

# Potreba multidisciplinarity v starostlivosti o pacientov zomierajúcich v domácom prostredí – výskumná analýza ADOS

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková<sup>1</sup>, PhD. et PhD, Mgr. Erika Slamková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava

<sup>2</sup>ADOS sv. Tomáša, Bánovce nad Bebravou

Príspevok sa zaoberá možnosťou agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti suplovať mobilný hospic. Pozornosť je venovaná longitudálnym výskumným zisteniam v oblasti liečby bolesti, psychosociálnej a spirituálnej možnosti intervencie.

**Kľúčové slová:** agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zomierajúci, liečba bolesti, úzkosť, sociálna opora, spiritualita.

## *The necessity of multidisciplinary care of the dying patients in their homes – the research analyze of the Agency of home nursing care*

The article is focused on the possibility of Agencies of home nursing care to substitute Home hospice care. It gives attention to the long term research results in the area of the pain treatment and possibilities of psychosocial and spiritual interventions.

**Key words:** agency of home nursing care, dying patient, pain treatment, anxiety, social support, spirituality.

Paliat. med. liec. boles., 2012, 5(1): 21–23

### Úvod

S problematikou zomierania sa stretávame aj v agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) a je čoraz viac aktuálna. Cieľom ADOS-u je umožniť pacientovi so život limitujúcim ochorením stráviť posledné týždne či mesiace života v domácom prostredí a mať pritom neustále k dispozícii pomoc odborníka. Nezabúdajme, že domáci model zomierania vychádza z tradície, že ľudia po stáročia zomierali doma. Vždy bolo a aj bude pre zomierajúceho v domácom prostredí prednosťou, že je obklopený svojou rodinou, blízkymi.

Tak ako v zdravotníckom zariadení, aj doma je starostlivosť o zomierajúceho náročná a je potrebné k pacientovi pristupovať tak, aby boli uspokojené všetky jeho potreby, a tým sa maximalizovala kvalita jeho života.

### Výskumný súbor a výskumné zistenia

Realizovali sme niekoľkoročný longitudálny výskum v Agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti sv. Tadeáša v okrese Bánovce nad Bebravou za celé obdobie existencie tohto zdravotníckeho zariadenia, a to od septembra 2005 do decembra 2011.

Základný súbor tvorili všetci zomretí pacienti v ADOS-e za uvedené obdobie. Celkový počet respondentov bol 214, z toho bolo 119 žien, čo tvorí 55,6 %, a muži boli zastúpení v počte 95, čo je 44,4 % respondentov. Priemerný vek respondentov bol 74,46, z toho najmladší mal 36 rokov a najstarší respondent 98 rokov.

Vierovyznanie respondentov bolo rôzne. Až 65,4 % respondentov bolo katolíkov, 17,3 % tvorili evanjelici, židovského vierovyznania bolo 9 % respondentov, babtistického vierovyznania bolo taktiež 9 % respondentov a ateistov tvorilo 15,4 % respondentov.

Respondenti boli prijatí do ADOS-u so základnou primárnou diagnózou. Onkologické diagnózy tvorili 45,8 %, CMP 24,3 %, respondenti s ISCHM tvorili 14,0 % a 5,9 % boli respondenti s inými rôznymi diagnózami ako napríklad diabetes mellitus, sclerosis multiplex, Parkinsonova choroba.

Počet dní ošetrovania pacienta sa odvíja od zdravotného stavu pacienta, jeho ošetrovateľských problémov. U ťažko chorých a zomierajúcich pacientov sú pacienti ošetrovaní až do ich smrti. Priemerný počet dní, ktoré respondent trávil v ošetrovateľskej starostlivosti ADOS-u, bol 125, pričom najmenší počet dní bol 2 a maximálny počet dní ošetrovateľskej starostlivosti respondenta bol 1 196 dní. Priemerný počet návštev sestry ADOS-u u respondenta v domácom prostredí sa pohyboval okolo 52, pričom minimálny počet návštev bol 2 a maximálny počet návštev 730 s frekvenciou najmenej 3-krát týždenne.

Z hľadiska predchádzajúceho pobytu respondenta bolo 54,7 % respondentov prijatých do starostlivosti ADOS-u po hospitalizácii na oddelení pre dlhodobu chorých (ODCH), 7,9 % ich bolo po hospitalizácii na onkologickom oddelení, z iných klinických oddelení bolo do ADOS-u prijatých 7,0 % respondentov a 30,4 % respondentov bolo prijatých bez predchádzajú-

cej hospitalizácie na žiadosť obvodného lekára alebo príbuzných pacienta.

### Tíšenie bolesti – potreba algeziológa

Sestra ADOS pri prvej návšteve na základe sesterskej anamnézy okrem iného zisťuje u pacienta informácie z hľadiska bolesti. Skrátenejší assessment bolesti obsahuje otázky, ktoré pomáhajú pacientovi charakterizovať svoju bolesť. Sestra získava informácie o začiatku, lokalite či vyžarovaní bolesti, o trvaní, intenzite a kvalite bolesti, ako i faktory stupňujúce a znižujúce bolesť a v neposlednom rade dôležitú informáciu o farmakologickej či nefarmakologickej liečebnej metóde jej tíšenia.

Keďže vysoký podiel pacientov ošetrovaných cestou ADOS-u tvoria práve onkologickí pacienti, sestra ADOS-u sa stretáva u pacientov predovšetkým s nádorovou bolesťou. Chronická nádorová bolesť je v porovnaní s nenádorovou omnoho pestrejšia. Vychádzajúc z biologického správania malígneho ochorenia predpokladáme, že pôjde o viacorgánové postihnutie, a preto sa môžu u pacienta v tom istom čase objaviť rôzne typy bolesti od akútnej, chronickej, neuropatickej alebo somatickej a viscerálnej. Medikamentózna terapia pre týchto pacientov predstavuje základ analgetickej liečby, ktorá by mala byť uskutočňovaná na základe analgetického rebríčka WHO (1). Zvládnuť manažment bolesti patrí k jedným z dôležitých intervencií sestry ADOS-u. Zahŕňa celú škálu intervencií, ktoré sú zamerané na prevenciu, zmiernenie či odstránenie bolesti, aby tak pacientovi pomohla maxima-

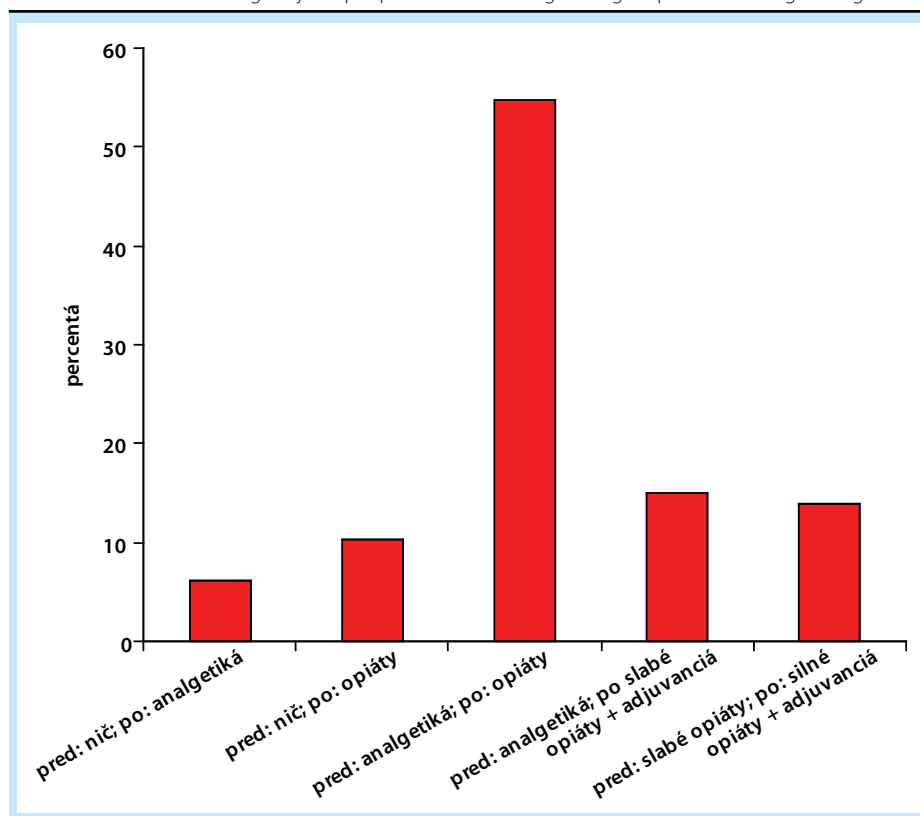
lizovať kvalitu života. Sestra pri prvej návšteve, ak pacient udáva bolesti, predovšetkým zisťuje, či má lieky proti bolesti a o aké lieky ide. Tieto informácie získava predovšetkým z prepúšťacej správy, ak bol pacient hospitalizovaný, od príbuzných pacienta, ako i od samotného pacienta. Stáva sa, že napriek tomu, že bol pacient prepustený z hospitalizácie do domáceho prostredia, nemá ordinované žiadne lieky proti bolesti napriek tomu, že bolesť udáva. Nie je ojedinelé, že obvodný lekár u pacienta nezisťuje, či pacient udáva bolesti, alebo nie. Po niekoľkoročných skúsenostiach konštatujeme, že každého pacienta po prepustení z hospitalizácie by mal navštíviť jeho obvodný lekár, v ktorého réžii je i riešenie zvládania manažmentu bolesti v domácom prostredí.

Keďže s takouto situáciou u novoprijatých pacientov sa stretávame často, odborný garant ADOS-u vypracoval pre sestry ADOS-u edukačný plán a edukačný program, ktorý je zameraný na informovanie pacienta a jeho rodiny o možnostiach liečby bolesti, ako i aktívneho zapojenia pacienta a jeho rodiny. Je to predovšetkým kontaktovanie lekára algeziologickej ambulancie, kde sestra telefonicky podrobne zreferuje aktuálny stav pacienta a zhodnotí informácie z hľadiska pacientovej bolesti. Algeziológ na základe informácií sestry ADOS-u potom pri osobnej návšteve blízkeho človeka pacienta, ako i preštudovaní zdravotnej dokumentácie indikuje pacientovi terapiu na tlámenie bolesti.

Sestra ADOS-u i naďalej spolupracuje s lekárom algeziologickej ambulancie a zaoberá sa u pacienta edukačným programom. Snaží sa predovšetkým aktívne zapojiť pacienta do liečby bolesti. Jednou z možností je viesť si tzv. „denník bolesti“. Takýto prehľad pomáha pacientovi pri selfmonitoringu bolesti a sestre pomáha spresniť celý monitoring bolesti. Za výhodu možno považovať, že pacient si zvolí sám formu vedenia denníka bolesti. Dôležité je, aby zaznamenal intenzitu bolesti pred podaním lieku, kedy sa bolesť začala, aký liek užil a akú dávku, intenzitu bolesti 30 až 60 minút po podaní lieku a iné činnosti na tlmenie bolesti. Všetky tieto informácie sestra vyhodnocuje a konzultuje s algeziológom. Pacient je ten, ktorý je zahrnutý do procesu liečby bolesti ako aktívny člen tímu. Pacient musí predovšetkým vedieť, že je to práve on, kto nám dáva smerodajné informácie, ktoré sú dôležité pre ďalší postup zvládania jeho bolesti.

Algeziológ bol pri prvej návšteve sestrou ADOS-u v našom výskumnom súbore odporučený 96 respondentom, čo je 44,9 %, 118 respondentov, čo je 55,1 %, už mali kontakt a ordinovanú liečbu algeziológom či už počas

**Graf 1.** Prehľad farmakologickej terapie pred indikáciou algeziológa a po indikácii algeziológom



hospitalizácie, alebo na základe odporúčenia obvodného lekára.

Z prehľadu grafu č. 1, ktorý nám dáva ucelený prehľad farmakologickej terapie pred indikáciou algeziológa a po indikácii algeziológa, možno konštatovať, že 13 respondentov, čo je 6,2 %, pri prvej návšteve sestry ADOS-u neužívalo žiadne analgetiká a po intervencii u algeziológa mal pacient ordinované neopioidné analgetiká, 22 respondentov, čo je 10,3 %, neužívalo žiadne analgetiká a algeziológ ordinoval liečbu opiátmi a až u 117 respondentov, čo je 54,7 %, sestra v anamnéze zistila užívanie neopioidných analgetík a po ordinácii algeziológom mal respondent ordinované opiáty. Analgetická liečba bola algeziológom zmenená na užívanie slabých opiátov a adjuvancií u 32, čo je 14,8 % respondentov, a u 30, čo je 14,0 % respondentov, sa zmenila ordinácia z prvej návštevy sestry ADOS-u, a to zo slabých opiátov na silné opiáty a adjuvanciá. Z týchto zistení môžeme konštatovať, že sestra ADOS-u dôsledným zberom údajov do sesterskej anamnézy zistila nedostatočnú liečbu bolesti a kontaktovaním algeziológa zabezpečila pacientovi uspokojenie jednej z potrieb.

Všimli sme si tiež, že pacienti majú vedľajšie účinky pri liečbe opiátmi, ale ak by ordinujúci lekár zároveň s analgetickou liečbou bolesti preventívne ordinoval i lieky na zníženie výskytu vedľajších účinkov opiátov, vyriešil by sa problém so vznikajúcim diskomfortom pacienta.

Považujeme za potrebné vždy zohľadniť všetky dimenzie bolesti: fyzickú, psychickú, sociálnu i duchovnú. Porozumenie bolesti je kľúčom k správnej liečbe a správne pristupu k chorému. Každý pacient je individualita a má vlastné reakcie na bolesť. Bolesť sa nedá objektívne merať a veľmi záleží na skúsenostiach a vedomostiach sestry, aby dokázala správne posúdiť ťažkosti pacienta. Bolesť každého pacienta treba vnímať multidisciplinárne, vyžaduje si tímovú spoluprácu odborníkov, ako aj rodiny a samotného pacienta. Venovať sa problematike bolesti patrí k morálnym aspektom sesterskej profesie.

### Psychosociálne aspekty

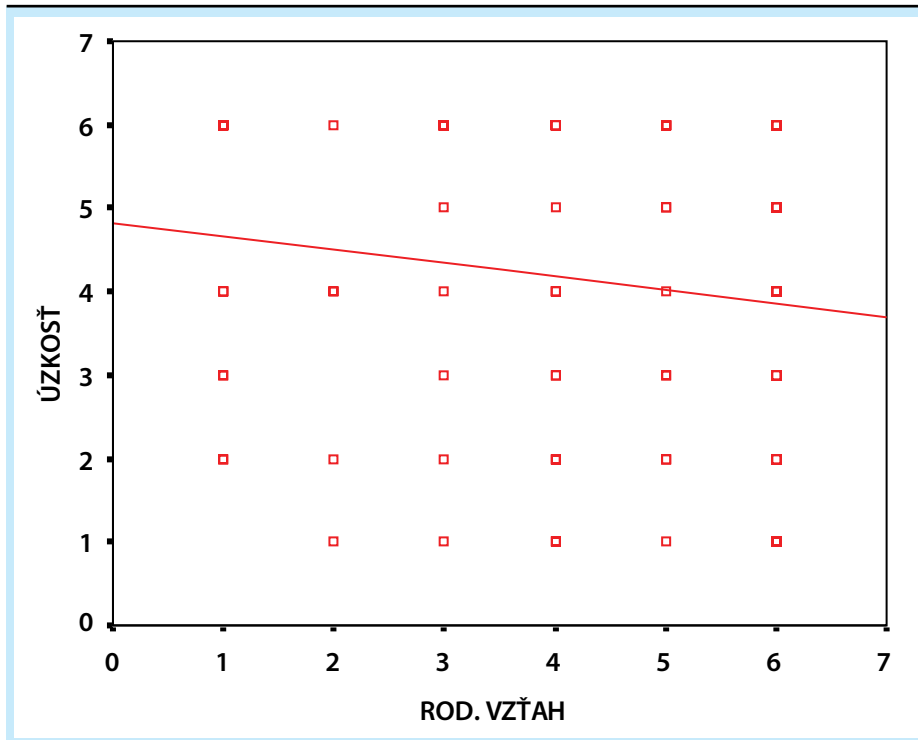
V starostlivosti o zomierajúceho existuje mnoho príčin prechodného strachu a úzkosti. Každý rozhovor so zomierajúcim je balansovaním medzi nepriaznivou situáciou a udržaním nádeje. Rovnováhu možno dosiahnuť iba pri sústredení na čas, ktorý pacientovi zostáva.

V klasifikácii NANDA International je úzkosť zaradená v 9. doméne a v 2. triede ošetrovateľských diagnóz. Je definovaná ako vágny neľahký pocit diskomfortu alebo desu vytvorený vnímaním skutočnej alebo imaginárnej hrozby (2).

Citlivé oko sestry si dokáže všimnúť príznaky úzkosti, ako je napríklad panika pri objavení zhoršujúcich sa fyzických príznakov, starosť a neistota o budúcnosť, pocit, že nič už nemá zmysel alebo

**Tabuľka 1.** Vzťah medzi anxiétou pacienta a vzťahom s blízkymi

Rodinné vzťahy	Úzkosť		
	Spearman' s correlat.	-.165	
	Sig.	.016	

**Graf 2.** Vzťah medzi anxiétou pacienta a vzťahom s blízkymi

Legenda k grafu 2:

1 – žiadna úzkosť  
6 – najvyššia úzkosť

1 – veľmi zlé vzťahy s rodinou  
6 – výborné vzťahy s rodinou

tendenciu pacienta izolovať sa od svojich priateľov i rodiny. Počas našej práce s pacientmi sme zistili potrebu profesionálnej intervencie psychológom u 65 pacientov (30,4 %) a u 7 príbuzných (3,3 %). Žiaľ, zostalo iba pri odporúčaní.

Pri aplikácii sociálnej dimenzie sme potvrdili, že čím pozitívnejšie hodnotil pacient svoj vzťah s blízkymi, tým nižšiu úzkosť prežíval. Podrobnejšie výsledky sú uvedené v tabuľke č. 1 a v grafe č. 2, kde vidíme signifikantne negatívnu koreláciu medzi pozitívnym vzťahom s blízkymi a vysokou úzkosťou u pacienta ( $R=-.165$ , pričom  $p<0,05$ ).

Ak má zomierajúci pocit, že jeho život nebol dostatočne naplnený, alebo že smrť prichádza veľmi rýchlo, môže byť nešťastný, že premárnil čas, ktorý mal. Takýto demoralizovaný pacient pociťuje úzkosť.

Efektívna paliatívna starostlivosť vyžaduje zapojiť členov rodiny a podporovať ich prirodzené

väzby a vzťahy, vzájomnú súdržnosť, obetavosť jeden k druhému a ich vzájomnú lásku. V tomto všetkom sú zastúpené pacientove cenné spomienky, skúsenosti, ale i nádej a zdroj sily. Rodina zomierajúceho je tak isto zasiahnutá chorobou svojho blízkeho ako samotný pacient.

Rola sestry ADOS-u spočíva i v podporovaní prirodzenej väzby a v maximálnom uľahčovaní vzájomných vzťahov v týchto neľahkých časoch. Nedá nám nespomenúť, že v starostlivosti o zomierajúcich v domácom prostredí sa stretávame aj s pacientmi, ktorí sú hlboko sociálne opustení a aj keď majú svoju rodinu, sestra z ADOS-u musí aspoň čiastočne suplovať chýbajúcu oporu. Sociálna opustenosť zomierajúceho človeka ohrozuje jeho ľudskú dôstojnosť a každá sestra z ADOS-u, ktorá mala možnosť poznať i takúto tvár rodinných vzťahov, o to intenzívnejšie podporuje vzájomnú súdržnosť rodín zomierajúcich pacientov.

## Spirituálne potreby – intervencia duchovného

Každá sestra musí plniť jednotlivé ošetrovateľské intervencie vychádzajúc zo skutočností, že súčasné ošetrovateľstvo kladie dôraz na holistický prístup, kde patria aj formy duchovnej starostlivosti. Najčastejšie si kňaza žiada pacient, pričom privolanie duchovného u katolíkov nese v sebe potrebu sviatostí. V našom výskume sme volali kňaza v 135 prípadoch, t. j. pre 63,1 % zomierajúcich.

Zomierajúci možno práve počas svojich posledných pozemských chvíľ hľadá autentický vzťah k Bohu intenzívnejšie než kedykoľvek predtým. Človek si totiž nekladie principiálne otázky vo chvíľach pohody. Ale keď je „na dne“, začína brať Boha na zodpovednosť a vtedy sa mu otvorí mnoho neznámeho a hľadá odpovede práve v duchovnej dimenzii.

## Záver

Napriek tomu, že ADOS nedisponujú kompletným multidisciplinárnym tímom odborníkov, ktorí by mali participovať na poskytovaní kvalitnej zdravotnej starostlivosti o zomierajúceho, snažia sa v rámci svojich možností suplovať mobilný hospic a zabezpečovať v čo najväčšej možnej miere všetky potreby zomierajúceho pacienta v domácom prostredí.

Naše zistenia potvrdzujú potrebu multidisciplinárnej spolupráce, keďže sestra až u 45 % pacientov musela zabezpečiť konzultáciu u algeziológa a pre viac než polovicu zomierajúcich sprostredkovala službu duchovného. Významné je aj potvrdenie súvislosti prežívanej anxiety a vzťahu chorého k svojim blízkymi, ktorí ak mu poskytujú dostatočnú oporu, významne prispievajú k zníženiu jeho úzkosti, a tým aj k zvýšeniu jeho kvality života.

## Literatúra

1. Dobříková P. Nevyliečiteľne chorý v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti. Trnava: SSV 2005.
2. Marečková J. Ošetrovateľské diagnózy v NANDA doménach. Praha: Grada 2006.

**doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, Ph.D. et PhD**

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce,  
Trnavská univerzita  
Hornopotočná 23, 918 43  
dobrikp@gmail.com

