

VYSOKOŠKOLSKÉ SKRIPTÁ

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine

VYBRANÉ KAPITOLY Z PRIMÁRNEJ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Radka Kurucová

MARTIN

2021

Vybrané kapitoly z primárnej ošetrovateľskej starostlivosti

Autor

Mgr. Radka Kurucová, PhD.

Ústav ošetrovateľstva

Jesseniova lekárska fakulta v Martine

Univerzita Komenského v Bratislave

Recenzenti:

doc. PhDr. Helena Kadučáková, PhD.

doc. PhDr. Gabriela Vörösová, PhD.

Všetky práva vyhradené. Obsah neprešiel jazykovou korektúrou, za gramatickú a štylistickú stránku textu zodpovedá autorka.

©Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Martin, 2021

70 strán

ISBN 978-80-8187-101-6

EAN 9788081871016

Obsah

ÚVOD	3
1 Postavenie ošetrovateľstva v primárnej, sekundárnej a terciárnej sfére.....	4
1.1 Primárna zdravotná starostlivosť	4
1.2 Rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti v súčasnosti	7
1.3 Základné členenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti	10
2 Komunitné ošetrovateľstvo	16
2.1 Komunita a jej delenie.....	16
2.2 Ošetrovateľstvo v komunite	17
2.2.1 Ošetrovateľský proces v komunite	20
3 Domáca ošetrovateľská starostlivosť a agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti	26
3.1 Historické východiská domácej ošetrovateľskej starostlivosti.....	26
3.2 Domáca ošetrovateľská starostlivosť	27
3.2.1 Ciele a výhody domácej ošetrovateľskej starostlivosti	29
3.2.2 Formy domácej ošetrovateľskej starostlivosti.....	31
3.2.3 Faktory ovplyvňujúce rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti	32
3.3 Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti	33
3.3.1 Faktory ovplyvňujúce vývoj ADOS.....	35
4 Starostlivosť o seniorov v primárnej ošetrovateľskej starostlivosti	39
4.1 Komunitná starostlivosť o seniora	40
4.2 Inštitúcie poskytujúce dlhodobú starostlivosť seniorom.....	42
5 Starostlivosť o rodinu v primárnej ošetrovateľskej starostlivosti	52
5.1 Rodinné fungovanie	55
5.2 Ošetrovateľský proces v rodine.....	56
5.3 Neschopnosť zvládania záťaže v rodine.....	59
5.4 Preťaženie opatrovateľa	62

ÚVOD

Primárna zdravotná starostlivosť je základnou dostupnou zdravotnou starostlivosťou, ktorá predstavuje pre klienta, rodinu a komunitu nielen prvú úroveň kontaktu so zdravotníckym systémom, ale aj dlhodobý kontinuálny prístup. Do popredia sa dostáva neustále zvyšujúcim sa výskytom civilizačných ochorení. Zahŕňa všetky aktivity zamerané na zníženie výskytu, intenzity a dôsledkov potenciálneho ochorenia alebo poškodenia zdravia príslušnej populácie v budúcnosti. Najkritickejším momentom pri postoji k zlepšovaniu zdravia je nedostatočná informovanosť širokých vrstiev obyvateľstva. Prekonať to znamená sústrediť úsilie na informovanie verejnosti o nových poznatkoch v prevencii najmä civilizačných ochorení, ovplyvnení dedičnej predispozície na určité choroby a úprave životného štýlu.

V posledných rokoch prevláda tendencia riešiť čo najviac zdravotných problémov v komunite a skracovať pobyt v lôžkových zariadeniach. V oblasti ambulantnej starostlivosti tak získala nezastupiteľné miesto domáca ošetrovateľská starostlivosť, ktorej špecifickosť spočíva v poskytovaní starostlivosti pacientom všetkých vekových kategórií v prirodzenom sociálnom prostredí prinášajúcim pocit istoty a bezpečia.

Učebný text je rozdelený do piatich kapitol. Prvá kapitola je zameraná na spracovanie problematiky primárnej zdravotnej starostlivosti a jej rozvoj v podmienkach SR v súčasnosti, s dôrazom na primárnu, sekundárnu a terciárnu prevenciu. Druhá kapitola je venovaná komunitnému ošetrovateľstvu, so zameraním na ošetrovateľský proces v komunite. Tretia kapitola sa zameriava na rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti, na jej postavenie v systéme zdravotnej starostlivosti, na ciele a výhody DOS pre pacienta ako aj pre zdravotníctvo. Štvrtá kapitola obsahuje spracovanie primárnej ošetrovateľskej starostlivosti v senu, so zameraním na inštitúcie poskytujúce dlhodobú starostlivosť seniorom a možnosti sociálnych služieb. Piata kapitola je venovaná primárnej ošetrovateľskej starostlivosti o rodinu, zmenám rodinného fungovania ako aj pomoci rodinám v primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii. Učebný text je určený pre študentov pregraduálneho štúdia v odbore ošetrovateľstvo, špecializačného štúdia v špecializačnom odbore Ošetrovateľská starostlivosť v komunite ako aj pre sestry poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť, prevažne v podmienkach domácej starostlivosti a v komunitných zariadeniach. Súčasťou každej kapitoly je zoznam bibliografických odkazov, ktoré boli použité pri jej tvorbe.

1 Postavenie ošetrovateľstva v primárnej, sekundárnej a terciárnej sfére

Ciele a obsah kapitoly

Prvá kapitola sa zameriava na spracovanie nasledujúcich oblastí:

- definovanie primárnej zdravotnej starostlivosti, sekundárnej zdravotnej starostlivosti a následnej zdravotnej starostlivosti
- rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti v súčasnosti
- základné členenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

1.1 Primárna zdravotná starostlivosť

Primárna zdravotná starostlivosť (PZS)¹ bola prvýkrát definovaná na medzinárodnej konferencii v Alma-Ate v roku 1978, ako starostlivosť, ktorá je poskytovaná pri prvom kontakte s klientom, ktorej úlohou je pomôcť mu pri riešení problémov, s ktorými prichádza. V tejto definícii ide o úzke poňatie primárnej zdravotnej starostlivosti. V rámci jej širšej definície môžeme hovoriť o koordinovanej, komplexnej a individualizovanej starostlivosti, ktorá je poskytovaná nielen na úrovni prvého kontaktu s klientom, ale aj na základe dlhodobého kontinuálneho prístupu. Stručne ju môžeme definovať ako súbor aktivít, ktoré súvisia s podporou zdravia, ochranou zdravia, vyšetrovaním, liečením, ošetrovaním a rehabilitáciou, ktoré sú maximálne priblížené k sociálnemu prostrediu klienta. Ide o starostlivosť, ktorá rešpektuje bio-psycho-sociálny a spirituálny rozmer problematiky klienta. Realizuje sa vedeckými, praktickými a spoločensky prijateľnými metódami a spôsobmi, pričom využíva finančné prostriedky, ktoré jej môže spoločnosť poskytnúť.

PZS by mala byť dostupná všetkým osobám (časovo a geograficky) a zabezpečuje účasť jednotlivcov a skupín, t.j. právo spoluúčasti na starostlivosti o zdravie a prevzatí osobnej zodpovednosti za vlastné zdravie. Nadväzuje na ostatné zložky zdravotníckeho systému (sekundárnu a terciárnu zdravotnú starostlivosť) a závisí od sociálneho a ekonomického vývoja danej krajiny. Obsahuje preventívnu zdravotnú starostlivosť, podporu zdravia a programy na podporu zdravia, účelnú a efektívnu vyšetrovaciu a liečebnú činnosť a spoluprácu s ďalšími zložkami zdravotnej starostlivosti. Možno ju definovať ako syntézu

¹V súčasnej dobe pojem primárna zdravotná starostlivosť nie je zakotvený v žiadnom právnom predpise.

ošetrovateľskej praxe a verejnej zdravotníckej starostlivosti zameranej na ochranu a uchovanie zdravia populácie. Pri plnení tejto úlohy ošetrovateľstvo úzko spolupracuje s ostatnými profesiami. Predpokladá u sestier odbornú činnosť, zodpovednosť založenú na etických princípoch profesie, teoreticky zdôvodnené postupy, ošetrovateľské vedomosti, manuálne a sociálne zručnosti, ako aj schopnosti tímovej a výskumnej práce v tejto oblasti.

Sestry poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť jednotlivcom, rodinám a skupinám s dôrazom na podporu zdravia a prevenciu ochorení. Zaoberajú sa aktuálnymi a potencionálnymi zdravotnými problémami, medzi ktoré patria bežné ochorenia a reakcie človeka na tieto problémy. Ich prístup má byť holistický. Využívajú spoluprácu sestier – špecialistiek a príslušných odborníkov. Sestry i ošetrovateľské tímy pracujú v geograficky daných prirodzených komunitách. Primárna ošetrovateľská starostlivosť môže byť tiež uskutočňovaná v komunitách, ktoré nie sú určené len územne, ale vytvárajú sa aj podľa iných hľadísk (napr. pracovný kolektív, mládež...). Z uvedených definícií vyplýva, že ide o komplexnú, vzájomne sa ovplyvňujúcu a na klienta zameranú starostlivosť. WHO vyhlásila hlavné priority primárnej zdravotnej starostlivosti: podpora zdravia, prevencia ochorení, vytváranie podporného prostredia, posilňovanie komunitných aktivít pre zdravie, budovanie politiky zdravej verejnosti, realizácia včasného záchytu a skríningu ochorení, vhodné programy starostlivosti a podpory.

PZS obsahuje tri komponenty:

- uspokojovanie zdravotných potrieb ľudí počas celého života;
- riešenie širších determinantov zdravia prostredníctvom multisektorovej politiky a opatrení;
- podpora jednotlivcov, rodín a komunit, aby sa starali o svoje zdravie.

PZS predpokladá *zmeny na úrovni makroštruktúry* (podpora zásadných štrukturálnych a spoločenských zmien – vytváranie zdravej verejnej politiky, vytváranie priaznivého životného prostredia), *zmeny na úrovni makroštruktúry a intermediálnej štruktúry* (zlepšenie dostupnosti k prostriedkom a ku zdravotníckym službám všetkým obyvateľom – reorientácia zdravotníckych služieb), *zmeny na úrovni intermediálnej štruktúry a mikroštruktúry* (posilňovanie komunity) a *zmeny na úrovni mikroštruktúry* (posilňovanie jednotlivca).

S primárnou zdravotnou starostlivosťou sa prekrýva pojem *primárna prevencia*, ktorá zahŕňa opatrenia potrebné na prevenciu chorôb alebo iného poškodenia zdravia. Cieľom primárnej prevencie je redukcia príčin chorôb, zníženie ich výskytu a v konečnom dôsledku predĺženie veku dožitia, a najmä zlepšenie kvality života. Primárna prevencia sa uvádza do praxe politickými, ekonomickými a legislatívnymi nástrojmi, ako aj pozitívnym postojom

jednotlivca k vlastnému zdraviu. Zložkami primárnej prevencie sú *podpora a ochrana zdravia*.

Podpora zdravia (health promotion) pozostáva zo vzdelávania, organizácie, ekonomiky a iných foriem zdravotníckej inšpekcie. Tento termín sa zaviedol iba nedávno a vyplynul zo zamerania sa na problémy životného štýlu a vzťahu zdravia k faktorom životného prostredia. Najkritickejším momentom pri postoji k zlepšovaniu zdravia je nedostatočná informovanosť, resp. nedostatočné vedomosti širokých vrstiev obyvateľstva. Prekonať to znamená sústrediť úsilie na informovanie verejnosti o nových poznatkoch v prevencii najmä civilizačných ochorení, ovplyvnení dedičnej predispozície na určité choroby a úprave životného štýlu (stravovanie, pohyb, redukcia dlhodobého stresu, rozvíjanie aktívneho odpočinku a pod.).

Ochrana zdravia (health protection) by mala slúžiť ako nástroj na eliminovanie neakceptovateľného zdravotného rizika zapríčineného akýmkoľvek druhom ľudskej činnosti. Vyžaduje nemalé náklady zo strany štátu i súkromného sektora. Väčšina preventívnych opatrení je zahrnutá do príslušnej legislatívy krajiny a v optimálnom prípade je podporovaná ekonomikou, kultúrou života a morálkou. Úlohou, ktorá stojí pred našou spoločnosťou, nie je zakladať, ale monitorovať komponenty zdravia v rámci už existujúcej legislatívy (trendy v zdravotnom stave obyvateľstva, vplyv pracovného a životného prostredia na populačné skupiny, výživu, životný štýl vrátane zlovykov, ako je fajčenie, alkoholizmus, drogy a pod.). K ďalším významným aktivitám patrí aplikácia vedeckých poznatkov v praxi, uzatváranie a plnenie medzinárodných dohôd (napr. eliminácia, resp. zníženie koncentrácií niektorých škodlivín v ovzduší, medzinárodná kontrola domácich i dovážaných potravín a i.).

Do primárnej prevencie sa zaraďuje napríklad zdravotná edukácia (zameraná na prevenciu úrazov a otráv, na výživu, rast a vývoj v jednotlivých životných obdobiach, na aktivitu a cvičenie, na rizikové faktory povolania), imunizácia, posudzovanie rizikových faktorov konkrétnych ochorení, ošetrovateľská starostlivosť o rodiny, realizácia opatrení pre adekvátne bývanie a vhodné pracovné podmienky.

Zdravie možno upevňovať pomocou viacerých typov programov, do ktorých sa môžu sestry PZS v rámci primárnej prevencie zapojiť. Patria k nim:

- *programy zamerané na rozširovanie poznatkov a informácií* – môžu sa realizovať aj prostredníctvom nástenných tabúl, plagátov, časopisov, brožúrok, príručiek, kníh či letákov, ktorých cieľom je primeraným spôsobom šíriť poznatky o ochrane zdravia, vysvetliť chybné či nesprávne pochopené informácie a vzdelávať verejnosť
- *programy zamerané na posudzovanie zdravotného stavu*

- *programy zamerané na zmenu životného štýlu a správania* – napr. na uvedenie si potreby správnej výživy, na kontrolu telesnej hmotnosti, na vyrovňovanie sa so stresom
- *programy zamerané na dosiahnutie pohody v zamestnaní*
- *programy zamerané na ochranu životného prostredia* – vznikli ako odpoveď na zvyšovanie koncentrácie rozličných znečisťujúcich látok.

Programy môžu byť riešené na národnej alebo regionálnej úrovni. Pri ich realizácii je dôležitá spolupráca sestry s orgánmi štátnej správy, s orgánmi miestnej samosprávy, ako aj s Úradmi verejného zdravotníctva.

Sekundárna zdravotná starostlivosť je preventívna, diagnostická a liečebná starostlivosť, ktorá presahuje rámec primárnej zdravotnej starostlivosti. Jej súčasťou sú aj konziliárne služby. Poskytuje sa ambulantne a ústavne. Pacientovi je dostupná na základe odporúčania lekára primárnej, sekundárnej alebo následnej zdravotnej starostlivosti alebo bez odporúčania lekára v prípadoch ustanovených osobitnými predpismi. Základným rozdielom medzi primárnou a sekundárnou zdravotnou starostlivosťou je miera špecializácie, rozsah poskytovaných služieb a spravidla sú vzdialené od miesta bydliska pacienta. *Sekundárna prevencia* je zameraná na zastavenie chorobného procesu jeho včasným odhalením, zodpovedajúcou liečbou a ošetrovateľskou starostlivosťou, s cieľom znížiť výskyt ochorenia a zabrániť rozvoju chronického stavu. Týka sa rozvoja sebestačnosti, včasnej rehabilitácie, edukácie pacienta a jeho rodiny, poskytnutie vhodných protetických pomôcok.

Následná zdravotná starostlivosť nadväzuje na predchádzajúcu primárnu zdravotnú starostlivosť a sekundárnu zdravotnú starostlivosť v prípadoch, keď je to potrebné v záujme dokončenia liečebného procesu alebo na zlepšenie zdravotného stavu. Zahŕňa najmä liečebnú rehabilitáciu a kúpeľnú starostlivosť. *Terciárna prevencia* zahŕňa ošetrovateľské intervencie, ktoré predchádzajú vzniku komplikácií (napr. pri dlhodobom pobyte pacienta na lôžku..).

1.2 Rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti v súčasnosti

Rozvoj primárnej zdravotnej starostlivosti v súčasnosti charakterizujú jej všeobecné smerovanie alebo prevažujúcu tendenciu či náchylnosť: integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti, rozvoj rodinného ošetrovateľstva, rozvoj moderných technológií.

Integrácia zdravotnej a sociálnej starostlivosti

V mnohých prípadoch klient súbežne alebo následne potrebuje zdravotné i sociálne služby (napr. klient v domácom prostredí vyžaduje ošetrovanie chronickej rany a zároveň dovoz obeda alebo iného teplého jedla). V posledných rokoch dochádza k výraznej geriatrizácii medicíny, skracuje sa hospitalizácia, obmedzujú sa dlhodobé ústavné pobyty a preto by sa mala štruktúra zdravotníckych zariadení, charakter starostlivosti a spektrum poskytovaných sociálnych služieb prispôbiť starým a väčšinou chorým ľuďom. Je potrebné vytvoriť systém dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti pri komplexnom riešení potrieb hlavne starších ľudí odkázaných na dlhodobú starostlivosť. Jej cieľom je podpora zdravia a pohody seniora, prevencia chorôb, posilňovanie autonómie a sebestačnosti, zaistenie základných životných potrieb a podpora čo najdlhšieho zotrvania seniora v jeho prirodzenom domácom prostredí. Zdravotno-sociálna starostlivosť sa nachádza v prieniku dvoch rezortov – Ministerstva zdravotníctva a Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny. V mnohých prípadoch môžeme hovoriť o vyhraňovaní oboch systémov voči sebe navzájom. Ide predovšetkým o snahu presunúť zodpovednosť za financovanie sporných oblastí jeden na druhého, či ponechávať sporné oblasti vo finančnom vákuu.

Integrovaná PZS orientovaná na rodinu a komunitu podporovaná flexibilným a citlivo reagujúcim systémom nemocníc patrí k štyrom hlavným stratégiám zameraným na realizáciu programu *Zdravie pre všetkých v 21. storočí*. Konkrétne o integrovanom rezorte zdravotníctva hovorí cieľ č. 15, podľa ktorého majú mať ľudia v regióne oveľa lepší prístup k primárnej zdravotnej starostlivosti zameranej na rodinu a komunitu. Nevyhnutným predpokladom pre rozvoj integrovanej zdravotno-sociálnej starostlivosti je schválenie jej koncepcie.

Rozvoj rodinného ošetrovateľstva

V súčasnosti sa záujem o rodinu ako o základnú jednotku spoločnosti zvyšuje a skúma sa najmä jej vplyv na zdravie, budovanie hodnôt a produktivitu jednotlivých členov.

Rodinné ošetrovateľstvo berie do úvahy rodinnú komunitu v širších súvislostiach a kultúrnych väzbách. Zameriava sa na zdravie rodiny ako celku i na zdravie jej jednotlivých členov. Sestry by mali pomáhať pochopiť komplexné dynamické vzťahy medzi zdravím rodiny a zdravím jednotlivých členov rodiny. Pri posudzovaní, diagnostike, plánovaní, realizácii a hodnotení ošetrovateľskej starostlivosti berie do úvahy aj rodinné prostredie daného klienta. Základ pre plánovanie a poskytovanie starostlivosti rodine ako celku alebo jej jednotlivým členom tvorí posúdenie. Rodinu posudzujeme viacerými spôsobmi. Dôležité je zvážiť rôzne faktory (napr. člen rodiny s diabetes mellitus, imobilný člen rodiny) a vytvoriť taký spôsob, ktorý by vyhovoval požiadavkám rodiny. V rámci posúdenia stanovujeme funkčnosť rodiny,

objasňujeme vzťahy v rodine, odhaľujeme jej silné i slabé stránky a zhodnocujeme zdravotný stav rodiny a jej členov. Silné stránky je vhodné počas rozhovoru s rodinou vyzdvihnúť, čo má vplyv na posilnenie a predĺženie pozitívneho vzťahu medzi sestrou a rodinou. Dôležitý je aj spôsob života rodiny vrátane spôsobu komunikácie, výchovy detí, riešenia problémov a zdravotných návykov.

Rozvoj moderných technológií

Moderné technológie, ktoré využívajú zdravotnícki pracovníci v primárnej sfére, by mali v konečnom dôsledku participovať na zvýšení kvality poskytovanej starostlivosti. Programy *telenursing*, *telehomecare* a *telemonitoring* sa vo výraznej miere podieľajú na zvýšení dostupnosti určitých častí ošetrovateľskej starostlivosti.

Vzájomná výmena informácií medzi sestrou a pacientom prostredníctvom médií informačných technológií sa označuje ako *telenursing*, v rámci ktorého sa môžu vykonávať konzultácie, posúdenie, diagnostika, prenášanie dát, edukácia. Informácie sa vymieňajú prostredníctvom telefónu, e-mailu alebo inými digitálnymi technológiami a môžu byť doplnené aj vizuálnou zložkou. *Telenursing* zvyšuje dostupnosť a je výhodný predovšetkým pre pacientov žijúcich vo vzdialených oblastiach. Nahrádza alebo dopĺňa ošetrovateľskú starostlivosť realizovanú *face to face*. V súvislosti s domácou ošetrovateľskou starostlivosťou môžeme hovoriť o programe *telehomecare*, v rámci ktorého sestry zostávajú v stálom kontakte s ich pacientmi. Eliminuje sa časté cestovanie sestry za pacientom. *Telemonitoring* je definovaný ako „automatizovaný proces prenosu údajov o zdravotnom stave pacienta z jeho domu do príslušného zdravotníckeho zariadenia pomocou diaľkovo riadeného systému.“ Potenciál telemonitoringu zlepšiť riadenie dlhodobých chronických stavov, ako je hypertenzia, diabetes mellitus, chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) umožnením častejšieho merania kľúčových parametrov bez nutnosti navštevovať zdravotnícke zariadenia, sa javí ako logický.² Pri *telemonitoringu* sa zaznamenávajú vitálne funkcie (prípadne iné

²Napriek strategickým dokumentom obhajujúcim jeho použitie a početným pilotným štúdiám však táto forma telemonitorovania nebola doteraz široko prijatá. Randomizované kontrolované štúdie (RCT) mali zmiešané výsledky, aj keď telemonitorovanie krvného tlaku (TK) prináša pozitívne účinky. Na rozdiel od nízkej absorpcie telemonitorovania zdravotníckymi službami existuje verejná požiadavka na dlhodobé zvýšenie monitorovania s veľkým počtom aplikácií dostupných na zaznamenávanie domácich nameraných zdravotných údajov. Skúsenosti tých, ktorí sa zúčastňujú skúšok telemonitorovania (pacienti aj odborníci), by mohli poskytnúť cenné usmernenie pri vývoji efektívnych telemonitorovacích služieb, ktoré by boli široko prijaté.

parametre, napr. saturácia kyslíka, hladina glukózy v krvi, váha pacienta). Umožňuje zistiť napríklad včas zmeny vo frekvencii či kvalite pulzu a zabrániť vzniku vážnejších problémov. Zároveň si pacienti môžu pravidelne sledovať parametre a regulovať svoje správanie. Dáta sú zhromažďované a bezpečnostným systémom zasielané do centra.

Základné problémy súvisiace s postavením PZS v súčasnom zdravotníckom systéme môžeme charakterizovať nasledovne:

- spôsob financovania núti k získavaniu veľkého počtu pacientov a organizovaní veľkého počtu vyšetrení a návštev,
- menší rozsah poskytovaných diagnostických a terapeutických výkonov, časté odosielanie pacientov ku špecialistom a do nemocníc, a to i v prípadoch, ktoré by sa mali riešiť ambulantnou formou,
- nízka prístrojová vybavenosť,
- chýbanie komplexných informácií o pacientovi.

1.3 Základné členenie poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Podľa zákona 576/2004 Z.z. je zdravotná starostlivosť definovaná ako „*súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií*“.

Zdravotná starostlivosť sa poskytuje ako **ambulantná starostlivosť**, **ústavná starostlivosť** a **lekárska starostlivosť**.

Ambulantná starostlivosť sa poskytuje osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.

Medzi zariadenia ambulantnej starostlivosti sa zaraďujú:

- **ambulancie:**

- 1. *ambulancie všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti:*

- všeobecná ambulancia pre dospelých – všeobecný lekár, sestra alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom období ošetrovateľská starostlivosť o dospelých

- všeobecná ambulancia pre deti a dorast – pediater, sestra alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii

2. *ambulancie špecializovanej zdravotnej starostlivosti:*

- gynekologická ambulancia – gynekológ, pôrodná asistentka alebo pôrodná asistentka so špecializáciou pôrodná asistancia a starostlivosť o ženu v rodine a komunite
- ambulancia zubného lekárstva – zubný lekár a sestra
- ambulancie vnútorného lekárstva (interná ambulancia, angiologická ambulancia, diabetologická ambulancia, hepatologická ambulancia, hematologická a transfuziologická ambulancia, kardiologická ambulancia, nefrologická ambulancia, neurologická ambulancia, endokrinologická ambulancia, gastroenterologická ambulancia, geriatrická ambulancia, ambulancia klinickej onkológie, ambulancia pracovného lekárstva a klinickej toxikológie, infektologická ambulancia, pneumologická ambulancia, reumatologická ambulancia, v ktorých pracuje lekár s príslušnou špecializáciou, sestra alebo sestra so špecializáciou v odbore vnútorného lekárstva alebo sestra so špecializáciou v odbore ošetrovateľská starostlivosť o dospelých,
- chirurgické ambulancie (chirurgická ambulancia, ambulancia plastickej chirurgie, ambulancia cievnej chirurgie ortopedická ambulancia, ambulancia úrazovej chirurgie, ambulancia detskej chirurgie, urologická ambulancia), v ktorých pracuje lekár s príslušnou špecializáciou, sestra alebo sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch chirurgie alebo v odbore ošetrovateľská starostlivosť o dospelých,
- **zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti** je určené na vykonanie chirurgických, diagnostických a liečebných výkonov, pri ktorých sa predpokladá, že zdravotný stav osoby bude vyžadovať nepretržitý pobyt na lôžku nepresahujúci 24 hod.,
- **stacionár** je určený na poskytovanie ambulantnej zdravotnej starostlivosti osobám, ktorých zdravotný stav vyžaduje opakované denné poskytovanie ambulantnej starostlivosti vždy v nadväznosti na ústavnú alebo ambulantnú starostlivosť); môže ísť aj o nočný stacionár,
- **poliklinika** je súbor vzájomne a spoločne jednotne organizovaných ambulancií,

- **agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti** poskytuje komplexnú domácu ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu osobám, ktorých zdravotný stav si nebude vyžadovať nepretržitý pobyt v zdravotníckom zariadení,
- **zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek** vykonáva vyšetrenia, rozbor, skúšky a liečbu v súvislosti s ambulantnou alebo ústavnou zdravotnou starostlivosťou,
do tejto skupiny patrí široká a rôznorodá škála druhov zdravotnej starostlivosti: laboratórna diagnostika, zobrazovacia diagnostika a terapia, fyziatria a rehabilitácia
- **mobilný hospic**

Ústavná starostlivosť

Poskytuje sa na základe odporúčania ošetrojúceho lekára alebo rozhodnutia súdu.

Medzi zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti sa zaraďujú:

- **nemocnica:**
 - *všeobecná nemocnica* – poskytuje sa ústavná zdravotná starostlivosť na pracoviskách rôznych špecializačných odborov
 - *špecializovaná nemocnica* – poskytuje sa ústavná zdravotná starostlivosť prevažne v jednom špecializačnom odbore, prípadne aj v odboroch s ním súvisiacich
- **liečebňa** poskytuje špecializovanú zdravotnú starostlivosť zameranú najmä na poruchy zdravia chronického charakteru so zdlhavým priebehom liečenia (napr. liečebne pre dlhodobých chorých, psychiatrické liečebne, detské psychiatrické liečebne, ozdravovňa)
- **dom ošetrovateľskej starostlivosti** poskytuje nepretržitú ošetrovateľskú starostlivosť a rehabilitáciu osobám, ktorých zdravotný stav nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom,
- **prírodné liečebné kúpele** poskytujú zdravotnú starostlivosť osobe na účely stabilizácie zdravotného stavu, regenerácie zdravia alebo prevencie chorôb
- **zariadenia biomedicínskeho výskumu** sú určené na také poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré vedie k získaniu a overovaniu nových biologických, medicínskych, ošetrovateľských poznatkov a poznatkov pôrodnej asistencie na človeku a vyžaduje nepretržitý pobyt osoby na lôžku presahujúci 24 hodín.
- **hospic** poskytuje zdravotnú starostlivosť osobám s nevyliciteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti, jej

cieľom je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia a stabilizácia zdravotného stavu, jej poskytovanie je ohraničené predpokladanou dĺžkou zostávajúceho života (6-10 mesiacov).

- *domáca forma hospicovej starostlivosti* – je pre umierajúcich najideálnejšou formou, samotný pacient je v známom prostredí, obklopený ľuďmi, ktorých má rád, domáca hospicová starostlivosť je realizovaná prostredníctvom odborníkov, teda špeciálne vyškolených hospicových sestier, alebo v spolupráci s ADOS, ich činnosť je riadená a koordinovaná lekárom hospicu, jeho ambulantnej časti,
- *domáca hospicová starostlivosť s formou denného hospicu – denný stacionár* – pacient je prijatý ráno a popoludní alebo večer sa vracia domov,
- *lôžková hospicová starostlivosť* - *hospic ako autonómne zariadenie* poskytuje možnosť ubytovania aj členom rodiny, pacienti tu prichádzajú na krátkodobé opakované pobyty celkom dobrovoľne a slobodne vtedy, keď sami cítia, že je to pre nich dobré, keď vidia, že domáca starostlivosť sa už nedá zvládnuť ale nie je potrebný pobyt v nemocnici,
- *hospicová starostlivosť pomocou špeciálnych tímov v sociálnych zariadeniach*, v ústavoch sociálnej starostlivosti, v domovoch dôchodcov a iných sociálnych zariadeniach,
- *samostatná hospicová jednotka*, v rámci nemocnice alebo iného zdravotníckeho zariadenia, má vyčlenené určité kridlo budovy, či časť oddelenia.

Z vyššie uvedeného vyplýva, že poskytovateľmi PZS sú: všeobecný lekár a sestra, pediater a sestra, lekár špecialista a sestra zubný lekár a sestra, sestra v ADOS, komunitná sestra.

Záver

Ošetrovateľstvo v PZS má dôležitú úlohu v získavaní aktívnej účasti klientov a komunit na riešení otázok zdravia a vhodného prístupu k zdravotníckym službám. V modeli zdravotnej starostlivosti sa kladie veľký dôraz na edukáciu obyvateľstva, na ich zdravotné uvedomenie a aktivity podporujúce zdravie s cieľom prevziať spoluzodpovednosť za svoje zdravie a dosiahnuť očakávanú zmenu v ich správaní a konaní.

PZS rieši nielen individuálne a rodinné zdravotné potreby, ale aj širšiu otázku verejného zdravia. Je základným a integrujúcim článkom celého zdravotného systému. Posilňovanie jej úlohy neplynie len z ekonomických potrieb, ale predovšetkým z potreby udržiavania a zvyšovania kvality poskytovanej starostlivosti s cieľom zlepšenia zdravia v komunite.

Moderné technológie – telehomecare, telenursing, telemonitoring, využívané v primárnej sfére participujú na zvyšovaní kvality poskytovanej starostlivosti.

Kontrolné otázky a úlohy

1. Charakterizujte rozdiely medzi primárnou, sekundárnou a terciárnou zdravotnou starostlivosťou.
2. Definujte primárnu, sekundárnu a terciárnu prevenciu.
3. Popíšte faktory ovplyvňujúce rozvoj PZS v súčasnosti.
4. Definujte zariadenia ambulantnej starostlivosti.
5. Definujte zariadenia ústavnej starostlivosti.
6. Vymenujte poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti.

Zoznam bibliografických odkazov

BUTTARO, T.M., POLGAR-BAILEY, P., SANDBERG-COOK, J., TRYBULSKI, J. 2020. *Primary Care: Interprofessional Collaborative Practice*. 6th ed. St Louis : Elsevier, 2020. 1485 p. ISBN 978-0-323-57015-2.

Declaration of Alma-Ata. In *International Conference on Primary Health Care* [online]. USSR, 6-12, September 1978 [cit. 2021-03-13]. Dostupné na internete: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

HOFFMAN, K.K., METTE, G. 2016. Effectiveness of primary nursing in the care and satisfaction of adult inpatients: a systematic review protocol. *JBIC Evidence Synthesis*. 2016;14(6):14-22.

JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

KAMEI, T., YAMAMOTO, Y., KAJII, F., NAKAYAMA, Y., KAWAKAMI, CH. 2012. Systematic review and meta-analysis of studies involving telehome monitoring-based telenursing for patients with chronic obstructive pulmonary disease. In *Japan Journal of Nursing Science*. 2012, 10:180-192.

Primary Health Care. In *World Health Organization* [online]. 2021 [cit. 2021-03-13] Dostupné na internete: http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/index.html

TABAKOVÁ, M. 2008. Súčasné trendy primárnej zdravotnej starostlivosti. In *Ošetrovateľský obzor*. 2008;5(3):102-105.

Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 315/2014 Z.z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

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

Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie v Slovenskej republike [online]. 1999 [cit. 2020-10-27]. Dostupné na internete: <http://www.who.sk/data/health.21.html>.

2 Komunitné ošetrovatel'stvo

Ciele a obsah kapitoly

Nasledujúca kapitola sa zameriava na spracovanie nasledujúcich oblastí:

- definovanie a delenie komunity
- porovnanie tradičnej a komunitnej starostlivosti
- definovanie komunitného ošetrovatel'stva

2.1 Komunita a jej delenie

Komunita³ je definovaná „ako súhrn osôb, ktoré žijú v určitom vymedzenom priestore, kde vykonávajú každodennú aktivitu a zvyčajne tvoria autonómnú jednotku. Je to typ organizácie, kde sú odstránené vzťahy nadriadenosti a podriadenosti, čím sa dosahuje lepšia komunikácia a spolupráca“. Podľa sociologického slovníka je komunita sociálny útvar charakterizovaný vonkajšími aj vnútornými znakmi na dvoch úrovniach, ktorými sú sociálne väzby medzi členmi v rámci vlastnej komunity a sociálne väzby a špecifické postavenie komunity v rámci širšieho sociálneho prostredia.

Komunita podľa vyhlášky č. 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovatel'skej praxe je skupina osôb určená geografickou oblasťou alebo spoločnými záujmami.

Z uvedených definícií vyplývajú tri spoločné faktory: **ľudia** definovaní ako členovia komunity alebo obyvatelia, **miesto** znamená geografické alebo časové určenie a **funkcie**, ktoré zahŕňajú ciele a aktivity komunity. Komunitná sestra musí poznať vplyv týchto troch spoločných faktorov na jej ošetrovatel'skú prax.

Medzi špecifické rysy komunity patria *pocit komunitnej súdržnosti*, ktorá poskytuje bezpečie, ochranu jednotlivých členov a *spoločná komunikácia* medzi jednotlivými členmi.

Utváranie a rozvoj komunity môžeme charakterizovať ako súbor činnosti, ktoré sa skladajú z výberu, plánovania a dosahovania cieľov, ktoré sú zamerané na prospech celého priestoru, v ktorom sa komunita nachádza. Najčastejšie býva uvádzaná tzv. ekologická komunita, v ktorej členovia sú spájaní spoločným fyzickým priestorom.

Typy komunity:

³Pojem komunita pochádza z latinského slova *communitas* - spoločenstvo, pospolitosť, obec, tiež spoločné nazývanie ľudí.

1. Komunity s teritoriálnymi vzťahmi (priestorové a časové komunity)

- geopolitické komunity – sú definované geopolitickými a právnymi vzťahmi, ako sú mestá, dediny
- komunity s ekologickým problémom – miesto, kde existuje určitý problém, často prekračuje teritoriálne vzťahy jednej alebo viacerých geopolitických hraníc, napr. znečistená rieka
- riešiace komunity – oblasť, v ktorej sú zdroje potrebné na riešenie problému nájdené, nemusia sa vždy zhodovať s hranicami geopolitických komunít

2. Komunity s príbuznými vzťahmi

- komunity s rovnakými záujmami – napr. profesionálne organizácie (komory)
- cítiace komunity – založené na pocitoch, spolupatričnosti, kamarátstve, susedské vzťahy

2.2 Ošetrovatel'stvo v komunite

Komunitné ošetrovatel'stvo⁴ je definované ako syntéza praktického ošetrovatel'stva a verejno-zdravotnej praxe týkajúcej sa podpory a ochrany zdravia populácie. Obsahuje činnosti zamerané na jednotlivcov, rodinu, skupinu a celú komunitu, tieto činnosti nie sú ohrozené na vek, ani limitované na jednotlivé diagnostické skupiny. Komunitné sestry úzko spolupracujú s praktickými lekármi, sociálnymi službami, nemocnicami a iným zdravotníckym personálom pri poskytovaní služieb klientom, ktoré sú prispôbené ich individuálnym potrebám. Pojem komunitná starostlivosť presahuje klasické delenie na starostlivosť zdravotnú a starostlivosť sociálnu. Dôležitá je zdravotno – sociálna starostlivosť.

Cieľom je poskytovať služby a podporu klientom na správnej úrovni, v správnej podobe a v správnej chvíli, aby klient dosiahol čo najväčšiu úroveň nezávislosti (samostatnosti a sebestačnosti). Dôležité je pomôcť klientom vyrovnať sa so zlým zdravotným stavom a zdravotným postihnutím a umožniť im dosiahnuť čo najlepšiu možnú kvalitu života. V krajinách západnej Európy má komunitné ošetrovatel'stvo dlhú tradíciu (health nurses, public health nurses, health visitors).

Princípom komunitného ošetrovatel'stva je 24–hodinová dostupnosť základnej pomoci, ľahká dostupnosť zdravotných a sociálnych služieb, kontinuita a prepojenie zdravotnej

⁴Ošetrovatel'stvo, ktoré sa prednostne zaoberá prevenciou, sa predtým nazývalo ošetrovatel'stvo verejného zdravia. V posledných rokoch, keďže sa jeho rozsah netýka len primárnej prevencie a starostlivosti, stretávame sa skôr s pomenovaním komunitné ošetrovatel'stvo.

a sociálnej, ústavnej a komunitnej starostlivosti, multidisciplinárna spolupráca a koordinácia činnosti poskytovateľov zdravotných a sociálnych služieb, možnosť výberu služieb, individuálny prístup – rešpektovať jedinečnosť každého človeka, diskretnosť pri podávaní informácií.

V 20. rokoch minulého storočia bolo komunitné ošetrovateľstvo zamerané na jednotlivca a jeho rodinu bez bližšieho hodnotenia prostredia, v ktorom žili. V súčasnosti praktické činnosti, ktoré sú realizované u jednotlivca a v rodine musia reflektovať hodnotenie komunity a jej zdroje a zmeny musia prinášať úžitok celej komunite. Komplexnosť procesu zmien znamená, že zmeny musia prichádzať často a na rôznych úrovniach. V nasledujúcej tabuľke uvádzame porovnanie tradičnej a komunitnej orientácie ošetrovateľstva.

Tab. 1 Porovnanie tradičnej a komunitnej orientácie ošetrovateľstva

	tradične orientované	komunitne orientované
primárne zameranie	chorý jednotlivec (na základe kuratívneho modelu)	komunitné zdravie (na základe demografických, socioekonomických a environmentálnych údajov a modelu zodpovednosti za vlastné zdravie)
cieľová populácia	chorí a postihnutí vyhľadávajúci zdravotnícku pomoc	celá populácia, najmä odkázané a rizikové skupiny
primárne výučbové zariadenia	nemocnice, zdravotnícke zariadenia, domovy	všade, kde sú ľudia
úloha sestry	špecializovaná, prepojená v rámci sektora zdravotníctva	široká, nezávislá a prepojená so sektormi, súvisiacimi so zdravím
zameranie sestry	stavy vyžadujúce hospitalizáciu	podpora zdravia, prevencia ochorení, rehabilitácia
ošetrovateľská prax	ťažisko ambulantná prax, povinnosti sestry sú zamerané hlavne na splnenie terapeutických nariadení lekára,	princíp primárnej zdravotnej starostlivosti, zapojenie komunity do procesu, spoluzodpovednosť za výsledky liečby a svoje zdravie, tímová spolupráca, plnenie viacerých rolí sestry
Terapia	dosiahnuť stav, keď môže byť pacient prepustený z nemocnice	zlepšenie zdravotného a výživového stavu pacienta, rodiny, komunity, starostlivosť o seba samého, sebestačnosť
prevencia	zameranie na sekundárnu a terciárnu prevenciu	zameranie na primárnu prevenciu
vyhodnocovanie ošetrovateľskej praxe	počet pacientov prepustených z ošetrovania na základe diagnózy, frekvencia a intenzita kontaktu	percentuálne pokrytie obyvateľstva, spokojnosť konzumenta, zabezpečenie kvality, štatistika zmien zdravotného stavu u

	s pacientom	rizikových skupín/komunit, zníženie environmentálnych zdravotných rizík
poskytovanie zdravotníckych služieb	inštitucionálna a individuálna starostlivosť o pacienta	primárna starostlivosť pre všetkých, zapojenie ďalších sektorov ovplyvňujúcich zdravie, tímový prístup

V súčasnom období je v zdravotníckom povolani sestra akreditovaný špecializačný študijný program v študijnom odbore **Ošetrovateľská starostlivosť v komunite**.

Tento špecializačný študijný odbor sa zameriava na komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť o ľudí v komunite, rešpektuje špecifiká starostlivosti aj vzhľadom na geografické územie a vekovú skupinu. Cieľom špecializačného odboru je syntetizovať poznatky z viacerých disciplín, poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu, súčasťou ktorého je edukačný proces, realizovať ošetrovateľské intervencie podľa noriem a štandardov (oblasť manažmentu kvality) a princípov Evidence Based Practice (EBP), Evidence Based Nursing (EBN), využívať teoretické vedomosti aj zo zdravotníckej psychológie, komunikácie pri ošetrovaní klienta v komunite a rešpektovať dodržiavanie právnych, etických a profesionálnych noriem pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.

Špecializačné štúdium trvá jeden rok a nadväzuje na:

- vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v magisterskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo a ošetrovateľskú prax najmenej dva roky,
- vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa v bakalárskom študijnom programe v študijnom odbore ošetrovateľstvo a ošetrovateľská prax najmenej dva roky,
- vyššie odborné vzdelanie v študijnom odbore diplomovaná všeobecná sestra a ošetrovateľská prax najmenej dva roky alebo
- úplné stredné odborné vzdelanie v študijných odboroch pre zdravotnícke povolanie sestra a ošetrovateľská prax najmenej dva roky.

2.2.1 Ošetrovateľský proces v komunite

Ošetrovateľský proces sa definuje ako systematická, racionálna a cyklická metóda poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti jednotlivcovi, rodine, komunite, všeobecne použiteľná vo všetkých typoch prostredí zdravotnej starostlivosti a otvorená pre neustále prehodnocovanie starostlivosti na základe aktuálneho stavu. Cieľom ošetrovateľského procesu je poskytovať ošetrovateľské intervencie zamerané na uspokojovanie potrieb jednotlivca, rodiny, komunity, na podporu, obnovenie zdravia a pohody, na dosiahnutie čo najvyššej možnej úrovne kvality života, na zabezpečenie pokojného zomierania a smrti. Využívanie ošetrovateľského procesu sa zvyčajne spája s praxou individualizovanej ošetrovateľskej starostlivosti a tiež poskytuje rámec na poskytovanie komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti.

V popredí záujmu nie sú len zariadenia a služby zdravotnej starostlivosti, ale aj faktory sociálne, politické, ekonomické a environmentálne, ktoré ovplyvňujú zdravie ľudí.

Komunitne zameraný prístup sa sústreďuje na celú populáciu, no predovšetkým na skupiny, kde sa vyskytujú rozdiely v oblasti zdravia. V závislosti od situácie a rozsahu pracujú jednotlivé sestry či tímy v geograficky vyčlenených oblastiach s prirodzene zoskupenými komunitami. Takýto prístup je však vhodný aj pre ďalšie komunitné celky a zariadenia, ktoré nie sú určované geograficky, napr. pre pracoviská alebo záujmové či iné ucelené skupiny, ako sú mladí ľudia či ženy.

Prostredníctvom ošetrovateľského procesu sa poskytuje komplexná, kontinuálna, aktívna, individualizovaná ošetrovateľská starostlivosť, ktorá akceptuje jednotlivca, rodinu, komunitu ako aktívneho účastníka s dôrazom na ich sebestačnosť a zodpovednosť za vlastné zdravie. Služi ako rámec pre organizáciu ošetrovateľskej starostlivosti. Poskytuje sestre/pôrodnej asistentke myšlienkový algoritmus pri realizácii ošetrovateľskej starostlivosti a priestor pre autonómiu a kreativitu, uľahčuje klinické rozhodovanie a riešenie problematických situácií. Jeho súčasťou je dokumentovanie starostlivosti vo všetkých jeho fázach, čo zabezpečuje koordináciu, kontinuitu a chronologický prehľad o poskytovanej starostlivosti. Aplikácia metódy ošetrovateľského procesu (rozsah jednotlivých fáz) sa prispôsobuje špecifikám rôznych typov zdravotníckych zariadení, napr. pre pracovisko jednodňovej chirurgie, intenzívnej starostlivosti, ambulantné pracoviská, komunitné zariadenia a pod.

Ošetrovateľský proces v komunite zahŕňa 5 fáz: posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia, vyhodnotenie.

Posudzovanie zahŕňa zber, overovanie, triedenie a záznam údajov o zdravotnom stave jednotlivca, rodiny, komunity pretože východiskom pre realizáciu ďalších fáz je komplexná, presná a úplná databáza údajov. Posudzovanie je súčasťou všetkých činností, ktoré robí sestra/pôrodná asistentka pre pacienta alebo s pacientom počas všetkých fáz ošetrovateľského procesu. Cieľom je vytvoriť súbor dát, čiže kolekciu konzistentných informácií o odpovediach jednotlivca (rodiny, komunity) na aktuálne alebo potenciálne zdravotné problémy, ich validácia a verifikácia. Zručnosť v pozorovaní, komunikácii, základné fyzikálne vyšetrenie, výber a použitie meracieho nástroja sú základnými podmienkami kvalitného a objektívneho posudzovania. Zber údajov si vyžaduje pozornosť, spoluprácu s pacientom a/alebo inými osobami, schopnosť aplikačne myslieť a využívať klinické skúsenosti. Je nevyhnutnou súčasťou plánovania, zlepšenia zdravia a slúži tiež ako východiskový stav, s ktorým sa porovnávajú pokrok, zmeny a ďalšie potreby. Posudzovanie rozdielov v oblasti zdravia, a tým i zdravotných potrieb komunity je priebežný proces a časom sa vyvíja. Musí však byť schopný rozoznávať náhle zmeny a reagovať na ich následky. Pri posudzovaní je potrebné vždy začínať z hľadiska vedomostí, ktoré majú jednotlivci, a nie ktoré majú zdravotníci. Sústreďujeme sa na otázky, ktoré považuje komunita za dôležité. Je potrebné hľadať silné stránky komunity a budovať na nich.

Pri posudzovaní je možné oprieť sa o informačnú pyramídu, ktorá môže uľahčiť zber informácií. **Prvý stupeň** obsahuje informácie o zložení komunity, organizovanosti a štruktúre komunity a o akčnej schopnosti komunity z hľadiska veku, pohlavia, povolania, rodinnej štruktúry, etnického zloženia, organizácie a štruktúry vedenia komunity a náboženstva o rozličných záujmových skupinách, silných a slabých stránkach komunity a jej schopnosti konať v oblasti sebestačnosti, sociálnej podpory. **Druhý stupeň** zahŕňa socio-ekologické faktory. **Tretí stupeň** obsahuje informácie o poskytovaných službách z hľadiska ich rozsahu dostupnosti a prijateľnosti. **Štvrtý stupeň** zahŕňa rozvoj a chápanie národných, regionálnych a lokálnych princípov vedúcich k zlepšeniu zdravia.

Medzi údaje o jednotlivcovi, rodine, komunite patria: vek, pohlavie, rodinný stav, socioekonomický stav, odlišná dostupnosť všetkých služieb, miera nezamestnanosti, úroveň vzdelania, výchovno-vzdelávacie zariadenia a programy, typ a podmienky bývania, stav údržby bytov a domácností, vierovyznanie, príslušnosť k rase, etniku, jazykové rozdiely, natalita (pôrodnosť - priemerný počet narodených za určitú dobu na tisíc obyvateľov), morbidita (chorobnosť - počet chorôb v pomere k počtu obyvateľstva), mortalita (úmrtnosť - počet úmrtí v pomere k počtu obyvateľov), hustota obyvateľstva na danom území, telesný a duševný zdravotný stav, zemepisné charakteristiky - umiestnenie, rieky, pohoria, cesty, klíma,

štýl života, systém zdravotnej starostlivosti a jej dostupnosť - preventívne opatrenia, vyhľadávanie rizikových faktorov, počet kliník, nemocníc, počet lekárov, sestier, dentistov, spôsob a efektívnosť komunikácie (formálna - *rozhlas, TV, noviny, mestské zasadania*, neformálna - *keď sa ľudia zapájajú voľne a bez zábran do konverzácie o sebe samých*), možnosti na rekreáciu a oddych, priemysel - rozvinutosť, dostupnosť, znečisťovanie prostredia, spôsob zabezpečenia bezpečnosti - polícia, požiarnici, bezpečnosť cestnej premávky, štátna správa a samospráva

Ďalej sa získavajú údaje o vedomostiach, hodnotách, názoroch, formálnych a neformálnych vodcoch, normách v komunite, potrebách, problémoch. Do posudzovania je potrebné zapojiť aj vedúce osobnosti komunity, vyhýbať sa neúplnému, povrchnému obrazu o komunite.

Medzi základné metódy zberu údajov patrí: analýza dostupných štatistických údajov, rozhovor, pozorovanie, dotazník, anketa. Medzi základné zdroje údajov patria: členovia komunity, zdravotnícka štatistika, masovokomunikačné prostriedky (miestne noviny, rozhlas, televízia), úrady štátnej správy, lokálne agentúry zdravia. Podrobná analýza a triedenie údajov sú súčasťou posudzovania komunitného zdravia. Analyzovanie je kontinuálny proces, s cieľom porozumieť získaným informáciám, identifikovať problémy a zistiť príčiny a ovplyvňujúce faktory. Na identifikácii problému sa podieľajú zdravotní pracovníci, sociálni pracovníci, pracovníci zaoberajúci sa životným prostredím.

Diagnostika sa charakterizuje ako analyticko-syntetický proces vyúsťujúci do výberu a formulácie ošetrovateľskej diagnózy, ktorá tvorí východisko pre plánovanie a realizáciu ošetrovateľskej starostlivosti. Potreba klinického úsudku a jasnej identifikácie problémov jednotlivca (rodiny, komunity) vyžadujúcich rôzne ošetrovateľské intervencie sú dnes súčasťou štandardov ošetrovateľskej a zdravotnej starostlivosti daných politikou štátu aj v Slovenskej republike. Problémy sú vyjadrené vo forme ošetrovateľských diagnóz, podľa formulácie problém - etiológia - symptóm. Ošetrovateľské diagnózy podľa NANDA International Taxonómii II sú zamerané skôr na jednotlivca. Pri tvorbe ošetrovateľských diagnóz v komunite sa odporúča vychádzať z vyjadrenia potencionálneho alebo už existujúceho problému, z identifikácie komunity, kde problém vznikol alebo hrozí jeho vzniknutie a z charakteristiky komunity.

Plánovanie je proces vytýčenia ošetrovateľských stratégií, intervencií, s cieľom prevencie, redukcie, eliminácie pacientových problémov (vyjadrených vo formulácii ošetrovateľských diagnóz). Táto fáza je nevyhnutná na dosiahnutie kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti. Je to proces rozhodovania a navrhovania riešenia problémov. Fáza plánovania zahŕňa určenie cieľov, výsledných kritérií a intervencií. Každému identifikovanému a

definovanému problému je priradená priorita. Proces priradovania priorít sa realizuje podľa vopred pripravených kritérií, a to ktorý problém má najväčší vplyv na smrť, ochorenie, PN, na invaliditu, na RHB; či niektoré časti populácie sú zvlášť ohrozené (matky, deti, seniori...); ktorý problém je zvlášť citlivý z hľadiska intervencie; ktorý z problémov má najväčší potenciál z hľadiska zlepšenia zdravotného stavu; či sú niektoré z problémov zaradené medzi regionálne alebo národné priority a ktorým problémom sa nezaoberali iné organizácie v komunite.

Stanhope, Lancaster uvádzajú nasledovné kritéria na určovanie priorít:

- uvedomenie si problému komunitou,
- motivácia komunity riešiť problém,
- možnosti a schopnosti sestier vplývať na riešenie problému,
- dostupnosť riešení podobných problémov,
- nebezpečenstvo, ktoré hrozí z nevyriešenia problému,
- čas, za aký môže byť problém vyriešený.

Je dôležité, aby do procesu stanovenia priorít zasahovali členovia komunity. Členovia komunity môžu mať obavy, či sú schopní prijať rozhodnutia, ak s tým nemajú skúsenosť. Zdravotníci môžu mať obavy, či bude komunita ochotná a schopná robiť rozhodnutia. Sestra by členom komunity mala poskytnúť pomoc a podporu, rozvíjať sebadôveru, sebestačnosť, podporovať vo vyjadrovaní myšlienok, názorov, nápadov, požiadaviek a odstraňovanie bariér, ktoré by bránili v účasti.

Fáza plánovania zahŕňa nasledovné kroky: vytýčenie priorít ošetrovateľských diagnóz, formuláciu krátkodobých a dlhodobých cieľov, ktoré sú vzájomne prepojené, stanovenie merateľných a dosiahnuteľných výsledných kritérií, plánovanie ošetrovateľských intervencií, zostavenie písomného plánu ošetrovateľskej starostlivosti.

V rozdielnych komunitách, aj v rozdielnych skupinách v rámci jednej komunity budú možno potrebné rozličné prístupy na riešenie tých istých potrieb. Pri plánovaní sestra môže spolupracovať s poradcami. Navrhnutý plán je predložený na pripomienkovanie komunity a následne je revidovaný.

Realizácia sa charakterizuje ako vykonanie ošetrovateľských intervencií v klinickej praxi, ktoré sú zamerané na dosiahnutie želateľného výsledku (cieľa ošetrovateľskej starostlivosti) zaznamenaného v pláne ošetrovateľskej starostlivosti. V rámci realizácie sa vykonávajú naplánované aktivity. Úspešnosť realizácie závisí od rôznych faktorov, napr. od pripravenosti a ochoty komunity riešiť problém, od poznatkov a zručnosti sestier, od schopnosti

spolupracovať s ďalšími členmi tímu. V rámci intervencií na úrovni komunit sa bežne používajú dva prístupy: tradičný prístup, ktorý je zameraný na pasívnu ochranu zdravia - fluorizácia vody, zabezpečenie zdravotne nezávadných potravín a psychologický prístup, ktorý zdôrazňuje osobnú zodpovednosť jednotlivca za vlastné správanie súvisiace so zdravím, napr. pomoc fajčiarom pri odvykaní fajčenia.

Vyhodnotenie je poslednou fázou ošetrovateľského procesu charakterizované ako cieľavedomá, organizovaná činnosť, kedy sa zisťuje, či a do akej miery sa dosiahli stanovené ciele. Zisťuje sa účinnosť naplánovaných a realizovaných aktivít. Prostredníctvom vyhodnotenia sa sestra stáva zodpovedná za svoju činnosť, nepokračuje v neúčinných intervenciách, ale realizuje iné, efektívnejšie vzhľadom na stav pacienta, rodiny, komunity a ich potreby. Aj tu musia byť zapojení členovia komunity, ktorí vyjadrujú svoje pocity, názory, spokojnosť.

Záver

Úlohou komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti je zlepšiť zdravie jednotlivcov, rodiny, skupiny i celej komunity. Je zamerané na ochranu zdravia, prevenciu ochorení, výchovu k zdraviu, ako aj starostlivosť o chorého člena rodiny vrátane edukácie príbuzných o poskytovaní laickej ošetrovateľskej starostlivosti. Ide o systematický proces, s cieľom vyhľadávania skupín so spoločnými zdravotnými potrebami, monitorovania zdravotných rizík, ich diagnostikovania a plánovania intervencií na podporu zdravia komunity, zabránenie vzniku zdravotných problémov komunity, prípadne ich elimináciu až odstránenie. Utváranie a rozvoj komunity môžeme charakterizovať ako súbor činnosti, ktoré sa skladajú z výberu, plánovania a dosahovania cieľov, ktoré sú zamerané na prospech celého priestoru, v ktorom sa komunita nachádza. Najčastejšie býva uvádzaná tzv. ekologická komunita, v ktorej členovia sú spájaní spoločným fyzickým priestorom. Úlohou komunitnej práce je mobilizácia občianskej svojpomoci v spolupráci s rôznymi formami lokálnych alebo štátnych programov. Sestra úzko spolupracuje so sociálnym, ekonomickým a politickým sektorom v komunite.

Kontrolné otázky a úlohy:

1. Čo je komunita?
2. Definujte komunitné ošetrovateľstvo.
3. Popíšte jednotlivé fázy ošetrovateľského procesu v komunite.

Zoznam bibliografických odkazov

AVELING, E.L., MARTIN, G., HERBERT, G., ARMSTRONG, N. Optimising the community-based approach to healthcare improvement: Comparative case studies of the clinical community model in practice. In *Social Science&Medicine*. 2017;173:96-103.

GORDON, M. 1982. *Manual od Nursing Diagnosis*. 1st. ed. Mc-Graw-Hill. 1982. 227 p. ISBN 978-0070238169.

HANZLÍKOVÁ, A. a kol. 2005. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 2.vyd. Martin : Osveta. 2005. 280 s. ISBN 978-80-8063-213-7.

JAROŠOVÁ, D. 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

Management of community health services. In *World Health Organization* [online]. 2021 [cit. 2021-03-13] Dostupné na internete: <https://www.who.int/management/community/en/>.

Odborné usmernenie MZ SR č. 07594/2009- OZS o vedení zdravotnej dokumentácie. In Vestník MZ SR. 2009, ročník 57, čiastka 42-48.

TOMAGOVÁ, M., BÓRIKOVÁ, I. 2011. Ošetrovatel'ský proces (teória a prax). Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online] 2011 [cit. 21-02-01] Dostupný na: <https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=126>.

Vyhláška č. 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovatel'skej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

3 Domáca ošetrovateľská starostlivosť a agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Ciele a obsah kapitoly

Tretia kapitola je spracovaná z nasledujúcich častí:

1. historické východiská domácej ošetrovateľskej starostlivosti
2. definovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti a vymedzenie jej cieľov
3. problematika agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v SR

3.1 Historické východiská domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Neprofesionálne ošetrovateľstvo predstavovalo tradičný systém starostlivosti, v ktorom človek opatroval sám seba, členov rodiny, komunitu. V tejto etape išlo prevažne o jednoduché liečiteľstvo, predovšetkým ženské opatrovateľstvo.

Charitatívne ošetrovateľstvo predstavovalo formu poskytovania neprofesionálnej starostlivosti. S nástupom kresťanstva sa hovorí aj o teologizácii neprofesionálneho ošetrovateľstva. Cirkev podporovala poskytovanie starostlivosti a pomoc chorým. Vo viacerých krajinách poskytovali starostlivosť kňazi a mnísi. Zriaďovanie kláštorných radov prinášalo zavádzanie ošetrovateľstva do ich činností. Prvú organizovanú skupinu špecializovanú výlučne na poskytovanie ošetrovateľských služieb ľuďom predstavoval rad Augustiniánskych sestier. V tomto období vznikali aj špitály, ktoré poskytovali prostredie, stravu, hygienu chudobným, starým, chorým a opusteným ľuďom. V špitáloch a kláštoroch poskytovala starostlivosť katolícka cirkev, protestanská cirkev chodila za chorými do ich príbytkov a zameriavala sa na pomoc jednotlivcovi v rodine a v komunite.

Profesionálne ošetrovateľstvo, ktorého zakladateľkou bola Florence Nightingaleová, sa začalo rozvíjať koncom 19. storočia. Spolu s rozvojom medicíny vzrastala aj potreba inštitucionálnej starostlivosti a primerané rozširovanie medicínskeho vzdelávania, ktoré sa sústreďovalo predovšetkým na medicínu. V tomto období zaznamenávame aj rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zakladateľom modernej koncepcie domácej starostlivosti bol William Rathbon. V roku 1859 bola založená škola pre sestry v návštevnej službe, v roku 1885 v Bufallo vznikla organizácia sestier domácej starostlivosti, v roku 1887 zaznamenávame vznik okresnej asociácie sestier v domácej starostlivosti vo Philadelphii a v roku 1888 v Bostone. Koncom 19. storočia zaznamenávame prudký rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti aj v Európe.

V rokoch 1940 – 1950 bola starostlivosť o staršie osoby v Československu odkázané na pomoc inej osoby pri bežných denných a inštrumentálnych činnostiach poskytovaná na charitatívnom a dobrovoľníckom základe. V tomto období začalo vzdelávanie prvých poskytovateľov domácej starostlivosti na Masarykovej škole zdravotnej a sociálnej starostlivosti v Prahe. Ošetrovateľskú a zdravotnú starostlivosť v rodinách zabezpečovali sestry a opatrovatelky Červeného kríža. Od 19. augusta 1952 prebral podľa Zákona č. 103/1951 Sb. o jednotnej preventívnej a liečebnej starostlivosti zodpovednosť za poskytovanie domácej starostlivosti štát. Starostlivosť bola poskytovaná zdravotnými obvodmi formou návštevných služieb, následne starostlivosť poskytovali geriatrické sestry v rámci obvodných stredísk. Medzníkom poskytovania zdravotnej starostlivosti bol rok 1989, kedy zmenou spoločenského systému začali v roku 1990 vznikať pri Českej katolíckej charite prvé agentúry domácej starostlivosti. V roku 1994 začali vznikať prvé agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti pri zdravotníckych zariadeniach aj u nás, konkrétne v Banskej Bystrici, vo Zvolene, v Svidníku a v Šali. Neskôr Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky vydalo 54 povolení štátnym agentúram domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Od roku 1995 boli prvé povolenia vydané aj neštátnym agentúram domácej ošetrovateľskej starostlivosti (Šaľa, Nové Zámky, Piešťany, Žilina, Michalovce, Košice, Bratislava, Nitra). V tomto roku vznikla Asociácia domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike, do roku 1997 vydávali povolenia pre zriadenie ADOS v SR okresné úrady, neskôr prešli kompetencie na krajské úrady, ktoré vydávali povolenia veľmi krátko, pretože MZ SR pod tlakom zdravotných poisťovní vydalo moratórium na vydávanie povolení. MZ SR prevzalo na seba úlohu vydávania povolení podľa navrhutej siete, ktorá sa v skutočnosti začala dopĺňať až od júla roku 2000. Po tomto termíne dochádzalo k postupnému dopĺňovaniu siete agentúr predovšetkým v tých okresoch, kde dovtedy žiadna agentúra nepôsobila. Od roku 2003 prechádzajú kompetencie na vydávanie povolení vyšším územným celkom. Proces vzniku bol náročný, spojený neraz s mnohými problémami, ktoré v niektorých prípadoch pretrvávajú dodnes. Ide predovšetkým o finančnú, ale aj o organizačnú štruktúru fungovania ADOS, kde neustále prebieha mnoho zmien. Prioritou by mal byť spoločný postup pri riešení problémov v oblasti odbornej, organizačnej, ekonomickej, legislatívnej a sociálnej.

3.2 Domáca ošetrovateľská starostlivosť

Domáca ošetrovateľská starostlivosť (DOS) je v poslednom období je zaznamenávaná ako jeden z najrýchlejšie sa rozvíjajúcich sektorov zdravotníctva. Pokrok v oblasti

medicínskych odborov a ošetrovateľstva umožňuje poskytovať pacientom kvalitnú starostlivosť aj v ich prirodzenom domácom prostredí, ktoré prispieva k psychickej pohode človeka a zohráva významnú úlohu v procese uzdravovania. Základným zámerom súčasného ponímania komplexnej domácej starostlivosti je umožniť pacientovi zotrvať čo najdlhšie v domácom prostredí.

Je súčasťou kontinuálnej zdravotnej starostlivosti, pomocou ktorej sú zdravotnícke služby poskytované jednotlivcom a rodinám v mieste ich bydliska a v komunite s cieľom podpory, zachovania alebo prinavrátenia zdravia, alebo aspoň dosiahnutia maximálnej možnej úrovne nezávislosti, pri minimalizovaní dôsledkov neschopnosti a chorôb, vrátane terminálnych stavov. Poskytuje sa pacientom všetkých vekových kategórií bez rozdielu veku, rasy, pohlavia, náboženskej či politickej orientácie v ich prirodzenom sociálnom prostredí, ktorým môže byť dom alebo byt pacienta, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, či denný stacionár. V Zákone 576/2004 Z.z. je domáca starostlivosť poskytovaná sestrou alebo pôrodnou asistentkou s príslušnou odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu, definovaná ako domáca ošetrovateľská starostlivosť (DOS). Dôležitú zložku tvoria rodinní príslušníci alebo blízki, ktorí sa v mnohých prípadoch tiež podieľajú na starostlivosti o pacienta. Môže byť poskytovaná aj lekármi, sociálnymi pracovníkmi a opatrovateľkami.

Domáca starostlivosť je definovaná aj ako *„forma integrovanej starostlivosti, ktorá je jedným z funkčných prvkov primárnej starostlivosti a jej filozofia vychádza z princípu pevnej väzby a interakcie ľudskej bytosti so svojím vlastným sociálnym prostredím s dôrazom na individuálne vnímanie kvality života ľudskej bytosti“*. Primárna starostlivosť je v tomto kontexte chápaná ako prvá línia kontaktu pacienta so systémom zdravotnej a sociálnej starostlivosti v rámci komunity. Vychádza zo skutočnosti, že pacient ľahšie znáša útrapy svojej choroby v dôverne známom prostredí, ktorému sa nemusí prispôbovať a kde spravidla pociťuje aj emocionálnu a sociálnu podporu svojich blízkych.

Akcent sa kladie na domáce prostredie, v ktorom je pacient prijímateľom starostlivosti. Základom domácej starostlivosti je princíp subsidiarity, čiže napomáhanie svojpomocí s podporou, rozvojom a adaptáciou všetkých zostávajúcich potenciálov pacienta v oblasti sebaopaterky a vzájomná pomoc a starostlivosť v rámci rodiny. Na základe aktuálneho stavu pacienta sa určuje rozsah poskytovanej starostlivosti a na dosiahnutie maximálnej možnej úrovne nezávislosti, ktorá ovplyvňuje individuálne vnímanie kvality života. Podmienkou pre poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti je stabilizovaný zdravotný stav pacienta,

predpoklad zapojenia rodiny do poskytovania starostlivosti, dostupnosť domácej ošetrovateľskej starostlivosti a vhodné domáce prostredie⁵.

DOS je poskytovaná osobám, ktoré spĺňajú nasledovné kritéria:

- vyžadujú ošetrovateľskú starostlivosť,
- sú imobilné, čiastočne imobilné a nie sú schopné samostatne prísť do ambulantného zdravotníckeho zariadenia,
- nevyžadujú ústavnú zdravotnú starostlivosť alebo ústavnú zdravotnú starostlivosť odmietajú.

DOS navrhuje lekár všeobecnej ambulantnej starostlivosti, s ktorým má osoba uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Návrh na domácu ošetrovateľskú starostlivosť môže osobe odporučiť aj lekár špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ošetrojúci lekár ústavnej zdravotnej starostlivosti, ošetrojúca sestra ústavnej zdravotnej starostlivosti, ošetrojúca pôrodná asistentka ústavnej zdravotnej starostlivosti či rodinný príslušník alebo zákonný zástupca pacienta.

Postup pri návrhu domácej ošetrovateľskej starostlivosti:

1. posúdenie aktuálneho stavu pacienta a určenie stupňa mobility sestrou alebo pôrodnou asistentkou
2. vypracovanie plánu ošetrovateľskej starostlivosti sestrou alebo pôrodnou asistentkou
3. schválenie plánu lekárom všeobecnej zdravotnej starostlivosti
4. schválenie návrhu na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti príslušnou zdravotnou poisťovňou
5. prehodnotenie v spolupráci s lekárom všeobecnej zdravotnej starostlivosti každé 3 mesiace

3.2.1 Ciele a výhody domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Cieľom DOS je poskytnúť osobe komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu zameranú na udržanie a zlepšenie kvality života, zmierňovanie utrpenia, predchádzanie zdravotným komplikáciám, doliečovanie po skončení ústavnej zdravotnej starostlivosti, zdravotnú výchovu a edukáciu osoby, rodiny a komunity v súvislosti so zdravotným stavom, prevenciu, rehabilitáciu a poradenstvo. DOS by mala zaisťovať

⁵ Medzi výhody domáceho prostredia zaraďujeme dôstojné podmienky, prirodzené prostredie, kontakt s rodinou, pocit istoty a bezpečia, emocionálne zázemie. Nevýhodou domáceho prostredia môže byť neochota a nespôsobilosť príbuzných, nepripravenosť rodiny, nevyhovujúce podmienky, či nedostatok zdravotníckych pomôcok

maximálny rozsah, dostupnosť, kvalitu a efektivitu zdravotnej starostlivosti a pomoci pacientom. Zároveň by mala eliminovať vplyv nozokomiálnych nákaz a iatropatogenného poškodenia na zdravotný stav pacientov. Dôležitým aspektom je udržiavať a zvyšovať sebestačnosť pacienta, tzn. jeho nezávislosť. Po prekonaní krízového obdobia ochorenia by mali byť ošetrovateľské intervencie postupne nahrádzané zákrokmi pomocnými, podpornými a stimulačnými. Sestry by nemali len ošetrovať chorých, ale aj učiť ľudí, ako byť zdravými, ako konať v prospech upevňovania svojho zdravia alebo v záujme sekundárnej či terciárnej prevencie. Výchovu nemožno podceňovať ani v prípade nevyliciteľného ochorenia, keď môže pomáhať zmierňovať utrpenie s ním spojené. Tento systém práce s pacientom by mal byť integrálnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti.

Sestry v DOS by sa mali zameriavať na primárnu, sekundárnu aj terciárnu prevenciu, čo je v súlade s cieľmi programu Svetovej zdravotníckej organizácie. V rámci primárnej prevencie je potrebné v rodine podporovať, upevňovať a posilňovať zdravie, zamerať sa na prevenciu chorôb a spoluúčasť jednotlivcov, rodín a komunít na rozvíjaní zdravia spoločnosti. Zároveň sa má sestra spolupodieľať na aktivitách smerujúcich k prinavráteniu zdravia, pomáhať jednotlivcom zlepšovať zdravie po prekonaní zdravotných problémov, čo je súčasťou sekundárnej prevencie a tiež predchádzať komplikáciám chronických ochorení a starostlivosti o terminálne chorých v rámci terciárnej prevencie. V našich podmienkach je DOS zameraná prevažne na terciárnu prevenciu, a to hlavne na ošetrovanie pacientov s chronickým ochorením, ktorých zdravotný a duševný stav vyžaduje dlhodobú a pravidelnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Výhody domácej ošetrovateľskej starostlivosti

- *zabezpečenie komplexnej starostlivosti v koordinácii s ambulantnou a ústavnou starostlivosťou*, ak je pacient prepúšťaný do domáceho prostredia z ústavnej zdravotnej starostlivosti a vyžaduje ošetrovateľské výkony, sociálna pracovníčka kontaktuje lekára všeobecnej zdravotnej starostlivosti (prípadne priamo ADOS), ktorí na základe prepúšťacej správy a vyšetrenia pacienta realizujú ďalšiu starostlivosť. Vždy po uplynutí 3 mesiacov sa prehodnotí plán ošetrovateľskej starostlivosti,
- *znižovanie nákladov na zdravotnú starostlivosť, úspora lôžok v nemocniciach a liečebniach pre dlhodobo chorých*, DOS redukuje tretinu až polovicu nákladov na starostlivosť o pacienta skracovaním dĺžky nemocničnej starostlivosti na minimum. Ide o ekonomickejšiu a lacnejšiu formu poskytovania starostlivosti s výraznými úsporami v porovnaní s inštitucionálnou starostlivosťou,

- *deinštitucionalizácia* (obmedzenie dlhodobej ústavnej starostlivosti, umožnenie zotrvať v domácom prostredí) a *deprofesionalizácia* (posilňovanie podielu rodiny na starostlivosti o závislé osoby a vytváranie takých podmienok, aby starostlivosť o blízkeho v domácom prostredí mohla prebiehať),
- *rozširovanie spektra starostlivosti a dostupnosti*, odporúča sa nepretržitá dostupnosť DOS (24 hodín denne, 7 dní v týždni), ide o vytvorenie takých podmienok vo vzťahu k pacientovi, ktorý dáva pocit bezpečia - pacient sa môže dovolať pomoci vždy, keď ju potrebuje,
- *možnosť voľby ošetrovania v domácom prostredí pod odborným dohľadom*, cieľom je udržať pacienta čo najdlhšie v jeho navyknutom domácom prostredí i v komunite, ktoré prispievajú k lepšej adaptácii a vyrovnaniu sa s chronickou chorobou,
- *vyľúčenie nozokomiálnych nákaz*, ktoré v mnohých prípadoch predlžujú čas hospitalizácie ako aj práceneschopnosti pacienta, neraz môžu zaviniť až smrť,
- *individualizovaná starostlivosť*, DOS je zameraná na individualizovanú starostlivosť, prispôsobenú potrebám každého pacienta,
- *poskytovanie dlhodobej starostlivosti*, DOS sa poskytuje podľa potrieb pacienta v rozsahu niekoľko dní, týždňov, mesiacov i rokov,
- *umožnenie trvalej podpory rodiny*, pokiaľ je rodina funkčná, dokáže pacientovi poskytnúť podporu, ktorú potrebuje.

3.2.2 Formy domácej ošetrovateľskej starostlivosti

DOS môže byť poskytovaná ako:

- akútna domáca starostlivosť poskytovaná ako *pooperačná starostlivosť* (napr. stav po implantácii totálnej endoprotézy bedrového a kolenného kĺbu), alebo *poúrazová starostlivosť* (napr. zlomeniny kostí a kĺbov)
- dlhodobá domáca starostlivosť poskytovaná pacientom s chronickým ochorením, ktorých zdravotný a duševný stav vyžaduje dlhodobú a pravidelnú ošetrovateľskú starostlivosť:
 - *ochorenia srdcovo-cievneho systému* (napr. artériová hypertenzia, ischemická choroba srdca, ischemická choroba dolných končatín, tromboflebitída),
 - *ochorenia dýchacieho systému* (napr. astma bronchiálne, chronická obštrukčná choroba pľúc, pneumónia, tuberkulóza, vrátane starostlivosti o pacientov na umelej pľúcnej ventilácii),

- *ochorenia tráviaceho systému* (napr. dyspepsia, chronická pankreatitída),
- *ochorenia endokrinného systému* (napr. diabetes mellitus, ochorenia štítnej žľazy),
- *ochorenia urologického systému* (napr. inkontinencia moču, nešpecifické zápaly močového ústrojenstva – cystitída, pyelonefritída a uretritída, chronické zlyhanie obličiek),
- *ochorenia nervového systému* (napr. amyotrofická laterálna skleróza, náhla cievna mozgová príhoda, sclerosis multiplex, parkinsonová choroba),
- *ochorenia pohybového systému* (napr. reumatoidná artritída, artróza bedrového kĺbu – koxartróza, artróza kolenného kĺbu – gonartróza),
- *onkologické ochorenia* (napr. karcinóm pľúc, karcinóm prsníka, karcinóm prostaty),
- *psychiatrické ochorenia* (napr. demencia, depresívna porucha),
- *starostlivosť o pacientov s rôznym typom stómie* (napr. gastrostómia, ileostómia, jejunostómia, kolostómia, tracheostómia, urostómia),
- *starostlivosť o pacientov s nehojacimi sa ranami* (vredy predkolenia, syndróm diabetickej nohy, dekubity, popáleniny, malígne rany, pooperačné rany)
- preventívna domáca starostlivosť je preventívne monitorovanie zdravotného a duševného stavu zamerané na zabránenie komplikácii u vzniknutého ochorenia (monitorovanie fyziologických funkcií),
- domáca hospicová starostlivosť je starostlivosť v terminálnom štádiu života pacienta zameraná na manažment bolesti a iných obťažujúcich symptómov pacienta, emocionálna podpora, zmiernenie fyzického a duševného utrpenia,
- domáca starostlivosť ad hoc (jednorázová domáca starostlivosť), ktorej cieľom je vykonávanie jednorazových výkonov (napr. podávanie očkovacej látky, odbery krvi).

3.2.3 Faktory ovplyvňujúce rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti

Na rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti vplyvajú viaceré faktory. Medzi najvýznamnejšie patria:

- *vzrastajúci ekonomický tlak*, ktorý sa prejavuje deficitom rozpočtu v mnohých zdravotníckych zariadeniach, domáca starostlivosť vedie k znižovaniu nákladov skrátením dĺžky hospitalizácie,
- *starnutie populácie* najviac prispieva k rozvoju DOS, súvisí s poklesom počtu narodených detí a predlžovaním ľudského života, DOS je najčastejšie spájaná so

starostlivosťou o starých a ťažko chorých ľudí, vo veku 65 rokov a viac, zameriava sa najmä na riešenie špecifických geriatrických syndrómov, ako sú imobilita, inkontinencia, demencia, poruchy rovnováhy, úrazy, cukrovka a i.,

- *zmena štruktúry rolí v rodine* - v súčasnosti vzrastá počet rodín s jedným členom, rodín bezdetných a objavujú sa aj zvláštne typy rodín ako sú homosexuálne rodiny, pre ktoré má rozvoj domácej starostlivosti osobitný význam,
- *vzrastajúci dopyt po poskytovaní služieb v domácnosti zo strany verejnosti*, hlavným dôvodom, prečo pacienti preferujú tento typ starostlivosti, je zachovanie relatívne zaužívaného životného štýlu v domácom prostredí, v kruhu rodiny a priateľov, organizovanie svojho denného programu podľa vlastných predstáv a pod.,
- *rozvoj modernej technológie* – telehomecare, telenursing, telemonitoring, ide o technológie a prístroje vhodné pre použitie v domácom prostredí (napr. dýchacie prístroje, nebulizéry, súpravy určené na meranie látok v krvi, napr. cholesterolu, glukózy),
- *ťažisko starostlivosti o chorých sa presúva z akútnych ochorení na chronické*, pribúda pacientov, ktorí trpia civilizačnými ochoreniami, a to bez obmedzenia vekom.

3.3 Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti

DOS je poskytovaná prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), ktoré sú súčasťou primárnej zdravotnej starostlivosti a patria do siete zdravotníckych zariadení. Na Slovensku majú postavenie samostatného právneho subjektu a môže ich prevádzkovať fyzická alebo právnická osoba.

Fyzická osoba musí spĺňať nasledujúce podmienky: má licenciu⁶ na výkon zdravotníckeho povolania alebo oprávnenie prevádzkovať živnosť podľa osobitného predpisu a má vo vlastníctve alebo nájme priestory, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať a priestory, ktoré spĺňajú požiadavky z hľadiska ochrany zdravia. Právnická osoba musí mať odborného zástupcu – sestru, s licenciou na výkon odborného zástupcu a podobne ako fyzická osoba musí mať vo vlastníctve alebo nájme priestory, v ktorých sa bude zdravotná starostlivosť poskytovať a priestory musia spĺňať požiadavky z hľadiska ochrany zdravia.

⁶ Licenciu na výkon odborného zástupcu v ADOS vydáva Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek po splnení požadovaných podmienok: odborná spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, špecializácia v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite, najmenej 5 rokov odbornej zdravotníckej praxe.

Povolenie na prevádzkovanie ADOS vydáva samosprávny kraj v rámci preneseného výkonu štátnej správy.

ADOS zabezpečuje komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť, osobám, pri ktorých sa predpokladá, že ich zdravotný stav si nebude vyžadovať nepretržitý pobyt v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti, tiež osobám, ktoré poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti odmietli, v koordinácii s ambulantnou a ústavnou starostlivosťou o pacienta, ako aj s opatrovateľskou starostlivosťou, ktorú poskytujú orgány sociálneho zabezpečenia. V podmienkach Slovenskej republiky činnosť ADOS závisí predovšetkým od spolupráce s lekárom všeobecnej zdravotnej starostlivosti, s ktorým má osoba uzavretú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Odborný zástupca ADOS pridelí pacienta podľa typu ošetrovania sestre⁷, ktorá v súlade s lekárskou diagnózou stanoví ošetrovateľské diagnózy a podľa nich vypracuje ošetrovateľský plán. Sestra v ADOS rozhoduje o úkonoch týkajúcich sa poskytovania a riadenia ošetrovateľskej starostlivosti. O poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa vedie zdravotná dokumentácia. Dokumentácia určená pre ADOS obsahuje *návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti, záznam domácej ošetrovateľskej starostlivosti, plán ošetrovateľskej starostlivosti, ošetrovateľskú anamnézu, priebežné pozorovanie a hodnotenie domácej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľskú prepúšťaciu správu*. Súčasťou dokumentácie sú aj hodnotiace nástroje a meracie techniky, ktoré patria medzi jednu z najefektívnejších metód zberu údajov o pacientovi. Sú priamo definované vo Vyhláske Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom. Sestry v ADOS však nemajú veľkú časovú dotáciu pre realizáciu hodnotenia prostredníctvom nástrojov a techník. V súčasnosti sa vo veľkej miere hodnotenie pacientov uskutočňuje pomocou krátkej anamnézy a modifikovanej formy fyzikálneho vyšetrenia. Vzhľadom na uvedený fakt, môže sestra v ADOS využívať hodnotiace nástroje a meracie techniky u pacienta a vnímať ich v budúcnosti ako homogénnu súčasť výkonov, hodnotených zdravotnou poisťovňou.

⁷ Na sestru pracujúcu v ADOS sa prestala vzťahovať podmienka ukončenej špecializácie v špecializačnom odbore komunitné ošetrovateľstvo alebo v príslušnom špecializačnom odbore podľa osobitného predpisu v prípade, že spĺňa podmienku 5 ročnej odbornej praxe.

Ošetrovateľská dokumentácia je dôverný právny dokument, ktorý slúži na komunikáciu medzi členmi tímu, výskum, štatistiku, vzdelávanie, audit, plánovanie zdravotníckej starostlivosti. Je používaná jednotne vo všetkých ADOS, zaisťuje kontinuitu a chronologický prehľad o poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti nielen sestram, ale aj ošetrojúcemu a revíznemu lekárovi.

Financovanie ADOS závisí od príslušnej regionálnej zdravotnej poisťovne, ktorá prepláca výkony na základe bodového ohodnotenia. Spektrum výkonov s bodovým ohodnotením, ktoré sa môžu uskutočňovať sestrami a pôrodnými asistentkami v domácom prostredí pacienta, je stanovené *Nariadením vlády SR č. 223/2005 Z.z.* Pri výkonoch sa môže vykazovať bodové zvýhodnenie u imobilných pacientov (+ 75 % základnej bodovej hodnoty), u pacientov s obmedzenou hybnosťou (+ 50 % základnej bodovej hodnoty), u pacientov s psychiatrickou diagnózou (+ 75 % základnej bodovej hodnoty) a u detí do veku 7 rokov (+ 75 % základnej bodovej hodnoty).

Sestry pracujúce v ADOS môžu problémy riešiť aj prostredníctvom profesijných združení. V rámci Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek pracuje Sekcia ADOS. Z radov členov si volí krajských zástupcov, ktorí pomáhajú koordinovať činnosť v príslušnom vyššom územnom celku, zvolávajú regionálne pracovné stretnutia členov sekcie ADOS a spolupracujú s regionálnymi komorami. Ďalšie profesijné združenie, do ktorého sa môžu sestry ADOS začleniť, je Asociácia ADOS. Členstvo agentúr v asociácii je dobrovoľné. V rámci svojej činnosti presadzuje záujmy sestier pri jednaniach s vládami a mimovládami orgánmi, ovplyvňujú rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zaoberajú sa otázkami zvyšovania kvality ošetrovateľskej starostlivosti, rozvíjajú výskum a podporujú sústavné vzdelávanie.

3.3.1 Faktory ovplyvňujúce vývoj ADOS

- *počet ADOS v spádovej oblasti*, v regiónoch Slovenska nie sú rovnaké demografické podmienky (väčšia hustota jednotlivcov v staršom veku, starobe či v období dlhovekosti), vzhľadom na to, je na určitých územiach potrebný väčší počet sestier poskytujúcich domácu ošetrovateľskú starostlivosť, sestry ADOS v niektorých oblastiach bojujú o každého pacienta a v iných je počet pacientov ošetrovaných sestrou veľmi vysoký, čo môže nepriaznivo ovplyvňovať slobodný výber agentúry, uspokojovanie potrieb pacienta ako aj prácu a pracovné podmienky sestry,

- *spolupráca sestier a lekárov pracujúcich v ADOS*, vzťah poskytovateľa domácej starostlivosti ku spolupracovníkom má byť charakterizovaný vzájomnou spoluprácou nielen s pracovníkmi z odboru ošetrovateľstva, ale aj z ďalších odborov, ekonomické záujmy a možnosť rozhodovať vedú všeobecných lekárov k tomu, že sa snažia so sestrami pracujúcimi v ambulancii vykonať komplexnú starostlivosť o svojho pacienta, v prípade potreby aj v teréne, rozsah a kvalita starostlivosti zodpovedá prevažne požiadavkám vyplývajúcim z lekárskej diagnózy, nie zo zoznamu sesterských diagnóz a možností ošetrovateľstva, všeobecní lekári často nekontaktujú ADOS, aby nestratili body získané starostlivosťou o pacienta, Ďalší nežiaduci konkurenčný vzťah môže vznikať medzi jednotlivými ADOS ako súťaž o získanie „dôvery“ ošetrojúceho lekára,
- *financie*, problémy financovania ADOS súvisia najmä s tým, že sa nepreplácajú všetky výkony uvedené vo vyhláške, revízny lekár príslušnej regionálnej poisťovne schvaľuje, ktoré z naplánovaných výkonov poisťovňa preplatí, medzi vykázanými a uhradenými výkonmi je rozdiel v neprospech sestier ADOS, výkony nevyhnutné pre prácu metódou ošetrovateľského procesu (príjem pacienta do ADOS a odobratie sesterskej anamnézy; poučenie príbuzných alebo členov komunity; vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti; odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti a i.) sú bez bodového zvýhodnenia,
- *záťaž sestier*, faktorom ovplyvňujúcim poskytovanie starostlivosti prostredníctvom ADOS je aj fyzická náročnosť v dôsledku nedostatku pomôcok na uľahčenie práce, tlak času, prekonávanie vzdialeností bez možnosti použitia služobného motorového vozidla, nemožnosť pracovať v súlade s etickými a odbornými kritériami profesie a dosiahnutou kvalifikáciou a iné.

Záver

DOS získala v oblasti ambulantnej starostlivosti nezastupiteľné miesto, ktorej špecifickosť spočíva v poskytovaní starostlivosti pacientom všetkých vekových kategórií v prirodzenom sociálnom prostredí prinášajúcom pocit istoty a bezpečia. Vychádza zo skutočnosti, že pacient ľahšie znáša útrapy svojej choroby v dôverne známom prostredí, ktorému sa nemusí prispôsobovať a kde spravidla pociťuje aj emocionálnu a sociálnu podporu svojich blízkych. Základom domácej starostlivosti je princíp subsidiarity, čiže napomáhanie svojpomoci s podporou, rozvojom a adaptáciou všetkých zostávajúcich potenciálov pacienta

v oblasti sebaopatery a vzájomná pomoc a starostlivosť v rámci rodiny. Podmienkou pre poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti je stabilizovaný zdravotný stav pacienta, predpoklad zapojenia rodiny do poskytovania starostlivosti, dostupnosť domácej ošetrovateľskej starostlivosti a vhodné domáce prostredie. Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré túto formu starostlivosti zabezpečujú, si už 20 rokov udržiavajú v systéme nemocničnej starostlivosti svoje strategické postavenie. Faktory ovplyvňujúce vývoj ADOS môžu negatívne ovplyvňovať starostlivosť o pacientov, spokojnosť pacientov s poskytovanou starostlivosťou a spokojnosť sestier s prácou. Činnosť agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa neustále vyvíja, zvyšuje náročnosť realizovaných výkonov, sústreďuje pozornosť na zvyšovanie kvality práce a napomáha znižovaniu dĺžky a počtu hospitalizácií.

Kontrolné otázky a úlohy:

1. Čo je cieľom domácej ošetrovateľskej starostlivosti?
2. Vymenujte jednotlivé formy DOS.
3. Ktoré faktory ovplyvňujú rozvoj DOS?
4. Čo je súčasťou dokumentácie v ADOS?
5. Ktoré faktory ovplyvňujú vývoj ADOS v súčasnosti v podmienkach SR?

Zoznam bibliografických odkazov

BARTKOVÁ, J., TRNKOVÁ, K. 2015. História a súčasnosť asociácie agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. In *Teória a prax domácej ošetrovateľskej starostlivosti*. Ed. M. Kožuchová. Kežmarok: Asociácia Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike, 2015, s. 7-19.

KALÁNKOVÁ, D. 2020. Vybrané hodnotiace a meracie techniky v ošetrovatelstve. Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online] 2020 [cit. 21-03-15] Dostupný na: <https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=430>.

KOŽUCHOVÁ, M. a kol. 2014. Domáca ošetrovateľská starostlivosť. Martin : Osveta. 2014. 248 s. ISBN 978-80-8063-414-8.

KOŽUCHOVÁ, M., BARTKOVÁ, J. 2014. História a súčasnosť domácej ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku. In *20 rokov Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti*. Ed. M. Kožuchová. Kežmarok: Asociácia Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike, 2014, s.110-118.

Nariadenie vlády SR č. 776/2004 Z.z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov.

Odborné usmernenie o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti č. 07547/2007-OZSO zo dňa 26. februára 2007.

Odborné usmernenie MZ SR č. 07594/2009- OZS o vedení zdravotnej dokumentácie. In Vestník MZ SR. 2009, ročník 57, čiastka 42-48.

Odborné usmernenie MZ SR č. SZS-1373/2000 pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti v Agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti zo dňa 19. júla 2000.

Vyhláška č. 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

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

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

4 Starostlivosť o seniorov v primárnej ošetrovateľskej starostlivosti

Ciele a obsah kapitoly

Štvrtá kapitola sa zameriava na spracovanie nasledujúcich oblastí:

- problematika starnutia a staroby
- komunitná starostlivosť o seniora
- inštitúcie poskytujúce dlhodobú starostlivosť seniorom

Starnutie a staroba sa vyznačuje individuálnou variabilitou, čo je jednou z príčin významnej heterogenity seniorskej populácie. Senior, starší človek je charakterizovaný svojou príslušnosťou k vekovej skupine definovanej dosiahnutím určitých rokov a často krát býva všeobecne spájaný so sociálnym statusom seniora. Vo svojom živote sa často ocitne v neľahkej a preňho nezvládnuteľnej situácii, kedy nedokáže sám niesť dôsledky rizík (nepriaznivý zdravotný stav, zníženie príjmu, zníženie sociálnych kontaktov, sociálna izolácia, strata sociálneho statusu, spoločenskej a ekonomickej prestíže, strata blízkych, zmena bývania, nárast dlhov a iné). Senior býva v spoločnosti považovaný za neaktívneho či neproduktívneho a predpokladané sú aj zdravotné charakteristiky spojené so stratou funkčných schopností resp. postupnou stratou sebestačnosti.

Starší ľudia pociťujú, že udržať si zdravie vo vyššom veku, zaobstaranie opatery, stojí nemalé finančné prostriedky, ktoré im nemá kto poskytnúť. Výška dôchodku a materiálne zabezpečenie im znižujú sociálnu pozíciu. Ľudí v dôchodkovom veku je možné rozdeliť na dve veľké skupiny - dôchodca aktívny, ktorý je pre spoločnosť prínosom a dôchodca pasívny, ktorý je pre spoločnosť „záťažou“. Samostatnosť a nezávislosť od iných je pre občanov v seniorskom veku mimoriadne dôležitá z hľadiska finančných záväzkov. Seniori majú tendenciu žiadať o finančnú pomoc druhých ľudí iba výnimočne, nakoľko akcentujú neprijateľnosť riešiť problémové situácie týmto spôsobom. Hlavný význam takéhoto rozhodnutia pripisujú vlastnej finančnej samostatnosti, a teda zachovaniu osobnej autonómie. Finančná autonómia v období staroby znamená pre seniorov predovšetkým schopnosť sa o seba postarať, nezávislosť od iných ľudí, absenciu pocitu záväzkov a naopak prítomnosť pocitu slobody. Pre vyspelú spoločnosť by malo byť samozrejmosťou postarať sa o ohrozené a slabšie skupiny obyvateľstva a zabezpečiť ľudské práva staršieho človeka.

Napriek tomu, že ekonomická a sociálna rovina problematiky starnutia je mediálne najviac prezentovaná, veľmi málo sa hovorí o tom, ako by spoločnosť mala reflektovať na starobu

ako takú, akú by mala mať staroba kvalitu, aké podmienky pre starých ľudí by spoločnosť mala zabezpečovať a vytvárať. Pokiaľ sa seniori ocitnú vo vyššie spomínanej situácii mala by im byť poskytnutá **sociálna pomoc** ako jeden z nástrojov sociálneho zabezpečenia štátu. Ide o súbor činností, ktoré občanovi pomáhajú zabezpečiť základné životné podmienky, nadobudnúť sociálnu stabilitu a obnoviť sociálnu nezávislosť a suverenitu, zvýšiť vedomosti spoločnosti o živote seniora, ako aj jej záujem o porozumenie problémom a potrebám seniora tak, aby senior nemusel bojovať o svoju identitu a nemusel by v spoločnosti dokazovať svoje kvality a status. Cieľom sociálnej pomoci je ďalej informovanie seniora o jeho občianskych a sociálnych právach, orientácia seniora v kontrolných mechanizmoch dodržiavania ľudských práv a pomoc pri domáhaní sa rešpektovania ľudských práv.

4.1 Komunitná starostlivosť o seniora

Cieľom komunitnej starostlivosti o seniora je zachovanie jeho stabilného funkčného potenciálu, zabezpečenie pomoci pri vykonávaní denných aktivít, zachovanie kvality života na maximálne možnej úrovni a udržanie seniora čo najdlhšie v jeho pôvodnom prostredí.

U seniorov, u ktorých sa nevyskytujú symptómy narušeného zdravia je starostlivosť zameraná na *primárnu prevenciu v senu*. Zahŕňa aktivity týkajúce sa dostatočného pohybu, cvičenia a odpočinku, výživy, starostlivosti o seba, prevencii úrazov, pádov, popálenín, starostlivosti o ústnu dutinu, kožu s cieľom posilnenia zdravia a udržania fyzických, psychických a sociálnych funkcií. *Sekundárna prevencia v senu* znamená vyhľadávanie chorôb vo včasných štádiách, ich diagnostiku a liečbu. Intervencie zastavujú progresiu choroby a predchádzajú vzniku trvalých porúch. Sú zamerané na uspokojovanie potrieb seniorov prostredníctvom poskytovania aktívnej, komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu. Medzi opatrenia patrí skrining hypertenzie, skrining nádorových ochorení (prostaty, prsníka, hrubého čreva...), diabetes mellitus, skrining kardiovaskulárnych chorôb, demencie, depresie a iné. *Terciárna prevencia v senu* je zameraná na zabránenie komplikácií a vzniku odkázanosti a minimalizáciu zmien v súvislosti s involučným regresom a chorobou. Starostlivosť je orientovaná na kontinuitu medzi zdravotníckymi a sociálnymi službami.

V našich podmienkach je starostlivosť v senu zameraná prevažne na terciárnu prevenciu, a to hlavne na ošetrovanie seniorov s chronickým ochorením, ktorých zdravotný a duševný stav vyžaduje dlhodobú a pravidelnú ošetrovateľskú starostlivosť.

Pod dlhodobou starostlivosťou sa chápe systém aktivít poskytovaných neformálnymi poskytovateľmi tejto starostlivosti (rodiny, priatelia, susedia) a/alebo profesionálnymi

poskytovateľmi (zdravotníci, sociálni pracovníci a ďalší), s cieľom vytvoriť podmienky pre osobu, ktorá nie je schopná plne sa sama o seba postarať, zaistiť najvyššiu možnú kvalitu života podľa jej vlastných preferencií, s najväčším možným stupňom nezávislosti, autonómie, participácie, osobnej spokojnosti a ľudskej dôstojnosti.

Najdôležitejšie prvky dlhodobej starostlivosti pomáhajú zotrvať človeku v komunite, zúčastňovať sa na rodinnom a spoločenskom živote, adaptovať sa na prostredie v byte, v dome vzhľadom na potrebné pomocné zariadenia, ktoré pomáhajú kompenzovať zníženú funkčnosť, zameriavajú sa na určenie zdravotného stavu, sociálnej starostlivosti v explicitnom pláne starostlivosti pripravenom profesionálmi a odborníkmi.

V súčasnosti je viditeľný presun od inštitucionálnej starostlivosti ku službám poskytovaným v domácnosti a v komunite. Starí ľudia, ktorým sa poskytuje dlhodobá starostlivosť, musia mať prístup aj k iným službám, ako je napr. akútna zdravotnícka starostlivosť, finančná, sociálna a právna pomoc. Dlhodobá starostlivosť by mala byť robená na mieru v regiónoch, obciach. Každá komunita by mala byť schopná objektívne určiť úroveň a druhy požadovanej pomoci a starostlivosti pre starých a chorých ľudí.

Domáca starostlivosť ako alternatíva k inštitucionálnej starostlivosti sa zvyšuje vo všetkých krajinách. Základný trend je, aby sa menila i starostlivosť poskytovaná doma, aby bola dostupná v rôznych spôsoboch poskytovania a odpovedala individuálnym potrebám každého jednotlivca. Zotrvanie ľudí čo najdlhšie doma uľahčuje v súčasnosti čoraz väčší rozsah nových technológií, ktoré môžu podporovať nezávislosť starého človeka, pomáhať mu prekonávať prekážky každodenného života.

Vo viacerých krajinách je dlhodobá starostlivosť vzťahovaná nielen k starým ľuďom, ale ku všetkým, ktorí ju vzhľadom na svoj zdravotný stav a stupeň závislosti potrebujú. V súvislosti s tým sú vypracované programy poskytujúce dlhodobú starostlivosť:

- programy na redukciiu nespôsobilosti alebo prevenciu ďalšieho možného zhoršovania stavu,
- starostlivosť v inštitucionálnych zariadeniach,
- paliatívna starostlivosť,
- podpora rodinám, priateľom a iným ľuďom vykonávajúcim neformálnu starostlivosť
- podpora služieb a starostlivosti vykonávanej odborníkmi.

4.2 Inštitúcie poskytujúce dlhodobú starostlivosť seniorom

V rámci komunitnej starostlivosti sú seniorom poskytované **sociálne služby** ako ďalší nástroj sociálneho zabezpečenia, definované ako odborné činnosti (sociálne poradenstvo, ošetrovateľská starostlivosť, pracovná terapia, tlmočenie...), obslužné činnosti (ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie...) a ďalšie činnosti (vzdelávanie, preprava, donáška stravy, požičiavanie pomôcok, záujmová činnosť...), ktoré sú zamerané na prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, jej riešenie alebo zmiernenie, ako aj zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život. Ich cieľom je aj podpora začlenenia seniorov do spoločnosti, zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojenie základných životných potrieb fyzickej osoby (ubytovanie, strava, ošatenie, hygiena...), riešenie krízovej sociálnej situácie (ohrozenie života alebo zdravia fyzickej osoby, či rodiny), a tiež prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby alebo rodiny. Vykonávajú sa najmä prostredníctvom sociálnej práce (zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách).

V podmienkach Slovenskej republiky sú sociálne služby poskytované **ambulantnou, terénnou alebo pobytovou formou**.

Ambulantná forma sociálnej služby sa poskytuje fyzickej osobe, ktorá dochádza, je sprevádzaná alebo je dopravovaná do miesta poskytovania sociálnej služby. Miestom poskytovania ambulantnej sociálnej služby môže byť aj zariadenie.

Terénna sociálna služba možno poskytovať aj prostredníctvom terénnych programov, ktorých cieľom je predchádzať sociálnemu vylúčeniu fyzickej osoby, rodiny a komunity, ktoré sú v nepriaznivej sociálnej situácii. Terénne programy sa vykonávajú odbornými činnosťami alebo ďalšími činnosťami podľa tohto zákona.

Pobytová forma sociálnej služby v zariadení sa poskytuje, ak súčasťou sociálnej služby je ubytovanie. Poskytuje sa ako celoročná sociálna služba alebo týždenná sociálna služba.

Poskytovanie terénnej sociálnej služby alebo ambulantnej sociálnej služby má prednosť pred pobytovou sociálnou službou. Ak terénna sociálna služba alebo ambulantná sociálna služba nie je vhodná, účelná alebo dostatočne nerieši nepriaznivú sociálnu situáciu fyzickej osoby, poskytuje sa pobytová sociálna služba. Pri pobytovej sociálnej službe má prednosť týždenná pobytová sociálna služba pred celoročnou pobytovou sociálnou službou. Sociálnu službu možno poskytovať aj inou formou, najmä telefonicky alebo s použitím telekomunikačných technológií, ak je to účelné.

Zo zákona č. 448/2008 Z.z. vyplýva, že sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo

z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku môžu byť poskytované v **zariadeniach pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek.**

Zariadenie podporovaného bývania

V zariadení podporovaného bývania sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ak je odkázaná na dohľad, pod ktorým je schopná viesť samostatný život.

Dohľad na účely poskytovania sociálnej služby v zariadení podporovaného bývania je usmerňovanie a monitorovanie fyzickej osoby uvedenej pri zabezpečovaní sebaobslužných úkonov, úkonov starostlivosti o svoju domácnosť v rámci zariadenia a základných sociálnych aktivít. Rozsah dohľadu poskytovaného v zariadení podporovaného bývania sa určuje v hodinách alebo súhrnom úkonov, pri ktorých fyzická osoba potrebuje dohľad.

V zariadení podporovaného bývania sa okrem dohľadu poskytuje:

- stravovanie,
- ubytovanie,
- sociálna rehabilitácia,
- sociálne poradenstvo,
- pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov.

Zariadenie pre seniorov

V zariadení pre seniorov sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov.

V zariadení pre seniorov sa utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí, zabezpečuje sa záujmová činnosť a poskytuje sa:

- pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
- sociálne poradenstvo,
- sociálna rehabilitácia,
- ošetrovateľská starostlivosť,
- ubytovanie,
- stravovanie,

- upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
- osobné vybavenie.

Zariadenie opatrovateľskej služby

V zariadení opatrovateľskej služby sa poskytuje sociálna služba na určitý čas plnoletej fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z.z., ak jej nemožno poskytnúť opatrovateľskú službu. V zariadení opatrovateľskej služby sa utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí a poskytuje sa:

- pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
- sociálne poradenstvo,
- sociálna rehabilitácia,
- ošetrovateľská starostlivosť,
- ubytovanie,
- stravovanie,
- upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva.

Rehabilitačné stredisko

V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, fyzickej osobe, ktorá je slabozraká a fyzickej osobe, ktorá je nepočujúca alebo ktorá má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť podľa prílohy č. 3, zákona č. 448/2008 Z.z.

V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje:

- sociálna rehabilitácia,
- sociálne poradenstvo,
- pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
- ubytovanie,
- stravovanie,
- pranie, upratovanie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva.

Ak sa poskytuje v rehabilitačnom stredisku ambulantná sociálna služba, zariadenie nie je povinné poskytovať stravovanie, ubytovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva. Ak sa poskytuje pobytová sociálna služba v rehabilitačnom stredisku, možno ju poskytovať len na určitý čas. V rehabilitačnom stredisku sa poskytuje sociálne poradenstvo aj rodine alebo

inej fyzickej osobe, ktorá zabezpečuje pomoc fyzickej osobe odkázanej na pomoc inej fyzickej osoby v domácom prostredí, na účel spolupráce pri sociálnej rehabilitácii.

Domov sociálnych služieb

V domove sociálnych služieb sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej V alebo fyzickej osobe, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III podľa prílohy č. 3, zákona č. 448/2008 Z.z.

V domove sociálnych služieb sa poskytuje:

- pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
- sociálne poradenstvo,
- sociálna rehabilitácia,
- ošetrovateľská starostlivosť,
- ubytovanie,
- stravovanie,
- upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
- osobné vybavenie,
- vreckové a vecné dary podľa osobitného predpisu dieťaťu s nariadenou ústavnou starostlivosťou, ktorému sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba.

Zabezpečuje sa tu pracovná terapia, záujmová činnosť a utvárajú sa podmienky na vzdelávanie a úschovu cenných vecí. Ak sa v domove sociálnych služieb poskytuje sociálna služba deťom, poskytuje sa im výchova.

Špecializované zariadenie

V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3 Zákona 448/2008 Z.z. a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS.

V špecializovanom zariadení sa zabezpečuje pracovná terapia, záujmová činnosť a utvárajú sa podmienky na vzdelávanie a úschovu cenných vecí.

Poskytuje sa tu:

- pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,

- sociálne poradenstvo,
- sociálna rehabilitácia,
- ošetrovateľská starostlivosť,
- ubytovanie,
- stravovanie,
- upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
- osobné vybavenie,
- vreckové a vecné dary podľa osobitného predpisu dieťaťu s nariadenou ústavnou starostlivosťou, ktorému sa poskytuje celoročná pobytová sociálna služba,

Denný stacionár

V dennom stacionári sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 a je odkázaná na sociálnu službu v zariadení len na určitý čas počas dňa. V dennom stacionári sa zabezpečuje pracovná terapia a záujmová činnosť a poskytuje sa:

- pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
- sociálne poradenstvo,
- sociálna rehabilitácia,
- stravovanie,

V dennom stacionári sa poskytuje sociálne poradenstvo aj rodine alebo inej fyzickej osobe, ktorá zabezpečuje pomoc fyzickej osobe v domácom prostredí, na účel spolupráce pri sociálnej rehabilitácii. V nasledujúcej časti sa budeme venovať ďalším službám, na ktoré má senior nárok podľa Zákona 448/2008 Z.z.

Opatrovateľská služba

Poskytuje sa fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách.

Neposkytuje sa osobe, ktorej sa poskytuje pobytová sociálna služba, ktorá je opatrovaná fyzickou osobou poberajúcou peňažný príspevok, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu.

Opatrovateľskú službu zabezpečuje v danej obci odbor sociálnej starostlivosti, zdravia a rodiny - referát opatrovateľskej služby. Zameriava sa na pomoc pri zabezpečovaní

nevyhnutných životných úkonov (napr. pri bežných úkonoch osobnej hygieny, pri podávaní jedla), nevyhnutných prác v domácnosti (napr. nákup, varenie jedla, pranie) a pri zabezpečovaní kontaktu so spoločenským prostredím (napr. sprievod na lekárske vyšetrenie). Občan vyplní žiadosť, ku ktorej priložá prílohy – návrh na poskytnutie opatrovateľskej služby, ktorý vyplní lekár a rozhodnutie o výške dôchodku. Každá obec ustanovuje vo všeobecných záväzných nariadeniach podrobnosti o jednotlivých službách (napr. ako sa zabezpečuje, aká je výška úhrady poskytnutá občanom).

Odl'ahčovacia služba (respitná starostlivosť)

Poskytovaná je fyzickej osobe, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím. Jej cieľom je poskytnúť tejto osobe nevyhnutný odpočinok na účel udržania jej fyzického, duševného zdravia a prevenciu jeho zhoršenia a eliminovať tak dôsledky psychosociálnej záťaže vyplývajúcej z vykonávania starostlivosti príbuznému. Najčastejšie ide o odl'ahčenie starostlivosti od chorých, o ktorých sa dlhodobo starajú príbuzní vyčerpaní každodenným ošetrovaním, prípadne psychickým tlakom a starosťami o chorého. Cez túto službu vstupuje do spolupráce špecializovaná štátna správa (Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny, ktoré poskytujú peňažný príspevok na opatrovanie) a miestna alebo regionálna samospráva, ktorá na základe žiadosti poskytuje odkázanej osobe náhradnú sociálnu službu, ambulantnou, terénnou alebo pobytovou formou najmenej 12 hodín denne, v období, keď rodinný opatrovateľ regeneruje svoje telesné a duševné sily. Môže sa poskytovať v domácnosti alebo v zariadeniach, medzi ktoré patria zariadenia pre seniorov, hospice, zariadenia opatrovateľskej služby, liečebne pre dlhodobo chorých, gerontopsychiatrické kliniky. K poskytnutiu odl'ahčovacej služby je potrebné medzi poskytovateľom odl'ahčovacej služby a rodinným opatrovateľom písomne uzatvoriť zmluvu o poskytovaní služby a podmienkach obsahujúcich v zmluve. Poskytuje sa na celé dni, najviac 30 dní v kalendárnom roku (nevyčerpané dni nemožno použiť v nasledujúcom roku) na základe písomnej žiadosti fyzickej osoby o poskytnutie tejto služby a počas poskytovania odl'ahčovacej služby sa aj naďalej opatrovateľovi vypláca peňažný príspevok na opatrovanie.

Žiadosť musí obsahovať:

- meno a priezvisko fyzickej osoby, ktorá žiada o poskytnutie odl'ahčovacej služby,
- dátum narodenia, adresu trvalého pobytu, štátne občianstvo,
- posudok vydaný príslušným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny,

- podmienka odkázanosti fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím na sociálnu službu,
- písomný súhlas opatrovanej osoby na poskytnutie odľahčovacej služby,
- žiadosť o poskytovanie odľahčovacej služby musí fyzická osoba podať obci 14 dní pred dňom začatia poskytovania tejto služby.

Prepravná služba

Poskytovaná je osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, s obmedzenou schopnosťou pohybu. Odkázanosť musí preukázať posudkom vydaným úradom práce, sociálnych vecí a rodiny, nepriaznivý zdravotný stav musí preukázať potvrdením poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

Sprievodcovská služba

Je charakterizovaná ako základné sociálne aktivity pre osobu, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a pre osobu s mentálnym postihnutím. Neposkytuje sa osobe, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu, ktorej je v rámci opatrovateľskej služby zabezpečený sprievod.

Tlmočnická služba

Je poskytovaná fyzickej osobe odkázanej na tlmočenie, tlmočenie v posunkovej reči, ak je osoba nepočujúca alebo má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť, artikulačné tlmočenie po osvojení si reči, taktilné tlmočenie, ak osoba vyžaduje špecifický komunikačný systém (hluchoslepota). Neposkytuje sa osobe, ktorej sa poskytuje peňažný príspevok na osobnú asistenciu, ktorej je v rámci opatrovateľskej služby zabezpečené tlmočenie.

Požičiavanie kompenzačných pomôcok

Je služba poskytovaná fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím alebo s nepriaznivým zdravotným stavom odkázaným na pomôcku. Požičiava sa na dohodnutý čas formou peňažného príspevku na zaobstaranie pomôcky, najdlhšie do zabezpečenia pomôcky na základe verejného zdravotného poistenia. Zoznam zdravotníckych pomôcok vypracovaný poisťovňami (plne alebo čiastočne uhrádzané, sú vypracované obmedzenia, limity, časť pomôcok sa prenajíma, napr. oxygenátor-www.health.gov.sk).

4.3 Peňažné príspevky

Okrem sociálnych služieb, uvedených v predchádzajúcej podkapitole, majú seniori nárok na peňažné príspevky podľa zákona č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch.

- *finančný príspevok za opatrovanie pre fyzickú osobu* - fyzickou osobou je príbuzný alebo iná osoba, ktorá opatruje občana s ťažkým zdravotným postihnutím, aj v prípade, keď má zamestnanie a príjem nie je vyšší ako dvojnásobok sumy životného minima (zamestnanie nesmie byť v rozpore s účelom a rozsahom opatrovania),
- *jednorazový finančný príspevok na úpravu bytu, rodinného domu*, na dosiahnutie bezbariérovosti a zvýšenie schopnosti fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím premiestňovať sa, orientovať sa, dorozumievať sa alebo zabezpečiť si sebaobsluhu (nie na vybudovanie nového objektu),
- *peňažný príspevok na osobnú asistenciu* - osobnú asistenciu vykonáva osobný asistent (najviac 10 hodín denne), príspevok je pre osobu s ťažkým zdravotným postihnutím, maximálny počet hodín asistencie do roka je 7300 hodín.
- *jednorazový peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla* pre osobu, ktorá je podľa komplexného posudku odkázaná na individuálnu prepravu osobným motorovým vozidlom,
- *peňažný príspevok na prepravu*, ktorého účelom je zabezpečenie mobility občana s ťažkým zdravotným postihnutím,
- *peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov*, je poskytovaný fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorá je podľa komplexného posudku odkázaná na kompenzáciu zvýšených výdavkov (napr. Na diétne stravovanie).
- *peňažný príspevok na kúpu pomôcky, na výcvik používania pomôcky, na úpravu pomôcky*, pomôckou sa myslí vec, technologické zariadenie alebo jeho časť, ktoré umožňujú alebo sprostredkujú fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím vykonávať činnosti, ktoré by bez ich použitia nemohla vykonávať sama alebo vykonávanie tejto činnosti by bolo spojené s nadmernou fyzickou záťažou
- *peňažný príspevok na kúpu zdvíhacieho zariadenia* pre fyzickú osobu so zníženou schopnosťou pohybu na prekonávanie architektonických bariér a na zvýšenie schopnosti osoby premiestňovať sa alebo zabezpečiť sebaobsluhu (Zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch).

Záver

Dominantnou skupinou klientov ADOS v našich podmienkach je seniorská populácia, u ktorej vznikajú involučné zmeny, ale aj patologické zmeny v rámci kognitívnych funkcií. U seniorov ide prevažne o polymorbiditu a ochorenia majú často chronický priebeh. Medzi priority ošetrovateľskej starostlivosti u seniorov patria predovšetkým problémy v oblasti výživy, hydratácie, vyprázdňovania moču, vyprázdňovania stolice, starostlivosť o kožu, problémy v oblasti pohybovej aktivity, sebestačnosti a bezpečnosti prostredia so zameraním na problematiku pádov.

Starostlivosť na úrovni komunity pre akútne alebo chronicky chorého či menej sebestačného seniora je zameraná na zaistenie systému služieb, ktorý bude zahŕňať nielen lekársku starostlivosť, ale aj integrovať vzájomne komunikujúci systém domácich služieb: ošetrovateľskú službu v domácnosti, pobyt v dennom centre, osobnú asistenciu, hygienické služby, fyzioterapiu, poskytovanie kompenzačných pomôcok pre realizáciu aktivít denného života, pomôcky pre inkontinentných, podporné programy pre rodinu/opatrovateľa, sociálnu a respitnú starostlivosť.

Kontrolné otázky a úlohy:

1. Definujte, na ktoré oblasti je zameraná primárna, sekundárna a terciárna prevencia v senu.
2. Špecifikujte najčastejšie problémy seniorov v jednotlivých oblastiach.
3. Ktoré inštitúcie poskytujú dlhodobú starostlivosť seniorom?
4. Na aké finančné príspevky majú seniori nárok?

Zoznam bibliografických odkazov

BÓRIKOVÁ, I. 2015. Funkčný stav seniora. [CD-ROM]. Martin : Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva, 2015. 124 s. ISBN 978-80-89544-80-6.

BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. 2014. Meracie nástroje v gerontologickom ošetrovateľstve. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského [online] 2014 [cit. 2021-03-29] Dostupný na: <http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=251>.

BOŽÍKOVÁ, M., HEGYI, L. 2011. Právne aspekty poskytovania zdravotnej starostlivosti seniorom. In *Geriatra*, 2011, č. 2, s. 56-65.

HEGYI, L. a kol. 2012. Sociálna gerontológia. Bratislava : Herba, 2012. 171 s. ISBN 978-80-89171-99-6.

HUDÁKOVÁ, A., ELIÁŠOVÁ, A., NÉMETH, F. 2010. Status seniora v spoločnosti. In *Geriatría*, 2010, roč. 1, č. 4, s. 171 -174.

HUDÁKOVÁ, A., MAGUROVÁ, D., KURIPLACHOVÁ, G. 2014. Možnosti hodnotenia zdravotného stavu u klientov ADOS. In *20 rokov Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti*. Ed. M. Kožuchová. Kežmarok: Asociácia Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike, 2014, s. 40-52.

JUHÁSOVÁ, I., POKORNÁ, A., MIKLÁŠOVÁ, I., CETLOVÁ, L. 2016. Realizovanie nutričného skríningu sestrou vzariadení sociálnych služieb pre seniorov. In *Geriatric a Gerontologie*. 2016, roč. 5, č. 3, s. 122-127.

KOŽUCHOVÁ, M. et al. 2019. *Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti I*. Martin: Osveta, 2019. 372 s. ISBN 978-80-8063-468-1.

TABAKOVÁ M. 2010. Rešpektovanie dôstojného prístupu k pacientovi v Agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti. In *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2010, roč. 1, č. 4, s. 106-112.

Zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Vyhláška č. 95/2018 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

5 Starostlivosť o rodinu v primárnej ošetrovateľskej starostlivosti

Ciele a obsah kapitoly

Nasledujúca kapitola pozostáva zo spracovania nasledovných oblastí:

- definovanie rodiny a vymedzenie jej funkcií
- rodinné fungovanie
- problematiku ošetrovateľských diagnóz Neschopnosť zvládania záťaže v rodine a Preťaženie opatrovateľa

Rodina je definovaná ako „*najbližšie a najvplyvnejšie prostredie, ktoré už od narodenia, neskôr počas vývoja a dospievania podmieňuje formovanie osobnosti a správanie každého člena*“. Ako najstaršia základná spoločenská skupina je ovplyvnená vzťahmi, funkciami a činnosťami zabezpečujúcimi potreby svojich členov a spoločnosti ako celku. Skôr, ako vznikli spoločenské vedy a vedy o človeku, bola rodina predmetom skúmania vo filozofii či teológii, v kontexte celkových úvah o osobnej a spoločenskej podstate ľudského bytia. Sociológia bola prvou vedou, ktorá sa začala priamo a systematicky zaujímať o rodinu ako sociálnu inštitúciu a základnú bunku ľudskej spoločnosti. Až do sedemdesiatych rokov minulého storočia bola rodina len na okraji záujmu psychológie. Psychológia sa dlho zaujímalala o ľudského jednotlivca bez väčšieho záujmu o prostredie, v ktorom vyrastá a žije. Práve v sedemdesiatych rokoch minulého storočia nastáva explózia záujmu o rodinu, a to najmä vo vývinovej psychológii. V sociológii ako vede o spoločnosti sú akceptované viaceré definície rodiny, pričom väčšina z nich poníma rodinu ako spoločenstvo rodičov a detí, zdôrazňujúc pritom manželské, pokrvné alebo adoptívne vzťahy a istý spoločný systém úloh.

Členovia sú často viazaní hereditou, legálnymi manželskými zväzkami, adopciou alebo spoločným usporiadaním života v určitom úseku ich životnej cesty. Kedykoľvek medzi blízkymi ľuďmi existujú intenzívne a kontinuálne, psychologické a emocionálne väzby. Ide o spoločenskú inštitúciu, ktorej základ tvorí nukleárna rodina, čím je chápaná bezprostredná skupina dvoch alebo viacerých osôb, žijúcich v jednej domácnosti, spojených pokrvnými zväzkami. Analogicky potom širšia rodina zahŕňa ďalších príbuzných, ktorých neviažu len pokrvné zväzky, ale aj spoločné záujmy, postoje, tradície, hodnoty, či spoločný majetok. Z uvedených definícií vyplýva, že rodina nie je len mechanické zloženie ľudí rôzneho veku, ale zložitý, vzájomne prepojený a ovplyvňujúci sa systém. Rodina sa stáva prvým faktorom, ktorý ovplyvňuje ľudskú skúsenosť, utváranie osobnosti človeka, jeho vnútorné prežívanie

a psychickú reguláciu správania. Aj napriek tomu, že nie je jediným výchovným prostredím, nakoľko však je prvou sociálnou skupinou, ktorej členmi sa stávame, v socializácii a vo výchove zohráva prioritnú a nenahraditeľnú úlohu. Poskytuje dieťaťu hotový model fungovania rodiny, no na jeho vývoj pôsobia aj iné, veľmi silné vplyvy vonkajšieho mimorodinného prostredia. Efektívne plnenie funkcií rodiny má veľký vplyv aj na zdravie, a to z toho dôvodu, že iba funkčná rodina dokáže zabezpečiť zdravie pre ostatných členov.

Ako historicky najstaršiu a najdôležitejšiu pokladajú **biologickú funkciu rodiny**, ktorá zahŕňa reguláciu sexuálneho správania ľudí a zabezpečenie reprodukcie spoločnosti. Ako ďalšia je vyzdvihovaná **ekonomická funkcia rodiny**, ktorá spočíva v zabezpečovaní základných životných potrieb a v neposlednej miere pôsobí aj na zdravie jednotlivých členov rodiny. Poruchy tejto funkcie sa prejavujú v hmotnom nedostatku a neschopnosti rodiny zabezpečiť základné životné potreby jej členov, čo je v súčasnosti dôsledkom nezamestnanosti, zvyšovania životných nákladov a iných negatívnych dôsledkov transformačných procesov. Z hľadiska socializácie, teda procesu, ktorým sa jednotlivec stáva schopným sociálne žiť v príslušnej spoločnosti, je rodina najdôležitejšou skupinou. Výchovné vedy vo svojom prístupe k rodine podčiarkujú práve formatívny aspekt rodinného prostredia, zdôrazňujúc jej významnú **výchovnú (socializačnú) funkciu**. K rodine pristupuje predovšetkým ako k primárnej sociálnej inštitúcii, ktorej úlohou je zabezpečiť socializáciu človeka. V úzkom súvisi s procesom socializácie ako predmetom skúmania sociológie je výchovný proces, ktorý sa chápe ako výsledok zámerného pôsobenia subjektu výchovy (vychovávateľa, rodiča, školy) na osobnosť vychovávaného. Takto chápaný výchovný proces je pojem podradený pojmu socializácia. Väčšina teórií socializácie považuje výchovu za jej dôležitý faktor, ktorý má svoje špecifické vlastnosti. Socializácia je pritom chápaná ako proces, v ktorom je človek vedený k výchove svojho správania.

Rodina formuje interpersonálne vzťahy, hodnoty, postoje, základy etiky a životného štýlu. Je univerzálna sociálna skupina, v ktorej prebiehajú významné sociálno-psychologické javy v životnom vývine jednotlivca. Na základe dôvery a emocionálne silných opätovaných vzťahov mu poskytuje prostredie pre jeho ďalší psychosociálny vývoj a na základe dôvery v seba, postojov k sebe samému i k okoliu sa formujú modely správania, osvojujú sa formy komunikácie, ako verbálnej tak i neverbálnej. Okrem uvedeného sa v rodine poskytujú aj potrebné zručnosti a schopnosti pre plynulé začlenenie sa do spoločnosti, formuje sa tu vlastná osobnosť a jedinečnosť jednotlivých členov.

V spoločnosti je často vyzdvihovaná **emocionálna funkcia rodiny**. Nakoľko životné istoty rodiny spočívajú viac vo vnútorných vzťahoch než vo vonkajších väzbách, stávajú

sa táto funkcia najdôležitejším faktorom súdržnosti rodiny. Kladné citové vzťahy v rodine sú dôležitým predpokladom rozvoja vlastnej emocionality dieťaťa. Rodina zabezpečuje dieťaťu lásku, bezpečnosť, pochopenie a uznanie. Keď tento emocionálny podklad chýba, nastáva citová deprimácia a frustrácia. Nezriedka dochádza k vážnym deformáciám v psychosociálnom vývine človeka. Rodina by mala položiť dostatočné základy imunizácie dieťaťa voči nežiaducim činnostiam najmä vytváraním vlastných autoregulačných mechanizmov, pozitívnej hodnotovej orientácie a tiež voľnočasových aktivít.

Ako posledná funkcia je v literatúre vymedzovaná **ochranná funkcia**. „*Spočíva v ochrane zdravia detí, ako aj v ochrane detí pred sociálno-patologickými javmi*“. Poskytuje ochranu, citovú oporu deťom aj dospelým členom rodiny počas zdravia, ako aj starostlivosť v obdobiach, keď sa o seba nemôžu alebo nechcú postarať (riešenie životných problémov, choroba, staroba). Rodina poskytuje svojim členom telesnú, duševnú, duchovnú existenciu a rozvoj, dáva pocit istoty a bezpečia. Rodina by mala položiť dostatočné základy imunizácie dieťaťa voči nežiaducim činnostiam. V tejto funkcii zohráva významnú úlohu rodičovský vzor.

K hlavným funkciám rodiny je zahrňaná aj regulácia sexuálneho správania ľudí, zabezpečenie reprodukcie spoločnosti, podieľanie sa rodiny na socializácii jej členov, ktorá sa uskutočňuje hlavne v detstve a v mladosti, poskytovanie členom rodiny starostlivosť, ochranu a citovú podporu (poskytuje ju tak deťom, ako aj dospelým členom rodiny, najmä pri riešení životných problémov, v chorobe, či starobe). Sprostredkúva sociálne zaradenia svojich členov do spoločnosti (motivuje k sociálnej mobilite, vytvára im na ňu podmienky, no môže jej však aj zabráňovať) a v neposlednom rade zabezpečuje ekonomickú spoluprácu členov rodiny. Ak rodina neplní tieto hlavné funkcie, znamená pre človeka závažné nebezpečenstvo, ktoré ho zasahuje svojou dysfunkciou.

Rodina je teda najvýznamnejšou súčasťou spoločenskej mikroštruktúry, ktorá poskytuje starostlivosť a ochranu svojim členom, zvlášť v obdobiach, kedy nie je v stave sa o seba postarať.

5.1 Rodinné fungovanie

Špecifické spôsoby zvládania úloh a riešenia problémov, ktoré sú vytvárané v rodinách, sú ovplyvnené systémom presvedčení a názorov u jednotlivých členov rodiny i rodiny ako celku. Každý člen ovplyvňuje fungovanie rodiny ako systému, zaujíma svoju individuálnu pozíciu a plní svoje úlohy v súčinnosti s ostatnými členmi rodiny. Každá rodina je jedinečný systém, a preto nemôžeme tvrdiť, že určitá podoba rodinného fungovania bude vhodná a primeraná pre všetky rodiny. Zdravé rodinné fungovanie by malo byť definované holisticky, mali by sa zohľadniť interaktívne, vývojovo funkčné, psychosociálne i zdravotné procesy v rodine. Z dejín filozofie, pedagogiky, psychológie, sociológie či teológie je však v historickom kontexte možné jasne sledovať normatívne názory na to, čo je správne, dobré a prípustné v rodinnom živote. Zdravé rodinné fungovanie je chápané ako „*schopnosť rodiny účinne zvládať náročné či stresové životné udalosti a prispôbovať sa zmenám*“. S tým úzko súvisí schopnosť rodiny adaptovať sa na záťaž, hľadať a nachádzať rovnováhu v nových podmienkach. Najdôležitejšími faktormi rodinnej harmónie, funkčnosti a stability sú jasne vymedzené role a schopnosť jednotlivcov zastupovať sa v nich, jasná komunikácia, spôsob vyjadrovania konfliktov a účinnosť interakcie pri ich riešení. Rodina by mala byť schopná aktívne reagovať na zmeny, ktoré život prináša, aby zvládla rôzne životné úlohy. K najdôležitejším znakom funkčného rodinného systému patrí plnenie funkcií a uspokojovanie potrieb jednotlivých členov, k čomu prispieva efektívna komunikácia a spätná väzba, adekvátne adaptácie na meniace sa podmienky vo vnútri systému ale aj vo vonkajšom prostredí. Podstatnou charakteristikou rodiny je aj miera **otvorenosti a uzavretosti rodinného systému**. **Otvorené rodinné systémy** sú adaptabilnejšie, schopné prijímať nové skúsenosti, meniť vzorce, ktoré sa javia ako nefunkčné alebo nevhodné. Nakoľko tu prebieha výmena informácií s okolím, dobrá podporná sieť umožňuje kompenzovať dočasné slabosti vo fungovaní rodiny. **Uzavretejší rodinný systém** je charakterizovaný ako neschopnosť jednotlivých členov primerane reagovať na zmeny. Znižuje sa schopnosť znášať stres, rodina nemá dostatočnú podpornú sieť a je zraniteľnejšia v krízových situáciách. Fungujúca rodina je schopná kreatívne riešiť situácie, ktoré prináša život, reagovať na ne adekvátne, meniť rodinnú štruktúru, vzťahy, role a pravidlá. Ak má byť rodinný systém funkčný, musí neustále reagovať na meniace sa vonkajšie a vnútorné podmienky. To si vyžaduje mobilitu síl v rodine, riešenie vznikajúcich záťažových situácií a následnú adaptáciu na ne.

V súvislosti so zvládaním každodenných nárokov i mimoriadnych stresorov v rodine sa v zahraničí približne 20 rokov hovorí o tzv. **resiliencii rodiny**, ktorá je definovaná ako pozitívne vzorce správania, interakcie a funkčné kompetencie, ktoré ovplyvňujú schopnosť rodiny udržať si svoju integritu pri pôsobení stresu a umožňujú obnoviť harmóniu a rovnováhu v rodine. Pojem rodinná resiliencia zahŕňa potenciál pre rast a rozvoj osobnosti členov rodiny, pre zmeny vzťahov v rodine, a tiež pri prehodnotení priorít v hodnotovej orientácii jednotlivých členov rodiny. Ide o schopnosť rodiny rýchlo sa zotaviť z krízy alebo z prechodnej udalosti, ktorá vyvolala zmeny v rodinnom fungovaní. Väčšina výskumov rodinnej resiliencie vychádza z teórie rodinného stresu a jeho zvládania. Umožňuje nám pochopiť, ako rodinné procesy ovplyvňujú zvládanie stresu a ako umožňujú rodinám prekonať krízu či dlhodobú záťaž. To, ako rodina ako celok zvláda náročné životné situácie, ovplyvňuje bezprostredné reakcie i dlhodobú adaptáciu každého člena rodiny, atmosféru ako aj mieru pohody v rodine (Sobotková, 2007 s. 84). Z uvedených definícií rodinnej resiliencie vyplýva, že ju na jednej strane môžeme chápať ako zvládanie záťažových situácií, kedy má rodina dosť síl a zdrojov, aby problémy zvládla. Druhou stránkou je **vulnerabilita rodiny**, zraniteľnosť, náchylnosť k zhoršeniu rodinného fungovania v dôsledku nedostatku síl a zdrojov na riešenie problémov. Závisí na kombinácií aktuálnych nárokov kladených na rodinu a požiadaviek vyplývajúcich zo životného cyklu rodiny. Rizikové okolnosti, ktoré môžu viesť cez rodinnú krízu až k dysfunkcii rodiny majú najčastejšie charakter zdravotného, sociálneho, ekonomického, či psychosociálneho ohrozenia.

5.2 Ošetrovateľský proces v rodine

Posudzovanie

Presné posúdenie rodiny uľahčí identifikovať slabé miesta rodinného fungovania, ako aj zistenie jej silných stránok, pozitív a možností, ktoré sa dajú rozvíjať a využiť ako významný podporný činiteľ pre rodinu. Posúdenie rodiny má byť holistické, orientované do rôznych oblastí, ako sú vzťahy, komunikácia, riešenie problémov, zvládanie záťaže, plnenie rolí v rodine, výkon rolí a citová zaangažovanosť a malo by byť výsledkom subjektívneho hodnotenia rodiny samej a objektívnym pozorovaním a hodnotením rodiny profesionálom, ktorí poskytujú starostlivosť zomierajúcemu členovi rodiny ako primárni poskytovatelia starostlivosti. V literatúre sa stretávame s množstvom prístupov k hodnoteniu rodinného fungovania, od klinických pološtrukturovaných rozhovorov a pozorovaní ako rodina rieši úlohy až po testové metódy. Veľký rozvoj zaznamenalo hodnotenie funkčnosti rodiny na

prelome 80. – 90. rokoch 20. storočia, kedy sa vyvinulo množstvo techník. Škály boli vypracované vo viacerých rovinách posudzovania rodiny. Možno ich rozdeliť na sebaopisovacie techniky (*self-report measures*), všeobecné škály (*general scales*) a dyadické vzťahové škály (*dyadic relationships scales*).

Z hľadiska sebaopisovacích techník sú známe *Škála rodinného prostredia* (Hargašová, Kollárik, 1986), ktorá je prepracovanou verziou pôvodnej škály *Family Enviroment Scale* (Moos, 1981). Táto škála vychádza z predpokladu, že správanie jednotlivých členov je závislé na osobnosti a prostredí a monitoruje funkčné parametre rodinného prostredia, *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale* (Olson, Russell, Sprenkle, 1983) sleduje funkčnosť rodiny v dimenziách adaptability a kohézie⁸ a tiež škála *Family Assessment Measure* (Skinner, Steinhauer, Santa Barbara, 1983), ktorá pomáha kvantifikovať silné a slabé stránky rodiny. Je založená na procesuálnom modeli rodinného fungovania a býva používaná ako klinický diagnostický nástroj na meranie efektivity rodinnej terapie aj ako nástroj pre základný výskum rodinných procesov, nakoľko má tri formy – všeobecnú škálu, ktorou sa sústreďí na rodinu ako systém, dyadickú vzťahovú škálu, skúmajúcu vzťahy medzi konkrétnymi párami v rodine a sebaopisovaciu škálu, zachytávajúcu individuálnu percepciu rodinného fungovania. Všeobecné škály sa sústredia na posúdenie rodiny ako systému. Do tejto skupiny môžeme zaradiť škálu *The Feetham Family Functioning Survey* (Feetham, Roberts, 1983) ktorý posudzuje schopnosti rodiny fungovať ako systém. Druhou škálou, ktorá je aplikovateľná aj v našich podmienkach, je *Apgarovej skóre rodiny – Family Apgar* (Smilkstein, 1978). Ide o skrining, ktorý ukazuje, ako jednotliví členovia chápu stupeň funkčnosti rodiny ako celku. Posudzuje funkčnosť rodiny vzhľadom na adaptáciu, partnerský vzťah, rast, citové prejavy a rozhodnutia. Získané informácie upozorňujú sestru na oblasti, ktoré si vyžadujú podrobnejší rozbor a zásah. Tretiu úroveň predstavujú už spomínané dyadické vzťahové škály, ktoré sú zamerané na posúdenie rodinných vzťahov. Ako príklad na posúdenie nám môže slúžiť škála *Relationship Assessment Scale* (Heindrich, 1998). Cieľom posudzovania rodinného fungovania je určiť stupeň funkčnosti rodiny, objasniť vzťahy v rodine, odhaliť silné a slabé stránky a zhodnotiť zdravotný stav rodiny i jej členov.

Pri posúdení rodín môžeme využiť aj nasledujúce modely:

⁸Adaptabilita sa týka rozsahu flexibility a schopnosti rodinného systému meniť svoju štruktúru, role a pravidlá vzťahov v závislosti na vývojovom a situačnom strese. Kohézia je často vyjadrovaná ako vernosť, oddanosť a stupeň intimity v interpersonálnej dimenzii.

- Rodinné posudzovanie a intervenčný model (FAIM), pri ktorom rodina rozvíja rozsah odpovedí na zaťaženie, rozoznáva plán obrany a odporu
- Model posudzovania spriaznenej rodiny, ktorý načrtáva štrukturálne – funkčné systémy a rozvojové teórie, týkajúce sa rodiny
- Calgarský model na posúdenie rodiny (CFAM), ktorý obsahuje tri základné kategórie: štruktúru (napr. skladba rodiny, pohlavie, spoločenské postavenie v rodine), vývoj (napr. etapy, úlohy) a funkčnosť rodiny (napr. aktivity denného života, komunikácia, role)
- Modely intervencie Calgarskej rodiny, ktorý poskytuje prostriedky na rozhodovanie o intervenciách, ktoré vychádzajú z rodinného posúdenia; základom tejto metodiky je poznanie, že každá rodina je jedinečná a má špecifickú silu.

Diagnostika

Z údajov získaných počas posudzovania môžeme formulovať ošetrovateľské diagnózy z NANDA International Taxonómie II. Ide o široko uplatniteľný diagnostický systém, ktorý možno použiť vo všetkých ošetrovateľských špecializáciách. Ošetrovateľské diagnózy zamerané na rodinu z domén: *podpora zdravia*, *rola/vzťahy* a *zvládanie záťaže/tolerancia stresu* v súčasnosti sestry pracujúce v primárnej sfére neriešia. Aj keď sestry pracujúce v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú priamo v domácom prostredí klienta, situácia vyplývajúca hlavne z obmedzeného financovania zdravotníckymi poisťovňami im neumožňuje poskytovať taký rozsah ošetrovateľskej starostlivosti, ktorý by zahŕňal spomínané oblasti.

Plánovanie

Pri plánovaní ošetrovateľskej starostlivosti podporujeme dobré fungovanie rodiny, napr. zlepšenie komunikácie v rodine, vyhľadanie a využívanie podporného systému, zdokonalenie sa v rodičovských zručnostiach. V rámci podpory zdravia sa zameriavame predovšetkým na zdravý spôsob života. Patria tu činnosti zamerané na udržanie optimálneho stavu zdravia, prevenciu chorôb a úrazov a dosiahnutie maximálneho fyzického a psychického potenciálu. Zdravým spôsobom života je napríklad racionálna výživa, cvičenie, venovanie pozornosti znakom choroby, dbanie na rady o liečbe a vystríhanie sa známym zdravotným rizikám, ako je napríklad fajčenie.

V krajinách, v ktorých pracujú rodinné sestry, vypracovávajú konkrétne pokyny na podporu starostlivosti o rodiny:

- zdravotnícke služby ponúkať rodinám v čase, ktorý im vyhovuje (napr. po pracovnej dobe)
- starostlivosť poskytovať súčasne (napr. očkovanie dieťaťa a preventívna prehliadka)
- zameriavať sa nielen na liečbu ochorení, ale aj na podporu zdravia a prevenciu chorôb
- počas návštevy zdravotníckych zariadení zabezpečiť potrebné miestnosti, napr. miestnosť pre deti, tichú miestnosť určenú pre klientov v záťažových situáciách
- pri dlhodobom ochorení člena rodiny zabezpečiť potrebnú pomoc na odľahčenie opatrovateľa.

5.3 Neschopnosť zvládania záťaže v rodine

Záťaž je definovaná ako: „*nadradený pojem pre rôzne psychické stavy, s prejavmi záťažových faktorov v oblasti somatických a psychických funkcií a v zmenách štruktúry i dynamiky činnosti, ktoré vyvolávajú záťažové situácie*“. Stres a záťaž vznikajú vtedy, keď je miera stresorov vyššia, než schopnosti daného jednotlivca túto situáciu zvládnuť. Pri riešení záťažových situácii je dôležitý spôsob ako členovia rodiny hodnotia a interpretujú situáciu, teda ako vidia závažnosť stresorov a ťažkosti s nimi spojené. Niektoré rodiny sa vplyvom stresorov rýchlo adaptujú prostredníctvom zmien vo svojom fungovaní, mobilizujú svoje sily, aby sa postavili konštruktívne k tejto situácii a chránili svojich členov. Stáva sa tak väčšinou v prípadoch, keď rodina hodnotí situáciu ako riešiteľnú a ovplyvniteľnú. V opačných prípadoch, ktoré bývajú rodinou hodnotené ako neovplyvniteľné a neriešiteľné sú rodinné problémy vyvolané stresorom tak podstatné, že rodina nedokáže vyvážiť požiadavky situácie s možnosťami, vyžaduje si viac zásadných zmien v rodinnom systéme, prípadne sa dostáva do dysfunkcie, ktorá môže vyvolať krízu v rodine.

Podľa súčasných psychologických koncepcií je kríza⁹ vnímaná ako „*záležitosť jednotlivca, individua a predstavuje prechodný stav vnútornej nerovnováhy, spôsobenej kritickými udalosťami alebo takými životnými udalosťami, ktoré vyžadujú zásadné zmeny a riešenia*“. Sociologický pohľad na krízu je širší a ide o situáciu, ktorá postihuje spoločnosť, inštitúcie, komunity a malé sociálne skupiny, vzhľadom k tomu, že jednotlivec je vzájomne v interakcii s viacerými sociálnymi systémami, reaguje na zmeny, adaptuje sa na ne a späťne ich nejakým spôsobom ovplyvňuje. Kríza iných sociálnych systémov vytvára referenčný rámec pre krízu jednotlivca. Tento stav je v literatúre popisovaný ako rodinná kríza, ktorá sa

⁹ pojem kríza pochádza z gréckeho slova crisis, teda vyvrcholenie deja, vrcholný moment konfliktu, voľba, rozhodnutie, rozlúčenie, rozpoltenie, skúška. Používa sa pre označenie stavu vážneho oslabenia adaptačných schopností, ktorý je subjektívne vnímaný ako bezmocnosť, neschopnosť sa s udalosťou vyrovnáť obvyklým spôsobom a v obvyklom čase.

prejavuje ako dočasný úpadok či dezorganizácia rodinného fungovania. Krízu v rodine môžeme definovať ako „*nešpecifickú požiadavku na adaptačné správanie rodiny a jej fungovanie počas krízy*“. Hodnotenie krízovej situácie je ovplyvnené predovšetkým aktuálnou situáciou, rodinnou identitou, rodinnými pravidlami a hodnotami rodiny.

K aktivite človeka v ťažkej životnej situácii sa vzťahujú termíny **adaptácia** a **coping**. Adaptácia je definovaná ako vyrovňovanie sa s bežnou alebo zvýšenou záťažou, ktorá je v normálnych medziach a na jej zvládanie aplikujeme spôsoby riešenia záťažových situácií, na ktoré máme predispozície a skúsenosti. Coping je definovaný ako vyšší stupeň adaptácie, ktorý je nevyhnutný na vyrovnanie sa s nadpriemernou, mimoriadne silnou a dlhodobou záťažou. Ide o „*dynamický proces, ktorý sa vzťahuje ku kognitívnemu a behaviorálnemu úsilíu jednotlivca riadiť vnútorné alebo vonkajšie požiadavky transakcie osoba – prostredie*“. V procese adaptácie sa uplatňujú copingové mechanizmy a stratégie zvládania záťažovej situácie. Zahŕňajú to, čo rodina robí, aby získala a využila zdroje odolnosti.

Posudzovanie je zamerané na hodnotenie stresorov v rodine, ktoré môžu byť spojené:

- **s postavením v zamestnaní (nezamestnanosť, spokojnosť/uspokojenie v práci),**
- **s bývaním (fyzický (životný) priestor: primeraný, preplnený, dostatok súkromia, čistota prostredia),**
- **s prepravou (auto - vlastné, zdieľané, autobus, závislosť od iných, blízkosť práce, školy, nakupovania),**
- **s financiami (finančné zdroje verzus náklady na lekára, dodatočné, ďalšie výdavky),**
- **s poskytovaním starostlivosti deťom, starším (kto zdieľa záťaž - štát, manžel, iná osoba...atď., akákoľvek zmena - v sociálnom postavení, situácii v práci, škole, história záležitostí riešených právnou cestou, história kriminálnych priestupkov mladistvých.**

V NANDA International Taxonómii II je tento problém vymedzený v rámci **ošetrovateľskej diagnózy** *Neschopnosť zvládania záťaže v rodine (00073)*. Je definovaná ako „*ošetrovateľský problém rodiny alebo iných blízkych pre pacienta významných osôb, ktorí sa správajú tak, že negatívne ovplyvňujú pacientovu účelnú adaptáciu na jeho zdravotný problém*“. Táto ošetrovateľská diagnóza je aplikovateľná na rôzne typy rodín (tradičná rodina, neúplná rodina, rozšírená rodina, stupňová rodina¹⁰, rodina s adolescentnými rodičmi, kohabitujúca rodina, homosexuálna rodina, rodina s rozdielnou kultúrou a pod.). Je použiteľná aj v iných podmienkach ako sú napr. náhradné rodiny, rodiny s deťmi v pestúnskej

¹⁰ Rodina, v ktorej žije s deťmi ich vlastný i nevlastný rodič.

starostlivosti a iné, ktoré môžu byť všeobecne označené ako primárna skupina¹¹. *Neschopnosť zvládania záťaže v rodine*, opisuje rodinu s históriou zjavného či skrytého deštruktívneho správania (zanedbávania a zneužívania) alebo inej neprimeranej odpovede na záťaž. Táto diagnóza vyžaduje poskytovanie dlhodobej starostlivosti sestrou-špecialistkou, terapeutkou v spojení s presne stanovenou edukáciou, ktorá venuje pozornosť rodinnému systému.

Stanovenie tejto ošetrovateľskej diagnózy ponúka priestor pre plánovanie a realizáciu **ošetrovateľských intervencií** zameraných na minimalizáciu záťaže, popisovaných v klasifikácii ošetrovateľských činností (*Nursing Interventions Classification*), ktorej sa venujú odborníci Centra pre ošetrovateľskú klasifikáciu (*Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness*) a klinickú efektívnosť Univerzity v Iowe, v doméne V – Rodina, v triede – Celoživotná starostlivosť (Bulechek, et al., 2008 s. 201). Výsledky ošetrovateľských činností sú popísané v klasifikačnom systéme NOC (*Nursing Outcomes Classification*) v doméne VI – Rodinné zdravie, v triede – Zdravotný stav člena rodiny a Zdravotná pohoda rodiny. Pri stanovení ošetrovateľskej diagnózy *Neschopnosť zvládania záťaže v rodine* (00073) a *Ohrozujúce zvládanie záťaže rodinou* (00074), sa odporúča realizovať intervencie, ktoré sú v klasifikačnom systéme NIC zaradené do intervencií pod názvom *Podpora rodiny* (Bulechek, et al, 2008 s. 356). Výsledok týchto ošetrovateľských diagnóz je vymedzený v klasifikačnom systéme NOC pod názvom *Coping rodiny* (Moorhead, et al., 2008, s. 217, 359).

Cieľom ošetrovateľstva v súvislosti so záťažovou situáciou je obnovenie rovnováhy človeka a prostredia, uľahčenie adaptácie a využívanie efektívnych copingových stratégií. Vzťahujú sa k aktívnym a pasívnym stratégiám rodiny, ktoré slúžia k udržiavaniu emocionálnej stability a členov rodiny a k udržaniu pohody v rodine aj v problémových situáciách. Copingové stratégie zamerané na problém sa najčastejšie objavujú pri hodnotení situácie ako riešiteľnej a ovplyvniteľnej. Najčastejšie sa jedná o vyvinuté vlastné aktivity a snahu konštruktívne riešiť danú situáciu (odstrániť to, čo spôsobuje obavy, strach, zmeniť podmienky, ktoré zhoršujú celkový stav). V prípade hodnotenia situácie jednotlivcom, rodinou či komunitou ako neriešiteľnej a neovplyvniteľnej sa najčastejšie objavujú stratégie zamerané na emócie. Niektoré formy copingových stratégií zameraných na emócie spôsobujú zmenu emočnej odpovede, avšak nemení sa význam situácie, u iných foriem dochádza k zmenám hodnoteného významu situácie (popretie). V súvislosti s uvedeným môžeme

¹¹ Primárna skupina – malá skupina s ktorou je jednotlivец dlhodobo až trvalo pevne spojený a táto skupina na neho vyvíja taký intenzívny vplyv, že má konštitučný charakter a zásadným spôsobom formuje jeho myslenie a konanie. Primárne skupiny sú skupiny charakterizované tesným spojením, súčinnosťou a intímnu väzbou.

konštatovať, že napriek tomu, že stratégie zamerané na emócie menia osobu a miesto prostredia, často skreslením reality, neznamená to, že sú menej adaptívne ako copingové stratégie zamerané na problém.

5.4 Preťaženie opatrovateľa

Poskytovanie starostlivosti v rodine je zložitým procesom, ktorý si vyžaduje od poskytovateľa starostlivosti veľké úsilie a zodpovednosť, nakoľko ochorenie člena rodiny a následná starostlivosť v domácom prostredí neovplyvňuje len konkrétnu osobu, ale i členov, ktorí starostlivosť poskytujú. Diagnóza závažného ochorenia člena rodiny môže narušiť smer rodinného fungovania a tým negatívne ovplyvňuje ich kvalitu života. Vo všeobecnosti vychádzame z toho, že túto rolu môže plniť najbližší príbuzný alebo priateľ, ktorý spolupracuje na poskytovaní individuálnej komplexnej starostlivosti. Rozhodujúcu opatrovateľskú rolu preberá vo väčšine prípadov zvyčajne jedna osoba, ktorú nazývame opatrovateľ a je pri starostlivosti podporovaná širšou rodinou a priateľmi. Člen rodiny alebo človek, ktorý preberie prevažnú časť starostlivosti o pacienta je pre neho **primárny opatrovateľ**. V návrhu Európskej charty pre rodinných opatrovateľov (2007) je opatrovateľ definovaný ako neprofesionálna osoba, ktorá poskytuje primárnu pomoc pri činnostiach denného života čiastočne alebo úplne závislej osobe a jej bezprostrednému okoliu. Rodinní opatrovatelia poskytujú značnú časť starostlivosti osobe s chronickým ochorením, čím znižujú náklady na komunitnú starostlivosť a v mnohých prípadoch poskytujú starostlivosť na úkor svojho vlastného fyzického a psychického zdravia.

Z hľadiska ošetrovateľstva si práca s rodinou vyžaduje komplexný prístup pri posudzovaní role opatrovateľa, vzájomných vzťahov medzi opatrovateľom a príjemcom starostlivosti, pri hodnotení problémov a potrieb rodiny.

Posudzovanie opatrovateľa pri starostlivosti o príbuzného sa zameriava na:

1. **posúdenie opatrovateľa**, ktoré zahŕňa posúdenie nasledovných oblastí:
 - rolu opatrovateľa - pomáha uspokojovať potreby svojmu rodinnému príslušníkovi – opatrovanému, vykonáva také činnosti, ktoré by opatrovaný vykonával sám, keby mal k tomu dostatok síl, vôle alebo potrebné vedomosti,
 - životný štýl, ktorý zahŕňa priebeh dňa, pracovné zaťaženie, týždennú záujmovú činnosť, telesnú aktivitu, oddychové aktivity, spokojnosť s časom tráveným oddychom, spánkom, výživu, užívanie liekov, či návykových látok.

- dopad súčasného denného programu a povinnosti opatrovateľa na jeho fyzický, psychický a sociálny aspekt zdravia,
- správanie opatrovateľa, zistenie miery povinnosti opatrovateľa, druh a rozsah zapojenia sa do spoločenských a rekreačných aktivít, posúdenie ekonomických prostriedkov (zdroje, primeranosť – v súčasnosti, v budúcnosti), prostredie pre poskytovanie starostlivosti (bytové priestory), vybavenie pre poskytovanie starostlivosti (dostupnosť zapožičania špeciálnych pomôcok),
- posúdenie príznakov stresu u opatrovateľa: *fyziológické*, napr. palpitácia, nechutenstvo, bolesti brucha, bolesti hlavy, častejšia migréna, nepríjemné pocity v krku, *emocionálne*, napr. prudké a výrazné zmeny nálad, neschopnosť prejsť emocionálnu náklonnosť, nadmerné starosti o zdravotný stav a fyzický zjav, nadmerné pocity únavy, zvýšená podráždenosť, *behaviorálne* (správanie sa ľudí v strese), napr. nerozhodnosť, zvýšená nehodovosť, zhoršená kvalita práce, zvýšený počet vyfajčených cigariet, zvýšená konzumácia alkoholu, strata chuti k jedlu alebo prejedanie. Ďalej sa zameriava na posúdenie príjemcu starostlivosti, kde sa zameriavame na stupeň závislosti v jednotlivých aktivitách (kúpanie, obliekanie, prijímanie potravy, vylučovanie, mobilita, podávanie liekov, transport, pranie, nakupovanie), kognitívny stav (napr. poruchy pamäte, orientácia v čase, priestore, v udalostiach, prítomnosť nejasných predstáv, ťažkosti pri sústredení), správanie príjemcu starostlivosti,

2. posúdenie príjemcu starostlivosti, ktoré zahŕňa:

- stupeň závislosti v jednotlivých aktivitách (kúpanie, obliekanie, prijímanie potravy, vylučovanie, mobilita, podávanie liekov, transport, pranie, nakupovanie), na posúdenie tejto oblasti môže sestra využiť meracie techniky, napr. *Barthelov index – ADL*, *Test inštrumentálnych denných činností – IADL*, *Test vývoja sebestačnosti*, *Katzov index nezávislosti v denných aktivitách*,
- kognitívny stav (napr. poruchy pamäte, orientácia v čase, priestore, v udalostiach, prítomnosť nejasných predstáv, ťažkosti pri sústredení), na posúdenie kognitívnych funkcií je dostupný napr. *Skrátený mentálny bodovací test*
- problémové správanie (túlavé, výhražné, podozrievavý, sexuálne neprimerané správanie, opakujúce otázky, citovo závislý, trpiaci depresiou).
- zistiť požiadavky na vybavenie / zdroje a pomôcky ku zvýšenej nezávislosti a bezpečnosti opatrovaného,

3. **posúdenie vzťahu medzi opatrovateľom a pacientom**, ktoré je zamerané na:

- určenie vzťahu a blízkosti opatrovateľa a príjemcu,
- zistenie prítomnosti a závažnosti sporu medzi opatrovateľom a príjemcom starostlivosti,
- reakcie rodiny na stres,
- stratégie využívané pri riešení konfliktov a vyjadrení emócií,
- využívanie podporného systému - sociálna opora od príbuzných, priateľov, známych,
- obmedzenia voľnočasových aktivít,
- kultúrny pôvod rodiny,
- obmedzenia súvisiace so starostlivosťou,
- kvalitu starostlivosti,
- podporu ostatných členov rodiny,
- vzájomné vzťahy medzi opatrovateľom a príjemcom starostlivosti

4. **rodinné vzťahy**, zamerané na nasledujúce oblasti:

- pomoc od ostatných členov rodiny
- vnímanie danej situácie ostatnými členmi rodiny
- vnímanie danej situácie samotným opatrovateľom
- podiel ostatných členov rodiny na starostlivosti o príbuzného

5. **podporný systém** zahŕňa posúdenie:

- kto sú podporné osoby pre opatrovateľa – napr. rodina, susedia, priatelia...
- akým spôsobom je pomoc opatrovateľovi zabezpečovaná – návštevy, domáce práce, ADOS, sociálne služby: opatrovateľská služba, organizovanie spoločného stravovania, prepravná služba,
- ako často sú služby poskytované,
- obmedzenia, ktoré opatrovateľ stratil z dôvodu poskytovania starostlivosti príbuznému.

Medzi dostupné nástroje ľahko použiteľné v praxi, zamerané na posúdenie a objektivizáciu záťaže patrí škála *Caregiver Strain Index (CSI)* (Robinson, 1983) pozostáva z 13 položiek s možnosťami áno, nie. Každá kladná odpoveď je ohodnotená 1 bodom. Výsledné skóre 7 a viac indikuje vysoký stupeň záťaže. Škála posudzuje záťaž v troch oblastiach. Prvá oblasť definuje objektívnu záťaž, ktorá obmedzuje konkrétne aspekty života opatrovateľa (napr. obmedzenie súkromia, rekreačných aktivít, času určeného pre priateľov a príbuzných). Druhá oblasť je charakterizovaná subjektívnou záťažou (napr. prehnané požiadavky zo strany

príjemcu starostlivosti, pokusy príjemcu manipulovať opatrovateľa). Tretia oblasť reflektuje psychickú záťaž (napr. stres vyplývajúci zo vzťahu medzi príjemcom a opatrovateľom, úzkosť, depresia).

V súčasnosti je dostupná modifikovaná verzia tejto škály *Modified Caregiver Strain Index (MCSI)* (Thornton, Trawis, 2003). Škála podobne pozostáva z 13 položiek, na ktoré opatrovateľ odpovedá možnosťou vždy, niekedy, nikdy. Každá odpoveď vždy je ohodnotená 2 bodmi, každá odpoveď niekedy je ohodnotená 1 bodom. Čím vyššie skóre, tým vyšší stupeň záťaže.

Dôkladné posúdenie jednotlivých členov rodiny, ktorí participujú na starostlivosti o príbuzného a identifikovanie problémov vedie k stanoveniu správnej ošetrovateľskej diagnózy.

V NANDA International Taxonómii II, je záťaž opatrovateľa vymedzená v rámci **ošetrovateľskej diagnózy Preťaženie opatrovateľa (00061, doména 7 - Vzťahy, trieda - Rola opatrovateľa)** a je definovaná ako „*ošetrovateľský problém človeka s ťažkosťami vyplývajúcimi z vykonávania opatrovateľskej role pri starostlivosti o blízku osobu. Ide o stav, v ktorom jednotlivec poskytujúci opatrovateľskú starostlivosť¹² v domácom prostredí, prežíva telesnú, psychickú, sociálnu a/alebo finančnú záťaž spôsobenú touto starostlivosťou*“.

Pri stanovení ošetrovateľskej diagnózy *Preťaženie opatrovateľa (00061)* sú v klasifikačnom systéme NIC vymedzené **ošetrovateľské intervencie** pod názvom *Podpora opatrovateľa – 7040* a výsledky ošetrovateľských činností pod názvom *Výstupy opatrovateľa – priama a nepriama starostlivosť*.

Pri ochorení člena rodiny sa snažíme po dôkladnom posúdení preniesť taký rozsah starostlivosti na pacienta a jeho rodinu, ktorý zodpovedá ich intelektuálnym, manuálnym a materiálno-technickým podmienkam. Tým priamo posilňujeme zodpovednosť jednotlivca za svoje vlastné zdravie a spoluzodpovednosť rodinných príslušníkov a blízkych za kvalitne poskytnutú domácu starostlivosť. Prostredníctvom edukácie sa zameriavame na rozvoj

¹² Podľa *Zákona č. 448/2008 Z.z.* opatrovateľskú službu možno poskytovať občanovi, ktorý pre svoj nepriaznivý zdravotný stav potrebuje pomoc inej osoby pri zabezpečovaní:

a) nevyhnutných životných úkonov (bežné úkony osobnej hygieny, kúpanie, donáška obeda, pomoc pri podávaní jedla, starostlivosť a výchova nahrádzajúca prirodzené rodinné prostredie, dohľad),

b) nevyhnutných prác v domácnosti (kúrenie vo vykurovacích telesách a ich čistenie, nákup, práce spojené s udržiavaním domácnosti, príprava a varenie jedla, pranie a žehlenie osobnej a ošatej bielizne),

c) kontaktu so spoločenským prostredím (zabezpečuje sa napr. sprievodom na lekárske vyšetrenie, na vybavenie úradných záležitostí; tlmočením v posunkovej reči pre nepočujúce osoby a predčítaním pre nevidiacich).

schopností pacienta a jeho blízkych spoľahlivo poskytovať určitý štandard starostlivosti a pomoci v čase jej neprítomnosti.

Súčasťou intervencií je:

- pomôcť opatrovateľovi vyznať sa v problémoch a začať s ich riešením, uznať závažnosť situácie pre opatrovateľa a ponechať opatrovateľovi priestor k vyjadreniu názorov a obáv vo vzťahu k situácií,
- posilniť schopnosť opatrovateľa zvládnuť súčasnú situáciu a prediskutovať spôsoby ako koordinovať starostlivosť s ostatnými povinnosťami (napr. so zamestnaním, starostlivosťou o deti, prácami v domácnosti), dať opatrovateľovi priestor na konkrétne označenie oblasti, v ktorej potrebuje pomocť, poskytnúť opatrovateľovi alternatívy trávenia voľného času, odporučiť vhodné kurzy alebo iný spôsob získavania potrebných vedomostí a zručností (napr. kurzy prvej pomoci, opatrovateľské kurzy), zamerať sa na využívanie sociálnej opory, ktorá zahŕňa šesť hlavných komponentov: *rodinu, blízkych priateľov, susedov –spolupracovníkov, komunitu a profesionálov*¹³, pri využívaní sociálnej opory zo strany rodiny, priateľov, susedov, spolupracovníkov – pomôcť naplánovať stretnutie a podeliť sa o starostlivosť, pri využívaní sociálnej opory zo strany komunity a profesionálov opatrovateľovi odporučiť kontaktnú osobu, ktorá zabezpečuje starostlivosť (napr. sestra, ktorá realizuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom ADOS, sociálny pracovník zabezpečujúci opatrovateľskú službu¹⁴),
- pomôcť opatrovateľovi získať peňažný príspevok za opatrovanie (zákon č. 447/2008 Z.z.),
- pomôcť opatrovanému využiť finančnú podporu na kompenzáciu, ktorá je určená na prekonanie alebo zmiernenie sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia; peňažný príspevok sa môže využiť napr. na zaobstaranie pomôcky, na jej opravu, na osobnú asistenciu,

¹³ pri využívaní sociálnej opory zo strany komunity a profesionálov opatrovateľovi odporučiť kontaktnú osobu, ktorá zabezpečuje starostlivosť (napr. sestra, ktorá realizuje domácu ošetrovateľskú starostlivosť prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, sociálny pracovník zabezpečujúci opatrovateľskú službu)

¹⁴ Opatrovateľskú službu zabezpečuje v danej obci odbor sociálnej starostlivosti, zdravia a rodiny - referát opatrovateľskej služby. Zameriava sa na pomoc pri zabezpečovaní nevyhnutných životných úkonov (napr. pri bežných úkonoch osobnej hygieny, pri podávaní jedla), nevyhnutných prác v domácnosti (napr. nákup, varenie jedla, pranie) a pri zabezpečovaní kontaktu so spoločenským prostredím (napr. sprievod na lekárske vyšetrenie). (Zákon č. 88/2001, Príloha č. 1) Občan vyplní žiadosť, ku ktorej priložá prílohy – návrh na poskytnutie opatrovateľskej služby, ktorý vyplní lekár a rozhodnutie o výške dôchodku. Každá obec ustanovuje vo všeobecných záväzných nariadeniach podrobnosti o jednotlivých službách (napr. ako sa zabezpečuje, aká je výška úhrady poskytnutá občanom).

- viesť opatrovateľa k zapojeniu do svojpomocných skupín, ktoré slúžia napr. na získavanie potrebných informácií, na podelenie sa so svojimi pocitmi, na výmenu skúsenosti, na pomoc zvládnuť stres a sociálnu izoláciu,
- pomôcť opatrovateľovi naplánovať alternatívne riešenie situácie (napr. využívanie respitnej starostlivosti, ktorá sa zameriava na odľahčenie starostlivosti o chorých až konečné umiestnenie opatrovaného v sociálnom alebo zdravotníckom zariadení, napr. liečebňa pre dlhodobo chorých, zariadenie sociálnych služieb).

Záver

Rodina je najvýznamnejšou súčasťou spoločenskej mikroštruktúry. Stáva sa prvým faktorom, ktorý ovplyvňuje ľudskú skúsenosť, utváranie osobnosti človeka, jeho vnútorné prežívanie a psychickú reguláciu správania. Aj napriek tomu, že nie je jediným výchovným prostredím, nakoľko však je prvou sociálnou skupinou, ktorej členmi sa stávame, v socializácii a vo výchove zohráva prioritnú a nenahraditeľnú úlohu. Poskytuje dieťaťu hotový model fungovania rodiny, no na jeho vývin pôsobia aj iné, veľmi silné vplyvy vonkajšieho mimo rodinného prostredia. Efektívne plnenie funkcií rodiny má veľký vplyv aj na zdravie, a to z toho dôvodu, že iba funkčná rodina dokáže zabezpečiť zdravie pre ostatných členov a poskytuje im starostlivosť a ochranu, zvlášť v obdobiach, keď nie sú v stave sa o seba postarať. Rodiny, ktoré sú konfrontované prítomnosťou stresorov, sú z hľadiska zvládania záťaže rizikovou skupinou. Jedným zo stresorov, ktorý môže narušiť smer rodinného fungovania a tým negatívne ovplyvniť kvalitu života opatrovateľa, je diagnóza závažného ochorenia člena rodiny, vyžadujúca si následnú starostlivosť v domácom i nemocničnom prostredí. Kladie nároky na psychiku členov rodiny, odráža sa v ich telesnom stave, zasahuje do sociálnych vzťahov a väčšinou aktualizuje ich duchovnú sféru, otázky osobnej viery a zmyslu života.

Kontrolné otázky a úlohy:

1. Definujte rodinu a jej funkcie.
2. Aké škály je možné použiť na posúdenie rodinného fungovania?
3. Ktoré ošetrovateľské diagnózy z NANDA International Taxonómii II sú zamerané na rodinu?
4. Špecifikujte efektívne intervencie zamerané na zvládanie záťaže v rodine a prevenciu preťaženia opatrovateľa.

Zoznam bibliografických odkazov

- KURUCOVÁ, R., LEPIŠOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., TABAKOVÁ, M. 2014. Edukácia primárnych opatrovateľov zomierajúcich pacientov. In *20 rokov Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti*. Ed. Kožuchová, M. Kežmarok: Asociácia Agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike. 2014, s. 127-135.
- KURUCOVÁ, R. 2016. *Zátěž pečovatele: Posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.
- KURUCOVÁ, R. 2017. Starostlivosť o rodinu/blízkych v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. Závaž opatrovateľa. In *Vybrané kapitoly z paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti*. Ed. Kurucová, R., Žiaková, K., Nemcová, J. 2. vyd. Martin : Osveta. 2017, s. 196-207. ISBN 978-80-8063-457-5.
- KOŽUCHOVÁ, M. a kol. 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta, 2014. 245 s. ISBN 978-80-8063-414-8.
- LEPIŠOVÁ, M., KURUCOVÁ, R. 2015. Závaž primárnych opatrovateľov v domácom prostredí – vybrané aspekty. *Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín : Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského* [online] [cit. 2021-02-01]. Dostupné na internete: <<http://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=295>>.
- LLOYDOVÁ-WILLIAMSOVÁ, M. 2007. Emoce a kognice. In PAYNEOVÁ, SH., SEYMUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pre odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-8087029-25-1. s. 317–330.
- PAYNEOVÁ, SH., SEYMUROVÁ, J., INGLETONOVÁ, CH. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno : Společnost pre odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-8087029-25-1. 808 s.
- TABAKOVÁ, M., ZELENÍKOVÁ, R., KOLEGÁROVÁ, V. 2011. Preťaženie opatrovateľa – obsahová validizácia ošetrovateľskej diagnózy v Slovenskej a Českej republike. In *Profese on-line* [online]. 2011, roč. 4, č. 2, s. 27-32 [cit. 2021-02-15]. Dostupné na internete: <http://profeseonline.upol.cz/pretazenie-opatrovateoza-obsahova-validizacia-oseetrovateozskej-diagnozy-v-slovenskej-a-ceskej-republike/>
- Zákon č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.*

Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.455/1991Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.