

REKONVALESCENCIA PO PREPUSTENÍ PACIENTA DO DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI

CONVALESCENCE AFTER RELEASE OF THE PATIENT TO HOME CARE

MONIKA MAČKINOVÁ - PAVOL KOPINEC

ABSTRAKT

Domáca starostlivosť umožňuje zachovať sociálnu integritu klienta. Možnosti domácej starostlivosti závisia predovšetkým na funkciách rodiny a pokiaľ si rodina neplní, alebo nemôže plniť povinnosti sú možnosti domácej starostlivosti oslabené.

Kľúčové slová: Rekonvalescencia, domáca starostlivosť, pacient

ABSTRACT

Home care allows to maintain the social integrity of the client. Home care options depend primarily on the family's functions, and if the family fails or cannot fulfill their responsibilities, home care options are weakened.

Key words: Convalescence, Home care, The patient.

Úvod

Hlavným dôvodom, prečo občan preferuje starostlivosť v domácom prostredí, je zachovanie vlastného sociálneho prostredia, zaužívaných zvykov a stereotypov, možnosť ležať vo vlastnej posteli, tráviť čas vo svojej izbe, byť obklopený vstátnou rodinou a priateľmi je veľkou výhodou domáceho prostredia, v ktorom sa pacient/ klient uzdravuje a zotavuje rýchlejšie než keď je hospitalizovaný v nemocnici. Jedna z hlavných úloh domácej starostlivosti je udržanie alebo zlepšenie sebastarostlivosti o klienta.

Vymedzenie základných pojmov a modely zdravia

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO) zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody pri zachovaní funkcií všetkých telesných orgánov, významných

spoločenských funkcií človeka a zachovaní schopnosti organizmu prispôbiť sa meniacim sa podmienkam prostredia.

Všeobecnejšie by sme mohli povedať, že je to schopnosť organizmu vyrovnať sa s meniacimi sa nárokmi a podmienkami vonkajšieho prostredia a prispôbenie sa im, čo v živote znamená - dosiahnutie určitého stavu rovnováhy (homeostázy) medzi organizmom a prostredím. (Novosad, 2011)

Naopak, „choroba je objektívne zistená porucha zdravia, súhrn reakcií organizmu na vplyv činiteľov, ktoré môžu vyvolať poškodenie organizmu“. (Šustrová, 2012).

Medzi okrajovými pojmy zdravie a choroba existuje celý rad kvalitatívnych rozdielov, ktoré sa prikláňajú buď na jednu, alebo na druhú stranu. (Novosad, 2011).

Choroba, či už akútna, chronická, vyliečiteľná, či nevyliečiteľná vždy podstatne ovplyvňuje sociálnu situáciu občana a čím je ťažšia, prípadne spojená so zdravotným postihnutím, tým má vážnejšie dôsledky na kvalitu života. Podľa Vágnerovej - chorobu možno považovať, nielen za biologickú odchýlku, ale aj za istý druh sociálnej deviácie. (1999 in: Harčariková, 2011) Zdravie je spojené s pocitom istoty, bezpečia, pohody a túžby po aktivite. Počas choroby nastáva zmena. Mení sa bežný spôsob života človeka, chorý má k nej postoj ako k nebezpečenstvu, považuje ju za nežiaduci jav vo svojom živote, je pre neho výstražným znamením možnej smrti.

Akakoľvek choroba je jednou z najväčších životných záťaží, ktorá významne ovplyvňuje aj psychické procesy jednotlivca. Postoj k vlastnej chorobe môže ovplyvňovať aj zmenu identity chorého, u Eskimákov je napríklad bežné, že v prípade vážneho ochorenia takýto človek prijme nové meno – meno chorého. (Harčariková, 2011)

Pacient - je v zdravotníckej terminológii chápaný ako osoba, ktorá prijíma starostlivosť zameranú na podporu alebo prinavrátanie zdravia.

Prostredie – prostredím sa rozumieme všetko, čo človeka obklopuje, t.j. prostredie materiálne, prírodné, fyzikálne, psychické, sociálne a duchovné.

Hospitalizácia – je umiestnenie pacienta v lôžkovom zdravotníckom zariadení, na základe zdravotného stavu pacienta a odporúčania ošetrojúceho lekára k diagnostickým a liečebným účelom. (Mojtová, 2008)

Modely zdravia

Klinický model, ktorý definuje zdravie ako stav bez prítomnosti určitých znakov, symptómov, chorôb, alebo úrazov.

Ekologický model, je predovšetkým založený na vzťahu človek – príroda. Tento model má tri interaktívne zložky, a to hostiteľa, agens čiže činitele prostredia, ktoré ovplyvňujú hostiteľa, a prostredie a to vonkajšie a vnútorné. Všetky zložky na seba neustále pôsobia.

Model hrania roly, ktorý považuje zdravie za schopnosť jednotlivca plniť svoje spoločenské ciele, alebo vykonávať svoju prácu. Podľa tohto modelu, osoby, ktoré dokážu plniť svoje role sú zdraví a tí ktorí nie, sú klinicky chorí.

Adaptačný model, je založený na samotnej adaptácii sa na prostredie. Tento model berie chorobu, ako stav pri zlyhaní adaptácie.

Eudemonistický model, vníma pojem zdravia ako stav úplného osobnostného potenciálu, pričom uskutočňovanie zdravia sa berie u každého jedinca za vrchol plne rozvinutej osobnosti.

Holistický model, sa opiera najmä o pojem holistické zdravie, ktorý vníma osobnosť človeka ako celistvú bytosť, zo všetkými jeho stránkami. Tento model pomáha ľuďom prevziať plnú zodpovednosť za svoje zdravie, za zdravý spôsob života. (Hanzlíková, 2002)

Faktory ovplyvňujúce edukáciu

Oblasť vzdelávania a kvalitného riadenia inštitúcií vzdelávania intenzívne rezonuje nielen na Slovensku, ale je vnímaná ako mimoriadne dôležitá téma aj z pohľadu Európskej únie (Domokos, G. 2009). Existuje veľa faktorov, ktoré kladne aj záporne ovplyvňujú edukáciu. Každý faktor, ktorý nejako ovplyvňuje edukáciu, je veľmi dôležitý. Medzi faktory, ktoré ovplyvňujú edukáciu zo strany edukanta, patria fyzické faktory, poznávacie procesy, aktivačné psychické procesy, vlastnosti osobnosti a podpora rodiny (Hlinková, Nemčeková 2007). Ďalej sú to:

- pohlavie - ženy sú zodpovednejšie v porovnaní s mužmi, preto ženy pristupujú k svojmu zdraviu zodpovednejšie,
- vek - dospelí ľudia vedia lepšie pochopiť odovzdané informácie v porovnaní s deťmi a seniormi, preto pri týchto dvoch skupinách treba informácie odovzdávať primerane k veku v zjednodušenej forme, voliť jednoduchšie vety, informácie,
- zdravotný stav - každé ochorenie, či už ide o chronické, akútne, psychické a pod., určitou mierou ovplyvňuje získavanie nových vedomostí a zručností,
- vzdelanie - pacient, ktorý nepracuje v zdravotníctve, nebude poznať odborné výrazy, preto je

nutné prispôbiť sa pacientovi tak, aby porozumel tomu, o čom je edukovaný,

- schopnosť čítať - mali by sme požiadať, pacienta nech nám prerozpráva, čo prečítal, pretože niektorí pacienti nemusia rozumieť textu, ktorý prečítali,

- schopnosť počuť - niektorí pacienti, prevažne seniori, trpia čiastočnou hluchotou, pri tejto skupine pacientov treba hovoriť pomalšie a hlasnejšie, poprípade ich požiadať o spätnú väzbu.

Väčšina ľudí sa neprizná, že neporozumel tomu, čo sme mu im povedali, preto treba pacienta požiadať, aby nám zhrnul informácie, ktoré sme mu odovzdali, a tým sa presvedčili, že tomu porozumel/li. Schopnosť učiť sa u chirurgického pacienta môže byť ovplyvnená stresogénnymi faktormi, ako sú napríklad anestézia, operačný výkon, výsledok histologického vyšetrenia a podobne (Magerčiaková 2008).

Aby edukácia bola efektívna, musí mať edukátor určité schopnosti, ktoré považujeme za faktory ovplyvňujúce edukáciu zo strany edukátora. Do tejto skupiny sa zaraďuje: vek, zdravotný stav, vlastnosti, ovládanie výučbového materiálu, sestra nemusí vedieť informácie o všetkých ochoreniach, preto by si mala pred výučbou pacienta prečítať materiál, ktorý mu bude odovzdávať. Nikdy by nemala dávať pacientovi edukačný materiál, ktorý sama nemala prečítaný (Magerčiaková 2008). Vo verbálnej komunikácii by sme mali byť starostliví pri voľbe svojich slov, jednoduchá informácia je najefektívnejšia, literatúra odporúča poskytovať informácie na úrovni znalostí žiakov ôsmej triedy, ale keď sme sa s pacientom dostatočne zoznámili, potom budeme môcť voliť svoje slová primerané k jeho úrovni (Škrľa, Škrlová 2003). Neverbálny spôsob komunikácie nemôže byť nikdy dostatočne zdôraznený, je dôležité, kam sa pri výučbe posadíme vzhľadom k pacientovi, to, čo hovoríme svojím telom a svojimi očami, má často väčšiu váhu než naše slová, sestra by sa mala stále posadiť tak, aby jej pacient videl do očí, nie chrbtom k nemu, sestra by nikdy nemala vyjadrovať netrzeplivosť, nemala by vyjadrovať, že sa niekde ponáhľa (Čechová a kol. 2001).

Výskumná časť

Pohlavie vyplnilo 1010 respondentov, čo je 99,8 %. V súbore bolo 451 (44,65 %) mužov, 559 (55,35 %) žien. Priemerný vek mužov bol $52,4 \pm 17,6$, žien $51,3 \pm 17,9$. Muži a ženy sa štatisticky významne nelíšili vo veku ($p = 0,292$).

Výskum rieši aktuálne problémy Slovenskej populácie ako celku a to najmä vo vzťahu k zadefinovaniu presných potrieb pacienta – klienta v pooperačnej starostlivosti

a onkologickej liečbe. Vypĺňa identifikovanú dieru medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou a pripravuje zázemia pre spustenie novej integrovanej služby, ktorá bude vychádzať s domácich reálií.

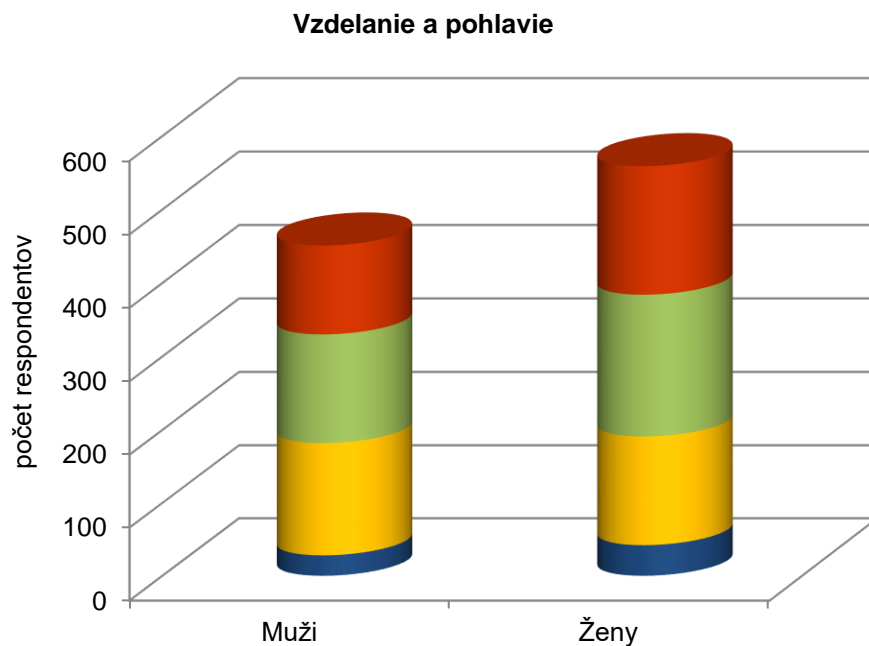
Výskum bol realizovaný od októbra 2018 do februára 2019. Celkovo bolo distribuovaných 1500 dotazníkov, návratnosť dotazníkov bola v počte 1010. Dotazníky boli rozdávané pacientom na chirurgických oddeleniach na jednotlivých lôžkových oddeleniach a ambulanciách pacientom po chirurgických zákrokoch v Západoslovenskom a Stredoslovenskom kraji (Bratislava, Trnava, Dolný Kubín, Ružomberok). Ako súčasť overovania cieľov prostredníctvom korelačného koeficientu budeme využívať graf lineárnej závislosti, zobrazujúci predpoklad pre vhodnosť použitia testu. Jednotlivé výpočty aj s príslušnými grafmi budú spracované v štatistickom programe SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Finálny dizajn výskumnej stratégie a rozhovorov bude prispôbovaný zisteniam z desk review, ako aj konzultáciám s relevantnými partnermi a projektovými odberateľmi.

Keďže je našim cieľom určiť mieru stavu sebestačnosti po prepustení pacienta po operačnom zákroku jednotlivých aktov pre vzťah, využívame za týmto účelom spočiatku matematickú deskripciu na stanovenie tejto hodnoty u konkrétnych aktov, kategórii a foriem a určenie ich smerovania. Následne ich pomocou matematickej predikcie, teda skúmania existencie určitého vzťahu medzi týmito premennými vzájomne zrovnávame a priradzujeme do súvislostí. Explanáciu môžeme v našom prípade využiť skôr na báze teoretického podkladu získaného z iných štúdií, nakoľko táto otázka nebola súčasťou aktuálneho výskumu.

Pohlavie a vzdelanie

Medzi mužmi a ženami nebol štatisticky významný rozdiel vo vzdelaní ($p = 0,066$).



Pohlavie a pooperačné komplikácie

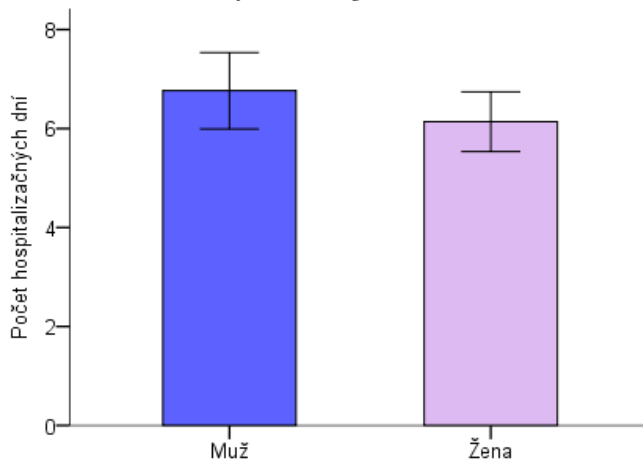
Komplikácie vyplnilo 443 mužov, z nich pooperačné komplikácie malo 90 (20,3%) mužov. Z 546 žien, ktoré tento údaj vyplnili, komplikácie udáva 108 (19,8%). Medzi pohlaviami nebol štatisticky významný rozdiel ($p = 0,834$). Podiel mužov a žien, ktorí udávali pooperačné komplikácie bol približne rovnaký.

Pohlavie a počet hospitalizačných dní po poslednom operačnom výkone

U mužov po poslednom operačnom výkone bol priemerný počet dní $6,76 \pm 8,24$, medián bol 5 dní, u žien $6,14 \pm 7,08$, medián 5 dní. Nebol medzi nimi štatisticky významný rozdiel ($p = 0,997$).

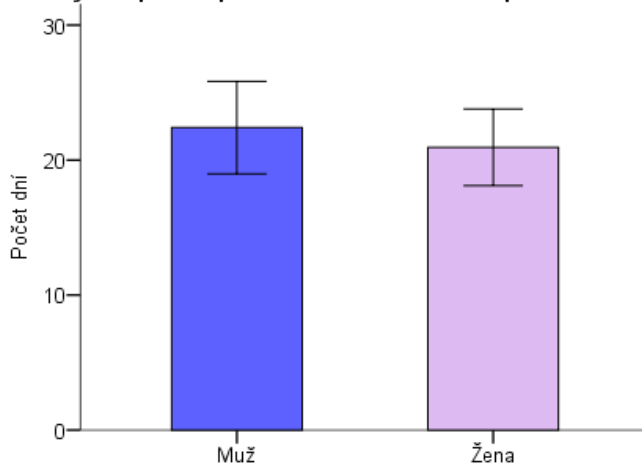
Na nasledujúcom grafe je znázornený aritmetický priemer s 95% intervalom spoľahlivosti.

Aritmetický priemer celkovej dĺžky hospitalizácie pri posledom operačnom výkone



Rovnako medzi mužmi a ženami nebol štatisticky významný rozdiel v počte dní uplynulých od prepustenia z nemocnice po dobu, kedy pacient bol schopný postarať sa sám o seba ($p = 0,810$). U mužov bol aritmetický priemer $22,4 \pm 34,9$, medián 12 dní, u žien $20,95 \pm 32,13$, medián 10 dní. Smerodajné odchýlky sú veľké, lebo počet dní sa pohyboval od 0 do 365 u mužov a od 0 do 280 u žien.. Na grafe sú opäť znázornené aritmetické priemery s 95% intervalom spoľahlivosti.

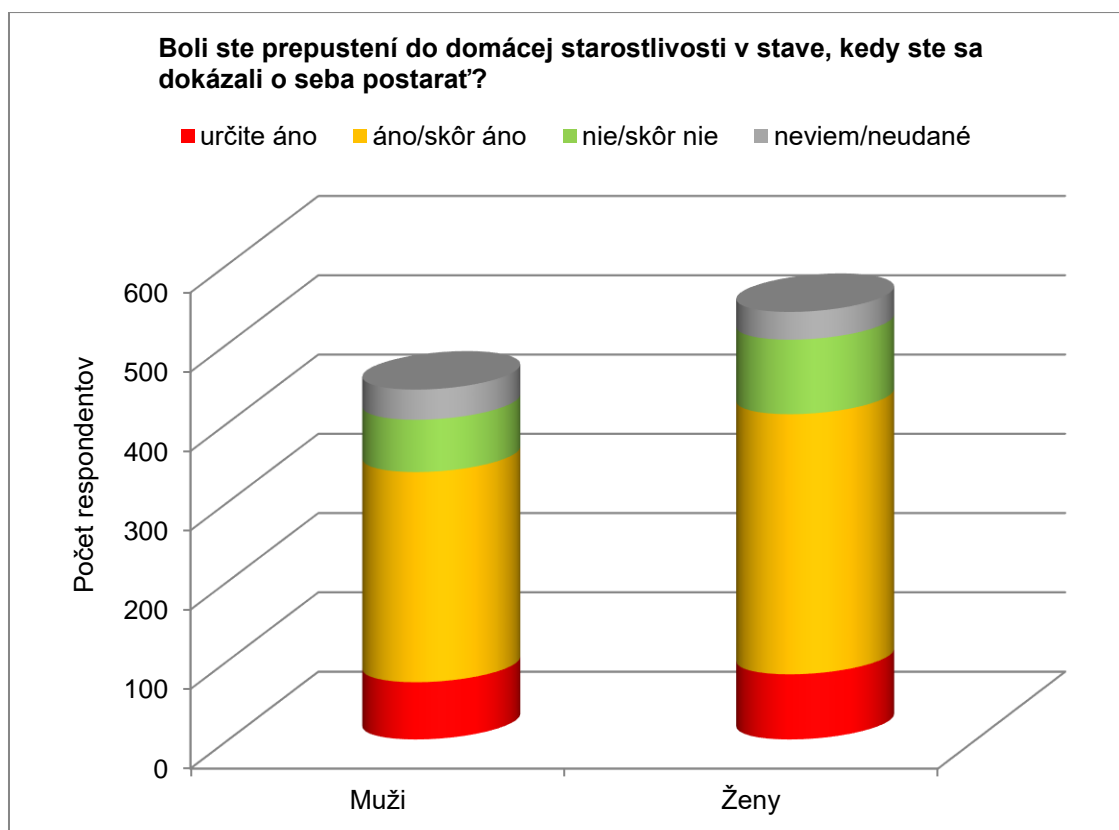
Počet dní od prepustenia z nemocničnej starostlivosti do dňa, kým sa pacient plnohodnotne mohol o seba postarať



Pohlavie a otázka 24: Boli ste prepustený do domácej starostlivosti v stave, kedy ste sa dokázali o seba postarať?

Odpovede pre jednotlivé vekové kategórie sú uvedené v nasledujúcej tabuľke. Medzi pohlaviami nebol štatisticky významný rozdiel v odpovediach na otázku 24 ($p = 0,456$).

Boli ste prepustení do domácej starostlivosti v stave, kedy ste sa dokázali o seba postarať?	Muži		Ženy		Spolu	
	počet	%	počet	%	počet	%
určite áno	72	16,3	82	15,2	154	15,7
áno/skôr áno	265	60,1	328	60,9	593	60,5
nie/skôr nie	66	15	94	17,4	160	16,3
neviem/neudané	38	8,6	35	6,5	73	7,4
Spolu	441		539		980	

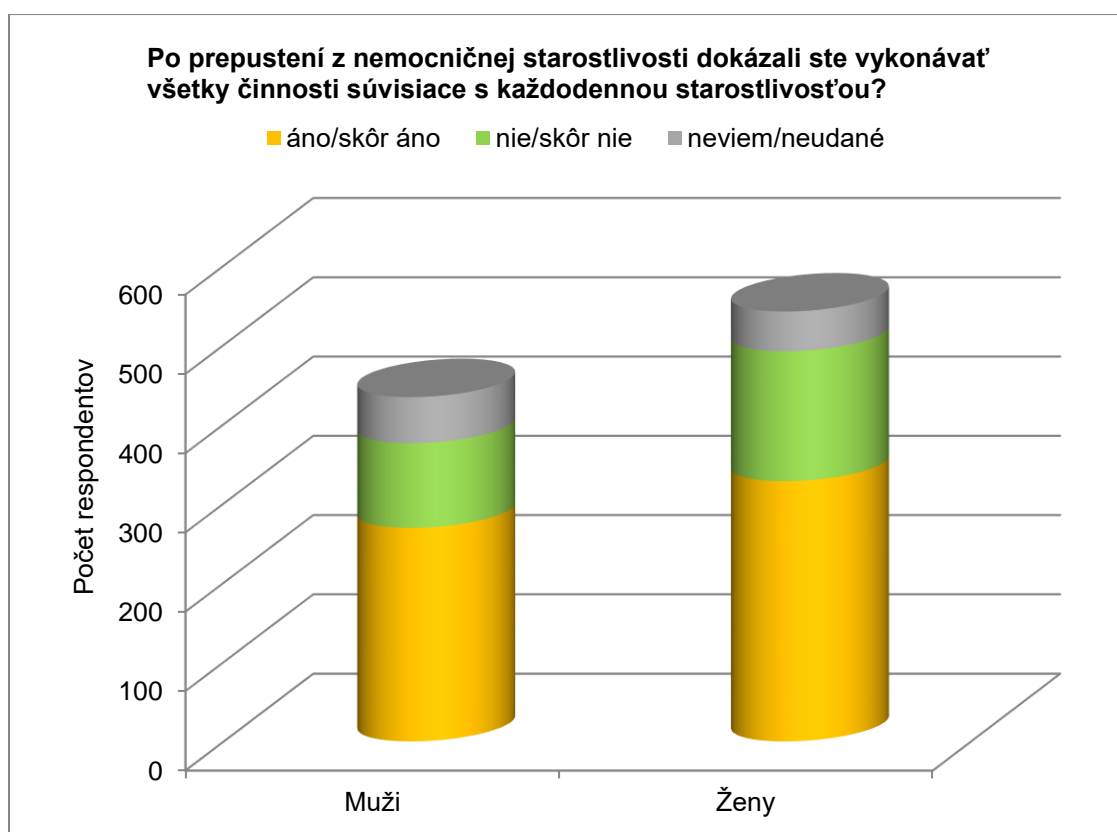


Pohlavie a otázka 26: Po prepustení z nemocničnej starostlivosti dokázali ste vykonávať všetky činnosti súvisiace s každodennou starostlivosťou?

Odpovede pre jednotlivé vekové kategórie sú uvedené v nasledujúcej tabuľke a znázornené na grafe. Medzi pohlaviami bol štatisticky významný rozdiel v odpovediach na otázku 26 ($p = 0,038$). Ženy častejšie odpovedali „nie/skôr nie“, kým muži častejšie volili odpoveď

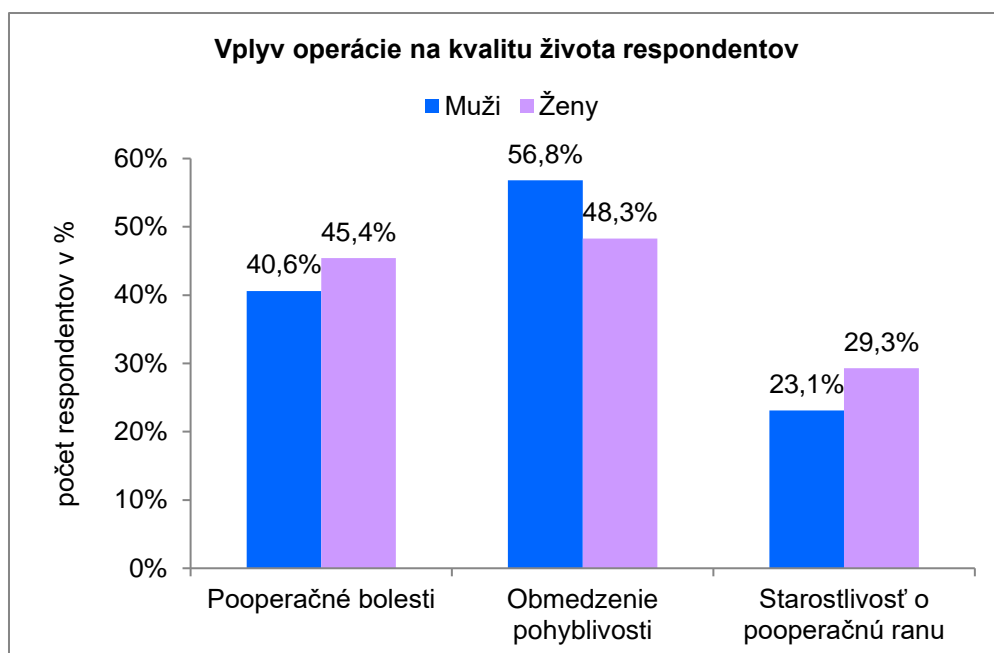
„neviem“, prípadne odpoveď neudali. Odpoveď „áno/skôr áno“ volil približne rovnaký podiel mužov ako aj žien.

Boli ste prepustení do domácej starostlivosti v stave, kedy ste sa dokázali o seba postarať?	Muži		Ženy).Spolu	
	počet	%	počet	%	počet	%
áno/skôr áno	269	62	328	60,5	597	61,2
nie/skôr nie	107	24,7	164	30,3	271	27,8
neviem/neudané	58	13,4	50	9,2	108	11,1
Spolu	434		539		976	



Vek a vplyv operácie na kvalitu života

Čo sa týka pooperačných bolestí medzi mužmi a ženami nebol štatisticky významný rozdiel ($p = 0,121$). Čo sa týka obmedzenia pohyblivosti, tak muži častejšie udávajú zníženie kvality života obmedzením pohyblivosti ako ženy ($p = 0,007$) a zníženie kvality života zvýšenou starostlivosťou o pooperačnú ranu udávajú častejšie ženy ako muži ($p = 0,025$). (Pozri nasledujúci graf)



Pohlavie a otázka 28: V prípade, že u Vás nenastala plná rekonvalescencia, čo považujete za dôvod

Vyplnilo 500 pacientov, 510 neudalo nič (predpokladám, že u týchto nastala plná rekonvalescencia). Medzi mužmi a ženami nebol štatisticky významný rozdiel ($p = 0,997$).

Výsledky sú uvedené v nasledujúcej tabuľke.

V prípade, že u Vás nenastala plná rekonvalescencia, čo považujete za dôvod	Muži			Ženy			Spolu		
	počet	% z 220	% z 451	počet	% z 280	% z 559	počet	% z 500	% z 1010
Vek	93	42,3	20,6	118	42,1	21,1	211	42,2	20,9
Rozsah zdravotných problémov	111	50,5	24,6	142	50,7	25,4	253	50,6	25
Rozsah zdravotných problémov aj Vek	16	7,3	3,5	20	7,1	3,6	36	7,2	3,6
Spolu	220	100	48,8	280	100	50,1	500	100	49,5
žiaden	231	–	51,2	279	–	49,9	510	–	50,5
Spolu	451	–	100	559	–		1010	–	100

Predpokladáme, že na základe zistených poznatkov výskum prispeje k efektívnosti poskytovaných služieb, k zvýšeniu efektivity vynakladaných zdrojov, k zvýšeniu vzdelanosti a zavedeniu inovatívnych prvkov v rámci zdravotných a sociálnych profesií. Najmä však k podpore základného ľudského práva a to práva na zdravie. Komplexná domáca starostlivosť je integrovaná forma starostlivosti, ktorá je jedným z prvkov primárnej starostlivosti. „Filozofia komplexnej domácej starostlivosti je podmienená princípom pevnej väzby a interakcie ľudskej bytosti zo svojím vlastným sociálnym prostredím, s akceptáciou na individuálne vnímanie kvality života každej ľudskej bytosti.“ Od domácej starostlivosti pacient očakáva zlepšenie psychického stavu a zvýšenie pozornosti o jeho akútny zdravotný stav. Ide o vysokokvalifikovanú a odbornú starostlivosť, ktorá umožňuje pacientovi skrátiť dĺžku hospitalizácie na lôžkovom oddelení v zdravotníckom zariadení na nevyhnutný čas.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ M. 2001. Speciální psychologie. 3. vyd. Brno : IDVPZ, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.

DOMOKOS, G. 2009. The role of national languages in the rise of national identity in Europe In: Pázmáneum to blindern : contributions to regional and cultural studies : Central Europe and Scandinavia. – Piliscaba : Pázmány Péter Catholic University, Faculty of Humanities, 2009. - s. 15-21. - ISBN 97 8-963-9206-76-2

HANZLÍKOVÁ, A. a kolektiv. 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-80-8063-257-1.

MAGERČIAKOVÁ, M. 2008. Edukácia v ošetrovatelstve 1. 2. vyd. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva v Ružomberku. ISBN 978-80-8084-221-5.

MAGERČIAKOVÁ, M. 2009. Edukácia chirurgického pacienta. In: Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík. Roč. XV, č.1, s. 36 - 39. ISSN 1335-5090.

MAGERČIAKOVÁ, M. 2011. Eliminácia stresogénnych faktorov v ošetrovateľskej starostlivosti o chirurgických pacientov. Ružomberok: Verbum. ISBN 978-80-8084-808-8.

MOJTOVÁ, M. 2008. Sociálna práca v zdravotníctve. 1 vyd. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, n. o. 2008. 137 s. ISBN 978-80-89271-45-0 s. 3, 22-23

NOVOSAD, L. 2011. Telesné postihnutí jako fenomén i životní realita. 1. vyd. Praha: Portál. 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9

VÁGNEROVÁ, M. 2005. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: UK Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

ŠUSTROVÁ, M. 2012. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Košice: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2012. 120 s. ISBN 978-80-8132-041-5

KONTAKT

prof. PhDr. Monika Mačkinová, PhD.

Katedra sociálnej práce Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave

Email. mackinova@fedu.uniba.sk

PhDr. Pavol Kopinec, PhD.,

Katedra sociálnej práce Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave

Príspevok vznikol v rámci projektu KEGA: Aplikovaný výskum orientovaný na vákuum medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou o pacienta po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia. (019UK-4/2018).