzáciu,
- vyjadrenie, či fyzická osoba s ŤZP je odkázaná na sprievodcu,
- vyjadrenie, či fyzická osoba s ŤZP je odkázaná na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom,
- termín opätovného posúdenia zdravotného stavu, ak ho určí posudkový lekár,
- odôvodnenie komplexného posudku.

Preukaz fyzickej osoby s ŤZP (Card of Person With Disabilities) – vyhotoví ÚPSVaR fyzickej osobe s

mierou funkčnej poruchy najmenej 50 % na základe jej žiadosti. V prípade fyzickej osoby odkázanej na sprievodcu je to preukaz ŤZP/S, označený červenou čiarou. V prípade nevidiacich obsahuje označenie „blind“ a v prípade nepočujúcich obsahuje označenie „deaf.“

Parkovací preukaz vyhotoví ÚPSVaR fyzickej osobe, ktorá oň požiadala, ak je odkázaná na individuálnu prepravu OMV alebo má praktickú slepotu alebo úplnú slepotu oboch očí.

Druhy peňažných príspevkov na kompenzáciu

Uvedené sú v zákone 447/2008 o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP a o zmene a doplnení niektorých zákonov s účinnosťou od 1.1.2009 v § 20 – 39. Jedným z druhov kompenzácie peňažných príspevkov je osobná asistencia (ďalej len „OA“). Je to pomoc fyzickej osobe s ŤZP pri činnostiach, ktorých účelom je aktivizácia, podpora sociálneho začlenenia fyzickej osoby s ŤZP, pracovných, vzdelávacích a voľnočasových aktivitách. Rozsah hodín osobnej asistencie je najviac 7 300 hodín ročne a po troch rokoch sa OA opätovne prehodnocuje. Vek fyzickej osoby s ŤZP od 6 do 65 rokov, sadzba na jednu hodinu OA je 1,39% sumy životného minima, osobný asistent musí mať najmenej 18 rokov so spôsobilosťou na právne úkony. Občan ŤZP musí mesačne poskytovať výkaz o počte odpracovaných hodín a potvrdenie o vyplatenej odmene a úradu.

Opatrovanie ŤZP občana je pomoc takto odkázanej fyzickej osobe, za účelom pomoci pri úkonoch sebaobsluhy, starostlivosti o domácnosť, pri realizovaní sociálnych aktivít s cieľom zotrvať v prirodzenom domácom prostredí. Opatrovanie môžu poskytovať osoby blízke (manžel, manželka, rodič, dieťa, starý rodič, vnuk, vnučka, súrodenec, nevesta, zať, svokor, svokra, švagor, švagriná, neter, synovec) alebo aj iné osoby, ak bývajú s fyzickou osobou s ŤZP (trvalý alebo prechodný pobyt).

Peňažné príspevky na opatrovanie sú zakotvené v zákone 447/2008 Z.z. v znení neskorších predpisov § 40. No pri opatrovaní osoby s ŤZP je 111,32% sumy životného minima. Podmienky nároku na jednotlivé peňažné príspevky sú dané v príslušných ustanoveniach zákona, každý prípad je potrebné posudzovať komplexne.

Peňažné príspevky na kúpu výcvik a úpravu pomôcok sú zakotvené v zákone 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP a o zmene a doplnení niektorých zákonov s účinnosťou od 1.1.2009 v § 24 - 28. Zoznam pomôcok a maximálne zohľadňované ceny pomôcok stanovuje Opatrenie MPSVaR č. 7 z 18. decembra 2008.

13.4 Vzájomná vyživovacia povinnosť rodičov a detí a opatrovateľská služba

Uplatňuje sa tu:

Zákon NR SR č. 201/2008 Z. z. o náhradnom výživnom a o zmene a doplnení zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení nálezov Ústavného súdu Slovenskej republiky č. 615/2006 Z. z.

Zákon NR SR č. 36/2005 Z. z. o rodine s aktualizáciou nových zmien od 20.9.2010, v tretej časti „Výživné“ upravuje druhy vyživovacích povinností a rozsah výživného. V § 62 a nasledovné je upravená vyživovacia povinnosť rodičov k deťom. Táto vyživovacia povinnosť je zákonná a trvá do času, kým deti nie sú schopné samé sa živiť. Minimálny rozsah vyživovacej povinnosti rodičov k deťom je podľa súčasne platnej legislatívy v rozsahu 30 % sumy životného minima nezaopatreného dieťaťa. Výživné na dieťa má prednosť pred inými výdavkami rodičov a pri vymáhaní je prednostnou pohľadávkou. Súd stanovuje rozsah vyživovacej povinnosti rodičov k deťom podľa ich schopností, možností a majetkových pomerov. V § 66 a nasl. je upravená vyživovacia povinnosť detí k rodičom. Citované ustanovenie zákona deklaruje povinnosť detí, ktoré sú schopné sa samy živiť, zabezpečiť svojim rodičom primeranú výživu, ak to potrebujú. Rozsah vyživovacej povinnosti závisí od schopností, možností a majetkových pomerov detí.

Opatrovateľská služba je poskytovaná prijímateľovi na základe ustanovenia § 41 zákona číslo 448/2008 Z. z. ako jedna zo sociálnych služieb, ktoré sú poskytované občanovi za účelom riešenia jeho nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku. Podľa ustanovenia § 72 ods. 8 tohto zákona je prijímateľ sociálnej služby, okrem iného aj prijímateľ opatrovateľskej služby, povinný platiť úhradu za poskytovanú sociálnu službu podľa svojho príjmu a majetku. Úhradu od prijímateľa opatrovateľskej služby môže poskytovateľ sociálnej služby požadovať v takej výške, aby prijímateľovi po zaplatení úhrady zostala mesačne z jeho príjmu najmenej suma zodpovedajúca 1,65-násobok sumy životného minima pre plnoletú fyzickú osobu. Prijímateľ neplatí úhradu za opatrovateľskú službu vtedy, ak jeho príjem je nižší alebo rovný sume 1,65-násobok životného minima. Prijímateľ platí čiastočnú úhradu za opatrovateľskú službu vtedy, ak jeho príjem je síce vyšší ako suma 1,65-násobok životného minima, ale nie taký vysoký, aby postačoval na celú úhradu. Ak prijímateľ nemá príjem alebo jeho príjem nepostačuje na zaplatenie úhrady, môže

úhradu alebo jej časť zaplatiť iná osoba na základe zmluvy s poskytovateľom o platení úhrady za sociálnu službu. Ak teda prijímateľovi sociálnej služby nevznikne povinnosť platiť úhradu za sociálnu službu z uvedených dôvodov, prechádza táto povinnosť postupne na rodičov a deti, ktorí môžu s poskytovateľom uzatvoriť zmluvu o platení úhrady. Ak nedôjde k uzatvoreniu takejto zmluvy dobrovoľne, obec alebo vyšší územný celok rozhodnú o povinnosti rodičov alebo detí platiť úhradu za sociálnu službu alebo jej časť za prijímateľa sociálnej služby. Ak u týchto povinných osôb nemožno zo závažných dôvodov zistiť ich príjem, za príjem sa považuje suma životného minima pre plnoletú fyzickú osobu.

13.5 Podmienky a postup pri vybavovaní niektorých druhov sociálnych služieb

Podmienky a postup pri vybavovaní jednotlivých druhov sociálnych služieb stanovuje zákon o sociálnych službách. Podmienky a postup pri vybavovaní jednotlivých foriem kompenzácií stanovuje zákon o peňažných príspevkoch na kompenzáciu.

Sociálne služby:

- konanie o odkázanosti na opatrovateľskú službu sa začína na základe písomnej žiadosti fyzickej osoby, ktorú podáva obci,
- miestna príslušnosť obce sa spravuje podľa miesta trvalého pobytu fyzickej osoby, ktorej odkázanosť na sociálnu službu sa posudzuje,
- opatrovateľskú službu je možné poskytovať opatrovanému bezodkladne, t.j. aj pred nadobudnutím právo platnosti rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu,
- podkladom pre vydanie rozhodnutia o sociálnej službe je posudok o odkázanosti fyzickej osoby na sociálnu službu,
- orgánom vecne príslušným na vydanie rozhodnutia o opatrovateľskej službe je obec miestne príslušná podľa trvalého pobytu fyzickej osoby, ktorá požiadala o opatrovateľskú službu.

Kompenzácie:

- konanie o posúdenie zdravotného stavu a o kompenzáciách začína na základe písomnej žiadosti fyzickej osoby,
- vecne príslušným orgánom na konanie v uvedených veciach je úrad práce, sociálnych vecí a rodiny,
- miestne príslušným je ÚPSVaR podľa trvalého pobytu fyzickej osoby, ktorá žiada o posúdenie zdravotného stavu a o kompenzácie,
- podkladom na rozhodnutie vo veci kompenzácií je komplexný posudok,
- lehota na vydanie komplexného posudku je 60 dní od podania žiadosti a lehota na vydanie rozhodnutia o kompenzáciách je 30 dní od doručenia komplexného posudku, ak nemôže príslušný ÚPSVR vzhľadom na okolnosti prípadu rozhodnúť v lehote, môže Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny predĺžiť lehotu na rozhodnutie najviac o 30 dní, spolu s rozhodnutím doručí správny orgán účastníkovi konania aj komplexný posudok,
- peňažné príspevky na kompenzáciu nie sú príjmom, ktorý podlieha výkonu rozhodnutia.

13.6 Práva a povinnosti opatrovateľa

Práva a povinnosti opatrovateľky vyplývajú spravidla z pracovnej zmluvy ako dvojstranného zmluvného vzťahu medzi opatrovateľkou a opatrovaným. Vo všeobecnosti k **právam opatrovateľky** patria: *právo na pridelenie práce podľa dohodnutých pracovných podmienok, dodržiavanie pracovného času a času na odpočinok, dovolenky na zotavenie, zabezpečenie dôstojných podmienok na výkon opatrovania a primeraných životných podmienok.*

Všeobecne k **povinnostiam opatrovateľky** patria: *povinnosť vykonávať opatrovanie osobne, kvalitne a s prihliadnutím na najlepší záujem opatrovaného, akceptácia osobnosti opatrovaného a jeho odkázanosti na pomoc inej osoby, prihliadanie na individuálne potreby prijímateľa služby, aktivizovanie opatrovaného podľa jeho schopností a možností, poskytovanie služby na vysokej odbornej úrovni, spolupráca s rodinou opatrovaného a širším sociálnym prostredím, rešpektovanie osobných cieľov opatrovaného, jeho potrieb a zdravotného stavu.*

13.7 Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci

Základné podmienky a postupy na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci na vylúčenie alebo obmedzenie faktorov podmieňujúcich vznik pracovných úrazov, chorôb z povolania a iných poškodení zdravia z práce sú ustanovené v ďalej uvedených všeobecne záväzných právnych predpisoch:

- Zákonník práce – Zákon č. 311/2001 Z. z. v znení neskorších predpisov - vybrané state
- Zákon NR SR č. 124/2006 Z. z. o bezpečnosti a ochrane zdravia pri práci a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

- Zákon č. 125/2006 Z. z. o inšpekcii práce a o zmene a doplnení zákona č. 82/2005 Z. z. o nelegálnej práci a nelegálnom zamestnávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Vyhláška MPSVaR SR č. 508/2009 Z. z. na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci s technickými zariadeniami tlakovými, zdvíhacími, elektrickými a plynovými, a ktorou sa ustanovujú technické zariadenia, ktoré sa považujú za vyhradené technické zariadenia - oboznámenie a poučenie v rozsahu §20 vyhlášky.
- Vyhláška SÚBPaSBÚ č.59/1982 Zb. v znení neskorších predpisov. Ďalej Nariadenia vlády č. 395/2006 Z. z., č.392/2006 Z. z., č. 387/2006 Z. z., č. 281/2006 Z. z., č. 276/2006 Z. z.

DEFINÍCIE POJMOV

Bezpečnosť práce - je stav pracoviska, ktorý poskytuje vysokú mieru istoty, že pri dodržiavaní pravidiel (bezpečnostných požiadaviek, technologických a pracovných postupov a pod.), platných pre príslušné pracovisko a pracovný proces a bez pôsobenia nepredvídateľných vonkajších vplyvov, bude vylúčená alebo znížená možnosť ohrozenia života a zdravia osôb, poškodenia alebo zničenia majetku spoločnosti.

Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci - je stav pracovných podmienok, ktoré vylučujú alebo minimalizujú pôsobenie nebezpečných a škodlivých činiteľov pracovného procesu a pracovného prostredia na zdravie zamestnancov.

Bezpečnosť technického zariadenia - je stav technického zariadenia a spôsob jeho používania, pri ktorom nie je ohrozená bezpečnosť a zdravie zamestnanca; bezpečnosť technického zariadenia je neoddeliteľnou súčasťou bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci. (Zákon č. 124/2006Z.z).

Bezpečnostné zariadenia - technické alebo iné zariadenia (súčasť stroja alebo iného zariadenia), ktoré je určené na zaistenie alebo zvýšenie bezpečnosti pri práci.

Dodávateľ - osoba, alebo organizácia, ktorá zamestnávateľovi dodáva služby v súlade s dohodnutými podmienkami a okolnosťami.

Interné predpisy na zaistenie BOZP - sú aj pravidlá o BZOP vydané zamestnávateľom po dohode s príslušným orgánom na inšpekcie práce, s príslušným orgánom na ochranu zdravia a so zástupcami zamestnancov.

Nebezpečenstvo - je stav alebo vlastnosť faktora pracovného procesu a pracovného prostredia, ktoré môžu poškodiť zdravie zamestnanca. (Zákon č. 124/2006 Z. z.).

Neodstrániteľné nebezpečenstvo - je také nebezpečenstvo, ktoré podľa súčasných vedeckých a technických poznatkov nemožno vylúčiť ani obmedziť.(Zákon č.124/2006 Z. z.).

Neodstrániteľné ohrozenie - je také ohrozenie, ktoré podľa súčasných vedeckých a technických poznatkov nemožno vylúčiť ani obmedziť.(Zákon č.124/2006 Z. z.).

Nebezpečná látka - je látka, alebo zmes látok, ktoré na základe chemických, fyzikálnych alebo toxických vlastností jednotlivo alebo v kombinácii vytvárajú nebezpečenstvo.

Nočná práca - je práca vykonávaná v čase medzi 22. hodinou a 6. hodinou (Zákoník práce).

Ohrozenie - je situácia, v ktorej nemožno vylúčiť, že zdravie zamestnanca bude poškodené. (Zákon č.124/2006 Z. z.)

Ochranné zariadenia - technické alebo iné zariadenia na zabránenie vzniku úrazov, prevádzkových nehôd alebo porúch technických zariadení. (Vyhláška č. 59/1982 Zb.)

OOPP - osobný ochranný pracovný prostriedok - je každý prostriedok, ktorý zamestnanec pri práci nosí, drží alebo inak používa vrátane doplnkov a príslušenstva, ak je určený na ochranu bezpečnosti a zdravia zamestnanca. (Nariadenie vlády č. 395/ 2006 Z. z.)

Organizačné opatrenia - spočívajú vo vhodnej úprave celého pracovného režimu a organizácie práce tak, aby sa vylúčilo alebo obmedzilo pôsobenie škodlivých alebo nepriaznivých vplyvov práce a pracovného prostredia. (vykonávanie analýzy rizík, resp. prehodnotenie existujúceho systému riadenia rizík, skvalitnenie preventívnej kontroly a údržby zariadení a objektov, uplatňovanie kvalifikačných požiadaviek, zvýšenie počtu pracovníkov v

sledovanej činnosti, úprava režimu práce, zavedenie bezpečnostných prestávok, úprava materiálových tokov a premiestňovacích procesov, prehĺbenie kontroly dodržiavania bezpečnostných požiadaviek, kontrola konzumácie alkoholu a i.)

Osobitné skupiny zamestnancov - sú tehotné ženy, matky od konca deviateho mesiaca po pôrode, dojčiacie ženy, mladiství a zamestnanci so zdravotným postihnutím. (Zákon č. 124/2006 Z. z.)

Pracovisko - priestor, v ktorom zamestnanec alebo skupina zamestnancov vykonáva prácu.

Pracovný úraz - je poškodenie zdravia, ktoré bolo zamestnancovi spôsobené pri plnení pracovných úloh alebo v priamej súvislosti s ním nezávisle od jeho vôle krátkodobým, náhlym a násilným pôsobením vonkajších vplyvov. (Zákonník práce)

Právne a ostatné predpisy na zaistenie BOZP - sú predpisy na ochranu života a predpisy na ochranu zdravia, hygienické predpisy a protiepidemické predpisy, technické predpisy, technické normy, dopravné predpisy, predpisy o požiarnej ochrane a predpisy o manipulácii s horľavinami, výbušninami, zbraňami, rádioaktívnymi látkami, jedmi a inými látkami škodlivými zdraviu, ak upravujú otázky týkajúce sa ochrany života a zdravia (Zákonník práce).

Prevenia - je systém opatrení plánovaných a vykonávaných vo všetkých oblastiach činnosti zamestnávateľa, ktoré sú zamerané na vylúčenie alebo obmedzenie rizika a faktorov podmieňujúcich vznik pracovných úrazov, chorôb z povolania a iných poškodení zdravia z práce, a určenie postupu v prípade bezprostredného a vážneho ohrozenia života alebo zdravia zamestnanca. (Zákon č. 124/2006 Z. z.)

Posudzovanie rizík - je systematické preverovanie toho, čo môže zamestnancom a osobám zdržiavajúcim sa so súhlasom prevádzkovateľa na jeho pracoviskách ublížiť, alebo spôsobiť nežiaducu udalosť a zvaženie, či sú súčasné bezpečnostné opatrenia dostatočné.

Riziko - je pravdepodobnosť vzniku poškodenia zdravia zamestnanca pri práci a stupeň možných následkov na zdraví. (Zákon č. 124/2006 Z. z.)

Výchovné opatrenia - spočívajú v realizácii cieľavedomého a trvalého systému ovplyvňovania vedomia zamestnancov s cieľom vytvárať ich schopnosť rozoznávať alebo uvedomovať si riziká a pracovať tak, aby neohrozovali život a zdravie svoje alebo iných osôb. (vstupné a opakované školenia, inštruktáž na pracovnom mieste, nácvik modelových situácií, preverovanie vedomostí, informácie o pracovných rizikách a ochrane pred nimi, zamestnanecké konzultácie a i.)

Zamestnávateľ je povinný bezplatne pravidelne, zrozumiteľne a preukázateľne oboznamovať každého zamestnanca s právnymi predpismi a ostatnými predpismi na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, so zásadami bezpečnej práce, zásadami ochrany zdravia pri práci, zásadami bezpečného správania na pracovisku a s bezpečnými pracovnými postupmi a overovať ich, s vyskytujúcimi sa a predvídateľnými nebezpečenstvami, ich účinkami na zdravie a s ochranou pred nimi, so zákazom vstupovať do priestoru, zdržiavať sa v priestore a vykonávať činnosti, ktoré by mohli bezprostredne ohroziť život alebo zdravie zamestnanca.

Zamestnanec je povinný dodržiavať právne predpisy a ostatné predpisy na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci, pokyny na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia práci, zásady bezpečnej práce, zásady ochrany zdravia pri práci a zásady bezpečného správania na pracovisku a určené pracovné postupy, s ktorými bol riadne a preukázateľne oboznámený.

13.7.1 Osobné ochranné pracovné pomôcky opatrovateľa

K ochranným pracovným pomôckam opatrovateľa patrí: ochranné rúško, gumové rukavice, zdravotná obuv, gumová zástera, nohavice, košeľa /tričko/, plášť, krém na ruky, pokrývka hlavy - pracovný odev.

Zamestnanci, ktorým boli poskytnuté OOPP sú povinní používať ich určeným spôsobom, pri pracovných činnostiach, pre ktoré im boli pridelené, počas celého trvania nebezpečenstva a v súlade s pokynmi na používanie OOPP, ktoré im boli poskytnuté zrozumiteľným spôsobom.

13.8 Ochrana osobných údajov

Sociálny pracovník, teda aj opatrovateľ, sa pri poskytovaní sociálnej služby dozvedá o klientovi mnoho informácií, ktoré sa týkajú jeho zdravotného stavu, sociálnej situácie, rodinných a osobných vzťahov, ale aj informácie charakteru osobných údajov, ktorých ochrana je zabezpečená právnou normou, zákonom NR SR č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov. Povinnosťou sociálneho pracovníka je zabezpečiť, aby sa tieto údaje neposkytli tretím osobám bez súhlasu klienta, vychádzajúc zo skutočnosti, že tretie osoby nie sú súčasťou vzťahu klient - sociálny pracovník, v rámci ktorého je ochrana osobných údajov klienta ošetrená aj pracovnou zmluvou.

Pod pojmom **osobné údaje** rozumieme údaje týkajúce sa určenej alebo určiteľnej fyzickej osoby, pričom takou osobou je osoba, ktorú možno určiť priamo, najmä na základe všeobecne použiteľného identifikátora alebo na základe jednej či viacerých charakteristík alebo znakov, ktoré tvoria jej fyzickú, fyziologickú, psychickú, mentálnu, ekonomickú, kultúrnu alebo sociálnu identitu.

Pod pojmom **spracovanie osobných údajov** rozumieme vykonávanie akýchkoľvek operácií s osobnými údajmi, ich získavanie, zhromažďovanie, zaznamenávanie, prepracúvanie, vyhľadávanie, využívanie...

Pod pojmom **poskytovanie osobných údajov** rozumieme odovzdávanie osobných údajov inej fyzickej alebo právnickej osobe ako dotknutej osobe.

Pod pojmom **sprístupnenie osobných údajov** rozumieme oznámenie osobných údajov alebo umožnenie prístupu k nim inej osobe ako dotknutej osobe.

Pod pojmom **zverejnenie osobných údajov** rozumieme publikovanie, uverejnenie alebo vystavenie osobných údajov na verejnosti prostredníctvom masovokomunikačných prostriedkov, verejne prístupných počítačových sietí, verejným vystavením, umiestnením na verejne prístupnom mieste, ktoré nesmie narušiť vážnosť, dôstojnosť a bezpečnosť dotknutej osoby.

Pod pojmom **súhlas dotknutej osoby** rozumieme akýkoľvek slobodne daný výslovný a zrozumiteľný prejav vôle, ktorým dotknutá osoba vyjadruje súhlas so spracovaním svojich osobných údajov.

Osobné údaje možno spracúvať iba so súhlasom dotknutej osoby, pričom musí byť zrejmé, kto súhlas dáva, komu ho dáva, na aký účel, zoznam osobných údajov, dobu platnosti súhlasu a podmienky jeho odvolania, vlastnoručný podpis dotknutej osoby.

Zákonom je zakázané spracúvanie osobných údajov, ktoré odhaľujú rasový alebo etnický pôvod, politické názory, náboženskú vieru alebo svetonázor, členstvo v politických stranách alebo politických hnutiach, členstvo v odborových organizáciách a údajov týkajúcich sa zdravia alebo pohlavného života. To neplatí, ak dotknutá osoba dala na spracovanie údajov súhlas.

Dozor nad ochranou osobných údajov vykonáva Úrad na ochranu osobných údajov SR s celoslovenskou pôsobnosťou a sídlom v Bratislave. Porušenie ustanovení tohto zákona je správnym deliktom a výška pokuty sa riadi § 104 - § 106. Pri stanovení výšky pokuty sa prihliada najmä na závažnosť, čas trvania a následky protiprávneho konania.

Kontrolné otázky pre predmet Sociálne a právne normy v oblasti opatrovateľstva

- Ako je v súčasnosti definovaná sociálna práca?
- Sociálne poistenie je povinné, verejnoprávne. Tento výrok je pravdivý alebo nepravdivý?
- Funguje štátna sociálna podpora na princípe solidarity?
- Čo je objektom sociálnej práce?
- Čo je subjektom sociálnej práce?
- Medzi aké formy radíme opatrovateľskú službu?
- Čo patrí medzi obslužné činnosti?
- Ťažké zdravotné postihnutie je postihnutie s mierou funkčnej poruchy najmenej 50%. Tento výrok je pravdivý alebo nepravdivý?
- Kompenzácia je zmiernenie alebo prekonanie sociálneho dôsledku ŤZP poskytovaním peňažných príspevkov na kompenzáciu alebo sociálnych služieb. Tento výrok je pravdivý alebo nepravdivý?
- Čo patrí medzi ochranné pracovné pomôcky opatrovateľa?
- Ochrana osobných údajov je zabezpečená právnou normou, zákonom NR SR č. 428/2002 Z.z. v znení neskorších predpisov. Čo znamená to znamená?
- Akých informácií sa týka ochrana osobných údajov?

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- ANDRAŠČÍKOVÁ, Ľ. 2007. Nozokomiálne infekcie na KAIM FNŠP J. A. Reimana v Prešove. Diplomová práca. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2007, 120 s.
- BARANOVSKÁ, A. 2009. Chronologický vývoj dieťaťa po mesiacoch (obrázky dieťaťa). [online] 2009-11-05. [cit. 2011-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.mamaaja.sk>.
- BARTEKOVÁ, S. 2002. Hlavné zásady stravovania detí. [online] 2002-05-05. [cit. 2011-01-03]. Dostupné na internete: // <http://babetko.rodinka.sk/index.php?id=20631>.
- BARTKO, D. 1993. Neurológia. 2. prepracované a rozšírené vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1993, 294 s. ISBN 80-217-0570-1.
- BENETIN, J. et al. 2007. Ako žiť s Parkinsonovou chorobou- informácie pre pacientov a ich príbuzných. 1. vydanie. Bratislava: SZU – II. Neurologická klinika, 2007. 52 s. ISBN 978-80-969505.
- BEŇO, I. 2001. Náuka o výžive. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2001. 160s. ISBN 80-8063-089-5.
- BLANÁRIK, A. et al. 2005. Parkinsonova choroba. [online] 2005-14-06, [cit. 2011-20-02]. Dostupné na internete: <http://www.zdravie.sk/sz/content/461-29744/parkinsonova-choroba-vseobecne-informacie.html> . 10s.
- DOBIÁŠ, V. 1995. Príručka prvej pomoci. 2.nezmenené vyd. Bratislava: PRÍRODA, 1995, 220s. ISBN 80-07- 00717-2.
- DOBIÁŠ, V. 2005. Repetitóriium urgentnej medicíny – Bezvedomie neúrazového pôvodu. In Via practica, č.10, roč. 2. [online] 2005-27-11, [cit. 2011-13-03]. Dostupné na internete: www.solen.eu . s. 417- 420.
- DOBIÁŠ, V. 2006. Náhle psychické ochorenia. In Via practica, č.9, roč. 3. [online] 2006-01-09, [cit. 2011-24- 02]. Dostupné na internete: www.solen.eu . s. 416-418.
- DOBIÁŠ, V. 2006. Urgentná zdravotná starostlivosť. 1. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006, 157s. ISBN 80-8063-214-6.
- DOBIÁŠ, V. 2007. Urgentná zdravotná starostlivosť. 2. dopl. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2007, 178s. ISBN 978-8080-632-441.
- DRAGANOVÁ, H et al. 2006. Sociálna starostlivosť. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 196 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- DŽUMELOVÁ, M. et al. Základy ošetrovateľskej komunikácie. 1. vydanie. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, 2008. 66 s. ISBN 978-80-8084-281-9.
- FARKAŠOVÁ, D. 2010. História ošetrovateľstva. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
- FARKAŠOVÁ, D. 2005. Ošetrovateľstvo teória. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
- GRAYOVÁ, C. 2010. Ako opatrovať chorých. 2. slovenské vydanie. Bratislava: Vydavateľstvo Príroda, za podpory Slovenského červeného kríža, 2010. 192 s. ISBN 978-80-07-01835-8.
- GULÁŠOVÁ, I. 2008. Bolesť ako ošetrovateľský problém. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008. 96 s. ISBN 978-80-8063-288-5.
- GÚTH, A. et al. 2003. Výchovná rehabilitácia alebo Ako učiť školu chrbtice. 2. prepracované vydanie. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2003, 96s. ISBN 80-88932-12-2.
- HANZLÍKOVÁ, A. et al. 2006. Komunitné ošetrovateľstvo. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 280 s. ISBN 80-8063-213-8.
- HROZENSKÁ, M. et al. 2008. Sociálna práca so staršími ľuďmi. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- JANÁČKOVÁ, L. 2009. Praktická komunikácie pre každý deň. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 112 s. ISBN 978-80-247-2479-9.
- JAVORKA, K. et al. 2001. 1.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2001. 679 s. ISBN 80-8063-023-2.
- KELNAROVÁ, J. 2007. První pomoc I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 112s. ISBN 978- 80-247-

2182-8.

KÓPPL, J. 2004. Základná neodkladná starostlivosť o človeka v bezvedomí. Bratislava: Slovenský Červený kríž vo Vydavateľstve Príroda, 2004. 57 s.

KONTOVÁ, L., KRISTOVÁ, J. et al. 2006. Základy ošetrovania a asistencie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 296 s. ISBN 80-8063-235-9.

KOPECKÁ, K., KOPECKÝ, P. 2007. Zdravie a klinika chorôb. 3. vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2007. 695 s. ISBN 978-80-8063-243-4.

KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. 2002. Komunikácia v ošetrovatelstve. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2002, 165 s. ISBN 80-8063-107-7.

KRIŠKOVÁ, A. 2003. Ošetrovatelstvo v zdraví. 1. vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2003. 155 s. ISBN 978-80-8063-109-3.

KRIŠKOVÁ, A. 2006. Ošetrovatel'ské techniky. 2. prepracované a doplnené vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 779 s. ISBN 978-80-8063-202-2.

KRIŠKOVÁ, A. 2010. Profesionálne opatrovatel'stvo – úvod do teórie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. 162 s. ISBN 978-80-8063-330-1.

KRIŠKOVÁ, A. 2010. Profesionálne opatrovatel'stvo – oblasti opatrovania a aktivizácia seniorov. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2010. 202 s. ISBN 978-80-8063-329-5.

KRIŠKOVÁ, A., A KOL. 2001. Ošetrovatel'ské techniky. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. Psychologie zdraví. 3. vydanie. Praha Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

MALIŠ, J. 2009. Ako vzniká pozitívne myslenie. [online] 2009-04-16, [cit. 2011-26-02]. Dostupné na internete: <http://www.jewel.sk/forum/index.php?topic=2320.0>.

MÁTEL, A., HARDY, M., BACHYNCOVÁ GIERTLOVÁ, D. 2015. Teória a metódy sociálnej práce II. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 2015. 345 s. ISBN 978-80-971445-7-9.

MATOUŠEK, O. a kol. 2001. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001. 310 s. ISBN 80-7178-472-7

McMILLAN, B. 2009. Veľký ilustrovaný atlas ľudského tela. 1. slovenské vydanie. Bratislava: Vydavateľstvo Svojtka, 2009, 288 s. ISBN 978-80-8107-162-1.

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. 2014. Východiskový materiál za oblasť práv starších osôb k Celoštátnej stratégii ochrany a podpory ľudských práv v Slovenskej republike. [online] Dostupné na internete: www.mzv.sk/documents/10182/184563/140612_strategia_prava_starsich_osob.pdf.

MIŠOVICOVÁ, N. 2007. Downov syndróm. [online] 2007-10-08, [cit. 2011-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.downovsyndrom.sk/sds/?q=node/1>.

NÉMETH, F. et al. 2009. Geriatria a geriatrické ošetrovatel'stvo. 1. vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. 194 s. ISBN 978-80-8063-314-1.

OKÁLOVÁ, K. 2008. Detská mozgová obrna. [online] 2008-30-09, [cit.: 2011-01-03]. In *Pediatria pre prax*, č. 4, 2008. s. 233-234. Dostupné na internete: www.solen.eu.

OLÁH, M., SCHAVEL, M. 2006. Úvod so štúdia a dejín sociálnej práce. 1. vydanie. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2006, 176 s. ISBN 80-969449-9-1.

PANČIK, P. 2009. Vylučovacia sústava. [online] 2009-26-08, [cit.: 2011-07-02]. Dostupné na internete: <http://www.bioweb.genezis.eu/?cat=6&file=vylucovacia>. 1 s.

PIŠTEJOVÁ, M., KRAUS, D. 2022. Prvá pomoc v praxi 2. Rokus s.r.o, www.rokus.sk, 2022. 247 s. ISBN 978-80-8238-009-8.

POLEDNÍKOVÁ, L. et al. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo. Martin: Vydavateľstvo Osveta,

2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. 2007. Asertivitou proti stresu. 2. prepracované a doplnené vydanie. Praha: Grada Publishing, 2007. 280s. ISBN 978-80-247-169-78.

RADKOVÁ, L. 2003. Vybrané kapitoly z teórie sociálnej práce. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. 190 s. ISBN 978-90-8132-274-7.

SIDOROVÁ, E., JAKUBÍKOVÁ, M. 2003. Komunikácia v ošetrovatelstve – vysokoškolské učebné texty. Prešov: Fakulta zdravotníctva PU v Prešove. 2003. 76 s. ISBN 80-8068-196-1.

SLOVILCO. 2010. Ošetrovanie stómie. [online] 2010-01-01, [cit.: 2011-28-02]. Dostupné na internete: <http://www.slovilco.sk/osetrovanie/>.

SLOVENSKÁ ALZHEIMEROVA SPOLOČNOSŤ. 2010. Alzheimerova choroba. [online] 2010-10-08, [cit.: 2011-20-02]. Dostupné na internete: <http://www.alzheimer.sk/informacie/alzheimerova-choroba.aspx>.

SLUGENĽ, I. et al. 1998. Patológia. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1998. 170 s. ISBN 80-8063-011-9.

SME denník. Autizmus. [online] 2004-19-06, [cit.: 2011-01-03]. Dostupné na internete: <http://primar.sme.sk/c/4116884/autizmus.html>.

SME denník. Downov syndróm, trizómia 21. [online] 2004-09-03, [cit.: 2011-01-03]. Dostupné na internete: <http://primar.sme.sk/c/4116978/downov-syndrom-trizomia-21.html>.

ŠANTA, M. a kol. Prvá pomoc. 1.vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006, 177s. ISBN 80-8063-207-3. TAVEL, P.

2010. Teórie starnutia zdôrazňujúce biologický aspekt. [online] 2010-24-02, [cit.: 2011-24-02]. Ostium: Internetový časopis pre humanitné vedy, č.4, 2010. Dostupné na internete: <http://www.ostium.sk/index.php?mod=magazine&act=show&aid=116>. 1 s.

ÚS SČK. 2010. Príručka pre opatrovatelky chorých v domácom prostredí. Bratislava: Vydavateľstvo Príroda, 2010. 48 s. ISBN 879-80-07-01847-1.

VOJTEKOVÁ, M. 2010. Autistov pribúda, avšak o autizme stále vieme málo. [online] 2010-07-04, [cit.: 2011-01-03]. Dostupné na internete: <http://primar.sme.sk/c/5317067/autistov-pribuda-avsak-o-autizme-stale-vie-me-malo.html#ixzz1FMvb5PLk>. 1 s.

ZVOLENSKÁ, Z. 2010. Bazálna stimulácia. Prednáškový materiál. Prešov, Košice: VaV – kurzy opatrovania, 2010. 4 s. Nepochikované.

ZVOLENSKÁ, Z. 2010. Prvá pomoc. Prednáškový materiál. Prešov, Košice: VaV – kurzy opatrovatel'ov, 2010. 17 s. Nepochikované.

Niektoré obrázky v texte boli použité cez www.google.com/imager, podľa zadávania požiadavky na vyhľadávanie, ďalej: <https://www.freepik.com/>, haikudeck.com

<https://nurseslabs.com/muscular-system-anatomy-physiology/>,

<https://www.wikiskripta.eu/w/Kost>, www.dieta.sk, www.kanakan.sk,

<https://www.kickboxing.sk/kardio/Co%20oby%20oste%2000%20osrdci%20omali%20ovediet.htm>,

<https://www.zdravie.sk/galeria/34-1/clanok-29737/anatomia-zubu/zuby>,

<https://www.korunnycukor.sk/sladky-magazin/ked-hladina-cukru-v-krvi-privelmi-klesne/>,

https://www.youtube.com/watch?v=7moW_c3erfl, <https://www.mindray.com/en/media-center/blogs/complete-guide-to-using-pediatric-aed-pads>,

<https://www.mojadm.sk/swissmedicus-chladiva-konska-mast-s-konopou-p7640133072371.html>,

<https://abcnews.go.com/GMA/Wellness/new-daily-pill-touted-weight-loss-3-things/story?id=113620462>,

<http://percom.cz/naplasti/index.html>,

<https://lieky24.sk/9642-juvamed-kostihoj-lekarsky-koren-sypany-caj-40g-8586005200420.html>,

<https://neurodivergentinsights.com/misdiagnosis-monday/anorexia-and-arfid>,

<https://www.zdravynakup.sk/antidekubitne-matrace-c1091>,

https://www.joom.com/cs/products/1508155055606669221-21-1-26193-185707129?variant_id=1508155055606798702-22-4-26193-2581509406,

<https://vasabarlicka.sk/produkt/podlozna-misa-s-vrchnakom/>,

<https://www.medipos.cz/1/Lahev-na-moc-pro-muze-PE-s-drzadlem.html>,
https://www.ezachranar.cz/produkt/manualni-tlakomer-aneroidni-tonometr-s-fonendoskopem-ld-71/1011880?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwg-24BhB EiwA1ZOx8j6NejlKcm-MuHLBaHBsqpoYtVr-dSKW54hY-fdoctzsuc7UMfl6ExoC-NsQAvD_BwE,
<https://www.galenica.cz/produkty/zaludecni-sonda-80-cm-ch-16/>,
<https://www.solift.cz/pruvodce-resenim/presun-po-schodech/>,
<https://www.testkvality.eu/najlepsie-glukomery/>,
<https://ako.koshachek.com/articles/kortizonova-astma-pomaha-ako-tablety-a-spreje.html>,
<https://www.personaloxigen.eu/produkt/kyslikova-kanyla>,
<https://medibo.cz/kyslikova-masko-pro-dospete-s-hadickou-21-m-no1>, [cit. 2024-10-10].

Obrázok pri kap. 6.6 – anorexia – Zdroj: <http://balletheadoracao.blogspot.com/2010/09/bulimia-oo.html>. [cit. 2011-02-03].

MACEJKOVÁ, B. 2012. Prvá pomoc a život zachraňujúce výkony. 1.vyd. Trenčín: vydané s podporou Európskeho sociálneho fondu, 30s. ISBN 978-80-971023-2-6

Zákony a nariadenia:

Zákon 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

Nariadenie vlády č. 354/2018 Z.z., ktorým sa mení nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 341/2004 Z. z., ktorým sa ustanovujú katalógy pracovných činností pri výkone práce vo verejnom záujme a o ich zmenách a dopĺňaní v znení neskorších predpisov

Zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 601/2003 Z.z. o životnom minime a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zdroj: <https://www.slov-lex.sk/>

PRÍLOHY

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1	Desať asertívnych práv (Praško, Prašková, 2007)
Príloha 2	Charta práv seniorov (www.senior.sk, 2010) Príloha 3
	Obvázová technika
Príloha 4	Ošetrovanie kolostomie (SLOVILCO, 2010)
Príloha 5	Resuscitácia detí a dospelých (Ondřej Franěk, 2010)

Príloha 1 **Desať asertívnych práv** (Praško, Prašková, 2007)

1. Mám právo sám posudzovať svoje konanie a byť zaň i jeho dôsledky zodpovedný.
2. Mám právo neposkytovať žiadne výhovorky, vysvetlenia, ani ospravedlnenia za svoje správanie.
3. Mám právo posúdiť, či a ako som zodpovedný za riešenie problémov iných ľudí.
4. Mám právo zmeniť svoj názor.
5. Mám právo robiť chyby a byť za ne zodpovedný sám sebe.
6. Mám právo povedať: „Ja neviem!“
7. Mám právo byť nezávislý na dobrej vôli iných ľudí.
8. Mám právo činiť nelogické rozhodnutia.
9. Mám právo povedať: „Ja nerozumiem!“
10. Mám právo povedať: „Je mi to jedno!“

Príloha 2 Charta práva a slobôd seniorov

Charta práv a slobôd seniorov sa zameriava na ochranu a podporu ľudských práv starších osôb. V SR je táto problematika riešená v rámci Celoštátnej stratégie ochrany a podpory ľudských práv, ktorá bola schválená v roku 2014. Tieto práva sú zamerané na zabezpečenie kvalitného a dôstojného života pre starších ľudí.

Článok I - sloboda voľby

Každý občan so zníženou sebestačnosťou má právo vybrať si sám spôsob svojho života. Musí používať autonómiu podľa svojich fyzických a psychických možností, a to i za cenu určitého rizika. Je však treba, aby bol o tomto riziku informovaný a prispôbil mu prostredie, v ktorom žije. Rodina a ošetrovatelia by mali jeho voľbu rešpektovať. **Článok II - domácnosť a prostredie**

Prostredie, v ktorom žije starší občan so zníženou sebestačnosťou (či je to už jeho domácnosť, či iné zariadenie), by malo rešpektovať jeho voľbu a byť prispôsobené jeho potrebám. Je treba, aby títo ľudia mohli čo najdlhšie zotrvať v domácom prostredí. Cieľom je zabezpečiť duševnú i psychickú pohodu a kvalitný život. Preto by zariadenia mali byť koncipované tak, aby zodpovedali potrebám súkromného života. Zariadenie by malo byť prístupné, bezpečné a umožňovať dobrú orientáciu.

Článok III - sociálny život s handicapom

Všetci ľudia, ktorí sú v dôsledku svojho onemocnění závislí na pomoci a starostlivosti druhých osôb, by mali mať garantovanú slobodu voľne komunikovať, neobmedzene sa pohybovať a podieľať sa na spoločenskom živote.

Článok IV - prítomnosť a úloha blízkych a príbuzných

Pre občanov so zníženou sebestačnosťou je zásadne potrebné, aby si mohli zachovať a udržiavať doterajšie priateľské a príbuzenské vzťahy. Je treba spoločensky rešpektovať úlohu starajúcich sa rodín, ktoré by mali byť najmä psychologicky podporované. Je treba, aby si títo ľudia tiež mohli zvoliť a prežívať svoje intímne vzťahy.

Článok V - majetok

Všetky staršie osoby s obmedzenou sebestačnosťou majú nespochybniteľné právo si zachovať hnutelný i nehnuteľný majetok. S týmto majetkom môžu sami disponovať, okrem prípadov, kedy je súdom rozhodnuté inak. Ak títo ľudia nie sú schopní niesť náklady svojho handicapu, je treba im pomôcť.

Článok VI - aktívny život

Je treba umožniť všetkým starším občanom, ktorí sú závislí na pomoci a starostlivosti inej osoby, aby si čo najdlhšie zachovali svoje doterajšie aktivity. Aktivity by nemali byť stereotypom, ale mali by rešpektovať prania starších občanov.

Článok VII

Každý starší človek so zníženou sebestačnosťou musí mať možnosť podieľať sa na náboženských či filozofických aktivitách podľa svojej vlastnej vôle a voľby.

Článok VIII

Staroba je fyziologickým - normálnym stavom. Nesebestačnosť je vždy dôsledkom telesnej či psychickej choroby. Niektorým z týchto chorobných stavov je možné predísť. Preto je dôležité presadzovať také medicínske postupy, ktoré povedú k prevencii nesebestačnosti.

Článok IX - prístup k službám

Každý človek so zhoršenou sebestačnosťou by mal mať prístup k takým službám, ktoré potrebuje a sú mu užitočné. V žiadnom prípade by sa nemal stať len pasívnym príjemcom služieb, a to ani v inštitúcii, ani doma. Prístup k službám by sa mal riadiť individuálnymi potrebami nemocného. Nesmie dochádzať k vekovej diskriminácii. Služby zahŕňujú všetky lekárske a iné odborné zdravotnícke činnosti, mali by sa prispôbovať potrebám starších ľudí, nie naopak.

Článok X

Všetci, ktorí pracujú so staršími pacientmi by mali získať vzdelanie v gerontológii zodpovedajúce ich profesii.

Článok XI - úcta ku koncu života

Nemocnému v terminálnom štádiu onemocnění i jeho rodine by mala byť poskytnutá starostlivosť, pomoc a podpora. Ako náhle sa blíži neodvratiteľne smrť, je treba nemocného obklopiť starostlivosťou a pozornosťou primeranou jeho stavu. Znamená to citlivé sprevádzanie, zmierňovanie všetkých nepríjemných psychických i fyzických príznakov, Ošetrojúci by mali vedieť sprevádzať pacienta, ale i jeho rodinu obdobím pred i po smrti.

Článok XII - výskum: priorita a povinnosť

Prioritou by mal byť multidisciplinárny výskum o starnutí a o všetkých aspektoch a súvislostiach sebestačnosti. Len výskum umožní lepšiu znalosť porúch a chorôb, ktoré sa viažu k starnutiu a tým tiež k ich lepšej prevencii.

Článok XIII - uplatnenie práva a právna ochrana osôb s obmedzenou sebestačnosťou

Každý človek s obmedzenou sebestačnosťou musí využívať ochranu svojich práv a svojej osobnosti.

Článok XIV - informácie, najlepší prostriedok boja proti vylúčeniu

Verejnosť by mala byť efektívne informovaná o problémoch, s ktorými sa stretávajú ľudia s obmedzenou sebestačnosťou. Tieto informácie by sa mali šíriť čo najviac. Neznalosť a nevedomosť vedú príliš často k sociálnemu vylúčeniu ľudí, ktorí by sa vďaka svojim zachovaným schopnostiam mohli a priali podieľať sa na spoločenskom živote.

Príloha 3 Obväzová technika

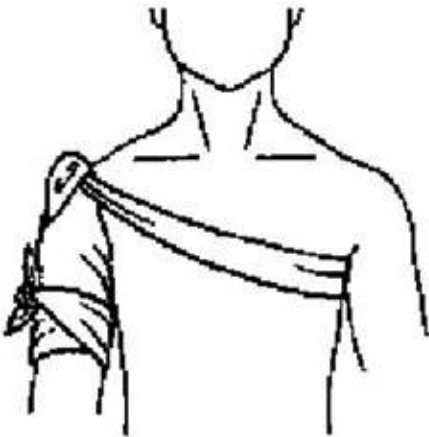
Šatkový obväz celej ruky



Šatkový obväz chrbta a dlane ruky



Šatkový obväz ramena



Záves hornej končatiny



Šatkový obväz bedra



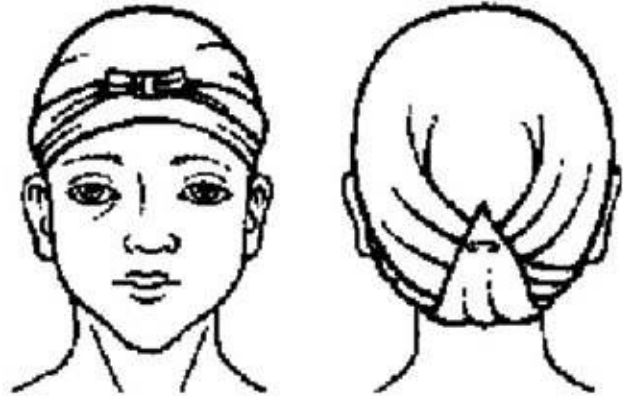
Šatkový obväz päty



Šatkový obvaz krku



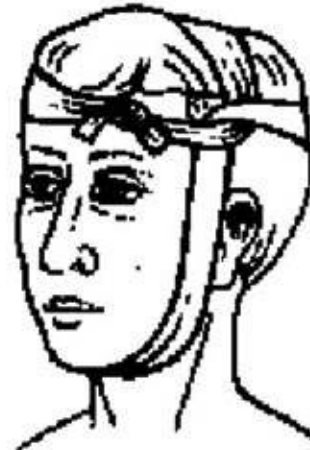
Šatkový obvaz hlavy



Šatkový obvaz oka



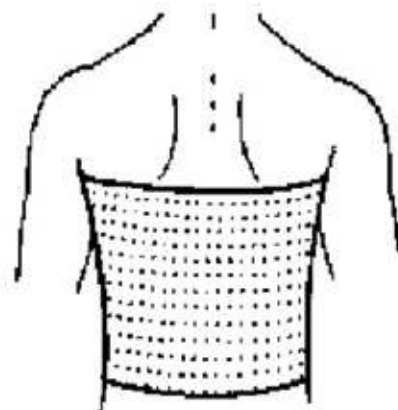
Šatkový obvaz ucha



Náplast'ový obvaz čeluste



Spevňující obvaz hrudníku (cingulun)



Klasový obvaz ruky



Klasový obvaz dlane



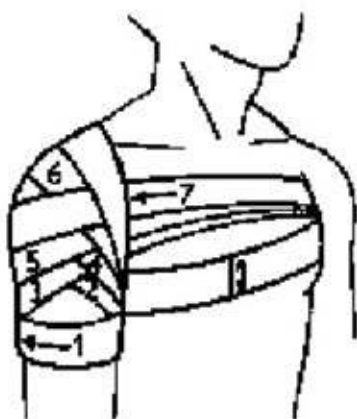
Klasový obvaz palca



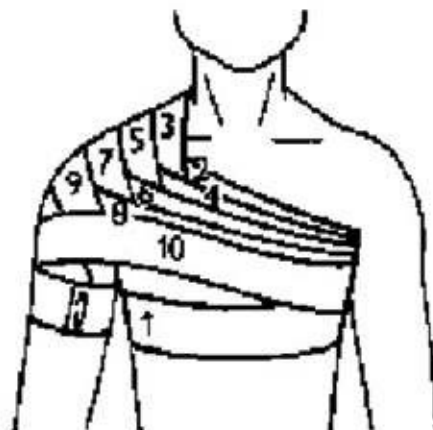
Klasový obvaz prstu



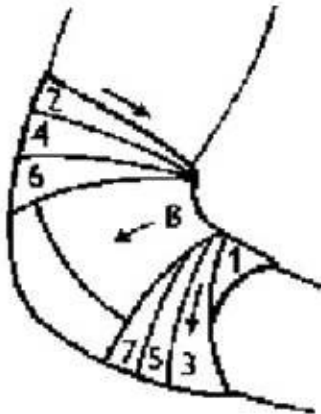
Klasový obvaz ramena



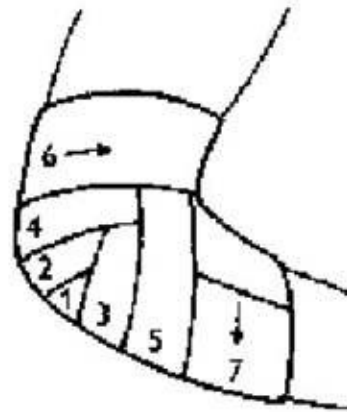
Klasový obvaz ramena



Zbiehavý obvaz lakťa



Rozbiehavý obvaz lakťa



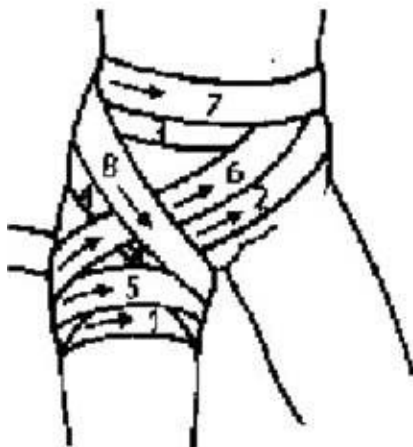
Klasový obvaz nohy



Klasový obvaz predlaktia



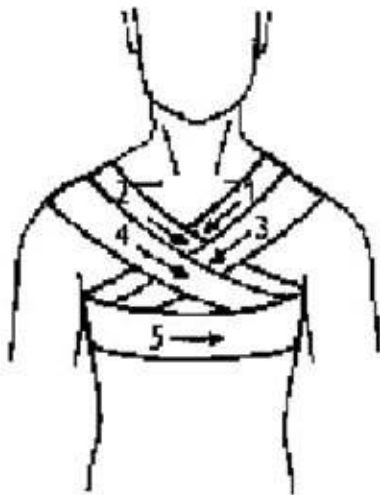
Klasový obvaz bedier



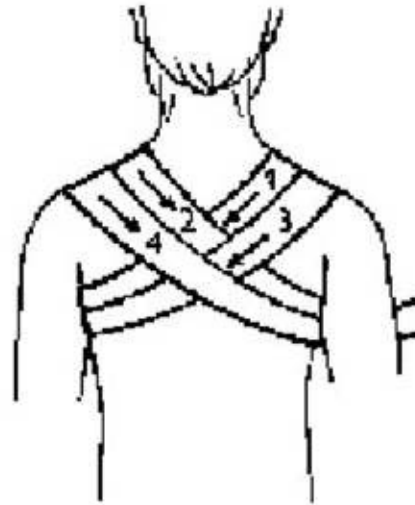
Rozbiehavý obvaz päty



Obváz prs, hrudníka



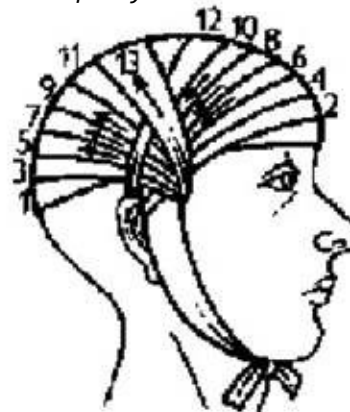
Obváz lopatiek



Hippokratova čiapka



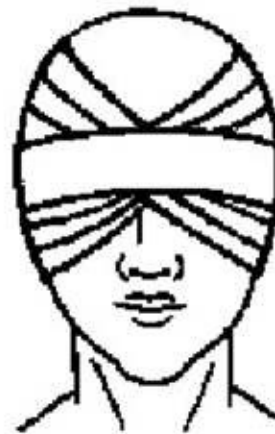
Čepcový obvaz



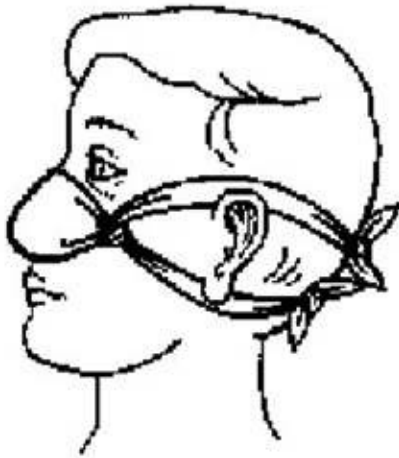
Obváz jedného oka



Obváz oboch očí



Prakový obvaz nosu



Prakový obvaz brady



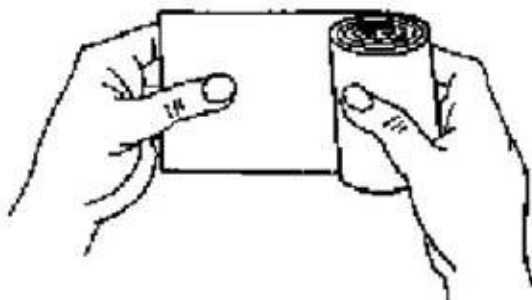
Hadicový obvaz stehna a bedier



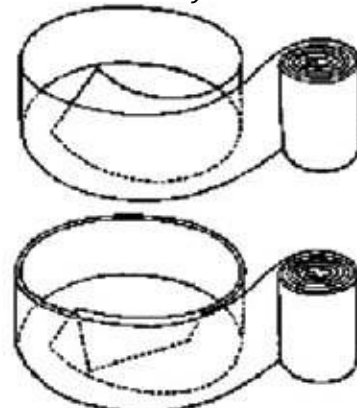
Hadicový obvaz hlavy



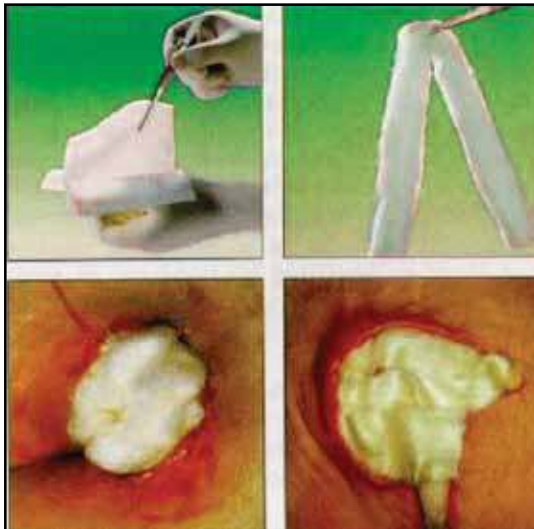
Správne držanie ovínadla



Základný obvin



Kalciumalginátové krytie



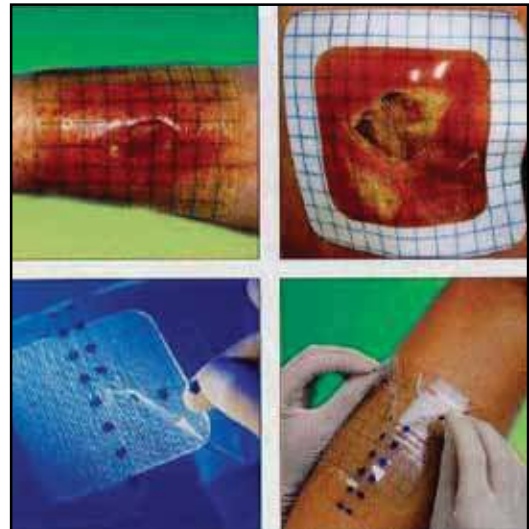
*Superelastické fixačné
ovínadlo z mäkkej tkaniny*



Elastické ovínadlo



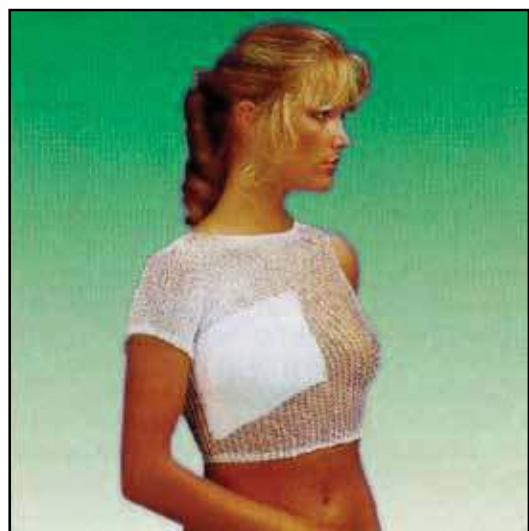
*Transparentné hydrogélové krytie
(Hydrocoll, Hydrosorb)*



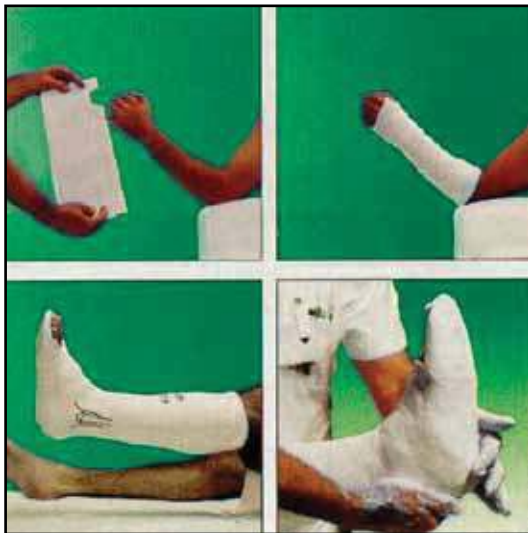
*Elastické fixačné ovínadlo
s dvojnásobným kohéznym efektom*



Elastický sieťový obvaz (Pruban)



Sádrový rýchloobväz



Antitrombotická pančucha



Príloha 4 Ošetrovanie stómie (SLOVILCO)



1

Použitú vrecko opatrne odstráňte. V záujme ochrany pred znečistením šatstva umiestnite igelitové ochranné rúško v oblasti pásu.



2

Napnite kožu na bruchu pritláčaním jednou rukou, kým druhou opatrne sťahujete lepiacu plochu použitého vrecka.



3

Obsah vypustíte do toalety a spláchnite. Použitú vrecko pred vyhodením do odpadkov zabaľte do igelitového vrecka.



4

Vo vlažnej vode navlhčíte niekoľko netkaných utierok.



5

Venujte zvýšenú pozornosť čisteniu stómie a jej okolia.



6

Okolie stómie vysušte netkanou utierkou. Je veľmi dôležité, aby bola pokožka úplne suchá pred nalepením vrečka.



7

Pre kontrolu veľkosti otvoru pre stómiu použite meraciu šablónu. Ak je tvar stómie nepravidelný, alebo oválny, otvor prispôbte na želaný tvar.



8

Pred nalepením vrečka odstráňte ochrannú fóliu lepiacej podložky.



9

Nalepovanie vrečka začneme priložením vystrihnutého otvoru zo spodnej časti stómie.



10

Pritlačte lepiacu časť vrečka smerom od stredu k okrajom, aby bezpečne priľhla. Uistite sa, že vrečko je prilepené hlavne okolo stómie.



11

Výměna vrečka je ukončená.

VaV Akademy



Kurzy **sociálnych služieb** • **Opatrovateľské kurzy** • **Kurzy a školenia krásy**
Kurz **Wellness pracovník** - masér • **Lektorské zručnosti** • **Účtovnícke kurzy**
Počítačové kurzy • Kurzy **BOZP a PO** • Kurzy **SBS - typ S** a **SBS - typ P** • **Stojnícke preukazy**
Krajčírské kurzy • Kurz **Operátor CNC strojov** • Kurzy na **poľnohospodárske stroje**
Kurzy na **vysokozdvížné vozíky** • **Hygienické minimum** • **Gastronomické kurzy**

VaVakademy.sk 0948 99 66 39

Autoškola VaV



- Vodičáky na všetko
- **ONLINE** plánovač jazd
- Najširší vozový park
- Vyberáš si auto, čas jazdy a inštruktora
- Priateľskí a profi inštruktori
- Výcvik v plnom rozsahu
- Školenia KKV

autoskolaVaV.sk 0948 65 62 12

Jazyková škola VaV



S NAMI SA VO SVETE NESTRATÍŠ

- Jazykové **preklady** dokumentov
- **predaj** učebných materiálov **Nemčina** pre **opatrovatelky**
- Individuálne a **skupinové jazykové kurzy**
(angličtina Callanovou metódou, firemné kurzy, SKYPE výučba,..)

jazykovaskolaVaV.sk 0948 48 84 00

VaV Prenájom priestorov



STE NA SPRÁVNEJ ADRESE

- **Prenájom kancelárie** - zasadačky - školiace miestnosti
- **Prenájom plochy** pri **Mestkej hale Prešov**
- **Doplnkové služby** k prenájmu - **catering**
- **Prenájom autotrenažera**

prenajompriestorovVaV.sk 0917 15 97 91

VaV Partners



VÁŠ PARTNER PRI PODNIKANÍ

- Založenie/Zmeny/Zrušenie **S.R.O.**, Založenie **v.o.s., k.o., oz.**,
- Ohlásenie živnosti, **READY MADE s.r.o.**
- Virtuálne/Registračné sídlo, Zmeny v **S.R.O.**

VaVpartners.sk 0917 15 97 91

2025