



Názov:

**Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta
ohrozeného vznikom a rozvojom
imobilizačného syndrómu – 1. revízia**

Autori:

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.

Mgr. Jaroslav Straka

Mgr. Marianna Kličová

Špecializačný odbor:

Ošetrovateľstvo

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu – 1. revízia

Číslo ŠP	Dátum predloženia Komisia MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0004	15. február 2018	schválené	1. január 2019
0004R1	24. október 2023	schválené	15. november 2023

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

doc. PhDr. Jana Boroňová, PhD.; Mgr. Jaroslav Straka; Mgr. Marianna Kličová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Ingrid Dúbravová; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, MBA, MPH; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Eudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Martina Šimonovičová

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

Imobilita, imobilizačný syndróm, disabilita, identifikácia rizika imobilizačného syndrómu, riziko dekubitov, preventívne opatrenia, manažment rizika imobilizačného syndrómu.

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADL	aktivity denného života
ADOS	agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
DC	dýchacie cesty
G	glykémia
GIT	gastrointestinálny trakt
IS	imobilizačný syndróm
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
MKCH 10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MMS	Mini mental state examination / skriningový test pre hodnotenie kognitívnych funkcií
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NQRM	Nursing Quality Risk Management / Ošetrovateľské riadenie rizík v kontexte manažérstva kvality
O ₂	saturácia kyslíka v krvi
P	pulz
TK	tlak krvi

Kompetencie

Štandardný ošetrovateľský postup je určený sestram poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám“).

Za dodržiavanie požiadaviek štandardného postupu zodpovedá **odborný zástupca** (garant) **pre ošetrovateľskú starostlivosť**.

Sestra koordinuje ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi a rodine pacienta. Ošetrovateľské výkony, ktoré sestra realizuje pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, sú realizované v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v platnom právnom predpise MZ SR. Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti napr. na praktické sestry - asistentov a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti.

Úvod

Imobilizačný syndróm je charakterizovaný ako celková odozva organizmu na kľudový režim. Jedinec je v súvislosti s imobilitou ohrozený poškodením jednej alebo niekoľkých orgánových sústav (Vytejková, 2011).

Podľa Kalvacha (2008) **imobilizačný syndróm je klasický geriatrický syndróm**, ktorý je odrazom závažnej akútnej dekompenzácie zdravotného stavu a terminálnej fázy geriatrickej krehkosti. Imobilizačný syndróm je stav, pri ktorom je pacient vystavený **riziku poškodenia jednotlivých telesných systémov alebo ich zmenenej funkcie** následkom nevyhnutnej alebo ordinovanej, liečbou vynútenej, kostrovosvalovej inaktivity (Lepiešová, 2016). Najvýraznejšie zmeny počas dlhodobej imobility sa prejavujú na kostrovom a svalovom systéme (Kozierová, 1995). Podľa Vytejkovej (2011) prvé následky imobility sa môžu začať objavovať už po niekoľkých hodinách pripútania na lôžko a k patologickým zmenám dochádza už v priebehu 7 dní.

Význam potreby základnej ošetrovateľskej starostlivosti narastá v situácii, keď je ochorenie spojené s obmedzením pohybu pacienta (Kapounová, 2007).

Predkladaný štandard bol tvorený na základe fúzie odborných, publikovaných informácií v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít a praktických skúseností s problematikou rozvíjaných v kontexte manažérstva kvality na vybraných pracoviskách v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slniečny dom v Humennom). **Všetky definované prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorej plnenie je indikátorom štandardu v praxi. V textoch sú tieto prístupy, ktoré sú zároveň indikátorom plnenia štandardu, označené symbolom ◊.¹**

Súbor definovaných prístupov k **efektívnemu manažmentu rizika IS je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej (inštitucionálnej) i akútnej ošetrovateľskej starostlivosti o dlhodobo chorých seniorov**, no môže byť rámcovým podkladom, či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách.

Jadrom štandardu sú kapitoly „**Posudzovanie**“, „**Plánovanie a realizácia**“ a „**Zabezpečenie a organizácia starostlivosti**“. Z hľadiska hodnotenia efektívnej starostlivosti a udržateľného pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „**Ďalšie odporúčania**“, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti efektívneho manažmentu rizika IS v ošetrovateľskej praxi.

Na tento štandard úzko nadväzujú osobitne vypracované štandardy k problematike **imobility** a rizika **vzniku a rozvoja dekubitov**.

Hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní

Neaplikované.¹

Prevenencia

Preventívny prístup vo vzťahu k riziku rozvoja imobilizačného syndrómu je ústrednou témou tohto štandardu. Z uvedených dôvodov sa ošetrovateľskými intervenciami zameranými na prevenciu vzniku a pokračujúceho rozvoja imobilizačného syndrómu zaoberáme v časti „Plánovanie a realizácia“.

¹ s výnimkou kapitoly „Ďalšie odporúčania“, ktorá nie je pre sestry, resp. pracoviská záväzná

Epidemiológia

Tatranská (2014) uvádza, že problémy s mobilitou u seniorov sú časté v komunite doma žijúcich starších osôb, avšak prevalencia bola zaznamenaná v sociálnych zariadeniach pre seniorov. Problémy s mobilitou stúpajú s vekom, závislosť sa zvyšuje z 5 % u osôb vo veku 65 - 74 rokov na 30 % u osôb nad 85 rokov, pričom sú častejšie u žien ako u mužov. **Flebotrombóza** sa najčastejšie objavuje na **3. deň imobilizácie**, pričom v nepohyblivých končatinách (zlomeniny, parézy) sa vyskytuje v 60 % prípadov, avšak u geriatrických pacientov bez akejkoľvek prevencie v prípade pripútania na lôžko, je rozvinutá až na 80 % (Kalvach, 2004). Vzťah medzi mobilitou, inkontinenciou moču a včasnou mortalitou sa opakovane preukázal. Kým u imobilných starých ľudí umiestnených v ústavnej starostlivosti sa vyskytuje **inkontinencia v 83 %**, mobilní dosahujú len 11 % prípadov inkontinencie (Hegyí, 2010). Svalová sila u imobilného pacienta v priebehu 4 - 6 týždňov klesá až o 40 % (Kalvach, 2008). Straty kalcia počas 1. týždňa presahujú 10 g a cca v 12 týždni imobility stúpa riziko urolitiázy (Kalvach, 2004).

V zdravotníckych zariadeniach sa pripúšťa **výskyt dekubitov** v 4 až 7 % (Kapounová, 2007).

Patofyziológia

Celkový rozsah imobilizačného syndrómu závisí jednak od spektra pôsobiacich faktorov a od dĺžky samotnej expozície. Dôsledky syndrómu možno pozorovať na všetkých telesných systémoch, psychike človeka a v neposlednom rade zasahujú zásadným spôsobom do sociálnej oblasti života. Na úrovni **pohybového aparátu** dochádza k úbytku svalovej hmoty, vplyvom nečinnosti sa znižuje svalová sila, inaktivita ovplyvňuje aj pohyblivosť kĺbov, vzniká ankylóza kĺbov, ktoré sa postupne deformujú. Úbytok svalovej hmoty a škála endokrinných a metabolických zmien prináša osteoporózu. **Zmeny v kardiovaskulárnom systéme** sa vyznačujú zníženou výkonnosťou srdca, zhoršením prekrvenia organizmu a zvyšuje sa riziko tromboembolických príhod. U imobilizovaného pacienta sa mení funkčný stav **respiračného systému**, ktorý sa vyznačuje zhoršenou ventiláciou pľúc, sťaženou expanziou pľúc, plytkým dýchaním, zadržiavaním sekrétov v pľúcach s následným znížením ciliárneho aparátu s narušeným samočistiacim bronchiálnym mechanizmom. Funkcia **gastrointestinálneho systému** je charakteristická zníženou peristaltikou celého systému s následným vznikom zápchy. Imobilita výrazne ovplyvňuje aj oblasť **urogenitálneho traktu**. Determinuje a znižuje drenáž obličkovej panvičky, vyprázdňovanie močového mechúra, často dochádza k retencii a následkom oslabenia svalového sfinktera aj k inkontinencii. Málo podnetné či stimulačné prostredie prináša so sebou celý rad zmien nielen na **nervovom systéme**, ale i mnoho psychických prejavov. Nastáva zmyslová deprivácia, poruchy otoakustiky, nastáva posun v spektre emocionálnej lability. Najobávanejšou a najviac rezonujúcou témou sa stáva otázka **kožných komplikácií** a poruchy kožnej integrity v dôsledku nedostatočného prekrvenia, ktorá vedie ku vzniku dekubitov. Všetky zmeny zdravotného stavu vedú k sociálnej kolízii a prípadne až sociálnej smrti (Poledníková, 2004).

Klasifikácia

Z hľadiska komplexného preventívneho prístupu v kontexte efektívneho ošetrovateľského manažmentu rizika, je potrebné uvedomiť si rozvoj komplikácií a manifestáciu príznakov IS spadajúcim k jednotlivým orgánovým systémom:

- **kardiovaskulárny** systém,
- **dýchací** systém,
- **gastrointestinálny** systém,
- **pohybový** systém,

- psychika,
- koža (Kapounová, 2007).

Okrem uvedeného, Vytejšková (2011) tiež uvádza v rámci IS poruchy **močového systému**.

Posudzovanie

IS sa manifestuje rôznymi poruchami jednej alebo niekoľkých orgánových sústav. Prejavy môžu prebiehať skryto (napríklad kardiovaskulárny systém, poruchy psychiky) a môže dôjsť k **prolongácii riešenia alebo zanedbania týchto prejavov**, ktoré bývajú odhalené neskoro a pre pacienta znamenajú významné riziko. Viditeľné prejavy IS ako zapareniny alebo dekubit sú evidentné, v skutočnosti však tkanivá v hĺbke bývajú poškodené mnohonásobne viac (Vytejšková, 2011).

IS zahŕňa nasledujúce zmeny, vymedzujúce pestrú paletu príznakov. Dochádza k ortostatickej hypotenzii, ktorú možno pozorovať ako ranné závraty, palpitácie pri vstávaní, determinujúci výskyt pádov a prejavov instability, hypokinetickej cirkulácie, s následným vznikom flebotrombózy a vysokým rizikom pľúcnej embólie, na čo nás upozornia najmä kašeľ, pleurálne bolesti, hemoptyza, či šokový stav, v neposlednom rade monitorujeme narastajúcu dušnosť s dobrou toleranciou horizontálnej polohy, bez úľavy po posadení, tachykardiu a hypotenziu (Kalvach, 2004).

Prestavba cirkulácie je limitovaná zníženým výkonom srdca, hypovolémiou, znižuje sa objem plazmy a množstvo plazmatických bielkovín (Poledníková, 2006). Hypoventilácia, atelektáza a stagnácia hlienu v pľúcach determinuje výskyt pľúcnej pneumónie, v rámci ktorej sa okrem klasických pľúcnych prejavov objavuje apatia, či zmätenosť. Vznik svalovej atrofie a jej funkčné dôsledky sú určené úrovňou svalovej sily a postihuje prevažne svaly dolných končatín. Inaktivita kostného systému sa prejavuje vyplavovaním kalcia z kostí a vznikom osteoporózy, nepoužívané kĺby sa stávajú tuhými, bolestivými a sú deformované. Zníženie kĺbovo - pohybovej schopnosti a stereotypné pozície kĺbov vyúsťujú do skracovania mäkkých tkanív a v oblasti flektovaných kĺbov k flekčným kontraktúram. Úbytok svalovej hmoty, svalová slabosť, zníženie pohybovej výkonnosti prináša poruchu svalovej koordinácie chôdze s vysokým rizikom pádov. Medzi ďalšie závažné príznaky patrí dehydratácia, vygradovaná kvantitatívnu, či kvalitatívnu poruchou vedomia, malnutricia, vzniknutá v dôsledku nielen funkčných vplyvov (nechutenstvo, porucha prehltnutia), ale aj technických príčin (napr. nezáujem personálu). Imobilita spomaľuje črevnú pasáž, čo prináša zápchu. Tvorba tuhých skybál so striedavými obtekajúcimi hnačkami môže vyprovokovať povolenie sfinkterov a inkontinenciu stolice (Kalvach, 2004).

S pripútaním na lôžko sa zhoršuje vyprázdňovanie močového mechúra, tvoria sa močové kamene, dochádza k infekcii, urosepse, k stavu retencie a inkontinencie moču. V dôsledku absencie fyzickej a psychickej stimulácie, málo podnetného prostredia pri strate kontaktu s okolitým prostredím sa narúša citová labilita, často sa objavuje úzkosť, nepokoj, depresia, nespavosť, dezorientovanosť, často i stavy neprimeraného správania v zmysle agresivity. Nedostatočné prekrvenie predilekčných miest na koži vedie k ischémii a vzniku kožných defektov rôzneho stupňa a závažnosti – dekubitov (Poledníková, 2006).

◊ Vo fáze identifikovania rizika vzniku a rozvoja IS je sestra vnímavá na symptómy; pri identifikácii rizika je logické vychádzať z príčin vzniku imobility podľa Vytejškovej (2011): dlhodobá chronická bolesť; paréza, plégia; porucha kostí, svalov, šliach, kĺbov; neurologické poruchy; kvantitatívne poruchy vedomia (bezvedomie); depresia; zlý zdravotný stav, zranenie; vek a stav pacienta (starí chorí s chronickými chorobami).

◇ Prvé posúdenie - **identifikáciu pacienta s rizikom IS** sestra realizuje pred prijatím a v priebehu prijatia do KOS, (viď. Tab. č. 3).

◇ Z dôvodu dôslednej prípravy pracoviska na zabezpečenie kontinuity starostlivosti o pacienta sestra pátra po informáciách o stave mobility, prípadne predbežných odporúčaniach o pokračujúcom programe starostlivosti v súvislosti s imobilitou už pred prepustením z validného informačného zdroja predchádzajúcej starostlivosti.

Zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu určuje kontrolný list Posúdenie prítomnosti vzniku a rozvoja imobilizačného syndrómu (pozri časť Špeciálny doplnok štandardu).

◇ Sestra realizuje **komplexné posúdenie** výskytu deficitov a súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík u pacienta vo vzťahu k IS, a v rozsahu svojich kompetencií, posudzuje ďalšie **príčinné súvislosti, problémy, riziká**, predovšetkým na základe:

- aktuálnej zdravotnej dokumentácie, vrátane laboratórnych nálezov,
- rozhovoru s pacientom,
- konzultovaním s podpornými osobami, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti, a ktoré vedú poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta, pozorovania pacienta,
- fyzikálneho vyšetrenia pacienta,
- použitia posudzovacích a hodnotiacich nástrojov zdravotného stavu a potrieb pacienta predovšetkým nástrojov stavu mobility, kondície (MMS) a sebestačnosti (ADL) [Level I, A].

◇ Sestra **posudzuje kontinuálne a priebežne** prítomnosť výskytu konkrétnych deficitov a súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík vo vzťahu k IS ako súčasť ošetrovateľského procesu, vrátane jeho primeranej dokumentácie podľa zvyklostí pracoviska. Príklady deficitov:

- pokles svalovej sily, telesnej vytrvalosti, hmoty (zmenšený obvod svaly),
- stuhnutosť, bolesť, zmenšený rozsah pohybov, zafixovanie polohy, kontraktúry najmä na DK,
- zlá koordinácia pohybov HK a DK, porucha rovnováhy, stoja, chôdze,
- zníženie diastolického TK,
- zvýšenie frekvencie srdca po minimálnej námahe, bolesti na hrudníku,
- nitkovitý pulz, arytmia, ortostatická hypotenzia až kolapsy – pri zmene polohy,
- edémy v krížovej oblasti, dolných končatinách, (alebo inde v závislosti od polohy pacienta / gravitácie),
- studené ruky a nohy, tromboflebitída, flebotrombóza, tromboembólia,
- obmedzenie pohybov hrudníka, sťažené dýchanie, plytké dýchanie, dušnosť, pretrvávajúca dušnosť,
- hromadenie sekrétov v pľúcach, znížená výmena dýchacích plynov, zvýšená viskozita sekrétov, narušený očisťovací a kašľový mechanizmus,
- hypostatická pneumónia (zoslabené dýchacie šelesty, vlhké fenomény, piskoty, vrzgoty, bolesť pri dýchaní, vlhký produktívny kašeľ s hustým zelenožltým hlienom),
- akútna zmyslová deprivácia,
- celkové zníženie motorickej aktivity,
- ospalosť, nepokoj, dráždivosť, prejavy nereálneho vnímania, pocity straty vlastného tela, sociálne, emocionálne a intelektové zmeny,
- prejavy úzkosti, zmätenosti, depresie, pocity osobnej bezcennosti, beznádeje, prázdnoty, apatie, prejavy zmien v sebauvedomovaní,
- prejavy zníženej schopnosti koncentrácie, rozhodovania, adaptácie, riešenia problémov, negativizmus, regresia, rezignácia, agresivita, narušené vnímanie času, priestoru,
- poruchy spánku,
- znížená motilita GIT, kontrakcia sfinkterov, slabosť svalov, brucha a panvového dna, nechutenstvo, malnutícia. úbytok hmotnosti, hypoproteinémia,
- strata pocitu smädu, dehydratácia,

- oddiaľovanie vyprázdnenia, potláčanie nutkania (nevhodná poloha/prostredie) pre defekáciu, psychické zábrany, strata súkromia, stolica suchá, tvrdá, ťažko vylúčiteľná, distendované tvrdé brucho, nevoľnosť, bolesť brucha, hlavy, tlak na konečník, nepokoj, závraty, výskyt fekálnych škvŕn na bielizni (paradoxná hnačka),
- retencia moču, inkontinencia moču (retencia s pretekaním),
- zvýšené riziko infekcie močových ciest pri dlhodobom zavedení močového katétra.

◇ Sestra realizuje komplexné posúdenia a plánovanie realizácie väčšiny intervencií na jeho redukcii počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta. Tento proces **finalizuje najneskôr do 48 hodín od prijatia.**

Diagnostika

Súvisiace sesterské diagnózy podľa prílohy Vyhlášky č. 306/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

A 100 – 109 Adaptácia

A 110 – 119 Aktivita

A 110 Intolerancia aktivity

A 111 Riziko intolerancie aktivity

A 112 Nedostatok náhradných aktivít

A 113 Imobilita

A 114 Riziko vzniku imobility

A 115 Obmedzená pohyblivosť

A 116 Riziko úrazu, poranenia

A 117 Vyčerpanosť, únava

I 110 – 119 Izolácia sociálna

I 110 Sociálna izolácia

I 111 Riziko sociálnej izolácie

K 100 – 109 Komunikácia

P 100 – 119 Psychické stavy a procesy

P 100 Narušená pamäť

P 101 Zmena poznávacích funkcií

P 102 Zmenený myšlienkový proces

P 103 Zmenený psychický stav

P 104 Riziko zmeny psychického stavu

P 107 Zmena správania

P 109 Smútok

P 111 Strach

P 112 Úzkosť

S 100 – 119 Sebaopatera

S 100 Nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene

S 101 Deficit sebaopatery v osobnej hygiene

S 102 Riziko deficitu sebaopatery v osobnej hygiene

S 103 Nedostatočná sebaopatera v prijímaní potravy

S 104 Deficit sebaopatery v prijímaní potravy

S 105 Riziko deficitu sebaopatery v prijímaní potravy

S 106 Nedostatočná sebaopatera vo vyprázdňovaní

S 107 Deficit sebaopatery vo vyprázdňovaní

S 108 Riziko deficitu sebaopatery vo vyprázdňovaní

S 109 Nedostatočná sebaopatera v úprave zovňajšku

S 110 Deficit sebaopatery v úprave zovňajšku

- S 111 Riziko deficitu sebaopatery v úprave zovňajšku
- S 112 Nedostatočná sebaopatera v úprave okolia
- S 113 Deficit sebaopatery v úprave okolia
- S 114 Riziko deficitu sebaopatery v úprave okolia
- S 115 Deficit sebaopatery v aktivitách denného života

S 150 – 159 Spolupráca

- S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca
- S 152 Neschopnosť spolupráce

T 100 – 109 Telesné tekutiny

- T 100 Znížený objem telesných tekutín
- T 101 Riziko deficitu objemu telesných tekutín

V 100 – 119 Vyprázdňovanie

- V 100 Zápcha
- V 101 Riziko vzniku zápchy
- V 102 Hnačka
- V 103 Inkontinencia stolice
- V 107 Inkontinencia moču
- V 108 Pomočovanie

V 120 – 139 Výživa

- V 122 Zmenená výživa – menší príjem ako telesná potreba
- V 123 Riziko menšieho príjmu potravy ako telesná potreba
- V 124 Odmietanie potravy
- V 125 Riziko odmietania potravy
- V 128 Nechutenstvo
- V 129 Riziko nechutenstva

Plánovanie a realizácia

Významnú úlohu v prevencii vzniku IS zohráva **komplexná** ošetrovateľská starostlivosť, preto je nevyhnutnosťou, aby bola realizovaná efektívne s dôrazom na prevenciu.

◇ Sestra pri plánovaní opatrení vždy citlivo zohľadní celkový stav pacienta, v zabezpečovaní KOS uplatňuje etické princípy beneficencie a nonmaleficencie.

◇ Sestra **plánuje ošetrovateľské intervencie a aktivizačné techniky** na základe predchádzajúceho posúdenia, pri zohľadnení rizika a individuálnych potrieb pacienta.

◇ Plánovanie a realizáciu intervencií sestra primerane **dokumentuje** (v súlade s aktuálne platnou legislatívou).


◇ Sestra plánované ošetrovateľské intervencie **priebežne prehodnocuje** a realizáciu zabezpečuje cielenou komunikáciou prostredníctvom delegovania ďalším členom ošetrovateľského (zdravotno – sociálneho) tímu.

Kontinuálne sledovanie klinického stavu (monitoring vitálnych funkcií)

◇ Sestra v spolupráci s lekárom **určí**

- a) **potrebu zavedenia kontinuálneho sledovania klinického stavu,**
- b) **interval a konkrétne potreby** kontinuálneho monitorovania (viď Tab. č. 1).

Tab. č. 1: Kontinuálne sledovanie klinického stavu

 Kontinuálne sledovanie klinického stavu (monitoring vitálnych funkcií)												
Meno a priezvisko pacienta:												
Dôvod zavedenia kontinuálneho sledovania:												
Dátum			Je potrebné merať (vymenuj položky podľa rozhodnutia sestry/lekára)				Ordinácia lekára: meno, dátum, čas			Podpis sestry		
Dátum	Frekvencia merania	Čas	Príjem a výdaj tekutín / 24 hod.	Stolica	Vedomie	Orientácia	TK /torr	P / min.	Dych / min. SpO ₂	TT / °C	G (p.p.) ú mmol/l	Poznámka / podpis sestry príp. ordinácia lekára

◇ Meranie FF sestra môže delegovať na praktickú sestru – asistenta. V prípade patologických odchýlok v nameraných hodnotách (položkách) bezodkladne informuje a ďalšiu starostlivosť konzultuje s lekárom, resp. postupuje na základe jeho ordinácie.

◇ Sestra **plánuje vhodné intervencie, pri zohľadnení dopátraných príčinných súvislostí**, je analytická, vnímavá, aktívne pracuje aj s výsledkami vyšetrení, hľadá súvislosti, odhaľuje riziká a v neposlednom rade intervencie prehodnocuje a aktualizuje vo vzťahu k ich efektu.

◇ Pri plánovaní intervencií sestra zohľadňuje **ciele pre pacienta s rizikom rozvoja IS**, pre jeho rodinu, príbuzných, alebo komunitu podľa priorít pacienta, ciele orientuje na pomoc pacientovi v súčinnosti s jeho rodinou, komunitou:

- premeniť potenciál pacienta do čo najlepších **výsledkov starostlivosti**,
- **predísť komplikáciám pred ich rozvinutím**, minimalizovať riziko rozvoja imobilizačného syndrómu,
- prítomné **deficity redukovať** na minimum a vylúčiť ich opätovný výskyt.

◇ Sestra aktívne **predchádza prolongovanému a neefektívnemu manažmentu** individuálnej starostlivosti.

Liečba komplikácií je omnoho náročnejšia pre pacienta i personál (Vytejková, 2011; IV/A).


◊ V prípade prítomného **rizika dekubitov** (ich vzniku alebo rozvoja) a v prítomnosti **imobility** sestra dodržiava intervencie pre efektívne predchádzanie dekubitov a ošetrovanie pacientov s imobilitou definované v predmetných ošetrovateľských štandardoch.

◊ Na základe analýzy aktuálneho stavu a potrieb pacienta vo vzťahu k riziku vzniku a rozvoja IS sestra plánuje a realizuje **všeobecné intervencie** v rozsahu svojich kompetencií, metódou ošetrovateľského procesu, vrátane ich primeranej dokumentácie a pri multidisciplinárnej spolupráci:

- využíva **postel', matrac a doplnky na podporu dýchania** pacienta,
- využíva pomôcky doplnujúce postel' k zabezpečeniu **aktivity a pohodlia** pacienta,
- včas identifikuje **potreby** pacienta, podporuje jeho spokojnosť,
- monitoruje primeraný **hygienický komfort** na lôžku (čistota, eliminácia vlhkosti, výmena bielizne), monitoruje a v súčinnosti koordinuje **aktivitu** pacienta,
- spolupracuje, **edukuje** a do starostlivosti bezpečne **zapája blízke osoby** pacienta,
- zabezpečuje, monitoruje a v súčinnosti koordinuje **včasnú vstávanie** z postele, **sebaopateru** a primeranú **rehabilitáciu**,
- zabezpečuje, monitoruje a v súčinnosti koordinuje realizáciu **bandáže DK, dychové cvičenia** a postupnú **vertikalizáciu**,
- využíva **Fowlerovu polohu**,
- zabezpečuje, monitoruje a v súčinnosti koordinuje **primeraný príjem tekutín pacienta (II, A)**.

◊ Sestra kontinuálne **identifikuje individuálne ťažkosti**, resp. posudzuje ich riziko a v rámci multidisciplinárneho tímu realizuje/zabezpečuje akčné prístupy v súlade s Tab. č. 2.

Tabuľka č. 2

 Prístupy sestry v prevencii rozvoja imobilizačného syndrómu	
Ťažkosti / riziko a súvisiace faktory	Intervencie (denne)
Kardiovaskulárny systém	
Ortostatická hypotenzia Faktory: pri vstávaní z lôžka závrat, „hmla“ pred očami, tachykardia, potenie sa, hypotenzia	<ul style="list-style-type: none"> • Postupná vertikalizácia, dostaok čsu pri zmene polohy
Žilová trombóza Plúcna embólia Faktory: pobyt na lôžku dlhšie ako 8 – 10 dní, nedostatok aktívneho / pasívneho pohybu	<ul style="list-style-type: none"> • Simulácia jazdy na bicykli, aktívne a pasívne cvičenia, prepínanie, povoľovanie chodidiel • Aktívna rehabilitácia, chôdza • Elastická bandáž, mierna elevácia dolných končatín • Antikoagulačná liečba (na základeš ordinácie lekára) • Primeraná hydratácia
Dýchacie ústrojenstvo	
Hypostatická pneumónia Plúcna atelektáza Faktory: ľah na chrbte, povrchové, plytné dýchanie, hromadenie väzkého hlienu v DC, znížená schopnosť vykašľovať hlien	<ul style="list-style-type: none"> • Dychové cvičenia • Polohovanie v polosedě • Poklepová masáž hrudníka • Masáž chrbta (mentol, oleje, krém) • Posturálna drenáž • Tréning odkašliavania • Zvlhčovanie vzduchu • Podávanie mukolytík (na základeš ordinácie lekára) • Primeraná hydratácia

GIT	
Nechutenstvo Faktory: odmietanie jedla, znížený príjem potravy, úbytok hmotnosti, hypoproteinémia	<ul style="list-style-type: none"> • Individuálny nutričný plán • Vhodné doplnky stravy, sipping
Nedostatkočné vyprázdňovanie hrubého čreva Zápcha Faktory: nepravidelná stolica, suchá, tvrdá, ťažko vylúčiteľná stolica, distendované tvrdé brucho, nevlnosť, bolesť brucha, bolesť hlavy, tlak n konečník, nepokoj, závraty, výskyt fekálnych škvŕn na bielizni (paradoxná hnačka)	<ul style="list-style-type: none"> • Primeraná hydratácia • Strava bohatá na vlákninu (zelenina, ovocie) • Návčik defekačného reflexu • Masáž podbruška • Dychové cvičenia • Vyprázdňovanie v sede (klozet) • Zabezpečenie intimity pri vyprázdňovaní • V prípade potreby laxanciá podľa ordinácie lekára • Klyzma
Inkontinencia stolice	<ul style="list-style-type: none"> • Hygienická starostlivosť o kožu a perineum • Prevencia vzniku dekubitov • Zabezpečenie inkontinenčných pomôcok
Obezita Faktory: nárast hmotnosti	<ul style="list-style-type: none"> • Úprava príjmu / zloženia stravy
Strata pocitu smädu, dehydratácia	<ul style="list-style-type: none"> • Aktívne ponúkane tekutín • Sledovanie celodenného príjmu (výdaja) tekutín • Aktívne núkanie misy / doprovod na WC / klozet
Pohybový systém	
Poškodenie svalov – atrofia a kontraktúry Skrátenie šliach a fascií svalov Znížená pohyblivosť kĺbov	<ul style="list-style-type: none"> • Pravidelné polohovanie pacienta • Pasívna rehabilitácia • Aktívna rehabilitácia spojená s kondičným cvičením • Cvičenie pod dohľadom fyzioterapeuta • Doplnková aktivizácia pacienta • Podpora sebestačnosti, pohybu pacienta • Používanie pomôcok na polohovanie • Vysádzanie do kresla
Kosti	
Imobilizačná osteoporóza Osteomalácia	<ul style="list-style-type: none"> • Dostatočný príjem vápnika a vitamínu D vo výžive • Použitie doplnkov vo výžive (podľa ordinácie lekára) • Primeraný pohyb a záťaž • Pobyt na slnku (vychádzky)
Psychika	
Zhoršenie nálady, smútok depresia Zmätenosť, strata orientácie Poruchy spánku Prejavy nepriateľstva, agresivity	<ul style="list-style-type: none"> • Edukácia, primeraná informovanosť • Aktivizácia počas dňa, návštevy • Komunikácia o pocitoch, prianiach, otázkach, validácia pacienta • Činnosti pre zlepšenie pohody
Kožná integrita	
Otlaky, zapareniny, podráždenie kože Dekubity rôzneho typu	<ul style="list-style-type: none"> • Pravidelná frekvencia polohovania (2 hodiny počas dňa, 3-4 hodiny v noci) • Používanie preventívnych pomôcok a polohovateľných postelí • Kontrola/masáž predilekčných miest vzniku imobilizačného syndrómu • Dodržiavanie hygieny, zabránenie vlhkosti, používanie ochranných kozmetických prostriedkov

	<ul style="list-style-type: none"> • Pestrá výživa, primeraná hydratácia • Ďalšie intervencie v súlade so štandardom k prevencii dekubitov
Močový systém	
Zápal močových ciest Vznik močových kameňov	<ul style="list-style-type: none"> • Dostatočný (primeraný) príjem tekutín (vody) • Vyprázdňovanie močového mechúra v sede (klozet) • Prevencia stázy moču (polohovanie, mobilizácia, vertikalizácia) • Pravidelné ponúkanie / zabezpečenie vyprázdňovania močového mechúra • Zabezpečenie intimity pri vyprázdňovaní
Močová inkontinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Hygienická starostlivosť o kožu a perineum • Tréning močového mechúra, Kegelove cvičenia • Špecializované pomôcky pre inkontinentných
Močová retencia	<ul style="list-style-type: none"> • Pravidelné ponúkanie / zabezpečenie vyprázdňovania močového mechúra • Zabezpečenie intimity pri vyprázdňovaní • V spolupráci s ošetrojúcim lekárom zabezpečiť katetrizáciu močového mechúra (jednorázová katetrizácia alebo permanentný močový katéter)

Prognóza a vyhodnotenie

Pracovníkám odporúčame hodnotiť celkovú úspešnosť prístupov meraním efektu prístupov u všetkých pacientov pri použití vybraných ukazovateľov pre meranie a hodnotenie **výsledkov manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s imobilitou**, definovaných v príslušnom štandarde. Ako **príklady kritérií** v spomínanom štandarde sú uvedené **nárast mobility, nárast sebestačnosti, zlepšenie psychického/mentálneho stavu, znižujúci sa trend pádov, klesajúci výskyt dekubitov, rastúci/stabilný pozitívny trend spokojnosti orientovaných pacientov/ich blízkych** a pod. Tieto kritériá vo vzťahu k hodnoteniu úspešnosti v prevencii IS možno rozšíriť o **ďalšie indikátory kvality** ako trend dekubitov, počet prípadov obštipácie, počet prípadov pneumónií a pod. Uvedené indikátory nemajú vymedzenú súvislosť výhradne vo vzťahu k IS, ich meranie, analýza príčinných súvislostí, ako aj následná tvorivá zmena prístupov môže významne ovplyvniť generalizované výstupy starostlivosti pracovníka.

Pacient ohrozený IS je zároveň ohrozený pokračujúcou destabilizáciou a smrťou. V praxi pracovník dlhodobej starostlivosti sa posudzuje miera rizika fatálnej destabilizácie tiež vo vzťahu ku skóre pacienta na základe hodnotení rizika vzniku dekubitov (Nortonovej škála), posúdenia úrovne sebestačnosti (ADL) a hodnotenia úrovne kognitívnych funkcií (MMSE). Najvyššie skóre znamená najvyššie riziko pokračujúcej destabilizácie (smrti) pacienta.

V starostlivosti o bezvládných pacientov je nevyhnutné plánovať a realizovať sériu preventívnych opatrení v kontexte totálneho manažerstva kvality, v súlade s ktorým majú byť výsledky starostlivosti kontinuálne merané a hodnotené. NQRNM skóre (výsledné skóre výsledkov riadenia rizík v kontexte manažerstva kvality) poukazuje na úspešnosť tímu pracovníka, kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou úspešne riadiť riziko destabilizácie pacienta.²

² Viac pozri v štandarde Riadenie rizika destabilizácie v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti (Fabianová a kol., 2021) na www.standardnepostupy.sk

Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti (**I, A**).

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◇ Poskytovateľ zabezpečuje **denný program pohybovej a mentálnej aktivizácie imobilných pacientov**. Hlavným cieľom činností je aktivizovať/stimulovať osobnosť, udržať, stabilizovať jej mentálne, fyzické, senzorické, spirituálne spôsobilosti.

◇ Poskytovateľ zabezpečuje pri zohľadnení zdravotného stavu pacienta, možností a schopností **individuálnu, alebo skupinovú aktivizáciu a rehabilitáciu**.

◇ Poskytovateľ pre validné **posúdenie rizika vzniku a rozvoja IS** efektívne používa posudzovacie škály.

◇ Poskytovateľ má definovaný a **v praxi implementovaný** (totálny alebo parciálny) prístup na efektívny manažment rizika vzniku a rozvoja IS.

◇ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **posúdenia potreby a zabezpečenia kompenzačnej pomôcky pacientovi, ako aj efektívny spôsob včasnej edukácie pacienta a jeho blízkych o vhodných kompenzačných pomôckach**.

◇ Poskytovateľ imobilným pacientom s deficitom sebaopatery zabezpečuje a pomáha pri realizácii primeranej **hygienickej starostlivosti** v súlade s poznatkami moderného ošetrovateľstva:

- ranná, obedňajšia a večerná toaleta,
- hygiena dutiny ústnej/starostlivosť o protézu,
- celkový kúpeľ/sprcha minimálne raz za 7 dní,
- umývanie vlasov minimálne raz za týždeň,
- preventívne opatrenia vzniku dekubitov a zaparenín,
- hygiena bezprostredne po znečistení (stolicou),
- strihanie nechťov na rukách a nohách podľa potreby,
- holenie, strihanie podľa potreby.

◇ Pacienti sú primerane **hydratovaní**.

◇ Pacientom sa pri **podávaní stravy pomáha** a strava je im podávaná **bezpečným spôsobom**.

◇ **Pacientov, ktorí nedokážu samostatne zmeniť polohu na posteli je počas podávania a po podaní stravy/tekutín uložiť do bezpečnej, zvýšenej polohy**.

◇ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **na podporu vyprázdňovania**, resp. prevenciu zápchy pacientov.

◇ Poskytovateľ používa ohľaduplný spôsob zabezpečenia pomoci imobilným pacientom, ktorí sa vyprázdňujú do **podložnej misy alebo na klozetovom kresle**. Pri takomto druhu vyprázdňovania poskytovateľ zabezpečí:

- **bezodkladné poskytnutie** podložnej misy/kresla v prípade, že sa ho pacient dožaduje,
- **prístupnosť signalizácie**, prípadne monitoring počas vysadenia na klozetovom kresle,
- **bezpečnosť**, vylúčenie rizika pádu pacienta,
- dostupnosť **hygienických potrieb** a súvisiacej pomoci,
- **súkromie** (právo na intimitu),
- opatrenia na **prevenciu šírenia zápachu**,
- **ohľaduplnosť voči ostatným pacientom**,
- eliminovanie **prolongácie ponechania pacienta** v kresle/s podložnou misou po vyprázdnení.

◇ Imobilní pacienti **nie sú umiestnení na izbe s nepokojným, mobilným pacientom** (riziko ublíženia).

◇ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k priebežnej kontrole a **udržiavaniu bezpečnosti prostredia z hľadiska rizika pádu**:

- bezpečný režim umývania podláh,
 - primerané osvetlenie,
 - včasné reagovanie na dožadovanie sa pomoci zo strany imobilného pacienta,
 - kolektívny dozor, kolektívna zodpovednosť za aktívny prístup v prípade identifikácie rizika (napríklad bosý pacient, porucha signalizácie apod.).
- ◇ Poskytovateľ zdravotnej alebo sociálnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) má vytvorený a v praxi implementovaný prístup na **vylúčenie rizika pádu**. Cieľom prístupu je **predchádzať pádom a znižovať riziko poranenia** pacientov v súvislosti s pádmi.
- ◇ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k **bezpečnému transportu pacienta na vozíku**.
- ◇ Poskytovateľ používa **efektívny postup prípravy na potrebu bezpečnej evakuácie imobilných pacientov** (na určené evakuačné zberné miesto), vrátane jeho praktického nácviku zamestnancami minimálne jedenkrát ročne.
- ◇ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k **efektívnej a bezpečnej manipulácii s pacientom a správnom používaní prístrojov** (napríklad elektrický zdvihák, polohovacie kreslo, sprechovacie kreslo apod.)
- ◇ Pracovisko je primerane **vybavené funkčnými pomôckami** uľahčujúcimi pohyb, manipuláciu, polohovanie imobilných pacientov.
- ◇ Pacienti s **najt'ažším stupňom imobility, ktorí nedokážu zmeniť polohu**, vzhľadom na **riziko udusenía zvratkami alebo zaborením tváre do vankúša** sú vždy ukladaní do bezpečnej polohy na boku so zabezpečením proti posunu, do polohy na bruchu alebo zvýšenej polohy. Rovná poloha na chrbte je kontraindikovaná. Zvláštnu pozornosť si vyžadujú pacienti po vysokej amputácii dolných končatín.
- ◇ Pacienti majú zabezpečený **primeraný manažment bolesti** s cieľom eliminovať utrpenie.
- ◇ Manažment pacientov s imobilitou sa zabezpečuje multidisciplinárne.
- ◇ Ošetrovanie pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu v kontexte dlhodobej starostlivosti je indikáciou pre ošetrovanie v
- dome ošetrovateľskej starostlivosti,
 - zariadení sociálnej pomoci s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
 - hospici,
 - ADOS/mobilnom paliatívnom tíme/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.
- ◇ Ošetrojúci zdravotnícky pracovník - sestra je povinná informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti (ďalej len „poskytnúť poučenie“), poskytnúť poučenie a dať podpísať príbuzným pacientovi informovaný súhlas (v súlade s § 6 zákona č. 576/2004 Z.z.).

Ďalšie odporúčania

- ◇ Sestry realizujúce príjem pacienta do KOS, posudzujú prítomnosť rizika vzniku a rozvoja IS u pacienta v kontexte **celkového zhodnotenia rizík/destabilizácie** pacienta (napríklad riziko embólie, pneumónie). **Stupeň imobility, riziko IS, riziko vzniku preležanín, riziko sociálnej izolácie, osobitne riziko pádu, úrazu a embólie** je vhodné zaradiť do dokumentácie ako súčasť vstupného posúdenia typických potenciálnych rizík dlhodobej starostlivosti s individuálnym prístupom ku každému pacientovi, v rámci štandardizovaného formulára pracoviska.
- ◇ Sestry a ostatný personál používajú záznamy, určené na dokumenovanie polohovania, pohybových aktivít počas dňa, hydratáciu, vylučovanie, nutriciu pacienta. V súvislosti s vedením formulára sestra vykonáva pravidelnú supervíziu a následne rozhoduje o ďalších opatreniach. Vzor vedeného formulára s uvedenými čiastkovými atribútmi je tvorený v súlade s procesmi pracoviska.

- ◇ Poskytovateľ používa efektívnu stratégiu proti vzniku a rozvoju dekubitov (podrobnejšie odporúčania sú definované v štandarde MZ SR).
- ◇ **Hromadné plánovanie / jednotná schéma efektívneho polohovania podľa stupňa rizika kategórie v rovnakých hodinách.**
- ◇ Pacienti sú polohovaní v jednotných časoch skupinovo, v závislosti od kategórie rizika, pod ktorú spadajú.

Delegovanie

- Na pracovisku sa vykonáva individuálne plánovanie prevencie dekubitov.
- Zavedené individuálne plány/formuláre slúžia pre záznamy súvisiace s plánovaním a realizáciou opatrení na prevenciu dekubitov.
- Po fáze individuálneho plánovania opatrení, za ktorú zodpovedá sestra, je možné viaceré činnosti delegovať.
- Zodpovednosť vo vzťahu k pracovným pozíciám odporúčame vyznačiť priamo vo vzore formulára individuálneho plánu prevencie dekubitov, resp. vytvoriť osobitný formulár, ktorý obsahuje **delegované činnosti** napr. na praktické sestry - asistentov, sanitárov apod. v rozsahu ich kompetencií podľa platnej legislatívy, predovšetkým:
 - denná kontrola predilekčných miest,
 - aplikácia ochranných prípravkov na predilekčné miesta,
 - meranie fyziologických funkcií.

Umiestnenie polohovacieho plánu nad lôžko pacienta

- je komunikačným nástrojom pre podporu odovzdávania informácií v rámci ošetrojúceho tímu,
- túto informáciu je možno doplniť ďalšími upozoreniami pre ošetrojúci personál i pre blízkych.





























Zriadenie pozície/funkcie sestry poverenej prevenciou a liečbou dekubitov. Úlohou sestry poverenej prevenciou a liečbou dekubitov je predovšetkým:

- kontrolovať dodržiavanie platných štandardov a interných postupov vo vzťahu k problematike dekubitov,
- merať a vyhodnocovať efekt preventívnych opatrení atď.

Špeciálny doplnok štandardu

Imobilizačný syndróm je charakterizovaný ako celková odozva organizmu na kľudový režim – imobilitu ležiaceho človeka, ako stav, pri ktorom je jedinec ohrozený poškodením jednej alebo viacerých orgánových sústav.

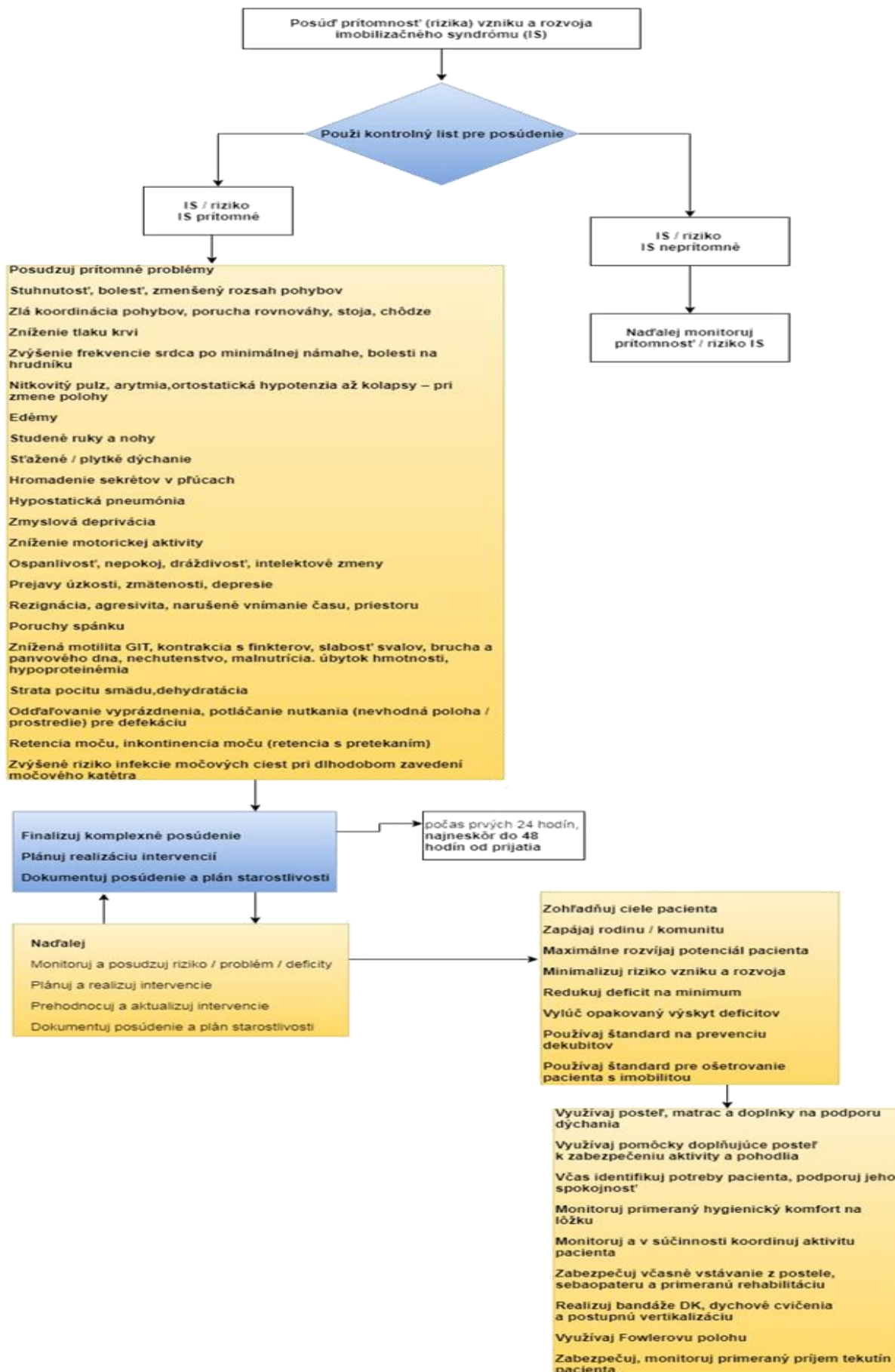
Tabuľka č. 3: Kontrolný list: Posúdenie prítomnosti rizika vzniku a rozvoja imobilizačného syndrómu (I, B)

Vzor Kontrolného listu pacienta	
 <p>ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP OŠETROVANIE PACIENTA OHROZENÉHO ROZVOJOM IMOBILIZAČNÉHO SYSTÉMU</p>	
KONTROLNÝ LIST	
POSÚDENIE PRÍTOMNOSTI RIZIKA VZNIKU A ROZVOJA IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU	
Pracovisko :	
Meno a priezvisko pacienta :	
Dátum prijatia :	
Príčina imobility, špecifikácia (možné označiť viac možností <input type="checkbox"/>)	Typ mobility ¹ (hodí sa zaškrtnúť <input type="checkbox"/>)
1. <input type="checkbox"/> Dlhodobá chronická bolesť	 <input type="checkbox"/> Cyril (C)  <input type="checkbox"/> Dana (D)  <input type="checkbox"/> Ema (E)
2. <input type="checkbox"/> Paréza, plégia	 <input type="checkbox"/> Cyril (C)  <input type="checkbox"/> Dana (D)  <input type="checkbox"/> Ema (E)
3. <input type="checkbox"/> Porucha kostí, svalov, šliach, kĺbov	 <input type="checkbox"/> Cyril (C)  <input type="checkbox"/> Dana (D)  <input type="checkbox"/> Ema (E)
4. <input type="checkbox"/> Neurologické poruchy	 <input type="checkbox"/> Cyril (C)  <input type="checkbox"/> Dana (D)  <input type="checkbox"/> Ema (E)
5. <input type="checkbox"/> Kvantitatívne poruchy vedomia, bezvedomie	 <input type="checkbox"/> Cyril (C)  <input type="checkbox"/> Dana (D)  <input type="checkbox"/> Ema (E)
6. <input type="checkbox"/> Depresia	 <input type="checkbox"/> Cyril (C)  <input type="checkbox"/> Dana (D)  <input type="checkbox"/> Ema (E)
7. <input type="checkbox"/> Zlý zdravotný stav, zranenie	 <input type="checkbox"/> Cyril (C)  <input type="checkbox"/> Dana (D)  <input type="checkbox"/> Ema (E)
8. <input type="checkbox"/> Vysoký vek a stav pacienta (chronické choroby)	 <input type="checkbox"/> Cyril (C)  <input type="checkbox"/> Dana (D)  <input type="checkbox"/> Ema (E)
Dňa :	Posudzoval (-a) :
Opatrenia zapracované v :	Schválil (-a) :
¹ Charakteristika vybraných typov mobility :	
 <p>Cyril (C - z pôvodného typu Carl) - čiastočne imobilný, pohybuje sa pomocou invalidného vozíka, ale je schopný preniesť váhu, urobí aj pár krokov do vozíka, vozíkom sám manipuluje.</p>	 <p>Dana (D - z pôvodného typu Doris) - imobilná, nedokáže sa vôbec podpierať, preniesť váhu, je odkázaná na invalidný vozík, vozíkom sama nemanipuluje.</p>
 <p>Ema (E) - úplne imobilná, pripútaná na lôžko, úplne závislá na pomoci</p>	

Spracované podľa: ARJOHUNTLEIGH GETINGE GROUP (2017) a Vytejkovej (2011).

Pozn. pre manažment a administratívu: Indikácia k zaradeniu do indikačného rámca štandardu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu na základe posúdenia kontrolným listom je platná dňom posúdenia so zápisom do zdravotnej dokumentácie pacienta. Indikácia je prehodnocovaná podľa potreby priebežne, **najmenej však jedenkrát do mesiaca.**

**Algoritmus o pacienta ohrozeného vznikom
a rozvojom imobilizačného syndrómu**



Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

ŠDTP odporúčame revidovať raz za dva roky z hľadiska posúdenia potreby aktualizácie vo vzťahu k

- aktuálnym publikovaným poznatkom a výsledkom výskumu v dotknutých oblastiach,
- najnovším poznatkom vo vzťahu k problematike v zahraničnej praxi,
- výsledkom indikátorov kvality v rámci dobrej praxe pracovísk v SR,
- posúdenia efektivity,
- podnetom zo strany ZP, MZ SR a ďalších zainteresovaných strán.

Literatúra

1. ARJOHUNTLEIGH GETINGE GROUP. 2017. *Mobility Gallery*. [online]. [cit. 2017.10.10.] Dostupné na internete: <<http://www.arjohuntleigh.com/knowledge/mobility-gallery/>>.
2. FABIANOVÁ, Z. 2017. *Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život*. [online]. [cit. 2017.17.10.] Dostupné na internete: <<http://www.oseťrovateľskécentrumhe.sk/images/clanky/napisali/nap10.jpg>>.
3. FABIANOVÁ, Z. 2014. Sestry v ZSS – nástroj kvality v starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých. In *Kvalita a spoločenská zodpovednosť*. ISSN 1335 – 9231, 2014, roč. XXII, č. 1, s. 24 – 28. FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2015. Možnosti efektívneho manažérstva rizika zhoršenia zdravotného stavu v kontexte komplexnej starostlivosti o seniorov v pobytových zariadeniach. In *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1339-5920, roč. 2015, roč., č. 6, s. 32-33.
4. FABIANOVÁ, Z. 2017. Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477, 2017, roč. XXII, č. 27, s. 7.
5. FABIANOVÁ, Z. 2017. *Destabilizácia zdravotného stavu klientov – metodika rizika*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2017.
6. FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. 2016. *Príjem klienta – interný predpis*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2016.
7. FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. - KLIČOVÁ, M. 2016. *Hygiena – interný postup*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2016.
8. FABIANOVÁ, Z. et al. 2017. *Nutricia – interný postup*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2017.
9. FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. – KLIČOVÁ, M. 2017. *Dekubity a rany – prevencia a liečba - interný predpis*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2017.
10. FABIANOVÁ, V. - GOMBITOVÁ, V. – HAJDUČKO, J. 2017. *Metodiky sociálnej práce a rehabilitačná starostlivosť – interný predpis*. Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2017.
11. FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. et al. 2017. *Kontinuálne sledovanie klinického stavu (monitoring vitálnych funkcií)*. Formulár. In Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2017.
12. FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. - KLIČOVÁ, M. 2017. *Elektronický príjem - Vnútorý dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2015.*
13. HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatra pre praktického lekára*. 2. vyd. Bratislava: Herba, spol. s.r.o., 2006. 364 s. ISBN 80-89171-36-2.
14. HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatra*. 1. vyd. Bratislava: Herba, spol. s.r.o., 2010. 596 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
15. KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatra a Gerontológia*. Praha: Grada Publishing a. s., 2004. 229 s. ISBN80-247-0548-6.
16. KALVACH, Z. a kol. 2008. *Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing a. s., 2008. 194 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
17. KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
18. KOZIEROVÁ, B. a kol. 1995. *Ošetrovatelstvo 2*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
19. POLEDNÍKOVÁ, E. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
20. PROCHÁZKOVÁ, E. 2014. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. 133 s. ISBN 978-80-204-3186-8.
21. ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
22. TATRANSKÁ, T. - KRAJČÍK, Š. 2014. Najčastejšie komplikácie ochorení v geriatrii - 1. časť. In - *Interná medicína*. ISSN 1335-8359, 2014, roč. 14, s. 7 – 8, 297 – 302 s.
23. VYTEJČKOVÁ, R. a kol. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
24. Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sestreských diagnóz
25. VYHLÁŠKA MZ SR 95/2018, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

26. VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom [online]. 2005. [cit. 2017-08-22]. Dostupné na internete: <<http://www.sksapa.sk/20090314136/Zakony/pravne-predpisy.html>>
27. Vyhláška MZ SR č. 470/2006, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou a pôrodnou asistentkou - samostatne, samostatne na ordináciu lekára a v spolupráci s lekárom
28. Vyhláška č. 28/2017 Z. z. Vyhláška MZ SR, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov [online]. 2017. [cit. 2017-06-21]. Dostupné na internete: <<https://www.slovlex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2017/28/20170301>>.
29. ZÁKON NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení [online]. 2004. [cit. 01.09.2017]. Dostupné na: <http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Vedavyskum/zdravotna_starostlivost.pdf>.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2023.

Zuzana Dolinková
ministerka zdravotníctva