



Organizačná smernica

**Určenie postupov a pravidiel prevencie
a riešenia krízových situácií**

OS č.: 4/2020
Verzia č.: II.

**Určenie postupov a pravidiel prevencie a riešenia
krízových situácií**

Vypracoval	Schválil
Meno a priezvisko: PhDr. Dana Begová	Meno a priezvisko: Ing. Juraj Šuppa
Pracovná pozícia: sociálny pracovník	Pracovná pozícia: riaditeľ
Dátum: 01.11.2020	Dátum: 01.11.2020
Podpis:	Podpis:



Organizačná smernica

**Určenie postupov a pravidiel prevencie
a riešenia krízových situácií**

OS č.: 4/2020
Verzia č.: II.

ROZDELOVNÍK

- Výtlačok č.1: riaditeľ
Výtlačok č.2: zdravotná sestra
Výtlačok č.3: inštruktor sociálnej rehabilitácie
Výtlačok č.4: sociálny pracovník



Organizačná smernica

**Určenie postupov a pravidiel prevencie
a riešenia krízových situácií**

OS č.: 4/2020
Verzia č.: II.

LIST ZMIEN

P. č. zmeny	Dátum vydania zmeny	Zmena upravuje, doplňuje	Dátum zápisu	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10....				



Organizačná smernica

**Určenie postupov a pravidiel prevencie
a riešenia krízových situácií**

OS č.: 4/2020

Verzia č.: II.

OBSAH

Kapitola	Názov kapitoly	Strana
	Rozdeľovník	2
	List zmien	3
	Obsah	4
1	Úvodné ustanovenia	5
1.1	Účel vydania	5
1.2	Súvisiace predpisy	5
2	Vymedzenie základných pojmov	6
3	Identifikované riziká	10
3.1	Riziko pádu	10
3.2	Riziko vzniku dekubitov	13
3.3	Riziko agresivity	21
3.4	Riziko straty klienta	25
3.5	Riziko sociálnej izolácie	26
3.6	Riziko udusenía jedlom	27
3.7	Riziko imobilizačného syndrómu	31
3.8	Riziko dehydratácie	34
3.9	Riziko sebapoškodzovania	39
3.10	Núdzové a havarijné situácie	44
4	Záverečné ustanovenia	48



1. Úvodné ustanovenia

1.1 Účel vydania

Táto organizačná smernica ustanovuje postupy a pravidlá riešenia krízových situácií a systém preventívnych opatrení na predchádzanie vzniku krízových situácií. Stanovuje postupy a pravidlá ako poskytovateľ sociálnej služby spolu s prijímateľom sociálnych služieb, jeho rodinou a inými osobami navrhuje, dohodne a vypracováva postup krízovej intervencie na zvládanie krízových situácií a riešenie krízy u prijímateľa sociálnej služby a zabezpečenie vhodných služieb.

Táto organizačná smernica je zároveň metodickým postupom pri realizácii štandardov kvality, oblasť II. a kritéria 2.6.

1.2 Súvisiace predpisy

- Zákon č. 460/1992 Z. z. Ústava Slovenskej republiky
- Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov (§ 6 odsek 3 písmeno b); § 7 písmeno a), b), c); § 10)

2. Vymedzenie základných pojmov

Kríza – stretnutie s prekážkou, ktorú nie sme schopní vlastnými silami a vykonávacími stratégiami či pomocou nám blízkych osôb zvládnuť. Kríza vedie k zmene regulačných spôsobov nášho správania (či už pozitívnym alebo negatívnym smerom). Nesie v sebe možnosť zásadnej zmeny je zároveň nebezpečenstvom i príležitosťou.

Vonkajšie činitele, ktoré podporujú vznik krízy:

- ❖ **Strata objektu** – smrť, rozchod, sklamanie, zrada, strata hybnosti, strata očakávania – nedostaví sa očakávané povýšenie, nepodarí sa skúška...
- ❖ **Zmena** – zdravotného stavu, rodinného, pracovného, počatie neželaného dieťaťa, atmosférické zmeny.
- ❖ **Voľba** – medzi dvoma rovnakými kvalitami.

Typológia krízy: Typy kríz:

- ❖ **situačná** – je vyvolaná udalosťou s nepredvídateľným stresom. Spúšťajú ju vonkajšie činitele – stratou, zmenou, voľbou.
- ❖ **tranzitórna** - kríza z očakávania životných zmien – všetky krízové obdobia, prirodzené prekážky, ktoré nesú so sebou nároky rastu a zrenia. Napr. dospievanie, u žien klimakterium, puberta, odchod na dôchodok, zánik rodiny – osamostatnenie detí ...
- ❖ **kríza prameniaca z náhleho traumatizujúceho stresu** – vonkajšie stresy, ktoré klient neočakáva a nad nimi nemá takmer žiadnu kontrolu. Napr. znásilnenie, autohavária, hromadné nešťastia, katastrofy, ktorého účastníkmi sme sami alebo sme boli svedkami.



- ❖ **kríza z dozrievania a vývoja** – súvisí s vývojovými fázami podľa Eriksona – človek nezvláda moc napr. strata identity, sexualita, sexuálna identita, nezvláda alebo zle používa moc vo svojich vývojových úlohách.
- ❖ **krízy prameniace z psychopatológie** – šlo by pravdepodobne o klienta s poruchou osobnosti alebo so závažnými neurotickými poruchami, jedinec so závislosťou od alkoholu a iných drog, klient s veľkou depresiou či psychózou.
- ❖ **neodkladné krízové stavy** – akútne stavy, ktoré môžu, ale tiež nemusia sprevádzať psychické ochorenie. Patria sem akútne psychotické stavy, alkoholová či drogová intoxikácia a problémy spojené s kontrolou impulzu, ako je samovražedné alebo vražedné chovanie a nekontrolovaná zlosť a agresia.

Fázy krízy:

- ❖ **vnímanie ohrozenia.** Dôsledkom je zvýšená úzkosť – aktivizujú sa obvyklé vyrovnávacie stratégie, čo sa pre niekoho môže diať v rovine svojpomoci, niekto hľadá pomoc u blízkych ľudí. Odohráva sa v horizonte minút až hodín.
- ❖ **prežívanie pocitu zraniteľnosti a nedostatku kontroly nad situáciou** – môže sa dostať ochromenie alebo snaha o vyrovnanie sa so situáciou náhodným spôsobom. V tejto fáze niekto napr. kontaktuje linku dôvery. Odohráva sa v horizonte hodín až niekoľko dní.
- ❖ **predefinovanie krízy** – nádej, že dôverne známe vyrovnávacie prostriedky budú úspešné. Nové spôsoby riešenia problému môžu byť rovnako účinné. Klient je schopný pripustiť si pocit a robiť rozhodnutia. V tejto fáze je najprístupnejší pomoci a krízovej intervencii ako metódy starostlivosti. Je plne postačujúca, pokiaľ kríza neohlasovala hlbší problém. Klient v tejto fáze navštevuje krízové centrá spontánne. Odohráva sa v horizonte niekoľkých hodín a dní.
- ❖ **závažná psychologická dezorganizovanosť** – úzkosť a reakcia na ňu sa podobajú stavom paniky. Objavujú sa hlboké kognitívne, emocionálne a psychologické zmeny. V tejto chvíli, pokiaľ je známe, že kríza vyúsťuje negatívne, sa môže krízová intervencia ukázať ako nevyhnutná. Na ňu niekedy nadviaže psychoterapia. Je to veľmi kritická fáza. Môže vzniknúť syndróm psychického ohrozenia. Človek takúto fázu nedokáže prekonať lebo nemá vo svojej blízkosti ľudí ktorým by dôveroval, a ktorí by mu mohli pomôcť a nemá ani odbornú pomoc.

Vrodené obranné stratégie – mechanizmy.

- ❖ **Útok** - agresívna reakcia
- ❖ **Útek** - útekové správanie – jedinec môže mať neodvratné nutkanie utiecť z ohrozujúceho miesta, alebo utiecť do vnútorného sveta
- ❖ **Útlm až stuhnutie**



Reakcie na psychické ohrozenie:

- ❖ regresívne správanie – krok späť – návrat k starým mechanizmom patriacim do raného detstva. Môže sa to prejavovať cmúľaním palca, neschopnosť prijímať zodpovednosť.
- ❖ Panická reakcia – extrémna úzkosť je odpoveďou na stresový podnet. Prejavuje sa ako obrovský strach zo zranenia alebo zo smrti. Vypadá to, ako keby sa jedinec nemohol zorientovať vo svojom okolí, je v stave zmätku, nevie čo skôr, nemôže odpovedať.
- ❖ Derealizácia – porucha vnímania vnútorného sveta, pocit odcudzenia sa sebe samému, pocit, akoby sa to klienta netýkalo, to sa mu len zdá, pocit neskutočná.

Krízová intervencia

Krízová intervencia je odborná metóda práce s klientom v situácií, ktorú osobne prežíva ako záťažovú, nepriaznivú, ohrozujúcu.

Pod krízovou intervenciou rozumieme zásah, zákrok, alebo zakročenie v kríze.

Ide o špecializovanú pomoc osobám, ktoré sa ocitli v kríze, teda v situácii, ktorá spôsobuje zmenu v ich zvyknutom spôsobe života a vyvoláva stav nerovnováhy, ohrozenia a stresu. Človek tak teda nevie využívať obvyklé vyrovnávacie stratégie, pretože kríza presahuje jeho adaptačné možnosti a zdroje bežných obranných mechanizmov.

V užšom slova zmysle znamená krízová intervencia techniky a stratégie pri zaobchádzaní s človekom v kríze, v širšom zmysle predstavuje metódu, ktorej cieľom je eliminácia súčasnej situácie a stabilizácie jedinca. Zahrňuje psychologickú, lekársku, sociálnu a právnu pomoc. Pracovník klienta podporuje v jeho kompetencii riešiť problém tak, aby dokázal aktívne a konštruktívne zapájať svoje vlastné sily a schopnosti a využiť potenciál prirodzených vzťahov.

Krízová intervencia sa odohráva v rovine riešenia klientovho problému a prekonávania konkrétnych prekážok.

Špecifické znaky krízovej intervencie

- ❖ **Okamžitá pomoc** (poskytnutie pomoci by malo byť tak rýchle, ako je to len možné).
- ❖ **Redukcia ohrozenia** (utváranie emocionálnej podpory, zaistenie pocitu bezpečia a materiálnej pomoci – zaistenie prístrešia a základných životných potrieb)
- ❖ **Koncentrácia na problém „teraz a tu“** krízová intervencia sa zameriava na aktuálnu situáciu a aktuálny problém.
- ❖ **Časové ohraničenie**
- ❖ **Intenzívny kontakt** krízového intervenanta s klientom
- ❖ **Štruktúrovaný, aktívny, niekedy aj direktívny prístup** krízového intervenanta (od trpezlivého, empatického počúvania až po direktívny zásah v situácii ohrozenia zdravia alebo života)
- ❖ **Individuálny prístup** - kríza je subjektívna záležitosť preto môžu rôzni ľudia reagovať na rovnaké krízové situácie rôznymi spôsobmi a za daných okolností budú potrebovať „niečo iné“.



Krízovú intervenciu v praxi tvoria najčastejšie tieto aktivity:

- ❖ Poskytnutie bezpečia
- ❖ Emocionálna opora
- ❖ Uľahčenie komunikácie
- ❖ Podpora ventilácie emócie
- ❖ Vedenie a „skompetentnenie“, zmocnenie klienta v snahe vy(riešiť) krízu s využitím vlastných zdrojov
- ❖ Dodávanie nádeje (že vyriešenie krízy je možné a že to klient s určitou pomocou dokáže)
- ❖ Konfrontácia s realitou a redukcia tendencie odmietania a skresľovania reality
- ❖ Identifikácia najdôležitejšieho (kľúčového) problému, ktorý je potrebné riešiť
- ❖ Zhodnotenie klientových efektívnych adaptačných mechanizmov a eliminácia neefektívnych mechanizmov
- ❖ Mobilizácia možných zdrojov pomoci
- ❖ Vytvorenie plánu pomoci

Etapy krízovej intervencie

- ❖ *Zahájenie krízovej intervencie* - Nadviažeme kontakt krízového intervenanta s klientom, aby sme vytvorili dobrý vzťah. Pritom používame **techniku akceptácie** klienta so všetkými jeho prejavmi. Potom zaistíme fyzické aj psychické bezpečie.
- ❖ *Realizácia krízovej intervencie* - V tejto fáze získavame relevantné informácie (čo, kedy, kde a ako bola kríza vyvolaná). Identifikujeme a reflektujeme spúšťiacu udalosť, prečo túto situáciu klient vníma ako ohrozujúcu, prečo zlyhávajú obvyklé vyrovnávacie stratégie. Zameriavame sa na aktuálny psychický stav klienta, podobnosť súčasnej krízy s minulými zážitkami, úroveň klientovej adaptácie pred vznikom krízy, klientovo aktuálne fungovanie (resp. nefungovanie), jeho vzťah k ľuďom, jeho ochotu k prijatiu pomoci, súčasnú adaptáciu na krízu. V tejto fáze vzniká plán, ako krízu riešiť. Pracujeme so systémom sociálnej opory (ktoré osoby môžu byť pre neho sociálnou oporou), ktorá má rozhodujúci vplyv na hĺbku a trvanie krízového stavu. Pri vážnom stave klienta je nutná i hospitalizácia.
- ❖ *Ukončenie krízovej intervencie* - Akonáhle sa ukáže, že je stav klienta stabilizovaný a že si klient uvedomuje, čo ku kríze viedlo a ako ju mal prekonať (získa náhľad, pochopenie), môže byť krízová intervencia ukončená.



3. Identifikované riziká

Naša cieľová skupina prijímateľov sociálnej služby môže byť ohrozená nasledovnými rizikami:

3.1 Riziko pádu

Definícia: Riziko zvýšenej náchylnosti k pádom, ktoré môžu spôsobiť fyzickú ujmu.

Rizikové faktory pádu	Kognitívne: Zhoršený mentálny stav, Zmätenosť, Demencia, Porucha reálneho hodnotenia situácie	Medikácia: Užívanie alkoholu, Lieky proti úzkosti, Antihypertenzíva, Diuretika, Hypnotika, Narkotika/opiáty, Antidepresíva
Rizikové faktory u dospelých: vek 65 alebo viac, pády v anamnéze, človek žije osamelo, protéza dolnej končatiny, používanie pomôcok (barly, chodítka, palica), používanie vozíka, nesprávne používanie pomocných zariadení nesprávna obuv	Environmentálne: Neusporiadané prostredie, Slabo osvetlená izba, Absencia protišmykového materiálu vo vani / v sprche, Zábrany, Voľné rohožky, Neznáma izba, Vonkajšie podmienky (mokrú podlahu, ľad...)	Fyziologické: Výskyt akútneho ochorenia, Pooperačné stavy, Cievne ochorenie, Anémia, Artritída, Zhoršená fyzická mobilita, Oslabená sila dolných končatín, Hnačka, Problémy s chôdzou, Mdloby pri natiahnutí krku, Mdloby pri otočení krku, Zhoršený sluch, Zhoršený zrak, Problémy s rovnováhou, Inkontinencia, Neoplazmata (napr. únava/obmedzená pohyblivosť), Neuropatia, Ortostatická hypotenzia, Postprandiálne zmeny krvného cukru, Nedostatočné vnímanie polohy jednotlivých častí tela, Nespavosť, Nutkanie na močenie, Vaskulárne ochorenie, Vizúálne problémy

**Test pre zistenie rizika pádu**

Aktivita		Body
Pohyb	Neobmedzený	0
	Používa pomôcky	1
	Potrebuje pomoc pri pohybe	1
Vyprázdňovanie	Neschopný pohybu	1
	Nevyžaduje pomoc	0
	Prítomná inkontinencia alebo nocturia	1
Medikácia	Vyžaduje pomoc	1
	Neužíva rizikové lieky	0
	Užíva diuretiká, antiparkinsoniká, antikonvulzíva, antihypertenzíva, psychotropné lieky, benzodiazepany	1
Zmyslové poruchy	žiadne	0
	Vizuálny, sluchový, zmyslový deficit	1
Mentálny status	Orientovaný	0
	Zriedkavá/nočná dezorientácia	1
	Dezorientácia, demencia	1
Vek	18-75 rokov	0
	75 rokov a viac	1
Spolu		

Ak je skóre vyššie ako 3, je potrebné iniciovať zásahy zamerané na prevenciu pádu.

Zdroj: Poledníková, L. a kol., Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo, Osveta, 2006

Gaitov funkčný test- test určenia rovnováhy/prevencie pádu

- Požiadajte klienta, aby sa posadil na stoličku na 60 sekúnd.
- Požiadajte klienta, aby sa postavil a stál na mieste 30 sekúnd.
- Požiadajte klienta, aby sa prešiel cez miestnosť a aby sa otočil.
- Požiadajte klienta, aby sa vrátil k svojej stoličke, a aby sa znovu posadil

- Ak je klient schopný vykonať všetky 4 činnosti bez toho, aby stratil rovnováhu, spadol, snažil sa nájsť predmety, o ktoré by sa oprel, je Gaitov test negatívny.
- Ak klient nie je schopný test dokončiť alebo previesť bez ťažkostí, je potrebné, aby zariadenie realizovalo preventívne opatrenia na prevenciu pádu.

Zdroj: Poledníková, L. a kol., Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo, Osveta, 2006



Preventívne opatrenia na predchádzanie pádov:

- ❖ Monitorovať a hodnotiť mobilitu a rovnováhu klienta.
- ❖ Konzultovať s lekárom farmakoterapiu, ktorá môže zvýšiť pravdepodobnosť pádu klienta.
- ❖ Doplniť vitamín D a kalcium pre zdravé kosti a svaly.
- ❖ Učiť klienta orientácii v priestore.
- ❖ Pomáhať klientovi pri zmene polohy.
- ❖ Udržiavanie klienta v dobrej fyzickej kondícii.
- ❖ Zabezpečiť kognitívny tréning klienta, aby sa podporoval dobrý mentálny stav.
- ❖ Pravidelná pohybová aktivita, cvičenia na podporu svalovej a kĺbovej mobility, podporu rovnováhy a koordinácie pohybov.
- ❖ Bezpečné používanie kompenzačných pomôcok.

Úprava životného priestoru

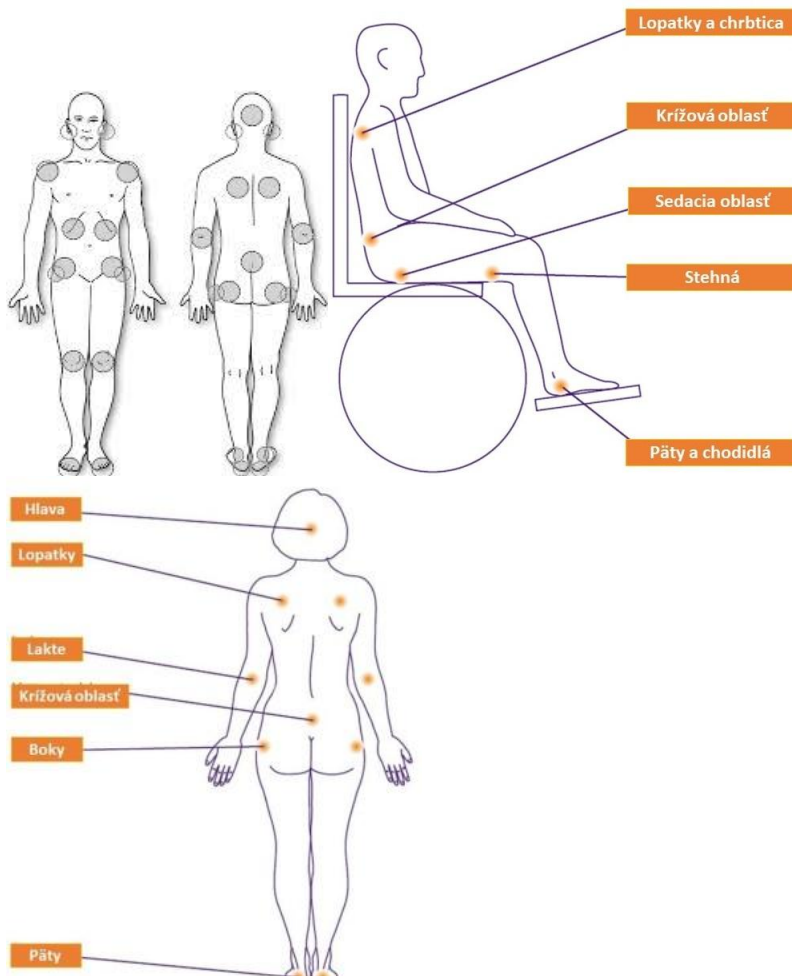
- ❖ Prostredie bez bariér, bez zbytočných predmetov a to najmä v úzkych priestoroch, chodbách a na schodisku.
- ❖ Koberce pevne prichytené o podlahu alebo odstrániť koberce úplne.
- ❖ Priestory zariadiť pevným, stabilným nábytkom.
- ❖ Bočnice na posteli používať len v odôvodnených prípadoch.
- ❖ Používať madlá nad posteľou, aby sa klient mohol zdvihnúť.
- ❖ V noci nechať v izbe tlmené svetlo pre lepšiu orientáciu.
- ❖ Ak je možné, tak klienta ohrozeného pádmi dať na izbu, ktorá je v blízkosti miestnosti určenej pre personál, kvôli zvýšenému dohľadu. Tzv. „pádové izby“.
- ❖ Zabezpečiť signalizáciu do izieb a spoločných priestorov.
- ❖ Prahy nahradiť lištami.
- ❖ Dbať na kvalitné osvetlenie priestorov.
- ❖ Používať stabilné stoličky a kreslá s opierkami, o ktoré sa prijímatelia sociálnej služby pri vstávaní môžu oprieť.
- ❖ Nábytok v izbe usporiadať tak, aby sa ho klient mohol pri chôdzi pridržať.
- ❖ Predmety dennej potreby uložiť tak, aby ich klient mal ľahko dostupné, najlepšie vo výške pásu, ani nie príliš vysoko, ani nie príliš nízko.
- ❖ Obuv používať pevnú s protišmykovou podrážkou.
- ❖ V kúpeľni používať protišmykové podložky a podporné držadlá do vane a na WC.
- ❖ Zabezpečiť zvýšenú polohu WC a postranné madlá.
- ❖ Zabezpečiť klientovi okuliare, ak ich potrebuje, dbať aby ich používala a aby sklá okuliarov mal čisté a bez šmúh.
- ❖ Dbať, aby podlahy boli čisté a suché. Ak sa niečo rozleje, treba to bezodkladne utrieť, ak je podlaha mokrá upozorniť na to informačnou ceduľou.
- ❖ Vyhýbať sa hrboľatému, nerovnému a klzkému terénu.
- ❖ Pri chôdzi po schodoch musí mať prijímateľ sociálnej služby možnosť pridržať sa zábradlia, madla po oboch stranách alebo požiadať o pomoc.
- ❖ Madla pozdĺž steny dať v primeranej výške, odporúča sa od 66 – 91 cm podľa výšky klienta.
- ❖ Prvý a posledný schod bezpečnostne označiť.
- ❖ Prijímateľ sociálnej služby nesmie nosiť ťažké bremená a nakláňať sa s nimi.



- ❖ Klienta učíme, aby vstával pomaly a opatrne.
- ❖ Klienta učíme, že ak dvíha padnutý predmet zo zeme, musí pokrčiť kolená a chrbticu držať vzpriamenú.
- ❖ Oblečenie klienta, nohavice a sukne, musia byť primerane dlhé, nesmú sa vláčiť po zemi.
- ❖ Šnúrky na topánkach musia byť pevne uviazané.
- ❖ V prípade vysokého rizika pádu a pri opakovaných pádoch odporučiť používanie chráničov bedrových kĺbov, vyplnené podlahové matrace fixované k podlahe, ochranné helmy.

3.2 Riziko vzniku dekubitov

- ❖ Prevencia dekubitov je dôležitá v zariadeniach sociálnych služieb určených pre seniorov, viacnásobne postihnutých klientov a imobilných klientov.
- ❖ **Dekubitus** alebo preležanina je druh chronickej rany, ktorá vzniká ako dôsledok lokálnej ischémie kože, prípadne podkožných tkanív a svalov, s následnou ulceráciou až nekrózou. Lezie vznikajú na základe spolupôsobenia vnútorných a vonkajších faktorov na predilekčných miestach.
- ❖ Predilekčnými oblasťami na výskyt dekubitov sú v 34 % krížová oblasť, oblasť bedrového kĺbu a kostrče, v 26 % päty, v 10 % oblasť nad členkami. Na hrebene lopatiek, siedmy krčný stavec, temeno hlavy a lakte pripadá výskyt po 6 % .





Rizikové faktory

Dekubity vznikajú pôsobením tlaku, trenia a strižných síl.

Tlak pôsobí najmä v predilekčných miestach medzi podložkou a pacientom.

Zvýrazni sa, ak je posteľná bielizeň ťažká, prípadne klientov odev tesný.

Podľa niektorých autorov nie je rozhodujúca ani tak sila tlaku, ako jeho trvanie.

Už kontinuálne pôsobiaci vonkajší tlak trvajúci dve hodiny spôsobuje nezvratnú ischémiu tkanív.

Režim polohovania je práve tomuto intervalu.

Ischémiá tkaniva vzniká okrem pôsobenia tlaku aj následkom strižných síl, ktoré sa uplatňujú pri dlhodobom vysadení na posteli s vysoko zdvihnutou hornou časťou tela.

Strižné sily vznikajú pri posúvaní vrchných vrstiev kože oproti podkožiu.

Prevenciou pôsobenia tangenciálneho tlaku s následnou oklúziou arteriol je polohovanie hornej polovice tela maximálne do sklonu 30 stupňov.

Štiepenie vzniká aj pri nevhodne naložených obväzoch, nerovnostiach lôžka, nevhodnej masáži či kĺzaním pacienta po posteli, alebo pri jeho ťahaní nahor.

Štiepenie, ku ktorému dochádza následkom kĺzania, môže poškodiť tkanivo v hĺbke.

V závažných prípadoch sa poškodia lymfatické cievy a svalové vlákna a môže vzniknúť hlboko siahajúca preležanina.

Keďže svalové tkanivo je omnoho citlivejšie na tlak ako koža, tento patologicky proces môže byť do určitej doby od svojho vzniku neviditeľný, pretože koža nad roztrhnutým svalom môže zostať až dva týždne neporušená.

Trenie je zložka štiepenia spôsobujúca zlupnutie stratum corneum (rohovatejúca vrstva kože), čím dochádza ku vzniku mikrotraum.

Trenie sa zvyšuje vo vlhkom prostredí, preto sa tento spôsob vzniku dekubitu vyskytuje najčastejšie u pacientov, ktorí nie sú schopní udržať stolicu a moč, ktorí sa výrazne potia, ktorí majú na koži oblečené vlhké nevzdušne odevy, ktorí ležia a povrchoch udržujúcich vlhkosť.

Medzi **rizikové faktory** uľahčujúce vznik dekubitu patri imobilita, inaktivita, inkontinencia, alternovaný psychický stav, zlé nutričné faktory, keď dochádza k poruche imunity a k zhoršeniu schopnosti regenerácie tkaniva.

Ďalej existuje celý rad chorôb, ktoré predstavujú zvýšené riziko vzniku dekubitu, ako sú: anémia, infekcie, periférne cievne poruchy, diabetes mellitus, mozgová príhoda, malignity, poruchy kardiovaskulárneho systému, demencia, zvýšená telesná teplota, nízka alebo nadmerná telesná hmotnosť.

Mnohí autori vyzdvihujú zásadný význam malnutrície na vznik a nepriaznivý vývoj dekubitov.

Dekubity môžu byť výrazným zdrojom strát bielkovín.

Vo väčšine prípadov sa prehlbuje malnutícia, čo má za následok zhoršenie až zastavenie schopnosti regenerácie tkaniva.

Je veľmi potrebné podávanie nutričných doplnkov vo forme sippingu. (Toto označenie pochádza z angličtiny a znamená srkanie, odpíjanie.

Dôležité je pomaly popíjať nápoj medzi jedlami, po malých porciách. Nutričný doplnok sa obvykle pridáva navyše k bežnej strave, na zlepšenie príjmu energie, živín a posilnenie pacienta v čase choroby. Nutričné doplnky sa dajú konzumovať v ktorúkoľvek dennú či nočnú hodinu podľa potreby.)



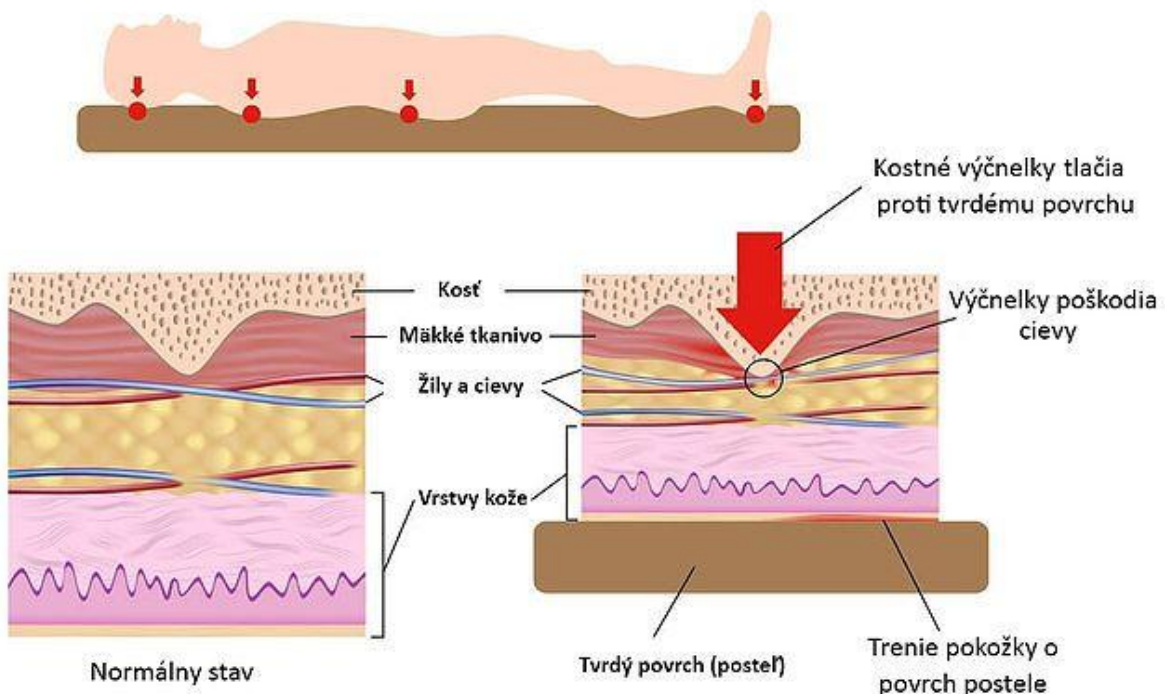
Nutričné doplnky nemusia zabrániť vzniku dekubitov, ale spomalia ich progresiu a uľahčia ich hojenie

Niektorí autori udávajú ako rizikový faktor aj počet spontánnych nočných pohybov u geriatrických pacientov.

Za fyziologických okolností sa spiaci jedinec pohne každých 10 minút, úplne zmení svoju polohu na lôžku počas 8 hodín asi 40-krát, a tým predchádza ischemickému poškodeniu tkanív.

Viac ako 50 spontánnych nočných pohybov naznačuje nízke riziko vzniku preležanín .

Príčiny vzniku dekubitov



U pacientov, ktorí zmenia polohu na lôžku menej než 20-krát, je riziko rozvoja dekubitov až 90 % . Preto je nevyhnutné pokračovať v polohovaní aj v nočných hodinách, a to aj napriek budeniu a rušeniu,



Odhad rizika vzniku dekubitov

Na odhad rizika vzniku dekubitov sa používajú rôzne skórovacie systémy (Northon, Watherlow, Braden, Knoll). Tabuľky so zohľadnením rizikových faktorov a klinické vyšetrenie majú za účel určiť riziko vzniku dekubitov u pacienta a následne im predchádzať. Na ilustráciu uvádzame dva typy hodnotiacich škál Knollovou stupnicou a Tradenovu stupnicou.

Riziko vzniku dekubitov – Knollova stupnica (Zdroj: Vörösová a kol. 2005)

Parameter	0	1	2	3
Všeobecný stav zdravia	dobry	primerany	chatrny	slaby
Mentálny stav	bdely	letargia	semikomatózny	komatózny
Aktivita	chodiaci	potrebuje pomoc	trvalo na vozíku (2x)	trvalo na posteli (2x)
Pohyblivosť	plná	obmedzená	veľmi obmedzená (2x)	imobilita (2x)
Inkontinencia	žiadna	občasná	spravidla močová	úplná moču, stolice (2x)
Príjem výživy per os	dobry	primerany	zly	žiadny
Príjem tekutín per os	dobry	primerany	zly	žiadny
Náchylnosť na choroby – DM, neuropatie, cievne choroby, anémie	žiadna	znizena	primerana	velka
Hodnotenie: > ako 12 bodov – riziko vzniku dekubitov				

Riziko vzniku dekubitov - Tradenova stupnica (Zdroj: Vörösová, 2005)

Parameter	Bodové skóre			
	4	3	2	1
Schopnosť reagovať na zmyslové vnemy	žiadna	veľmi obmedzená	mierne obmedzená	normálna reakcia
Vlhkosť - inkontinencia	trvalo mokry	často mokry	občas vlhky	zriedka vlhky
Fyzická aktivita	pripútaný na posteľ	stolička, v sede	príležitostná chôdza	častá chôdza
Mobilita zmena polohy tela a končatín v ľahu	plne imobilný	výrazne obmedzená	mierne obmedzená	pohyblivý



Organizačná smernica

**Určenie postupov a pravidiel prevencie
a riešenia krízových situácií**

OS č.: 4/2020
Verzia č.: II.

Výživa	veľmi zlá	pravdepodobne nedostatočná	dostatočná	výborná
Trenie – nožnicový efekt	trvalé riziko	občas prítomné	aktívny bez rizika	-
Hodnotenie: 1 – najhoršie, 4 – najlepšie maximálne 23 bodov – minimálne riziko vzniku dekubitov 16 bodov – vysoké riziko vzniku dekubitov				

Štádiá dekubitov

Rozpoznávame viacero stupňov dekubitov.

Štádium I je najviac povrchové, indikované červeňou, ktorá nezmizne po uvoľnení tlaku. Toto štádium je vizuálne podobné na reaktívnu hyperémiu (technický termín pre excesívnu červeň) videnú na koži po dlhšej aplikácii tlaku.

Otlaky zo štádia I možno odlišiť od reaktívnej hyperémie dvoma spôsobmi:

- reaktívna hyperémia sa stratí za 3/4 času trvania stlačenia
- reaktívna hyperémia pri stlačení zbledne, kým dekubitus štádia I nie.

Koža môže byť teplejšia alebo chladnejšia ako normálna, má nerovnú štruktúru alebo je pre pacienta bolestivá. I keď sa dekubity ľahko identifikujú na pacientovi s bledou pokožkou, na tmavších ľuďoch sa môžu javiť ako odtiene purpurovej alebo modrej v porovnaní so svetlejšími odtieňami pokožky.

Štádium II je poškodenie pokožky - epidermis - rozšírené do kože - dermis, ale nie hlbšie. V tomto štádiu môže byť vred označený ako pľuzgier alebo odrenina.

Štádium III zahŕňa všetky vrstvy kože zasahujúce, ale neprenikajúce cez podkožné tkanivo. Toto podkožné tkanivo má relatívne slabé zásobovanie krvou a môže sa ťažko hojiť. V tomto štádiu môže vzniknúť výmol, ktorý urobí ranu omnoho väčšou ako vyzerá zhora.

Štádium IV je najhlbšie, rozšírené do svalu, šľachy alebo i do kosti.

Neštádiovateľné dekubity sú pokryté odumretými bunkami alebo chrastami a ranovými výlučkami, preto sa hĺbka nedá určiť.

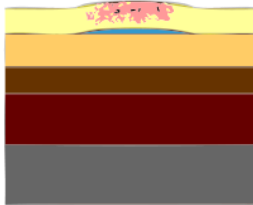


Organizačná smernica

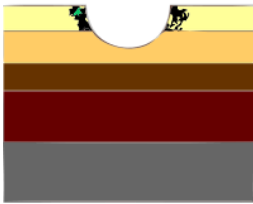
**Určenie postupov a pravidiel prevencie
a riešenia krízových situácií**

OS č.: 4/2020
Verzia č.: II.

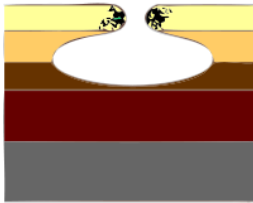
I



II



III

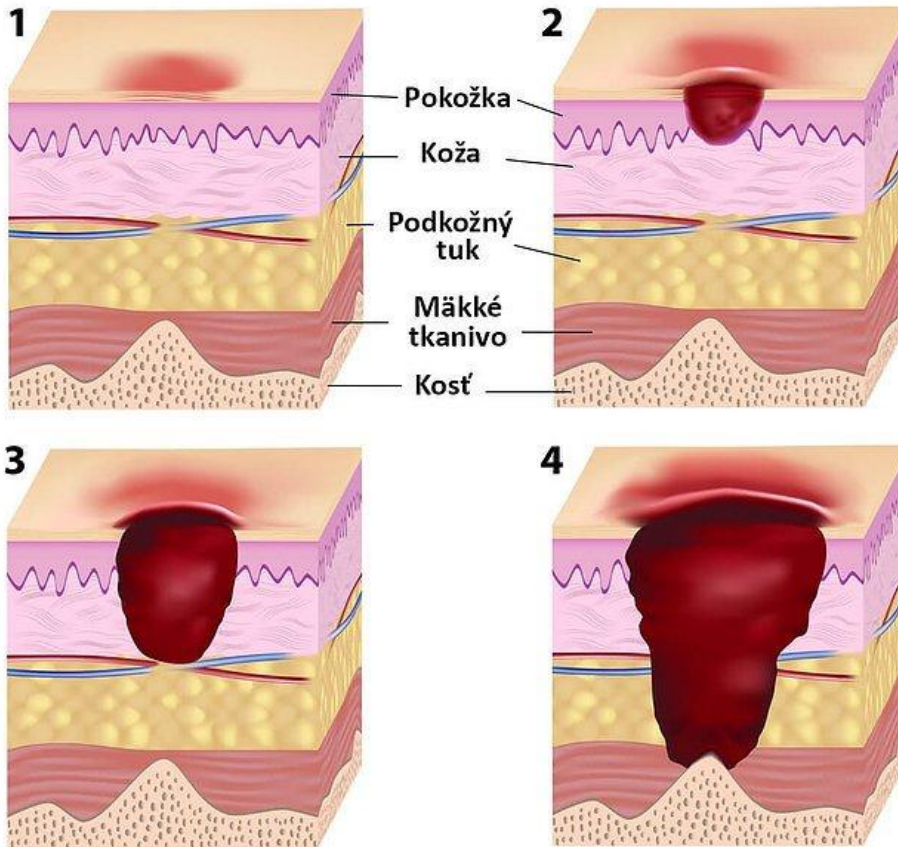


VI





Štádiá dekubitov



Prevencia dekubitov

Prevencia: dodržiavanie tzv. antidekubitálneho režimu

Na to, aby sa nevyskytovali dekubity u pacientov, musíme robiť správnu prevenciu. Zaručená metóda prevencie vzniku dekubitov neexistuje, ale poznáme širokú škálu preventívnych opatrení:

- ❖ V prvom rade musíme odhadnúť či klient je v rizikovej skupine.
- ❖ Kožu je nutné udržiavať v čistote umývaním hydratačným mydlom a dobrým osušením. Nepoužívame kozmetiku, ktorá vysušuje pokožku, ale ochranné oleje a peny s obsahom pantenolu a urey. Treba chrániť kožu pred vlhkosťou. Je nevhodné ju trieť (možnosť vzniku mikrotrhlín), ale ju musíme osušiť miernym tlakom, udržiavať ju vláčnu (oblasť s preležaninou je potrebné potierať špeciálnym antiseptickým prostriedkom.) a správne premasírovať.
- ❖ Postel' klienta sa musí udržiavať v čistote. Pozor na zostatky potravín! Povrch postele musí byť vyrovnaný. Umelohmotné návliečky sú nevhodné, sú nevzdušné a zvyšujú potivosť. Používame posteľnú bielizeň mäkkú, priepustnú pre paru.
- ❖ Dekubity je potrebné pravidelne preväzovať, pričom treba vybrať taký typ obväzu, aby poškodené miesto zostalo vlhké a nie mokré. Existujú rôzne typy obväzov.
- ❖ **Polohovanie** u imobilných klientov je základom prevencie dekubitov.



Jednoduché pravidlá sú:

- ❖ U ležiaceho klienta sa ako účinný a výhodný postup javí polohovanie pri ležaní na chrbte striedavým otáčaním na boky šikmo o 30 – 60 stupňov. Eliminuje sa tlak na sakrum a trochantery. Základom úspechu je dostatočná frekvencia – minimum je raz za 2 hodiny.
- ❖ U ležiaceho klienta pri polohovaní na posteli do polosedu nie je vhodné elevovať trup o viac ako 30 stupňov, pretože vtedy vzniká strih arteriál vyživujúcich kožu v miestach tlaku a vyúsťuje do ischémie tkaniva.
- ❖ Imobilný klient by mal byť vysadzovaný nepretržite najviac na 2 hodiny, odporúča sa po hodine zmena polohy.

Pomôcky pri prevencii a terapii dekubitov:

Statické pomôcky. Jednoduché statické pomôcky sú rôzne *penové podložky a krúžky*. Odporúča sa podložiť vankúšom lýtka a päty ponechať úplne vo vzduchu. Inou možnosťou sú *statické vzduchové matrace* – sústava prepojených vzduchových komôr, ktoré sa pri pohybe pacienta striedavo nafukujú a redistribuujú tlak na telo. Podobne účinné sú aj *vodné matrace*, nevýhodou je hmotnosť, možnosť uniku vody a prítomnosť okluzívneho materiálu na povrchu;

Dynamické pomôcky plnené vzduchom sú tiež sústava vzduchových bublín, ktoré sú striedavo nafukované a vyfukované pumpou. Tieto zariadenia významne znižujú zaťaženie kože;

Špeciálne lôžka (*air-fluidized beds, low-air-loss beds*) pre pacientov s dekubitmi vo vysokom štádiu. Ide o špeciálne polohovateľné lôžka vyrobené z porézneho materiálu, v ktorých prúdi vzduch – pacient „pláva na vzduchu“.

Pri **terapii dekubitov** je nutné dodržať všeobecne pravidla ako pri prevencii. Treba si uvedomiť, že ošetrovanie dekubitov je dlhodobý proces, ktorý predpokladá postupnosť, systémovosť a opodstatnenosť jednotlivých opatrení. Koncepcia ošetrovania vychádza zo zásad:

- ❖ odstrániť vonkajšiu príčinu vzniku dekubitov,
- ❖ zvoliť liečebné postupy na zlepšenie celkového stavu, výživy, hydratácie a zmiernenia bolesti,
- ❖ lokálne ošetrovať dekubit, správne posúdiť stupeň poškodenia a rozsah, zvoliť optimálne prostriedky na hojenie.

3.3 RIZIKO AGRESIVITY

Naše zariadenie poskytuje sociálnu službu so sklonom k agresivite.

Vymedzenie základných pojmov:

- ❖ **Agresia** je manifestné, pozorovateľne chovanie vedené s úmyslom poškodiť iný živý organizmus alebo neživý predmet.
- ❖ **Agresívne správanie** je spravidla pozorovateľné ako epizóda agresie. Každá epizóda ma svoj jasný začiatok, jasný koniec a krátke trvanie (sekundy, minúty).
- ❖ **Násilie** – je zameniteľný pojem s agresiou, ale používa sa pre interakciu medzi ľuďmi.
- ❖ **Hostilita** – najčastejšie sa používa vo význame nepriateľských postojov.



Organizačná smernica

**Určenie postupov a pravidiel prevencie
a riešenia krízových situácií**

OS č.: 4/2020
Verzia č.: II.

Na vyhodnotenie rizika agresivity môžeme použiť **Broset Violence Checklist** – posudzovaciu škálu pozostávajúcu z piatich položiek – rizikových faktorov agresivity, ktoré je možné zaznamenávať na základe pozorovania. Práve táto škála môže napomôcť pracovníkom zariadení sociálnych služieb zorientovať sa v situácii a uvedomiť si mieru rizikového správania sa klienta.

Kritérium	Body
Zmätenosť	1
Podráždenosť	1
Výbušnosť	1
Slovné vyhrážanie sa	1
Agresia voči predmetom	1
Pri prítomnosti dvoch a viacerých rizikových faktorov je vysoké riziko agresívneho správania sa v nasledujúcich 24 hodinách.	

Riziko suicidálneho správania môžeme posúdiť na základe **NGASR škály**.

Kritérium	Body
Beznádej	3
Depresia a strata záujmu a potešenia	3
Plán spáchať samovraždu	3
Aktuálna strata blízkeho alebo rozpad vzťahu	3
Sebevražedný pokus v anamnéze	3
Prítomnosť stresových udalostí	1
Perzekučné hlasy (kritizujúce, prikazujúce, nadávajúce) a presvedčenie o prenasledovaní, ohrozovaní, ovládaní na diaľku)	1
Vážne duševné problémy alebo sebevražda v rodinnej anamnéze	1
Varovné známky sebevražedného zámeru	1
Psychóza v anamnéze	1
Strata manželky, manžela alebo životného partnera	1
Známky sociálnej záťaže	1
Socioekonomické problémy v anamnéze	1
Užívanie alkoholu alebo iných toxických látok v anamnéze	1
Prítomnosť terminálneho ochorenia	1
Skóre: 5 a menej = nízke riziko 6 až 11 = stredné riziko 12 a viac = vysoké riziko	

Rizikové skupiny klientov:

- ❖ Klienti trpiaci psychózou, ktorí pijú alkohol alebo berú drogy, a u tých, ktorí prerušili medikamentóznou liečbu.
- ❖ Klienti so schizofréniou, u ktorých sa vyskytuje kombinácia paranoidných príznakov (ovládanie zlými silami, vkladanie myšlienok do hlavy, ostatní im chcú škodiť)
- ❖ Klienti s Alzheimerovým ochorením



Krátkodobé ciele v zvládaní agresívneho správania:

- ❖ ochrana klienta pred poškodením a seba poškodením
- ❖ ochrana personálu a majetku pred poškodením
- ❖ umožniť hostilnému klientovi vyjadriť sa bezpečným spôsobom
- ❖ vyvinúť úsilie o pokojnú diskusiu

Definitívne ciele v zvládaní agresívneho správania:

- ❖ docieľiť ukludnenie klienta
- ❖ zabezpečiť ďalšiu spoluprácu s cieľom predísť opakovaniu incidentu

Postup pri zvládaní agresívneho incidentu:

- ❖ Vyhodnotenie situácie a zhodnotenie rizika (risk assessment)
- ❖ Deeskalácia násilia – verbálna intervencia
- ❖ Medikácia
- ❖ Fyzické obmedzenie

1. Vyhodnotenie situácie a zhodnotenie rizika (risk assessment)

Udalosti signalizujúce vznik bezprostredného násilia

- ❖ klientova agitácia a rozrušenie,
- ❖ obmedzenie klienta ako súčasť rutinej praxe režimu zariadenia,
- ❖ obmedzenie v usporiadaní prostredia,
- ❖ zamietnutie výhod,
- ❖ konflikt so spoluklientom, provokácia spoluklientami, príbuznými, návštevami,
- ❖ osobné problémy klienta – rodinné, sociálne, finančné.

Varovné signály predpovedajúce bezprostredne hroziace násilie

- 1) **Fyzické signály** – prehnaná motorická aktivita, rozrušenie, nepokoj, prechádzanie hore dolu, svalové napätie, rigidne postoje, eretické pohyby, výhražné gestá a postoje, zlosť, lapanie po dychu, agresia voči predmetom – búchanie do stolu, stien, voči sebe – tlčenie hlavou
- 2) **Signály z nálady** – slovné vyhrážky, sťažnosti, požiadavky, odmietnutie komunikácie, hlasitý, naliehavý prejav
- 3) **Signály z myslenia a vnímania** – neschopnosť koncentrácie a vnímania informácií, nejasný a zmätený myšlienkový proces, bizarne, paranoidne, perzekučne a násilne myšlienky a bludy, akútne halucinácie – obvykle auditívne, niekedy aj vizuálne myšlienky s násilnou tematikou, zmätenosť a dezorientácia
- 4) **Signály z vnímania hraníc** – pocit narušovania jeho osobného priestoru alebo súkromia, trvale narušovanie osobného priestoru druhých osôb, napr. nadbytočne približovanie, naliehanie
- 5) **Signály z kontextu a minulosti pacienta** – anamnéza násilných epizód, aktuálne správy od personálu, ostatných klientov, akútne požitie zakázaných látok a alkoholu, nízka frustračná tolerancia
- 6) **Signály z aktivizačného procesu** – narušenie vzájomného vzťahu so zamestnancami, odmietanie spolupráce, nedostatok povzbudzovania, obvykle zhoršujúci sa psychický stav, zlyhanie doposiaľ úspešných a vopred dohodnutých stratégií, napr. techniky skludnenia, odlúčenia, ukludňujúcich a upokojujúcich podporných techník.



2. Deeskalácia násilia – verbálna a neverbálna intervencia

Princípy neverbálnej komunikácie

- ❖ Postoj tela nesmieme mať konfrontačný ani defenzívny – nesmú byť ruky v bok, skrížené na prsiach,
- ❖ Musíme vedieť kontrolovať svoje gesta a postoje.
- ❖ S klientom komunikujeme v rovnakej výške.
- ❖ Mimika aj gesta musia byť v súlade s verbálnym prejavom.
- ❖ Od klienta udržujeme vzdialenosť asi 1 m a pri slovnej agresii treba túto vzdialenosť zvýšiť trikrát. Pri znížení agresívnych prejavov pacienta sa znižuje aj náš odstup od neho.
- ❖ Agresívneho klienta sa nesmieme dotýkať a aj po ukludnení treba dotyky zväziť.
- ❖ Stály a dobrý očný kontakt vyjadruje našu istotu a úprimnosť. Zásadne sa vyhýbame zastrešujúcim pohľadom.

Princípy verbálnej komunikácie

- ❖ Kludný a jasný tón hlasu. Tón hlasu musí zodpovedať energii komunikácie, nálade a výrazu tvare.
- ❖ Komunikáciu udržujeme plynulú.
- ❖ V počiatočných fázach upokojenia vydávame jednoduché príkazy v jasne formulovaných vyjadreniach, napr.: „Poďme sa posadiť, pohovoríme si o tom, čo potrebujete.“
- ❖ Osobnej konfrontácii sa vyhýbame prehliadaním slovných útokov a urážok na našu osobu, venujeme sa vecným témam.
- ❖ Počas počiatočnej fázy rozhovoru sa zameriame na hlavný problém, aj keď to môže byť náročné.
- ❖ Neprejavujeme odpor.
- ❖ Vystupujeme ako osoba schopná a ochotná klientov problém vyriešiť.
- ❖ Nevyjadrujeme sa žargónom.
- ❖ Presvedčíme klienta o vplyve jeho správania na ostatných, napr.: „Svojim krikom ľudí desíte.“
- ❖ Niekedy nie je možné uviesť klienta do úplného pokoja.
- ❖ Pokiaľ je zníženie agresívneho napätia viditeľné, zanecháme ďalšieho pôsobenia na klienta, lebo by sme mohli vyvolať ďalšiu vlnu napätia.

Taktika vyjednávania - dosiahnutie rovnováhy štýlom výhra – prehra vs. výhra – výhra

Konflikt medzi záujmami klienta a záujmami personálu obvykle vyústí do agresie, ktorá je reakciou na pociťovanú stratu nenaplnenej požiadavky.

Ide o rovnováhu výhra – prehra.

Naším cieľom je dosiahnuť rovnováhu výhra – výhra.

Pri vyjednávaní treba hľadať spôsob, aby bol výsledok výhra – výhra.

Jedna z metód, ktorou sa to dosiahne, je predstretie ďalších možností a umožniť tak klientovi vybrať si z nich, tým mu dáme pocit kontroly nad situáciou.

Treba mu dať aj čas, aby sa mohol rozhodnúť pre nami ponúkaný variant a docieľiť vytvorenie atmosféry, v ktorej sa bude cítiť – už či skutočne, alebo domnele, splnomocnený k rozhodovaniu.



Odhaliťovanie podstaty, taktika áno – ale

Klient využíva agresiu na zdôraznenie svojho tvrdenia.

Určíme jeho základnú potrebu, zbavíme ju emočného sprievodu a bezpodmienečne prijmemo jadro klientovej sťažnosti.

Príklad: Akcia: „Už ma neuveriteľne štvte byť tu zamknutý, okamžite ma pustite domov!“
Reakcia: „To sa vám vôbec nečudujem, tiež by som sa tu cítil zle. Keďže ste však chorý a sám doma byť nemôžete, musia pre vás prísť vaši blízki. Sadnime si a pohovorme si o tom, čo je treba k tomu, aby ste mohli ísť konečne domov.“

Všeobecným princípom je obrátiť zameranie klientovej pozornosti z konfrontácie na diskusiu.

4. Medikácia – len na základe ordinácie lekára

5. Fyzické obmedzenie

Fyzické (manuálne) obmedzenie personálom – nevýhoda – len krátkodobé, vhodne pri nútenom podávaní medikácie

Pripútanie k posteli – nevýhoda: totálne obmedzenie pohybu, riziko komplikácií z imobilizácie

Izolačná miestnosť – nevýhoda: totálna izolácia, totálna senzorická deprivácia klienta

Zásady použitia fyzického obmedzenia:

- ❖ použitie len na nevyhnutnú dobu trvania ohrozenia
- ❖ nesmie suplovať nedostatok personálu
- ❖ potrebná evidencia použitia – záznam podľa platnej legislatívy
- ❖ dbať na ochranu ľudských práv klientov

Agresivita klientov s Alzheimerovým ochorením

Najčastejšie príčiny agresivity:

- a) *Neuspokojené potreby* – nielen tých fyziologických, ale i tých vyšších sociálnych
- b) *Nevhodné prostredie* – prostredie musí byť bezpečné, ale nie obmedzujúce. Dbáme na stimulačné prostredie, ktoré čo najviac pripomína bežné vybavenie domácnosti. Dbáme aby, prostredie pomáhalo klientovi v orientácii.
- c) *Zmena prostredia* – každá zmena prostredia spôsobuje zhoršenie nálady, zmätenosť, nepokoj a poruchy vnímania a myslenia. Opatrením tak môže byť najmä stabilita prostredia, neodporúča sa klientov brať na výlety, na pobyty k rodinným príslušníkom. Ak už dôjde k zmene prostredia, tak je dôležitý stabilný doprovod klienta po celý čas vyňatia klienta z obvyklého priestoru. Veľká pravdepodobnosť agresivity je v prípade hospitalizácie klienta v nemocnici, keď je nevyhnutné prijať preventívne opatrenia.
- d) *Nevhodná komunikácia* – ku klientom sa napriek ich demencii správame úctivo, s rešpektom, partnersky. Až do terminálneho štádia sa ku klientom prihovárime vľúdne a láskavo. Je nevyhnutná verbalizácia všetkého, čo s klientom robíme. Používame jednkrokové pokyny a úlohy, pretože viackrokové klienti nedokážu spracovať.
Berieme ohľad na spomalené psychomotorické tempo klientov. Citlivo vnímame rozdiely medzi realitou a osobnou realitou klienta, neorientujeme sa na „pravdu faktov“, ale na emocionálne prežívanie klienta. Sme vždy dôveryhodnými poslucháčmi.
- e) *Nevhodná aktivizácia* – na jednej strane nedostatočná aktivizácia, na druhej strane presýtenie aktivizáciou a podnetmi.



Častokrát je nami vnímaná agresivita skôr len hnevom klienta a po odstránení príčiny dochádza k jeho upokojeniu.

Riziko straty klienta

Ohrozená cieľová skupina:

- ❖ Klienti s Alzheimerovým ochorením
- ❖ Mentálne postihnutí klienti

Prevencia straty:

- ❖ Zisťovanie už predchádzajúcej straty v anamnéze
- ❖ Úprava prostredia
- ❖ Podpora orientácie klienta
- ❖ Doprovod klienta
- ❖ Dostatočný a úspešný adaptačný proces
- ❖ Monitorovanie pohybu klienta
- ❖ Uspokojovanie potreby pohybu, prechádzok i mimo areál zariadenia v doprovode zamestnancov

Nápravné opatrenia:

- ❖ Zistenie príčiny straty
- ❖ Spolupráca pri hľadaní klienta (zamestnanci, rodinní príslušníci, komunita, polícia)
- ❖ Posilnenie preventívnych opatrení

Riziko sociálnej izolácie

Sociálna izolácia vzniká, keď klient nemá dostatok kontaktov so svojim zvyčajným prostredím. Klient, ktorý trpí sociálnou izoláciou, pociťuje svoju samotu, ako niekto kto bol druhými odložený, odstrčený. Svoju samotu berie negatívne a obťažujúco. Sociálna izolácia môže zapríčiňovať utiahnutie sa, zníženie prejavov pocitov, depresiu, osamelosť, beznádej a stratu sebavedomia a vlastnej hodnoty. Každý klient, ktorý sa dostane do zariadenia, - zažije v určitej miere sociálnu izoláciu, ktorá mu môže spôsobiť zhoršenie zdravotného stavu.

Prejavy sociálne izolovaného klienta

- ❖ nekomunikatívny, do seba zahľadený pohľad,
- ❖ slabý očný kontakt,
- ❖ pasivita klienta
- ❖ klient je aktívny len na výzvu a obmedzený čas
- ❖ klientovi chýba zmysel života,
- ❖ zaoberá sa len svojimi myšlienkami,
- ❖ správanie a hlas je skôr nepriateľský,
- ❖ sťahuje sa do seba,
- ❖ nevychádza zo svojej izby



Sociálna izolácia môže byť spôsobená nasledovnými príčinami:

- ❖ neakceptácia sociálneho správania,
- ❖ neschopnosť vytvárať priateľské/harmonické sociálne vzťahy,
- ❖ zmeny v duševnom stave,
- ❖ zmeny v telesných prejavoch
- ❖ strach (zo zablúdenia, pádu, odmietnutia)
- ❖ trvanie adaptácie alebo nedostatočná adaptácia

Opatrenia:

- ❖ Venovať klientovi viac času.
- ❖ Podporovať klienta, aby písal, volal svojim blízkym.
- ❖ Motivovať klientových príbuzných, priateľov k návšteve klienta.
- ❖ Postaviť hranice klientovým prejavom nepriateľstva.
- ❖ Motivovať klienta k aktivizácii

Riziko udusenia jedlom

Dusenie nastane, ak jedlo alebo tekutina upchá dýchacie cesty.

Príčina: porucha prehĺtania (*dysflágia*)

Prehĺtacia apraxia – stav, keď klient nevie čo má urobiť so sústom v ústach i keď má zachovanú pohyblivosť všetkých štruktúr prehĺtania.

Ohrozené skupiny klientov:

- ❖ Klienti so stredne ťažkým až ťažkým mentálnym postihnutím
- ❖ Klienti s Alzheimerovým ochorením
- ❖ Klienti s Parkinsonovou chorobou (často tu dochádza k tzv. tichej aspirácii, ktorá nevyvolá kašeľ)
- ❖ Klienti po cievnej mozgovej príhode
- ❖ Klienti s nádorom v oblasti hlavy a krku

Ak sa vyskytuje pravidelné zabiehanie potravy do dolných dýchacích orgánov, hovoríme o aspirácii a klient je ohrozený na živote.

Treba okamžite prijať opatrenia:

- ❖ Normalizovať prehĺtanie
- ❖ Uvažovať nad inou formou príjmu potravy

Klienti s pravidelným zabiehaním potravy sú navyše ohrození rizikom malnutície, cez poškodenie pľúcneho tkaniva až po udusenie sa.



Prevencia udusení sa jedlom:

- ❖ Neustále sledovanie a monitoring ťažkostí klienta pri prehĺtaní.
- ❖ Zabezpečenie pokojného prostredia a dostatok času pre príjem potravy a tekutín
- ❖ Podávať stravu častejšie v menších porciách.
- ❖ Oboznámenie klienta s príjmom potravy.
- ❖ Napoložovanie klienta do vhodnej polohy na stolovanie (do sedu alebo do Fowlerovej polohy)



- ❖ Nastavenie rovnakej výšky očného kontaktu, oči opatrovateľky v úrovni očí klienta.
- ❖ Polohovanie hlavy – hlava nesmie byť v záklone, vyzývame klienta k miernemu predklonu hlavy.
- ❖ Stimulácia senzorických vnemov, príprava na príjem potravy (vôňa jedla, využitie bazálnej stimulácie, orofaciálnej stimulácie : opakom dlane prejdeme časťou krku, laterálne, z bočnej strany krku)
- ❖ Jedlo naservírované, naporciované na vhodné kúsky, resp. podávanie mletej alebo mixovanej stravy.
- ❖ Zabezpečenie vhodnej neдрáždivej stravy. Rizikové potraviny sú tavený syr, nezrelý banán, suchý tvaroh, suchá ryža a vajce natvrdo.
- ❖ Uvážiť potrebu samostatného príjmu potravy alebo asistovaného kŕmenia či potrebu úplného kŕmenia klienta.
- ❖ Priebežná kontrola dutiny ústnej a následná kontrola dutiny ústnej po ukončení príjmu potravy a to za účelom jej prípadného vyprázdnenia ak klient potravu stále neprehltol a necháva si ju v ústach.
- ❖ Neodporúča sa počas príjmu potravy rozvíjať konverzáciu s klientom.
- ❖ Pri zvýšenej únave klienta nepokračovať v kŕmení.
- ❖ Ešte 30 minút po ukončení príjmu potravy ponechať klienta vo Fowlerovej polohe.

**Podávanie liekov u rizikových klientov:**

Sestra podá klientovi pripravenú dávku liekov alebo vloží lyžičkou lieky klientovi do úst na strednú časť jazyka. Sestra poskytne klientovi dostatok vhodnej tekutiny, aby mohol lieky bezpečne prehltnúť a zapiť. Po konzultácii s lekárom je možné podávať lieky vo forme podrvených tabletiiek pomiešaných s trochou tekutiny prostredníctvom injekčnej striekačky. Následne je nutné podať vhodné tekutiny na zapitie tak, aby lieky neostali v hornej tráviacej časti tela klienta.

Želaný výsledok:

- ❖ Zníženie počtu aspirácií, dusenia sa
- ❖ Zabezpečiť bezpečný režim stravovania klientov
- ❖ Včasné reagovanie na dožadovanie sa pomoci klientom
- ❖ Dozor a dohľad pri identifikovaní rizika

Ako postupovať, ak sa klient dusí jedlom:

Je nutné zhodnotiť závažnosť, rozlíšiť medzi ľahkou a ťažkou obštrukciou dýchacích ciest.

Ľahká obštrukcia: klient môže rozprávať, dýcha a kašle.

Opatrovateľka v tomto prípade povzbudzuje klienta, aby kašlal ďalej, kým sa dýchacie cesty neuvoľnia a dráždenie neustúpi. Stála kontrola či sa kašeľ nemení na neúčinný alebo či nedošlo k uvoľneniu obštrukcie.

Ťažká obštrukcia: klient nie je schopný rozprávať, drží sa za krk, nemôže dýchať, pískľavé dýchanie, tiché pokusy o kašeľ, až bezvedomie.

V bezvedomí klient: privolať pomoc a začať kardiopulmonálnou resuscitáciou

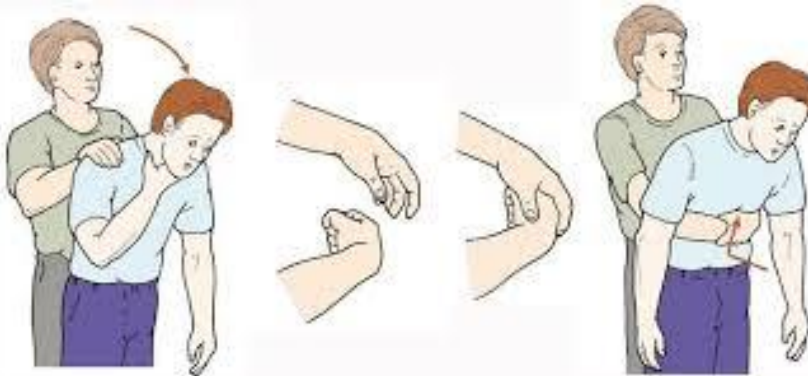
Klient pri vedomí: 5 úderov do chrbta, 5 stlačení brucha





Pri dusení sa klienta okamžite privolať pomoc ostatného personálu a podľa stavu klienta použiť

- a) **Gordonov úder:** postihnutého vyzvať, aby sa predklonil, záchranca sa k nemu postaví z boku a jednou rukou podoprie hrudník. Hranou dlane druhej ruky treba potom dusiaceho sa najviac päťkrát silno udrieť medzi lopatky. Úder by mal smerovať dohora.
- b) **Heimlichov manéver**



Treba sa postaviť za postihnutého, oboma rukami objať hornú časť jeho brucha, jednou rukou nahmatať pupok a prehnúť ho dopredu. Druhú ruku treba zovrieť v päst' a priložiť nad pupok, na zovretú päst' sa pritlačí druhá ruka a oboma rukami sa urobí prudký pohyb k sebe a dohora. Plecia opatrovateľa by mali byť na úrovni pliec dusiaceho a opatrovateľ by mal byť k nemu otočený bokom (tvrdá podložka) a nie bruchom (mäkká podložka). Tento postup možno zopakovať najviac päťkrát.

Ak sa nepodari odstrániť cudzie teleso, požiadať kolegyňu nech privolá rýchlu zdravotnú pomoc a pokračujte poskytovaním **kardiopulmonálnej resuscitácie**.





Riziko poruchy prehĺtania a rizika udusenía sa jedlom môže zdravotná sestra zdokladovať Dotazníkom o príjme potravy (EAT-10) (Vejrostová a kol.2012)

Riziko imobilizačného syndrómu

Imobilizačný syndróm (IS)

- ❖ stav, pri ktorom je pacient vystavený riziku poškodenia jednotlivých telesných systémov alebo ich zmenenej funkcie následkom nevyhnutnej alebo ordinovanej, liečbou vynútenej, kostrovosvalovej inaktivity
- ❖ súbor poškodení, ktoré sú spôsobené dlhodobým pobytom alebo kľudom na lôžku
- ❖ komplex príznakov, ktoré sa vyvíjajú následkom obmedzenia pohybu

Príčiny vzniku imobilizačného syndrómu -rizikové faktory:

- ❖ **všeobecné rizikové faktory** - polymorbidita s viac ako 3 aktívnymi lekáskymi diagnózami, terminálne stavy ťažkých ochorení;
- ❖ **rizikové faktory z lokomočného aparátu** - osteoporóza, pokročilá artróza, pády a úrazy, úbytok svalovej sily, reumatoidná artritída;
- ❖ **faktory vyplývajúce z nervového systému** - náhle cievne mozgové príhody, sclerosis multiplex, Parkinsonova choroba, centrálné poruchy rovnováhy;
- ❖ **psychické príčiny** - demencia, depresia, psychóza;
- ❖ **poruchy zmyslových orgánov** - slepota, lézia statoakustiku;
- ❖ **lieky a psychofarmaká;**
- ❖ **iné rizikové faktory** - ortostatická hypotenzia, recidivujúce uroinfekty, malígne ochorenia a ťažké anémie, stavy po náhlych mozgových príhodách, fraktúry končatín v dôsledku pádov a terminálne štádia onkologických ochorení, slabosť, bolesť, strata rovnováhy všetky okolnosti zvyšujúce možnosť úrazu: šmyklivé podlahy, zlé osvetlenie, neočakávané prekážky, pohyblivé schody, nebezpečné verejné komunikácie

Klasifikácia imobility

Klasifikácia imobility z časového hľadiska:

- ❖ **prechodná imobilita** - ide o krátkodobú imobilitu, do ktorej zaradíme napr. horúčkovité ochorenia, pooperačné stavy, nedochádza k závažným zmenám na organizme,
- ❖ **dlhodobá imobilita** - vzniká po dlhodobom závažnom ochorení, alebo polytraume, môže byť príčinou rôznych komplikácií a sekundárnych zmien v organizme,
- ❖ **trvalá imobilita** - stav kedy po závažnom ochorení, alebo po úraze príde k poruche motorických funkcií rôzneho rozsahu, následne k vzniku trvalej imobility.

Klasifikácia imobility podľa stupňa obmedzenia pohybu:

- ❖ 0 stupeň: mobilita - bez obmedzenia pohybu,
- ❖ 1 stupeň: mierny stupeň imobility - s obmedzením pohybu na 25 %,
- ❖ 2 stupeň: stredný stupeň imobility - s obmedzením pohybu na 50 %,
- ❖ 3 stupeň: ťažký stupeň imobility - s obmedzením pohybu na 75 %,
- ❖ 4 stupeň: úplná imobilita - úplné obmedzenie pohybu.

primárna (priamy následok choroby, traumy) alebo sekundárna vyvíja sa neskôr = IS



Nástroje posúdenia mobility, funkčnej zdatnosti a rizika pádu:

- ❖ Barthelovej index - aktivity denného života (ADL - Activity daily living)
- ❖ Get up and Go test
- ❖ Mobility Skríning Test (MST)

Intervencie personálu pre efektívne predchádzanie imobilizačného syndrómu

- ❖ udržiava každodennú rutinu imobilného pacienta, pomáha udržiavať fyzickú, kognitívnu a spoločenskú funkciu prostredníctvom fyzickej aktivity a socializácie, povzbudzuje pacienta k flexibilitate
- ❖ nastaví antidekubitný režim pre imobilného pacienta, vytvorí polohovací plán,
- ❖ zabezpečuje starostlivosť o kožu, kontroluje stav kože na ohrozených miestach,
- ❖ sleduje príjem potravy,
- ❖ zabezpečuje optimálny (dostatočný) príjem tekutín v súlade s ordináciou lekára,
- ❖ znižuje riziko močovej infekcie, sleduje diurézu, nacvičuje rytmus pravidelného močenia, podľa potreby zabezpečí vhodné inkontinenčné pomôcky,
- ❖ vedie pacienta k pravidelnej defekácii,
- ❖ vedie pacienta k pravidelnému cvičeniu s cieľom zvýšiť svalový tonus perineálnych svalov,
- ❖ poučí pacienta o používaní signalizácie, umiestni signalizačný prvok tak, aby ho mal pacient po ruke,
- ❖ kontroluje dýchanie
- ❖ aplikuje antitrombotickú liečbu, bandáž dolných končatín, podľa ordinácie lekára,
- ❖ zabezpečuje zmenu polohy, vysádza, poučí o riziku náhlej zmeny polohy, postupne vertikalizuje pacienta,
- ❖ sleduje krvný tlak pred a po záťaži, prítomnosť cyanózy, zmenu teploty kože, farby kože, citlivosti kože a pohyblivosti,
- ❖ zabezpečuje individuálnu liečebnú fyzioterapiu/cvičenia, zapája pacienta do skupinového cvičenia zameraného na kĺbovú pohyblivosť, posilňovanie svalstva,
- ❖ posudzuje indikáciu a zabezpečí pomôcky na uľahčenie pohybu pacienta na posteli i mimo postele,
- ❖ eliminuje bolesti pacienta.

Želaný stav:

- ❖ Maximálne možné saturovanie jeho bio-psycho-sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta:
- ❖ pacient každú hodinu v bdelom stave päťkrát zhlboka vydýchne a zakašle;
- ❖ pacient má auskultačne normálne dýchacie šelesty;
- ❖ pacient nemá bolesť na hrudníku, teplotu ani iné príznaky,
- ❖ pacient má základné kardiovaskulárne parametre v normálnom rozsahu;
- ❖ pacient má prejavy adekvátneho venózneho prietoku krvi (nemá edémy, bolesti v lýtkach, zápal, rozšírenie žíl, kožné zmeny);
- ❖ pacient si udržiava základnú hmotnosť
- ❖ pacient má primeraný turgor kože;
- ❖ pacient vylučuje formovanú polotuhú stolicu najmenej každý 2. alebo 3. deň;
- ❖ pacient nemá príznaky hromadenia stolice;



- ❖ pacient má vyvážený príjem a výdaj tekutín;
- ❖ pacient vylučuje najmenej 1500ml. moču denne;
- ❖ pacient nemá príznaky retencie moču, infekcie ani močových kameňov • pacient má čistú neporušenú, dobre hydratovanú kožu;
- ❖ pacient nemá príznaky nadmerného pôsobenia tlaku (bledosť, sčervenanie, zvýšená teplota alebo bolestivosť pri tlaku);
- ❖ pacient má zvyčajný rozsah pohybov vo všetkých kĺboch;
- ❖ pacient robí vopred nacvičené izotonické alebo izometrické cviky určitých kĺbov;
- ❖ pacient aktívne a neúnavne sa podieľa na starostlivosti o seba;
- ❖ pacient bezpečne sa premiestňuje z ležiacej polohy do sedu a stojí pri posteli dvakrát denne 3 minúty;
- ❖ pacient prekonáva nudu a aktívne sa podieľa na rozhodovaní o ošetrovaní;
- ❖ pacient rozpráva o svojich záujmoch a pocitoch;
- ❖ pacient akceptuje pomoc od druhých.

Riziko dehydratácie

Definícia:

stav vedúci k zníženiu celkového objemu tekutín v organizme - negatívna bilancia vody, ale aj soli v organizme, pričom dochádza k ich výraznému úbytku.

Rizikové faktory dehydratácie:

- ❖ vyšší vek nad 65 rokov
- ❖ zvýšená telesná aktivita, šport, a teda zvýšené potenie
- ❖ vysoká teplota okolitého prostredia
- ❖ horúčka a zvýšené potenie, ale aj zrýchlené dýchanie pri horúčke
- ❖ infekčné ochorenia, pri ktorých sa môže vyskytnúť horúčka a zrýchlené dýchanie
- ❖ vracanie
- ❖ hnačka
- ❖ znížený príjem tekutín pre neschopnosť sebaopatery, znížený pocit smädu
- ❖ úrazy s krvácaním, popáleniny
- ❖ cukrovka
- ❖ pľúcne ochorenie
- ❖ ochorenie obličiek
- ❖ iné metabolické ochorenia
- ❖ lieky, ako sú diuretiká, antidepressíva, prehľadná
- ❖ zmeny v prijme tekutín,
- ❖ zvýšená hmotnosť

Príznaky dehydratácie

Psychické príznaky dehydratácie

- ❖ únava, zvýšená unaviteľnosť
- ❖ malátnosť
- ❖ apatia
- ❖ neschopnosť koncentrácie
- ❖ porucha pamäte



- ❖ horšie rozpoznávané, napríklad mien, osôb
- ❖ zmätenosť
- ❖ dezorientácia
- ❖ poruchy správania, ako sú napríklad podráždenosť až agresivita

Neurologické príznaky dehydratácie

- ❖ bolesť hlavy
- ❖ tras tela, čiže odborne aj tremor
- ❖ trpnutie koncových častí tela, ako sú prsty rúk a nôh
- ❖ zhoršená výslovnosť
- ❖ poruchy zraku
- ❖ bolesť hlavy a krčnej chrbtice
- ❖ znížené svalové napätie
- ❖ svalové kŕče
- ❖ pri ťažkej dehydratácii poruchy vedomia až bezvedomie

Srdcovo - cievne príznaky dehydratácie

- ❖ znížený krvný tlak, čiže hypotenzia
- ❖ u ľudí liečených na vysoký krvný tlak aj výkyv krvného tlaku, a to nie len do hodnôt hypotenzie
- ❖ zvýšený sklon ku kolapsom, teda k odpadávaniu
- ❖ závraty
- ❖ studené končatiny
- ❖ zvýšená srdcová činnosť, teda tachykardia
- ❖ s tým súvisí pocit búšenia srdca, čiže palpácie

Príznaky dehydratácie na tráviacom trakte

- ❖ nechutenstvo
- ❖ suché sliznice dutiny ústnej, znížené množstvo slín
- ❖ zápcha
- ❖ ťažoba na žalúdku
- ❖ dyspeptické ťažkosti, ako je:
 - pocit plnosti žalúdka
 - nadmerné množstvo vzduchu v žalúdku
 - grganie
 - pálenie záhy, čiže pyróza
 - zvýšené slinenie
 - nechutenstvo
 - pocit na vracanie až vracanie
- ❖ ale aj samotný pocit na vracanie alebo vracanie, čo opäť zhoršuje dehydratáciu
- ❖ bolesť brucha

Príznaky nedostatku tekutín na močovom systéme

- ❖ zníženie množstva moču
- ❖ a teda aj znížené močenie až jeho zastavenie, teda anúria pri ťažkej dehydratácii
- ❖ tmavé sfarbenie moču, moč je tmavo žltý až oranžový



- ❖ mení sa zápach moču, teda moč zapácha
- ❖ infekcia močového ústrojenstva

Ostatné príznaky dehydratácie

- ❖ pocit chladu a zimnica
- ❖ pocit smädu je prejavom vyššieho stupňa dehydratácie
- ❖ vymiznutie potenia
- ❖ suchá koža, zníženie jej elasticity, teda turgoru
- ❖ popraskané pery
- ❖ pri ťažkej dehydratácii je vidieť rozvoj šoku, a to zhoršeným prekrvením, teda zmodrením nechťových lôžok či pier, odborne cyanóza
- ❖ znížená tvorba slz
- ❖ prepadnuté oči
- ❖ zrýchlené a plytké dýchanie
- ❖ znížená výkonnosť
- ❖ pocit smädu je neskorší prejav dehydratácie
- ❖ zvýšená telesná teplota
- ❖ zníženie telesnej hmotnosti

Klasifikácia dehydratácie :**Podľa straty hmotnosti na:**

- ❖ ľahkú (strata hmotnosti 2 – 5 %)
- ❖ stredne ťažkú (strata hmotnosti 5 – 10 %)
- ❖ ťažkú (strata hmotnosti viac ako 10 %)

Rozdelenie príznakov dehydratácie podľa závažnosti

Mierna dehydratácia	Stredne ťažký stupeň dehydratácie	Najťažší stupeň dehydratácie
suché ústa	znížená elasticita kože	suché sliznice ústnej dutiny, jazyk, popraskaný jazyk
suché pery	pocit smädu	studené akrá, teda koncové časti tela
závraty	vpadnuté oči	hypovolemický šok, teda šok z nedostatku tekutín v tele, cyanóza
znížená tvorba slín	znížená tvorba moču	zastavenie močenia



znížené slzenie	zvýšená frekvencia srdca	riziko poruchy srdcového rytmu
bolesť hlavy	znížený krvný tlak	porucha vedomia
únava	riziko kolapsu	bezvedomie
podráždenosť	zvýšená dychová frekvencia	v najhoršom prípade až smrť

Plán intervencií:

- ❖ posúdiť stav hydratácie,
- ❖ zabezpečiť primeraný príjem tekutín per os, resp. podľa ordinácie lekára (p.o.l.),
- ❖ vypracovať 24 hodinový plán príjmu tekutín,
- ❖ sledovať príjem tekutín za 24 h a zaznamenávať,
- ❖ sledovať výdaj tekutín za 24 h a zaznamenávať, výskyt oligúrie - zníženie vylučovania moču **ihneď hlásiť lekárovi**,
- ❖ merať špecifickú hmotnosť moču,
- ❖ monitorovať vitálne funkcie a zaznamenávať ich,
- ❖ sledovať stav kože a turgor kože,
- ❖ p.o.l. pripraviť infúzie a asistovať pri ich aplikácii (resp. krvi, derivátov krvi a plazmy),
- ❖ posúdiť stav sliznice v dutine ústnej,
- ❖ v prípade narušenia sliznice dutiny ústnej vykonať potrebné opatrenia
- ❖ vytierať ústnu dutinu roztokmi p.o.l.
- ❖ monitorovať a zaznamenávať hmotnosť pacienta 1x denne,
- ❖ sledovať a zaznamenávať výskyt zvracania a hnačky,
- ❖ odoberať krv na vyšetrenie p.o.l. a dokumentovať výsledky
- ❖ sledovať príznaky rozvíjajúceho sa hypovolemického šoku (tachykardia, tachypnoe, hypotenzia, bledá spotená koža, zníženie diurézy) ich výskyt ihneď hlásiť lekárovi,
- ❖ sledovať stav vedomia (výskyt zmätenosti),
- ❖ vykonať opatrenia na zabezpečenie bezpečnosti pacienta (bočnice, dohľad nad pacientom),
- ❖ podávať lieky p.o.l. na zamedzenie ďalších strát tekutín (napr. antiemetika),
- ❖ edukovať pacienta a príbuzných o príčine deficitu tekutín, poučiť ich o dôležitosti príjmu tekutín a metódach zamedzenia recidívy ochorenia,
- ❖ poučiť pacienta o dôležitosti rozloženia si príjmu tekutín v priebehu celého dňa,
- ❖ poučiť o potravinách s vysokým obsahom tekutín (ovocie, zelenina, mrazené výrobky, želatína...),
- ❖ dokumentovať všetky inštrukcie dané pacientovi.

Očakávané výsledky

- ❖ ústup celkovej slabosti a pocitu smädu,
- ❖ pacient má normálne hodnoty vitálnych funkcií



- ❖ tlak krvi v norme, hodnoty pulzu v norme, frekvencia dychu v norme, telesná teplota v norme
- ❖ moč má fyziologickú špecifickú váhu
- ❖ u pacienta sa zlepšil kožný turgor
- ❖ sliznice sú ružové, hydratované
- ❖ stav vedomia je v pôvodnej norme
- ❖ pacientov príjem a výdaj tekutín je v rovnováhe

Riziko sebapoškodzovania

Sebapoškodzovanie je opakované násilné správanie sa zamerané voči sebe, spôsobujúce fyzické zranenia, bez úmyslu spáchať samovraždu. Sebapoškodzovanie nie je klasifikované ako samostatná lekárska diagnóza, ale je v zozname sesterských diagnóz (S 122 a S 123). Spomína sa však v symptomatike hraničnej poruchy osobnosti a môže byť tiež sprievodným javom iných porúch.

Sebapoškodzovanie je charakterizované:

- ❖ stratou kontroly správania,
- ❖ opakovanými akciami napriek negatívnym následkom
- ❖ jasnou dysreguláciou myšlienok a emócií

Automutilačné prejavy (prejavy sebapoškodzovania) rozdeľujeme do 4 základných kategórii:

- ❖ **Vážne**, napr. amputácia, kastrácia v dôsledku psychotického stavu
- ❖ **Stereotypné** – Vyskytujú sa u osôb s vývojovými chybami, u mentálne postihnutých jedincov, opakujú sa v stereotypnom rytme.
- ❖ **Typické** – najčastejšia forma, napr. škrabanie, rezanie a pod. Stretávame sa s ňou u nepychotických osôb, ktoré nie sú ani mentálne postihnuté.
- ❖ **Spoločensky akceptované**, napr. piercing.

Osoby ohrozené sebapoškodzovaním:

- ❖ Osoby s poruchou osobnosti
- ❖ Osoby s bipolárnou poruchou
- ❖ Osoby s depresiou
- ❖ Osoby trpiace schizofréniou
- ❖ Osoby pod dlhodobým vplyvom návykových látok
- ❖ Osoby po traume, zneužívaní
- ❖ Osoby, ktoré majú sklon k perfekcionizmu
- ❖ Osoby, ktoré nezvládajú intenzívne pocity, často nedokážu vyjadriť svoje emócie slovne,
- ❖ Osoby, ktoré sa nepáčia sami sebe, neakceptujú svoje telo
- ❖ Osoby, ktoré zažívajú silné výkyvy nálady.

Príčiny sebapoškodzovania



- ❖ **psychologické** – snaha vyjadriť navonok psychickú bolesť, vyrovnať sa so životom bez úmyslu zabíť sa, unáhlenosť v rozhodovaní, preferovanie krátkodobého uspokojenia pred budúcou odmenou, prirýchle odpovede na podnety z prostredia, impulzivnosť
- ❖ **sociálne** – nefungujúca rodina, príliš vysoké nároky a očakávania
- ❖ **biologické** – pre dispozíciou môže byť dysregulácia neurotransmisnej a neurobiologickej funkcie. Je znížená serotonergická funkcia.

Dôvody prečo sa ľudia sebapoškodzujú:

- ❖ uvoľnenie intenzívnych pocitov/emócií
- ❖ fyzické vyjadrenie vnútornej bolesti
- ❖ potreba trestať sa
- ❖ potreba získať kontrolu
- ❖ potreba vyplaviť adrenalín, serotonín, ktorý zlepšuje náladu
- ❖ u niektorých ľudí – navodiť sexuálne vzrušenie
- ❖ vyjadrenie alebo uvoľnenie emocionálneho nepokoja
- ❖ často sa využíva ako adaptačný mechanizmus vyrovnávania sa so situáciou.
- ❖ V prípadoch keď dotyčná osoba trpí silnou depresiou alebo bipolárnou poruchou osobnosti, môže predstavovať pre ňu sebapoškodzovanie jediný spôsobom, ako zostať nažive. Mnohí s tým vedia prestať a prestanú, až keď si nájdu iný spôsob relaxácie, iný spôsob uvoľňovania emocionálneho nepokoja.
- ❖ osoby, ktoré sa zámerne poškodzujú trpia množstvom emočnej bolesti a sebapoškodzovanie používajú namiesto racionálneho spôsobu prekonávania intenzívnej bolesti.

Najčastejšie spôsoby sebapoškodzovania

- ❖ **Rezanie/strihanie**
Rezanie, príp. strihanie je najčastejší spôsob sebapoškodzovania. Bežne sa používa nôž, žiletka, kovová časť zo strúhadla, kúsok skla, kovový hrot z kružidla alebo iné ostré predmety. Väčšina porezaní sa nachádza na ramenách, nohách, zápästiach a hrudi, ale iní ľudia sa zvyknú porezať aj na bruchu, tvári, prsiach, genitáliách.
- ❖ **Popáleniny**
Obyčajne sa robí cigaretami, zapalovačom, zápalkami, horúcimi či horiacimi predmetmi. (napr. žehlička)
- ❖ **Zásahy do rán/pomýlené liečenie**
Väčšina ľudí si zasahuje do hojenia rán, ale za sebapoškodzovanie to považujeme len vtedy, keď sa to robí kontraproduktívne. Niektorí ľudia si permanentne zoškrabávajú chrasty, strkajú si do rán ihly, špendlíky alebo iné predmety, aby nanovo otvorili ranu, ktorá sa im nejako nepozdáva a „vyoperovali“ z nej všetko, čo tam podľa nich nepatrí.
- ❖ **Udieranie sa**
Udieranie sa päťami, obyčajne do hlavy alebo stehien.
- ❖ **Extrémne obhrýzanie si nechťov**
Nejde o bežné obhrýzanie si nechťov, ale o jeho krutejšiu podobu a vyskytuje sa častejšie než normál. Neraz zasahuje až do pokožky a vedie ku krvácaniu.
- ❖ **Škrabanie sa**



Bežné škrabanie sa môže zvrhnúť na chorobné, charakterizované vyššou frekvenciou, intenzitou a trvaním. Koža sa stáva odretou až krvavou. Používajú sa na to obvykle nechty, ale niekedy aj ostré či napoly ostré predmety ako sú nôž, hrebeň, ceruzka a pod. Neraz sa deje nevedome.

❖ **Trichotilománia, čiže vytrhávanie si vlasov, resp. chlpy**

Trichotilománia je nadmerné opakované vytrhávanie vlasov, vedúce k ich zjavnému úbytku. Ako jediná forma sebapoškodzovania je samostatne diagnostikovaná. Obyčajne si postihnutý vytrháva vlasy, ale môže ísť práve tak aj o obočie, bradu či iné ochlpenie.

❖ **Lámanie si kostí**

Ide o zriedkavú, ale o to vážnejšiu formu sebapoškodzovania. Postihnutý jedinec na to používa ťažké predmety ako sú kladivo, tehla a pod. Ale niektorí ľudia sa hádžu o stenu či o dvere.

Emócie, ktoré osoby trpiace sebapoškodzovaním pociťujú:

❖ **pred automutiláciou**

Väčšina ľudí predtým pociťuje zdruvujúco silné negatívne emócie, ktoré sa nedajú tolerovať. Zatiaľ čo zdroj emócií sa môže meniť, samotné emócie sa dajú zaradiť do nasledujúcich kategórií: hnev, frustrácia, osamelosť a depresia.

❖ **počas automutilácie**

Jedným z cieľov automutilácie je zmeniť alebo zamaskovať prežívané zdruvujúce pocity, preto ich väčšina ľudí nevie identifikovať. Disociácia sa môže týkať psychického aj fyzického stavu.

Nakoľko počas sebapoškodzovania je vedomie človeka pozmenené, môžu byť jeho spomienky na to skreslené alebo zatemnené, čo sťažuje ich identifikáciu. Pocity maskuje uvoľnenie endorfínov počas automutilačného aktu.

❖ **po automutilácii**

Spočiatku ide o veľkolepý pocit úľavy. Sebapoškodzovanie rozptýlilo veľké množstvo tenzie, ktorá mu predchádzala. Tiež môže prežívať zvláštny pokoj, pôsobený uvoľnenými endorfínmi. Z týchto dôvodov sa bezprostredne po automutilácii cíti celkom dobre. Tieto dobré pocity sú z časti príčinou návykovosti tohto správania. Nasledujúcim emočným stavom sú pocity viny, ľútosti, hanby a návratu predošlých zlých pocitov. Toto sa často objavuje po vypršaní tých klamlivých pocitov šťastia. Po dosiahnutí tohto stavu sa môže cítiť ešte horšie, dokonca až tak zle, že znova zatúžiš si to zopakovať. Presne táto emočná skúsenosť spôsobuje cyklickosť automutilácie.

Ako pomôcť osobám so sebapoškodzovacími sklonmi:

- ❖ **Psychotherapia:** Ide zväčša o aplikácie metód kognitívno-behaviorálnu terapiu, ktorej cieľom je zamyslieť sa nad možnými príčinami svojho správania a uvedomiť si jeho dôsledky, pochopiť jeho (často rituálny) priebeh, analyzovať pozitíva i negatíva a nájsť vhodné alternatívy uvoľňovania napätia a hlavne, vedome kontrolovať svoje správanie.



- ❖ **Psychoterapeutický program:** Špeciálne programy zamerané na liečbu automutilácie na Slovensku nemáme.
- ❖ **Psychoterapeutické metódy**
 - **Psychodynamická metóda** Učí pacientov zdravším spôsobom vyrovnávania sa s negatívnymi vnútornými stavmi; umožňuje im pochopiť, prečo si ubližujú, verbalizovať svoje pocity.
 - **Dialekticko-behaviorálna metóda (DBT)** Dialekticko-behaviorálna metóda kombinuje kognitívne, behaviorálne a podporné intervencie.
 - **Ostatné terapeutické metódy**
 - Relaxačný tréning, napr. autogénny tréning
 - Imaginácia– metóda využívajúca predstavivosť
 - Terapia expozíciou– ide o zámerné navodenie stavu, kedy najčastejšie dochádza k nutkavému chovaniu, jeho uvedomelé precítenie a tréning zvládania takéhoto stavu bez kompulzívneho chovania.
- ❖ **Farmakoterapia**

Špeciálne lieky proti automutilácii zatiaľ neexistujú.

Odporúčané psychofarmaká na základe ordinácie lekára:

- Antidepressíva – fluoxetín (prozac, deprenon) či sertralín
- Atypické antipsychotiká- olanzapín a clozapín
- Stabilizátory nálady – lítium, divalproex, a topiramát
- Anxiolytiká- lorazepam alebo clonazepam
- Opiátoví antagonisti – Naltrexone a nalmefene
- Inhibítory spätného vychytávania serotonínu (SSRI)

Odporúčania pre zariadenia sociálnych služieb v starostlivosti ktorých sú aj osoby so sebapoškodzovacími sklonmi:


- ❖ Pozorovanie klienta s cieľom vypozerovať, kedy a za akých okolností sa utieka k sebapoškodzovaniu
- ❖ Predchádzať sebapoškodzovaniu ponúkaním zmysluplných aktivít
- ❖ Zabezpečiť pozitívne a radostné zážitky za účelom produkcie serotonínu
- ❖ Pohybová aktivizácia za účelom produkcie serotonínu a adrenalínu
- ❖ Zabezpečiť bezpečné prostredie v okolí klienta

3.10 NÚDZOVÉ A HAVARIJNÉ SITUÁCIE

Definícia núdzových a havarijných situácií

Služby v zariadení sú poskytované tak, aby boli bezpečné. Bezpečnosť poskytovanej sociálnej služby môže byť ohrozená vznikom niektorých, predtým neočakávaných a nebezpečných situácií a ich vzniku sa nedá vždy zabrániť. Zamestnanci musia pri poskytovaní služieb týmto situáciám predchádzať a pokiaľ k nim už príde, musia byť pripravení ich správne a čo najrýchlejšie riešiť.

V zariadení teda máme definované núdzové a havarijné situácie, ku ktorým by mohlo v súvislosti s poskytovaním služby prísť a sú pripravené postupy pre riešenie týchto situácií. Do definovania núdzových a havarijných situácií je zapojený celý pracovný tím.

	Organizačná smernica Určenie postupov a pravidiel prevencie a riešenia krízových situácií	OS č.: 4/2020 Verzia č.: II.
---	--	--

Havarijná situácia je náhla udalosť, ktorá vznikla v súvislosti s technickým priebehom a ktorá hrozí spôsobiť škody na ľudskom živote, zdraví, majetku alebo na životnom prostredí.

- Požiar, povodeň
 - ❖ Telefón hasičov 150 alebo 112, volať členov požiarnej hliadky, volať riaditeľa, počas služby na vrátnici – zodpovedné vrátničky, po skončení ich služby službukonajúci personál
 - ❖ Evakuácia osôb podľa evakuačných plánov – zúčastňujú sa všetci zamestnanci podľa pokynov požiarnej hliadky.
 - ❖ Použitie individuálnych hasiacich prostriedkov – robia všetci zamestnanci .
 - ❖ Pravidelné školenie PO a BOZP – pre všetkých zamestnancov.
- Výpadok dodávky tepla
 - ❖ Informovať riaditeľa - zodpovednosť pre všetkých zamestnancov.
 - ❖ Kontaktovať dodávateľa - zaistí riaditeľ, príp. poverený zamestnanec.
- Porucha vodovodného potrubia a rozvodu
 - ❖ Uzatvorenie hlavného uzáveru vody nahlásiť starostovi obce - zodpovednosť pre všetkých zamestnancov.
 - ❖ Informovať riaditeľa - zodpovednosť pre všetkých zamestnancov.
 - ❖ Zaistenie opravy, odstránenie následkov – zaistí riaditeľ, príp. poverený zamestnanec.
- Porucha rozvodu elektriny
 - ❖ Vypnutie hlavného vypínača el. prúdu - zodpovednosť všetci zamestnanci.
 - ❖ Počas služby – zodpovedné opatrovatelky volať riaditeľa prípadne poruchovú službu energetikov na tel. číslo 0800 111 567.
 - ❖ Zaistenie opravy, odstránenie následkov – zaistí riaditeľ, príp. poverený zamestnanec.
 - ❖ Poskytnutie prvej pomoci (v prípade potreby), volať záchranný systém - zodpovednosť sestry a všetci zamestnanci.
 - ❖ Informovať nadriadeného - zodpovednosť všetci zamestnanci.
 - ❖ Zaistenie opravy, odstránenie následkov – zaistí riaditeľ, príp. poverený zamestnanec.
- Zatopenie prevádzkových a ubytovacích priestorov a iné vážne poškodenie budovy zariadenia
 - ❖ Vypnutie hlavných vypínačov elektriny a vody - zodpovednosť všetci zamestnanci.
 - ❖ Volať riaditeľa - zodpovedné službukonajúci personál volať na tel. číslo 0908 795 141. Premiestnenie klientov do vhodných vlastných priestorov alebo zabezpečenie náhradného ubytovania - zodpovednosť riaditeľa.
 - ❖ Vystaňovanie zariadenia, nábytku, osobných vecí klientov, dokumentov, liekov a uložiť na bezpečnom mieste – zodpovednosť všetci zamestnanci a riaditeľ.
- Poruchy na strojoch a zariadení
 - ❖ Odstaviť a nepoužívať zariadenie!!!
 - ❖ Pri ohrození života, zdravia a majetku a zároveň zaistenie nutného chodu zariadenia volať riaditeľa, a po dohovore volať patričné telefónne číslo dodávateľa a servisnej služby. zodpovedá službukonajúci personál.
 - ❖ Pokiaľ porucha a odstávka zariadenia neohrozí nutnú prevádzku, rieši sa oprava bežným prevádzkovým režimom cez riaditeľa.



Núdzová situácia je situácia nebezpečná a spravidla nepredvídaná, vyžadujúca jej čo najrýchlejšie ukončenie.

1. Pracovné úrazy

Prvá pomoc - zodpovednosť sestier a všetkých zamestnancov.

Lekárske ošetrovanie.

Rýchla lekárska pomoc – 155 alebo číslo miestnej pohotovosti

Záznam o pracovnom úraze - zodpovednosť riaditeľ – vykonať zápis do bezpečnostného denníka uloženého v kancelárii riaditeľa.

Drobné úrazy sa zaznamenávajú do knihy drobných úrazov uložených pri určených lekárničkách.

2. Náhle ochorenie klienta

Pri náhlom ochorení klienta službukonajúci personál okamžite kontaktuje zdravotnú sestru, ktorá prekonzultuje zdravotný stav s príslušným praktickým lekárom pri jeho nedostupnosti a podľa naliehavosti prípadu osloví lekársku pohotovosť.

3. Dopravná nehoda, havária pri prevoze klientov

Prvá pomoc - privolanie záchranného systému, polície SR – zodpovednosť vodič, zamestnanec poverený sprievodom klientov

Informovať riaditeľa - zodpovednosť všetci zamestnanci.

Kontaktovať poisťovňu - zodpovednosť riaditeľa

4. Nevolaňosť prepravovaných osôb

Zastavenie vozidla - zodpovednosť vodič vozidla

Poskytnutie prvej pomoci - zodpovednosť, vodič, zamestnanec poverený sprievodom klientov.

5. Poškodenie majetku klientom

Vykonať zhodnotenie škody či je zavinená alebo nezavinená – zodpovednosť službukonajúci personál.

Vykonať zápis o škode, urobiť fotodokumentáciu - zodpovednosť službukonajúci personál.

Nahlásiť škodu riaditeľovi - zodpovednosť službukonajúci personál.

Menovaná škodová komisia zhodnotí mieru zodpovednosti organizácie.

Rozborom potvrdí jednu z dvoch skutočností:

- ❖ Zamestnanec pri výkone práce pochybil (neodhadol riziko alebo z nedbalosti neurobil všetky opatrenia pre zamedzenie vzniku problémovej situácie a následnej škode).
- ❖ Organizácia je zodpovedná a udalosť môže poisťovňa uznať poisťnou a požiadavka úhrady škody pres poisťovňu ako oprávnený.
- ❖ Pokiaľ zodpovedný zamestnanec nezabránil problémovej situácii alebo ju inicioval hazardovaním a nevhodným experimentovaním môže byť uznaný komisiou zodpovedným za vzniknutú škodu.



Organizačná smernica

**Určenie postupov a pravidiel prevencie
a riešenia krízových situácií**

OS č.: 4/2020
Verzia č.: II.

- ❖ Zamestnanec pri výkone práce nepochybil (nemohol situáciu predvídať a nemohol jej zabrániť).
- ❖ Klient spôsobil škodu úmyselne a organizácia využila všetky opatrenia a možnosti k zabráneniu vzniku problémovej situácie a je vyvinená.
- ❖ Náhradu škody je možné požadovať po zákonom zástupcovi klienta, prípadne priamo z prostriedkov a úspor klienta.

Škodová komisia rozhodnutím stanoví:

- ❖ Mieru pochybenia zamestnanca
- ❖ Mieru zodpovednosti organizácie
- ❖ Výšku škody (z vierohodných a overených dokladov a fotodokumentácie)
- ❖ Rozhodne o povinnosti náhrady škody alebo dá podnet pre jednanie s poisťovňou
- ❖ Za ďalší postup pri likvidácii škody je zodpovedný riaditeľ.

4 Záverečné ustanovenia

Táto OS je záväzná pre všetkých zamestnancov a sú povinní sa s ňou preukázateľne oboznámiť.

Kontrolou dodržiavania je poverený spracovateľ.

OS nadobúda platnosť dňom vydania 01.11.2020.